

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

VERSION 3.1

MARS 2020



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

Version 3.1

MARS 2020

Publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au nom de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP).

Procédures opérationnelles standardisées: riposte à un événement ou à une flambée de poliomyélite, version 3.1 [Standard operating procedures: responding to a poliovirus event or outbreak, version 3.1]

ISBN : 978-92-4-000780-2 (version électronique)

ISBN : 978-92-4-000781-9 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2020

Certains droits réservés. La présente publication 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'oeuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'oeuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'oeuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette oeuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle oeuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette oeuvre, 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 (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citation suggérée. Procédures opérationnelles standardisées: riposte à un événement ou à une flambée de poliomyélite, version 3.1 [Standard operating procedures: responding to a poliovirus event or outbreak, version 3.1]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

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 <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente oeuvre 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 oeuvre.

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'Organisation mondiale de la Santé 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 responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Crédit pour les photos de couverture (de gauche à droite) : mobilisation sociale au Nigéria, OMS ; Campagne en pirogue au Nigéria pour atteindre les zones les plus reculées, OMS ; vaccination au Pakistan OMS ; laborantin au Pakistan à la recherche de poliovirus dans un échantillon, OMS.

Édition et conception graphique réalisées par Inis Communication

Table des matières

Acronymes et abréviations	iv	Vaccination de routine : Rétablissement et renforcement.....	32
1. Aperçu général	1	8. Surveillance à la suite d'une enquête	33
2. Cadre stratégique de riposte	4	Renforcement de la surveillance.....	33
3. Évènements et flambées de poliomyélite	5	Surveillance environnementale.....	34
Définitions.....	5	Stratégies pour les populations spécifiques et les zones à sécurité compromise.....	35
Classification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale.....	5	9. Communication et mobilisation sociale	36
Évènement ou flambée.....	6	Cadre stratégique de la C4D pour la riposte à une flambée de poliomyélite.....	36
Détermination du « jour 0 » aux fins du suivi de la riposte.....	6	Préserver les acquis et renforcer la vaccination de routine.....	37
4. Détection, notification et enquête	9	Collecte de données pour guider les activités de C4D.....	37
Détection.....	9	Stratégies de communication.....	37
Notification.....	9	Atteindre les populations spécifiques et les zones touchées par le conflit.....	38
Enquête.....	9	10. Appui de l'IMEP	39
5. Évaluation des risques	14	Coordination.....	40
Évaluation initiale des risques.....	14	Budgets et financement.....	40
Poliovirus de type 2.....	14	Renfort en ressources humaines.....	40
Prise en compte des évènements sentinelles dans l'évaluation des risques.....	15	Normes de performance de l'IMEP.....	41
Évaluation régulière des risques.....	15	11. Suivi et évaluation de la riposte	42
6. Normes de riposte – aperçu	16	Monitoring de la qualité des AVS.....	43
Normes minimales de riposte aux évènements et aux flambées liés à la poliomyélite.....	16	Suivi du renforcement de la surveillance.....	44
Classification de la flambée.....	18	Évaluation des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite [Outbreak Response Assessment] – OBRA.....	44
Chronologie type d'une riposte à une flambée.....	19	La flambée est-elle interrompue?.....	45
7. Riposte vaccinale	20	Règlement sanitaire international.....	46
Chronologie et ampleur des activités de vaccination.....	20	Synthèse des enseignements tirés des données de la flambée épidémique.....	47
Campagnes de haute qualité.....	29	Bibliographie	48
Planification pour les populations mobiles, spécifiques et difficiles à atteindre.....	30	Annexes	50
Circulation concomitante de différents types de poliovirus.....	30	Annexe 1. Vue d'ensemble de l'évaluation des risques : résumé des éléments d'une évaluation systématique des risques liés à l'isolement d'un nouveau PVDV, PVS ou SL2.....	50
Intégration à d'autres interventions sanitaires.....	30	Annexe 2. Chronologie et responsabilité à l'égard des activités de riposte à une flambée à compter du jour 0 jusqu'à clôture de la flambée.....	50
Vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI).....	31		
Requête de vaccins.....	31		
Gestion des vaccins et notification.....	32		

Acronymes et abréviations

ACD	Atteindre chaque district
AVS	Activité de vaccination supplémentaire
C4D	Communication pour le développement
COU	Centre d'opérations d'urgence
EOMG	Groupe chargé de la gestion de l'éradication et des flambées épidémiques (Eradication and Outbreak Management Group)
EVNP	Entérovirus non poliomyélitique
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
IR	Immunisation de routine
LQAS	Échantillonnage par lot pour l'assurance de la qualité
MI	Monitoring indépendant
OBRA	Évaluation des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite [Outbreak Response Assessment]
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPRTT	Équipe spéciale chargée de la préparation et de la riposte aux flambées [Outbreak Preparedness and Response Task Team]
PFA	Paralysie flasque aiguë
PFANP	Paralysie flasque aiguë non poliomyélitique
POS	Procédure opérationnelle standardisée
PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
PVDVa	Poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale
PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
PVDVi	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience
PVS	Poliovirus sauvage
PVS1	Poliovirus sauvage de type 1
PVS2	Poliovirus sauvage de type 2
PVS3	Poliovirus sauvage de type 3
RMLP	Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
RR	Riposte rapide
RSI	Règlement sanitaire international (2005)
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination
SE	Surveillance environnementale
SIAD	Dose supplémentaire dans un intervalle court
SIG	Système d'information géographique
SIMR	Surveillance intégrée des maladies et riposte
STOP	Programme pour arrêter la transmission de la poliomyélite
UNDSS	Département de la sécurité et de la sûreté des Nations Unies
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPIf	Vaccin antipoliomyélitique inactivé en doses fractionnées
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VPOb	VPO bivalent (contient des souches Sabin de types 1 et 3)
VPOm2	VPO monovalent de type 2 (contient des souches Sabin de type 2)
VPOt	VPO trivalent (contient des souches Sabin de types 1, 2 et 3)
WHE	Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire [WHO Health Emergencies Programme]

1

Aperçu général

Contexte

En juillet 2018, le poliovirus sauvage de type 1 était encore endémique dans trois pays, à savoir l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan. En 2015, le PVS de type 2 (PVS2) a été déclaré éradiqué, et le PVS de type 3 (PVS3) a été signalé pour la dernière fois en novembre 2012. En 2016, le vaccin contenant le poliovirus oral de type 2 a été retiré de tous les programmes de vaccination de routine partout dans le monde, et le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) contenant les sérotypes 1, 2 et 3 du poliovirus atténué a été remplacé par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) ne contenant que du poliovirus atténué de types 1 et 3.

Si les efforts déployés pour éradiquer le PVS1 se poursuivent dans les pays d'endémie, le monde doit être préparé à une propagation internationale du PVS et aux sérotypes 1, 2 ou 3 du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV), qui peuvent toujours réapparaître dans différents contextes. Des événements liés à la poliomyélite ou des flambées épidémiques de cette maladie peuvent survenir en raison d'un certain nombre de facteurs, au nombre desquels une faible immunité de la population, une importation du virus ou une rupture de confinement dans un laboratoire ou une usine de fabrication de vaccins.

But

Le but des procédures opérationnelles standardisées (POS) est d'offrir des orientations politiques et de fournir des normes de performance de riposte à tout type d'épidémie ou d'événement lié au poliovirus de manière rapide et efficace, et en particulier, d'arrêter une épidémie dans les 120 jours.

Ce guide a été élaboré à l'intention des autorités nationales et des décideurs qui, coordonnent la riposte en cas d'événement ou de flambée épidémique lié à la poliomyélite, ainsi qu'à celle de leurs partenaires aux niveaux mondial, régional et national.

Portée

Ces POS de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) établissent des normes d'intervention et une chronologie des actions à mener afin de stopper la transmission lorsque le PVS se propage dans un pays où il n'est pas endémique, ou lorsque des événements liés au PVDV et/ou des flambées de tout type de PVDV (PVDV1, PVDV2 ou

PVDV3) sont détectés, quel que soit le contexte, qu'il s'agisse d'une apparition récente ou d'un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc).

Les POS résumant les rôles et les responsabilités des pays et des partenaires de l'IMEP lors d'une flambée ou d'un événement lié à la poliomyélite. Le PVS2 étant aujourd'hui considéré comme un agent pathogène éradiqué, des mesures spécifiques y sont décrites pour faire face à des événements et à des flambées en lien avec le poliovirus de type 2, notamment les modalités à suivre pour demander des vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 2 (VPOm2) du stock mondial de vaccins d'urgence et pour en rendre compte.

Les orientations données dans ces POS s'appuient sur des preuves scientifiques et sur le consensus dégagé par les experts, tout en tenant compte des réalités opérationnelles et du contexte de baisse de l'immunité mondiale contre le poliovirus de type 2. Certains aspects cruciaux des procédures opérationnelles standardisées résultent d'une large consultation de groupes consultatifs d'experts, dont le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), et de l'aval du Groupe chargé de la gestion de l'éradication et des flambées de l'IMEP.

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

Ce que cette version apporte comme nouveautés

Ce document est une mise à jour de la version la plus récente des « Procédures Opérationnelles Standardisées : Riposte à un événement ou à une flambée de poliovirus », version 3, publiée en janvier 2019. La version 3.1 intègre les enseignements tirés des activités de riposte aux flambées épidémiques et prend en compte le contexte actuel du programme mondial. Ce document est une traduction de la version anglaise.

Les révisions sont mises en évidence tout au long du document et résumées ci-dessous.

1. Révision de la portée de la riposte par la vaccination contre le poliovirus de type 2

Bien que le nombre de flambées épidémiques de PVDVc2 dues à l'utilisation du VPOt avant la transition ait diminué conformément aux attentes, le nombre de nouvelles émergences a fortement augmenté à partir du second semestre 2018 et, en 2019, s'est révélé bien plus élevé que ce qui était prévu au moment de l'arrêt de l'utilisation du tOPV. Les nouvelles émergences se sont concentrées autour de zones d'Afrique subsaharienne dans lesquelles le VPOm2 avait été récemment utilisé, mais les récentes flambées confirmées dans d'autres régions du monde (par exemple dans le Pacifique occidental et en Méditerranée orientale) montrent qu'il existe aussi un risque ailleurs.

La persistance des flambées épidémiques nécessite d'améliorer la rapidité et la qualité de la riposte afin que toute transmission en cours dans les zones de riposte par le VPOm2 soit arrêtée. En outre, la forte augmentation du nombre de flambées épidémiques de PVDVc2 est peut-être due au déplacement de populations d'enfants récemment vaccinés vers des zones de faible immunité ou à l'utilisation erronée du VPOm2 en dehors des zones de riposte. Il est probable que cette tendance s'intensifie au cours de l'année à venir, car une plus grande

quantité de VPOm2 est utilisée en riposte à des flambées nouvelles et en cours, tandis que l'immunité mucoale contre le poliovirus de type 2 continue de diminuer.

Les flambées de PVDVc2 nécessiteront toujours l'utilisation du VPOm2, qui reste le seul moyen de les stopper dans les zones où l'assainissement est médiocre. Cependant, l'utilisation du VPOm2 reste associée au risque de générer de nouvelles flambées épidémiques, jusqu'à ce qu'un autre vaccin, qui ne provoque pas de nouvelles flambées, soit disponible. Dans l'intervalle, une stratégie de riposte révisée pour les détections de PVDV2 sera nécessaire, en équilibrant le risque accru de propagation du PVDVc2 et le risque accru associé à l'utilisation du VPOm2.

Étant donné que le nombre de flambées épidémiques de PVDV1 et de PVDV3 reste minime et que le risque associé au vaccin VPOb utilisé dans le cadre de la riposte par les AVS est moindre, il convient de continuer à appliquer les recommandations relatives à ces flambées décrites dans la version 3.

Le détail des révisions est fourni dans le texte correspondant du « Chapitre 7 – Riposte vaccinale ». Toutefois, **pour la riposte au PVDV2 seulement**, les principales modifications proposées sont résumées ci-dessous

Version 3	Version 3.1	Observations
Mener une riposte rapide (RR < 14 jours) ciblant 200 000 à 500 000 enfants	Mener une riposte rapide (<14 jours) ciblant 100 000 à 400 000 enfants pour RR	La riposte initiale (RR) doit être rapide, ciblée et à petite échelle ; l'intention doit être de mener des interventions de qualité dans les zones à haut risque proches du lieu où le poliovirus a été détecté. Si elle ne peut être mise en œuvre rapidement (dans un délai de trois semaines), l'équipe nationale peut envisager de procéder directement aux AVS1 ciblant la population appropriée comme indiqué ci-dessous. Cette décision doit être prise en concertation avec les partenaires de l'IMEP.
La portée de la riposte contre le PVDVc2 devrait être de 1 à 2 millions* d'enfants pour R1 et R2	La portée de la riposte pour les zones nouvellement infectées par le PVDVc2 doit être celle de R0 (100 000 à 400 000 enfants), R1, R2 (1 à 4 millions* d'enfants) avec un ratissage Pour les détections supplémentaires de PVDVc2 (qu'elles soient ou non liées à une zone où l'infection est déjà établie ou nouvelle) dans les zones où au moins 2 AVS utilisant le VPOm2 ont été conduites après R0 au cours des 6 derniers mois , mener au moins 2 AVS supplémentaires mais en réduire la portée à < 2 millions d'enfants. Pour les détections supplémentaires de PVDVc2 (qu'elles soient ou non liées à une zone où l'infection est déjà établie ou nouvelle) dans les zones où au moins 2 AVS utilisant le VPOm2 ont été conduites après R0, il y a plus de 6 mois , la portée de la riposte doit être R0 (100 000 à 400 000 enfants), R1, R2 (1 à 4 millions d'enfants) avec un ratissage	Augmenter éventuellement la portée des ripostes R1 et R2 (dans l'idéal, lorsque la qualité des interventions peut être appuyée par une assistance technique adéquate) afin d'augmenter les chances d'arrêter rapidement la transmission. Une transmission malgré la vaccination dans des zones où des interventions ont déjà eu lieu peut signifier que les AVS initiales étaient de médiocre qualité et qu'une assistance technique supplémentaire est nécessaire. Les AVS à renouveler dans ces zones de transmission connue doivent être de petite envergure pour permettre d'améliorer la qualité des interventions et de réduire le risque d'une nouvelle émergence du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.

Version 3	Version 3.1	Observations
La détection d'un PVDVa2 (un seul isolement) ne requiert PAS de riposte vaccinale immédiate, à moins que l'on estime qu'il s'agit d'un scénario à haut risque (voir chapitre 5, Évaluation des risques).	<p>La détection d'un seul PVDV2 nouvellement apparu (p. ex. un PVDVa) dans une zone où le VP0m2 a été utilisé au cours des 12 derniers mois ne requiert PAS de riposte vaccinale immédiate, à moins que l'on estime qu'il s'agit d'un scénario à haut risque en raison de la virologie, du contexte ou d'une propagation internationale possible.[^]</p> <p>La détection d'un seul PVDV2 nouvellement apparu (p. ex. un PVDVa) dans une zone où le VP0m2 n'a pas été utilisé au cours des 12 derniers mois requiert une riposte vaccinale immédiate ciblant 100 000 à 400 000 enfants, à moins que l'on estime que l'épidémiologie et la situation du programme nécessitent une évaluation plus approfondie.</p> <p>Pour ce type de détection, la portée des ripostes R1 et R2 supplémentaires peut être réduite à une population de 100 000 à 400 000 enfants ; toutefois, il convient de mener des AVS supplémentaires de plus grande envergure si une transmission ultérieure est avérée (c'est-à-dire un PVDVc2 confirmé).</p>	<p>La version 3.1 modifie les critères de déclenchement d'une riposte par les AVS en cas de détection d'un PVDVa2, car la grande majorité des PVDVa2 trouvés à la fin 2018 et en 2019 dans des zones subsahariennes où le VP0m2 n'avait pas été utilisé récemment se sont révélés être des PVDVc2. Les circonstances locales peuvent nécessiter de faire des exceptions qui doivent être discutées avec les partenaires de l'IMEP.</p> <p>La détection de PVDVa dans des zones où le VP0m2 n'a pas été utilisé au cours des 12 derniers mois doit déclencher le même nombre d'AVS (p. e.g. R0 + R1 + R2) que pour la détection du PVDVc2, mais à une échelle initialement réduite. Maintenir une riposte très ciblée autour de la détection du PVDVa, à moins qu'une surveillance/évaluation supplémentaire ne révèle une transmission communautaire persistante dans cette même zone, ce qui signifierait la nécessité éventuelle d'étendre la portée de la riposte.</p>

* Les portées des ripostes sont des recommandations générales et doivent être basées sur l'épidémiologie locale et d'autres facteurs de risques déterminés par une évaluation locale et en concertation avec les partenaires de l'IMEP.

[^] Voir SOP, version 3, Tableau 3 pour plus de détails.

REMARQUE : Le nombre total de ripostes par les AVS n'a pas changé. Deux campagnes doivent être menées après la dernière détection du virus. Une campagne de ratissage de qualité peut être considérée comme l'une de ces campagnes, si la zone de détection du virus a été couverte deux fois.

Les autres révisions sont:

2. Correction concernant le processus de notification au titre du RSI (chapitre 4) et informations supplémentaires sur les critères établis dans le RSI pour déterminer que les pays ne sont plus infectés par le PVS ou le PVDVc2 (chapitre 11).

3. **Clarifications sur la collecte des échantillons chez les contacts des cas de PFA et la collecte ciblée de selles chez les enfants sains**, y compris sur la manière de les réaliser et les circonstances dans lesquelles cela doit être effectué (chapitre 4).

4. En raison de l'amélioration de l'approvisionnement mondial en vaccins, les recommandations sur **l'utilisation du VPI dans un contexte de flambée épidémique** et la procédure de demande de VPI ont été mises à jour (chapitre 7).

5. La **portée et la fréquence de l'évaluation des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite (OBRA)** ont été révisés pour refléter les changements apportés au programme et les retours d'information des équipes régionales et nationales de l'OMS et de l'UNICEF (chapitre 11).

Documents de référence

Les ressources référencées dans ces POS sont disponibles sur le site Internet de GPEI <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/> et/ou sont répertoriés dans la bibliographie.

2

Cadre stratégique de riposte

Ce cadre oriente la riposte nationale aux événements liés à la poliomyélite ou aux flambées épidémiques, fournissant la base de la coordination et de la collaboration entre les partenaires pour garantir un appui total aux activités nationales de riposte à la poliomyélite.

Les éléments essentiels à une riposte efficace à un événement lié à la poliomyélite ou à une flambée sont les suivants :

- i) la participation pleine et entière des autorités nationales et infranationales
- ii) la détection rapide, la notification, l'enquête et l'évaluation des risques
- iii) un plaidoyer, une communication et une mobilisation sociale solides
- iv) une riposte vaccinale efficace, le cas échéant
- v) une surveillance renforcée et de grande qualité.

Tous les pays doivent prévoir l'éventualité d'une importation ou d'une détection en leur sein du poliovirus, en particulier ceux dont la couverture vaccinale est faible et ceux qui sont exposés au risque d'importation, ou encore ceux qui disposent de structures qui manipulent le poliovirus (laboratoires, centres de recherche, usines de fabrication de vaccins). Un plan de préparation doit être élaboré et testé dans le cadre d'un exercice de simulation de flambée épidémique de poliomyélite afin de s'assurer que les agents de santé publique et les systèmes d'urgence sont prêts à réagir rapidement et efficacement au cas où un isolat de poliovirus venait à être détecté. Les pays abritant des populations à haut risque et/ou en proie à des conflits, à l'insécurité ou à des problèmes d'accès doivent réfléchir à comment accorder la priorité à ces populations et à ces zones, tout en adaptant les stratégies au contexte local.

3

Évènements et flambées de poliomyélite

Définitions

Les isolats de poliovirus détectés chez l'homme ou dans l'environnement peuvent appartenir à trois grandes catégories : sauvage, Sabin et de type Sabin ou dérivés d'une souche vaccinale. La détection d'un nouvel isolat de poliovirus peut constituer une situation d'urgence sanitaire, que l'on peut classer comme un évènement ou une flambée, en fonction des caractéristiques de l'isolat et du contexte dans lequel il apparaît (voir ci-dessous).

1. **Poliovirus sauvages.** À ce stade du programme d'éradication, chaque cas ou isolat de poliovirus sauvage doit faire l'objet d'un examen approfondi, dans la mesure où il peut s'agir d'une importation, d'une rupture de confinement local ou d'une transmission continue dans les pays d'endémie.
2. **Virus Sabin.** Le virus Sabin est le poliovirus vivant atténué contenu dans le vaccin antipoliomyélique oral (VPO). Cette catégorie comprend également les poliovirus de type Sabin, qui sont génétiquement très proches des souches du VPO, mais ne s'en sont pas encore suffisamment éloignés pour correspondre à la définition de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (voir ci-dessous). Les virus Sabin et de type Sabin sont généralement détectés après l'administration du VPO^a.
3. **Poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV).** Dans les populations sous-immunisées, si les virus de type Sabin continuent à se transmettre d'un sujet à un autre, ils peuvent continuer à subir une modification génétique et, dans de rares cas, devenir des PVDV, susceptibles d'évoluer et retrouver finalement la capacité à provoquer la paralysie.

Les PVDV sont identifiés en fonction de leur degré de divergence génétique par rapport à la souche parentale du virus contenu dans le VPO. Les virus présentant une divergence supérieure à 1 % (c'est-à-dire 10 différences nucléotidiques ou plus, pour les types 1 et 3) ou une divergence supérieure à 0,6 % (c'est-à-dire, 6 différences nucléotidiques ou plus, pour le type 2) par rapport à la souche correspondante du virus contenu dans le VPO sont étiquetés PVDV^b.

Classification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale

Les PVDV sont classés en trois catégories :

- i) **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 apparentés chez l'homme et/ou dans l'environnement.
- ii) **Le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience (PVDVi)** est un PVDV isolé d'un sujet présentant des signes d'immunodéficience primaire. 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.
- iii) **Le poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale (PVDVa)** est une catégorie d'exclusion lorsque l'enquête ne parvient pas à établir une classification dans la catégorie PVDVc ou PVDVi. Les isolats peuvent provenir de sujets ne présentant pas d'immunodéficience connue ou d'un échantillon détecté dans l'environnement, sans preuve de la circulation du virus.

Ces définitions s'appliquent aux isolats de tous les sérotypes de poliovirus (à savoir 1, 2 ou 3).

a Les virus 2 Sabin et de type Sabin ne devraient plus être détectés, sauf dans le cas où le VPOm2 a récemment été utilisé dans le cadre d'une riposte. Tout virus de type 2 Sabin ou de type Sabin détecté en dehors de ce cas de figure appelle de toute urgence une enquête.

b Voir « Classification et notification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) ». Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2016 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPVs_Aug2016_FR.pdf) consulté dans sa version anglaise le 8 novembre 2018).

Les lignes directrices de l'IMEP, intitulées *Classification et notification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale*^c, fournissent des définitions et décrivent les enquêtes épidémiologiques à mener en laboratoire et sur le terrain pour classer un isolat. L'enquête et le séquençage génétique d'un PVDV peuvent parfois prendre un certain temps. Un nouvel isolat non lié à un PVDV connu est considéré comme un PVDV « en attente de classification » et peut nécessiter des mesures de riposte. Un virus précédemment classé peut également être reclassé sur la base de nouvelles informations.

Évènement ou flambée

Le tableau 1 classe l'isolement nouveau ou continu du poliovirus comme évènement ou flambée afin d'aider à décrire l'ampleur de la transmission interhumaine et de déterminer une riposte appropriée. Le terme « flambée » est réservé aux situations où la transmission interhumaine est clairement établie.

Les évènements peuvent évoluer et devenir des flambées.

Détermination du « jour 0 » aux fins du suivi de la riposte

Tous les évènements liés à la poliomyélite et toutes les flambées déclencheront le même train de mesures de riposte, à savoir : enquête, évaluation des risques, renforcement de la surveillance, plaidoyer stratégique et communication, avec ou sans riposte vaccinale.

À des fins de surveillance des performances, un « jour 0 » est déterminé afin que l'évolution de toutes les mesures de riposte puisse être suivie par rapport aux normes définies dans les présentes POS.

Le jour 0 correspond au jour de réception par le Siège de l'OMS des résultats du séquençage génétique en laboratoire.

Les PVDV précédemment isolés, classés dans la catégorie « ambigu » ou « en attente de classification », peuvent être reclassés dans la catégorie « circulants » (ce qui revient à une flambée) si un autre poliovirus apparenté est détecté, indiquant une preuve de transmission.

Pour les flambées ou les évènements à risque moyen à élevé (considérés comme nécessitant une riposte vaccinale), le jour 0 reste le même aux fins du suivi de la riposte opérationnelle, même si l'on obtient de nouvelles informations confirmant la transmission.

Dans le cas d'un évènement à faible risque, ne nécessitant pas de riposte vaccinale, il est possible que les informations relatives au séquençage génétique de nouveaux isolats confirment ultérieurement une transmission. Dans ce cas, l'IMEP pourrait envisager de modifier le jour 0 et l'établir à la date à laquelle les nouvelles informations sur le séquençage ont été reçues.

c Voir « Classification et notification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) ». Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2016 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPVs_Aug2016_FR.pdf), consulté dans sa version anglaise le 8 novembre 2018).

Tableau 1 : Définition d'événements lié à la poliomyélite et de flambée

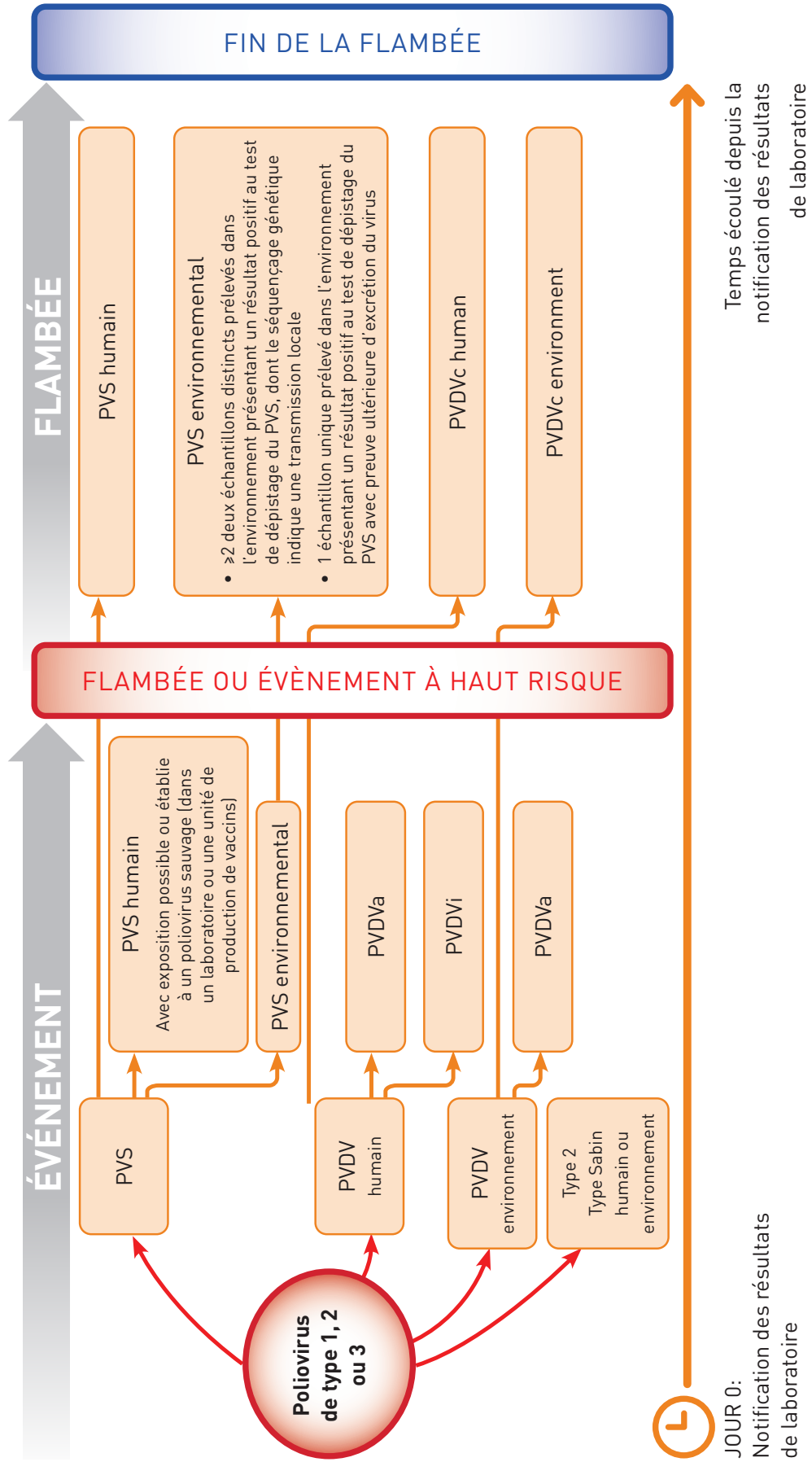
Typologie	Définition
Événement (aucune preuve de transmission)	<p>Humain</p> <p>Détection de :</p> <ul style="list-style-type: none"> PVDV chez : <ul style="list-style-type: none"> un cas unique de paralysie flasque aiguë (PFA) ou un sujet asymptomatique (un contact, par exemple), ou un ou plusieurs sujets¹, sans preuve de circulation du virus au sein de la communauté (isolats de PVDVi ou de PVDVa) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> un isolat de virus Sabin de type 2 ou de virus de type Sabin dans un ou plusieurs échantillons prélevés chez un sujet plus de quatre mois après l'utilisation de tout VPO contenant le virus Sabin de type 2 (c'est-à-dire VPOM2 ou VPOT) <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> PVS1, PVS2 ou PVS3 chez un sujet infecté présentant une exposition présumée ou établie à un virus d'un type précis dans un laboratoire ou dans une unité de production de vaccins.
	<p>Environnemental</p> <p>Détection de :</p> <ul style="list-style-type: none"> PVS dans un échantillon unique prélevé dans l'environnement sans preuve ultérieure d'excrétion du virus² ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> PVDV sans preuve de transmission ultérieure, telle que : <ul style="list-style-type: none"> un échantillon unique détecté dans l'environnement sans preuve de circulation prolongée; ou un PVDVa <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> un isolat de virus Sabin de type 2 ou de virus de type Sabin dans un ou plusieurs échantillons prélevés dans l'environnement plus de quatre mois après l'utilisation de tout VPO contenant le virus Sabin de type 2 (c'est-à-dire le VPOM2 ou le VPOT)
Flambée (preuve de transmission)	<p>Humain</p> <p>Détection de :</p> <ul style="list-style-type: none"> tout sujet infecté par le PVS1 (sauf dans des zones d'endémie ou chez des sujets avec une exposition au PVS établie dans un laboratoire ou une unité de production de vaccins) ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> tout sujet infecté par le PVDVc¹.
	<p>Environnemental</p> <p>Détection de :</p> <ul style="list-style-type: none"> deux ou plus échantillons³ environnementaux distincts positifs pour PVS dont le séquençage génétique indique une transmission local soutenue; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> un échantillon unique prélevé dans l'environnement présentant un résultat positif au test de dépistage du PVS avec une preuve ultérieure d'excrétion du virus² (et aucune exposition établie dans un laboratoire ou une unité de production de vaccins) ; <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> tout échantillon environnemental présentant un résultat positif au test de dépistage du PVDVc.

1 Le sujet infecté peut être un cas de PFA ou un sujet asymptomatique/en bonne santé.

2 Preuve d'excrétion du virus établie lors d'une enquête de suivi communautaire.

3 Par distincts on entend des échantillons qui ont été recueillis sur plusieurs sites environnementaux de collecte d'échantillons (sans chevauchement des zones de captage), OU échantillons d'un même site mais dont la collecte a été faite à plus de 2 mois d'écart.

Figure 1 : Les POS en bref : événements et flambées



4

Détection, notification et enquête

Détection

Les échantillons prélevés sur des sources humaines (biologiques) 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.

Notification

Dès que le 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)^d, tous les poliovirus à déclaration obligatoire (ou à notifier) (voir l'encadré 1) doivent également être immédiatement rapportés 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 les liens avec d'autres poliovirus, dès qu'ils en disposeront.

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

Enquête

Le pays doit mener des enquêtes sur tout isolat de poliovirus à déclaration obligatoire en vertu du RSI, que cet isolat soit issu de cas de PFA, de contacts de cas de PFA ou d'une surveillance environnementale. L'IMEP apportera son soutien au pays au besoin.

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 soutien national, sur tout cas et/ou communauté touchés, accompagnée de la collecte de données nationales pertinentes. Tous les cas de figure nécessitent une enquête détaillée et exhaustive, qu'il s'agisse de l'isolement d'une souche de poliovirus connue dans une zone précédemment infectée ou dans une zone non encore infectée, ou de la détection d'une nouvelle souche de poliovirus.

Les informations fournies par le RMLP et l'enquête épidémiologique et sociale sont utilisées pour décrire les caractéristiques du virus et déterminer s'il existe une preuve de transmission interhumaine. Ces informations éclaireront l'évaluation et la classification des risques. L'enquête et la classification pouvant durer des jours ou des semaines, il faut absolument savoir que les activités de riposte sont souvent nécessaires avant que la classification finale du virus ne soit établie.

^d Voir « Règlement sanitaire international » (2005), 2e édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2008 (<https://www.who.int/ihr/9789241596664/en/>, consulté dans sa version anglaise le 8 novembre 2018).

Encadré 1. Règlement sanitaire international 2005 (RSI) et obligation de notification

Au titre du RSI, la notification est requise pour tous les événements pouvant constituer une **urgence de santé publique de portée internationale**. Pour la poliomyélite, cela comprend la détection des virus de sources humaines ou non humaines suivantes :

- PVS ;
- PVDV (type 1, 2 ou 3) ;
- et virus Sabin / de type Sabin de type 2.

Virus Sabin/ de type Sabin de type 1 ou 3 ne sont pas à notifier.

Le point focal national RSI doit notifier à l'OMS, dans les 24 heures, par l'intermédiaire de l'interlocuteur

RSI du Bureau régional de l'OMS concerné, tous les poliovirus à notification obligatoire, sans attendre la classification finale.

Le tableau 2 décrit le champ d'application et les objectifs d'une enquête.

Tableau 2 : Enquête sur les isolats de poliovirus provenant de cas de PFA, de contacts ou de la surveillance environnementale

Volets de l'enquête	Objectifs
Partie A : Enquête sur le cas ou l'isolat issu de l'environnement et le contexte local	<ul style="list-style-type: none">• Recueillir des informations pour confirmer l'évènement ou la flambée• Déterminer la source possible d'infection ou les causes de l'évènement ou de la flambée• Déterminer le nombre et les caractéristiques des cas, ainsi que le contexte des isolats environnementaux
Partie B : Détermination de l'étendue géographique de la transmission	<ul style="list-style-type: none">• Déterminer l'étendue géographique et évaluer le risque de nouvelles transmissions
	<ul style="list-style-type: none">• Données de surveillance• Collecte d'échantillons chez les contacts des cas de PFA• Collecte ciblée d'échantillons de selles chez les enfants en bonne santé• Recherche de cas de PFA dans les ménages au sein des communautés• Recherche de cas de PFA dans les établissements de santé locaux• Autres activités au sein des communautés

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

1. Enquête épidémiologique détaillée d'un isolat de poliovirus issu d'un cas de PFA ou d'un contact positif

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 du traitement, des injections et de la vaccination (y compris toutes les doses de vaccins antipoliomyélitique 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 doivent inclure tout signe ou symptôme d'immunodéficience primaire et un dosage quantitatif des immunoglobulines, le cas échéant.

Une enquête épidémiologique (axée sur le sujet, le lieu et le temps) et sociale sur le cas de PFA et ses contacts proches doit être menée d'urgence. Il est important de recueillir des informations détaillées sur les antécédents de voyage, le contexte socioéconomique et communautaire, la distance par rapport à la formation sanitaire ou d'autres obstacles à la vaccination, ainsi que d'autres informations pertinentes. Le *formulaire d'enquête épidémiologique détaillé*^e sur le cas de l'IMEP constitue un modèle de référence pour une enquête épidémiologique et sociale conjointe^f.

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

Décrire la zone de prélèvement du site dont est issu l'échantillon infecté et des autres sites de collecte de la région, en fournissant notamment des informations sur la démographie (en particulier sur les groupes à haut risque), les mouvements de population et les institutions pertinentes (formations sanitaires, écoles, gares de bus ou autres centres de transport).

Décrire le système d'évacuation des eaux usées ou de drainage vers le site de collecte, en complétant la description par de l'imagerie provenant du système d'information géographique (SIG) lorsque cela est possible (profil d'altitude, liens avec les autres sites et densité de logements, par exemple). Consigner par écrit l'historique du site, le calendrier de collecte des échantillons, la promptitude et la complétude de

la collecte, ainsi que la proportion d'échantillons positifs pour les entérovirus non poliomyélitiques (EVNP). 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 VPOm2 dans les environs immédiats).

L'enquête sur un isolat de PVS dans un pays où celui-ci n'est pas endémique doit prendre en compte la mise en circulation accidentelle possible par un laboratoire ou toute autre structure^g, ou l'importation (par exemple par un voyageur entrant), en particulier lorsque les résultats du séquençage génétique pour déterminer l'origine est encore en attente.

3. Description du contexte de la communauté au sein de laquelle a été détecté l'isolat, 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, mettre l'accent sur des mises à jour importantes des informations générales recueillies précédemment.

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, pour la vaccination de routine comme pour les AVS, et les enquêtes sur la vaccination au sein de la communauté. Déterminer les caractéristiques des enfants non vaccinés et partiellement vaccinés, des populations à haut risque ou des populations spécifiques, et étudier les habitudes locales en matière de 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 depuis le passage au VPOb ou depuis la dernière utilisation du VPOm2. Faire l'estimation de la population non immunisée contre le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent ou protégée uniquement par le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) contre le poliovirus de type 2.

Recueillir des preuves épidémiologiques de détections antérieures du poliovirus (PVS ou PVDV) au sein des communautés touchées ou environnantes. Étudier l'incidence

e Voir « Detailed epidemiologic case investigation form ». Ligne directrice de l'IMEP. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2011 (retrouver le document dans la bibliothèque de l'IMEP <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, consulté le 8 novembre 2018).

f 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 contre 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 la riposte (SIMR).

g Voir « Public Health Management of Facility-Related Exposure to Live Polioviruses: Interim guidance in managing exposed persons for countries hosting facilities that maintain live polioviruses » retrouver le document dans la bibliothèque de l'IMEP, <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>.

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

Résultats 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 des enfants non vaccinés ; ii) les raisons de leur non-vaccination ; et iii) toute intervention ayant réussi à 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 passage au VPOb ou toute détection antérieure de PVDV2, recueillir de plus amples renseignements sur la dernière utilisation connue du VPOt ou du VPOM2, la qualité de la gestion du VPOM2, et les mesures prises pour rechercher tout flacon de VPOt ou de VPOM2.

Caractéristiques, déplacements et routes migratoires de la population. Obtenir un aperçu général de la population touchée, y compris des informations sur la densité de population, la structure sociale et ses réseaux, la présence de populations minoritaires ou de résidents non-locaux, d'habitants allogènes ou appartenant à des minorités, 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 S'appuyer sur des sources formelles ou informelles pour mieux comprendre les pratiques de vaccination et l'acceptation des vaccins dans la communauté. Rassembler des informations générales sur la couverture médiatique, les personnes d'influence au sein de la communauté et les groupes sociaux importants.

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

4. Recherche de cas supplémentaires de PFA et de preuves de la transmission du virus au sein de la communauté

Une fois qu'un poliovirus a été détecté à partir d'une source quelconque, des mesures supplémentaires doivent être prises pour déterminer avec certitude 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 également utiles dans certaines circonstances après la confirmation du poliovirus (voir aussi la section 8 sur le renforcement de la surveillance de routine).

Données de surveillance. Procéder à un examen approfondi de situation de la poliomyélite dans tout le pays afin d'analyser le risque et de déterminer la qualité et la sensibilité du système de surveillance actuel. Inclure la revue des indicateurs de PFA au niveau administratif le plus bas, notamment 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. Examiner également 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 approfondies dans les communautés et dans les établissements de santé requièrent beaucoup de temps et de ressources, et nécessitent donc une coordination étroite avec les collègues chargés de la surveillance et des laboratoires concernés pour se préparer à d'éventuels besoins d'urgence. Sauf indication contraire, les stratégies ci-dessous ne doivent être mises en œuvre que dans le cadre des enquêtes sur le terrain menées après la détection d'un nouveau cas d'infection par un PVDV non classé ou d'un échantillon environnemental nouvellement positif (PVDV ou PVS) dans une zone exempte de transmission avérée au cours des 12 derniers mois.

Des stratégies d'enquête éventuellement applicables sont présentées ci-dessous.

La collecte d'échantillons chez les contacts des cas de PFA (on parle aussi de collecte sur contacts directs ou de contacts proches) doit être effectuée au cours de l'enquête initiale ou de suivi sur la PFA, lorsqu'on ne dispose pas d'échantillons de selles adéquats pour le cas de PFA afin de confirmer en laboratoire la présence du poliovirus.

Il s'agit de la collecte et de l'analyse en laboratoire d'un échantillon de selles chez trois enfants **en contact avec un cas de PFA** pour étayer le diagnostic d'infection par le poliovirus chez le cas de PFA. Les enfants en contact avec des cas de PFA (appelés cas contact de PFA) ont une probabilité plus élevée d'infection asymptomatique et d'excrétion du virus. Si l'on isole le poliovirus dans un échantillon de selles d'un contact d'un cas de PFA, cela confirmera également la présence du poliovirus chez le cas de PFA.

La collecte d'échantillons chez les cas contacts de PFA ne doit pas être effectuée pour les cas d'infection par le poliovirus confirmés en laboratoire.

Il convient de recueillir des échantillons chez les enfants (de préférence âgés de moins de 5 ans) qui ont été en contact avec le cas de PFA dans la semaine précédant et/ou deux semaines après l'apparition de la paralysie. L'objectif est d'identifier les enfants qui ont eu des contacts avec le cas de PFA (par exemple, en se touchant, en partageant

des jouets ou de la nourriture) qui peuvent avoir entraînés une infection par le poliovirus, si celui-ci est la cause de la paralysie. Il s'agit par exemple des frères et sœurs et d'autres enfants vivant au sein du même ménage, et des enfants voisins qui ont joué avec le cas de PFA pendant la période concernée. Ces contacts sont appelés « contacts proches ».

Dans certaines circonstances spécifiques lors d'une flambée épidémique 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. Par exemple, pour les cas de PFA se trouvant en dehors de la zone de l'épidémie afin de détecter la poursuite de la transmission, ou pour les cas de PFA situés dans une zone où la sécurité est compromise ou difficile d'accès afin de profiter des possibilités limitées d'atteindre ces communautés. Les décisions relatives à cette extension doivent être prises au niveau national avec les collègues des laboratoires.

Voir le document AFP contact sampling job aid et le site Web de l'IMEP pour obtenir plus d'informations sur 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 contacts communautaires, ou dans la communauté ou chez les enfants asymptomatiques) peut être effectuée après un nouvel isolement de PVDV lorsque la transmission communautaire n'a pas été confirmée. La décision de procéder à la 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 s'agit de la collecte et de l'analyse en laboratoire d'un échantillon de selles provenant de 20 enfants asymptomatiques (c'est-à-dire des enfants sans PFA) pour déterminer la présence du poliovirus et donc la transmission au sein de la communauté.

S'il existe déjà des preuves d'une transmission à l'échelle de la communauté, la collecte ciblée d'échantillons de selles chez les enfants sains ne doit pas être effectuée.

Les enfants (âgés de moins de 5 ans, mais de préférence de moins de 2 ans) ne présentant pas de signes de PFA et **n'ayant pas eu de contact avec le cas de PFA**, doivent 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 proches.

Toute décision de procéder à une collecte ciblée d'échantillons de selles chez les enfants en bonne santé doit être prise au niveau national, en consultation avec les collègues de laboratoire. Voir le document AFP contact sampling job aid^h et le site Web de l'IMEP pour obtenir plus d'informations sur le recueil 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 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 et informels) et documenter les résultats. Inclure au moins six mois d'examen des dossiers 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 des PFA et les performances et capacités de vaccination antipoliomyélitique, et les y sensibiliser si nécessaire. Rechercher les flacons de VP0t ou de VP0m2 le cas échéant.

Autres activités de sensibilisation dans 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 collaborer avec les dirigeants locaux et les personnes influentes de la communauté et les sensibiliser à la détermination des cas de PFA et à l'importance de signaler rapidement les cas de PFA.

^h Voir « Use of AFP contact sampling and targeted healthy children stool sampling: GPEI Job Aid », Genève, Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2019. (Recueil de documents de l'IMEP disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>).

5

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'ampleur de la riposte. L'évaluation des risques a pour objet d'examiner les caractéristiques virologiques et épidémiologiques du virus, événement ou flambée nouvellement détecté et de déterminer le niveau de risque de propagation locale ou internationale (élevé, moyen ou faible).

L'évaluation des risques est présentée par les autorités nationales et/ou les bureaux nationaux ou régionaux de l'OMS aux partenaires de l'IMEP dans les 72 heures suivant la réception du résultat du séquençage génétique ou de la confirmation de la flambée. L'évaluation passe en revue les facteurs cruciaux qui détermineront la nature et l'ampleur 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 de risque : risque virologique, risque contextuel et risque de transmission au niveau international (voir le tableau 3).

Un résumé détaillé des éléments permettant aux pays de préparer une évaluation fiable des risques est fourni, ainsi que des ressources et outils supplémentaires (voir l'annexe 1 intitulée « Vue d'ensemble de l'évaluation des risques » pour de plus amples orientations).

Poliovirus de type 2

Tout isolement du virus de type 2 appelle une attention particulière lors de l'évaluation des risques et de la détermination de la nature et de l'ampleur de la riposte. Après le retrait au niveau mondial du VPO contenant une souche atténuée du poliovirus de 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.

Pour la détection du poliovirus de type 2 (PVDV2 ou PVS2), la consultation des partenaires de l'IMEP est systématique et aboutira souvent à une discussion avec le Groupe consultatif sur le VPOm2 afin d'examiner l'évaluation des risques et de déterminer s'il y a lieu d'apporter une riposte éventuelle par le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 (VPOm2).

Tableau 3 : Éléments permettant d'évaluer le risque de propagation du poliovirus qui détermineront la nature et de l'ampleur de la riposte

Élément de risque	Exemple de facteurs de risque considérés (non exhaustif)
Risque virologique¹	Degré élevé d'éloignement génétique par rapport au Sabin parent, nombre et nature des modifications nucléotidiques et interprétation par des virologues, etc.
Risque contextuel	Détection récente de 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, mouvements de population, etc.
Risque de transmission au niveau international	Zone frontalière à forte mobilité de la population, populations nomades ou réfugiées, conflits transfrontaliers, itinéraires de déplacements internationaux, etc.

1 Le risque virologique est considéré comme élevé pour tout PVS ou PVDVc

La détection du virus Sabin de type 2 ou du virus de type Sabin dans une zone où le VPOm2 n'a pas été utilisé au cours des quatre derniers mois doit être déclarée en vertu du RSI. Un tel constat peut traduire la poursuite de l'utilisation et/ou une utilisation non autorisée du VPOt ou du VPOm2, étant donné que les enfants auxquels on a administré du VPO continuent à excréter le virus Sabin pendant environ trois mois. Pour cette raison, la détection du virus Sabin de type 2 ou du virus de type Sabin à partir de n'importe quelle source quatre mois ou plus après la dernière utilisation du VPOm2 appelle une enquête, une évaluation du risque et une notification à l'OMS en vertu du RSI.

Prise en compte des événements sentinelles dans l'évaluation des risques

Un événement sentinelle est une information ou un fait de toute nature, lié ou non à la poliomyélite, qui laisse penser que la communauté ou la région géographique en général peut être exposée à un risque de flambée de poliomyélite. Au nombre des événements sentinelles, on citera par exemple :

1. 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 un risque de transmission spécifique de la poliomyélite en raison du mode de transmission interhumaine (par exemple, le choléra) ;
2. le déplacement rapide ou en cours de populations sous-vaccinées ;
3. la détection du virus Sabin de type 2 d'une source biologique ou environnementale en l'absence de l'utilisation du VPOm2 ;
4. la découverte de flacons de VPOt ou de VPOm2 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 doivent continuer à collecter des informations détaillées pour mettre à jour l'analyse de la situation et l'évaluation des risques (c.-à-d. résultats des enquêtes en laboratoire, informations détaillées sur les populations touchées, etc.). Les pays/régions voisins doivent également continuer à mettre à jour leur évaluation des risques avec l'appui des bureaux régionaux de l'OMS.

Les facteurs de risque pertinents à prendre en compte dans l'évaluation régulière des risques sont notamment les suivants :

- analyse quantitative et qualitative détaillée et cartographie des mouvements de population (par ex., commerce, migration, déplacements, voies de circulation et de migration telles que routes, lacs et rivières) ;
- nombre de populations spécifiques à haut risque ou difficiles à atteindre (par ex., en raison de l'inaccessibilité géographique ou culturelle, des zones d'insécurité, du rejet de la vaccination et d'événements sentinelles) ;
- modélisation de l'immunité de la population aux types de poliovirus des flambées/événements ;
- 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 une raison ou une autre.

Les analyses régulières devraient exploiter les informations provenant de toutes les sources possibles, y compris des données allant au-delà des informations types du programme de lutte contre la poliomyélite. 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'urgence sanitaire peuvent fournir des informations cruciales sur les migrations de population et l'insécurité.

6

Normes de riposte – aperçu

L'étendue de la riposte à un événement ou une flambée épidémique détectés sera déterminée par le type et la classification du poliovirus et l'évaluation des risques. La clé du succès de la riposte 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 événements et aux flambées liés à la 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'impliquent vivement et prennent rapidement les mesures suivantes :

1. **Enquête détaillée et évaluation des risques** (voir les chapitres 4 et 5)
2. **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)
3. **Planification d'une riposte vaccinale.**

Les fonctions de base et d'appui sont illustrées à la figure 2.

Une coordination, une planification, une budgétisation, une participation de la communauté et un suivi constituent des fonctions d'appui essentielles à une riposte réussie. Les initiatives de communication sur les risques et de mobilisation sociale doivent être adaptées à l'évènement ou à la flambée et soutenir le renforcement de la surveillance, les activités de riposte vaccinale et la vaccination de routine. Pour toutes les ripostes à une flambée et à un événement, il est nécessaire de suivre et de signaler toutes les interventions et tous les renforcements concernant la surveillance, la vaccination et la communication (voir le chapitre 11).

Étendue de la vaccination. L'étendue des campagnes de vaccination variera en fonction du type d'évènement lié au poliovirus ou de flambée, de la source de la détection et du contexte. Toutes les flambées (PVDV ou PVS) exigent une riposte vaccinale en faisant recours à un type de VPO spécifique dans les 14 jours suivant la notification du laboratoire. Dans certaines circonstances, des événements survenant dans des contextes à haut risque peuvent également justifier une riposte vaccinale, tenant compte de l'évaluation des risques et des échanges avec les autorités sanitaires du pays et les experts techniques de l'IMEP. Cette riposte englobe les PVDV en attente de classification ou les PVDV ambigus (PVDVa).

L'isolement d'un PVDVi nécessite une évaluation minutieuse pour s'assurer que tous les membres du ménage et les contacts proches avec la communauté sont immunisés par le VPI. Les AVS à plus grande échelle ne sont pas nécessaires à moins que la circulation du poliovirus au sein de la communauté ne soit établie. Un porteur de PVDVi devrait recevoir un traitement approprié contre le syndrome d'immunodéficience qu'il présente et se voir proposer un traitement anti-poliovirus optimal, le cas échéant.

Figure 2. Fonctions essentielles et d'appui pour une riposte de qualité à une flambée

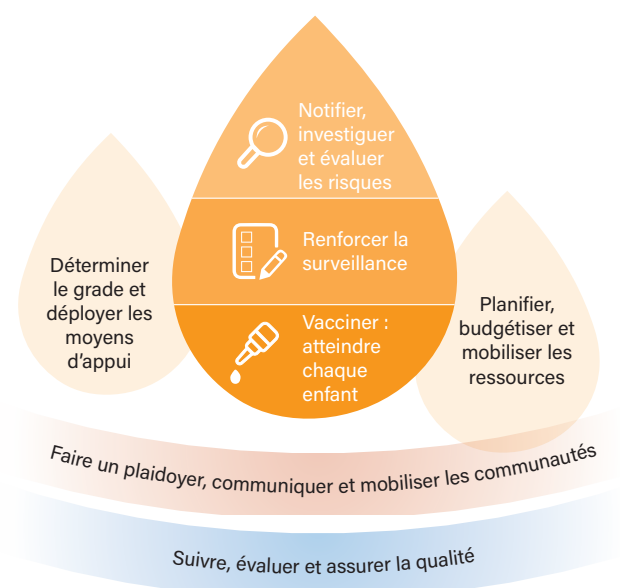
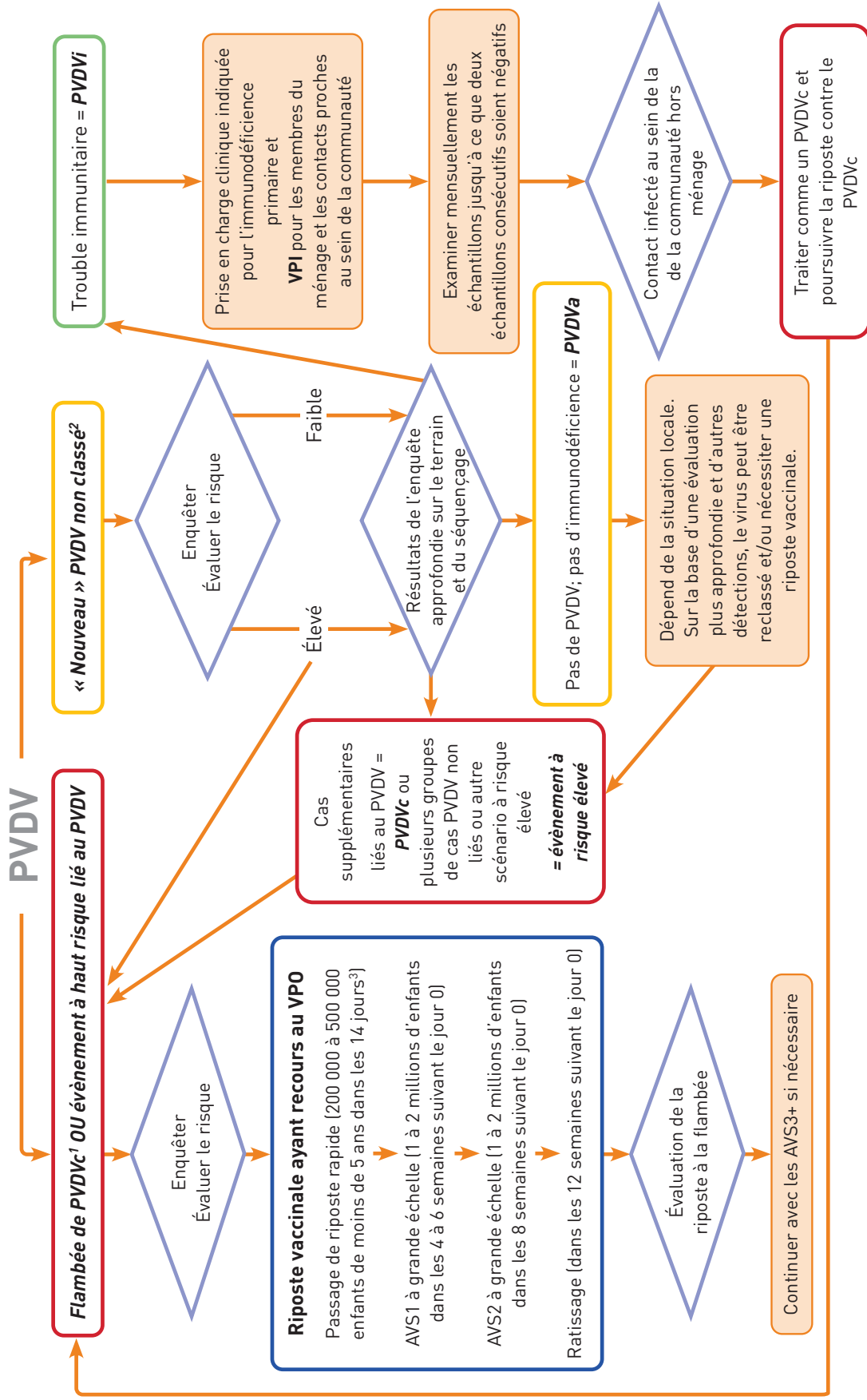


Figure 3 : Stratégies de riposte à la suite de la détection d'un isolat de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale



1 génétiquement lié à un PVDVc connu ou à un PVDVa antérieur
 2 échantillon prélevé dans le cadre de la surveillance environnementale (SE) ou cas isolé de paralysie flasque aiguë non lié à un PVDVa connu
 3 toutes les périodes partent du jour 0, jour de la réception par le Siège de l'OMS des résultats du séquençage génétique du PVDV2

Les stratégies de riposte à la suite de la détection d'un isolat de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale sont illustrées à la figure 3.

Déterminer et planifier une riposte de haute qualité à une flambée. Une riposte complète à une flambée comprend les enquêtes, la surveillance et la vaccination, le tout appuyé par des activités de communication et de mobilisation sociale, y compris la coordination transfrontalière entre pays. Des activités coordonnées et de grande qualité 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. Pour la surveillance, il est nécessaire de suivre attentivement aussi bien le processus (par exemple, les taux de notification de cas de PFA, la qualité du travail du laboratoire) que les résultats (par exemple, la détection précoce du virus grâce à toutes les stratégies de surveillance appliquées au sein des populations spécifiques présentant un risque élevé).

Classification de la flambée

L'OMS classera toutes les flambées et, dans certains cas, les événements survenant dans des contextes à haut risque, suivant le *Cadre d'action d'urgence*ⁱ.

La classification est une procédure qui déclenche les politiques de riposte aux flambées de l'OMS et du ou des pays touchés. La classification indiquera le niveau de risque et déterminera les mesures à prendre pour gérer l'évènement ou la flambée dans le contexte du pays. Voir le chapitre 10 pour l'intensification de la riposte en cas de flambée et des informations détaillées sur

le soutien apporté par l'IMEP en fonction de la classification. La classification a pour buts de :

- informer tous les partenaires de la nature de l'évènement ou de la flambée, de la riposte requise et de la nécessité de mobiliser des ressources internes et externes ;
- activer les mécanismes de riposte l'IMEP ;
- inciter les autorités locales et les partenaires de l'IMEP à tous les niveaux à mobiliser des ressources pour apporter du soutien, y compris des ressources humaines immédiates.

L'OMS classera une flambée aux niveaux 1, 2 ou 3 dans les 72 heures suivant le jour 0. Une classification est valable durant trois à six mois, pendant la phase initiale de la riposte à une flambée, et devrait être revue à la lumière de nouvelles informations et/ou au fur et à mesure que les activités progressent.

Les critères utilisés dans la classification d'une flambée incluent : 1) les possibilités de transmission dans le pays et au-delà des frontières nationales au regard 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 un examen de l'urgence et de la complexité de l'évènement et du risque de réputation qu'il peut créer. La capacité du pays est une évaluation subjective qui s'appuie sur l'infrastructure sanitaire et les défis en cours liés à la sécurité ou à l'accès. La figure 4 présente une matrice générale des risques pour classer un évènement ou une flambée.

Figure 4 : Matrice générale des risques pour la classification d'un évènement ou d'une flambée

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

ⁱ Voir « Cadre d'action d'urgence ». Organisation mondiale de la Santé, 2017 (<https://www.who.int/emergencies/grading>, p. 28 de la version anglaise, consultée le 8 novembre 2018).

Chronologie type d'une riposte à une flambée

Le tableau 4 présente les mesures essentielles à prendre et les délais en matière de riposte à un évènement ou à une flambée (voir l'annexe 2 pour une liste détaillée, du jour 0 à la clôture de la flambée). Il est indispensable d'établir rapidement des mécanismes de coordination entre les pays et les partenaires

de l'IMEP à tous les niveaux. Cela peut inclure des appels à plusieurs niveaux avec des bureaux de coordination sous-régionaux, régionaux et partenaires mondiaux de la riposte à la flambée. Après la consultation initiale, les opérations sont appuyées par l'Équipe spéciale chargée de la préparation et de la riposte aux flambées épidémiques (OPRTT) afin de gérer la coordination avec tous les partenaires..

Tableau 4. Principales étapes et chronologie des jalons cruciaux de la riposte à un évènement et à une flambée

Chronologie	Mesures de riposte ciblant tous les isolats
Dans les 24 heures	Ouvrir une enquête Le pays et chaque organisme partenaire devront entamer des consultations internes
Dans les 48 heures	Lancer la coordination des partenaires via l'OPRTT ¹
Dans les 72 heures	Notification du pays à l'OMS à travers le RSI Analyse du risque et classification Groupe consultatif sur le VP0m2 et demande de vaccins (le cas échéant) Déclaration du pays de l'urgence de santé publique nationale
72 heures pour procéder au lancement	Élaborer le plan de riposte de la surveillance, de la vaccination et de la mobilisation sociale L'OPRTT devra coordonner et déployer une équipe de riposte rapide au besoin
Dans les 14 jours	Riposte vaccinale rapide (passage zéro)
Dans les 90 jours Les résultats du monitoring indépendant et du LQAS seront communiqués dans les 14 jours suivant chaque campagne	Premier passage de vaccination à grande échelle, deuxième passage à grande échelle et ratissage Évaluer la qualité de la vaccination : <ul style="list-style-type: none"> • Monitoring indépendant requis³ • LQAS⁴ à commencer le plus tôt possible
Évaluations de la riposte à la flambée (OBRA)	1. Première évaluation dans les trois mois suivant la notification du laboratoire (jour 0) 2. Évaluations trimestrielles de suivi 3. Évaluation finale après au moins six mois sans détection du poliovirus

1 OPRTT = Équipe spéciale chargée de la préparation et de la riposte aux flambées [Outbreak Preparedness and Response Task Team]

2 Voir le chapitre 4, partie B (Détermination de l'étendue géographique de la transmission) et le chapitre 8 (Surveillance à la suite d'une enquête).

3 Le monitoring indépendant ne remplace et n'équivaut pas à la supervision

4 LQAS = échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité

7

Riposte vaccinale

L'objectif principal de la riposte vaccinale est d'interrompre rapidement la transmission interhumaine du poliovirus. **Le choix du moment et la qualité de la riposte vaccinale sont d'une importance cruciale.** Pour pouvoir interrompre la propagation du virus, une riposte vaccinale rapide est nécessaire au sein d'une population et d'une étendue géographique suffisamment grandes. Une vaccination de haute qualité protégera les personnes contre l'infection à poliovirus et préviendra des flambées à l'avenir en cas d'importation.

Le vaccin antipoliomyélitique oral approprié à la souche de poliovirus induit une immunité des muqueuses intestinales 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^j.

Chronologie et ampleur des activités de vaccination

LIMEP a approuvé une stratégie de vaccination en quatre étapes pour les flambées et les événements survenant dans des contextes à haut risque pour tous les types de poliovirus (types 1, 2 et 3) (voir la figure 5). La riposte consiste en une riposte rapide, puis des AVS1, des AVS2 et un ratissage ciblé obligatoire, avec l'option de réaliser d'autres AVS si des isolats sont identifiés malgré la vaccination, des cas ou d'autres preuves de transmission continue le justifient.

Cette stratégie a pour but d'assurer : 1) riposte dans les délais; 2) deux passages de vaccination à grande échelle de haute qualité ; 3) la revaccination dans toutes les zones où la qualité était insuffisante ; et 4) l'élimination de tous les VPOm2 sur le terrain dans les meilleurs délais (uniquement pour la riposte au poliovirus de type 2).

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 à déployer dans les 14 jours suivant la réception du résultat du séquençage en laboratoire (jour 0). Cette riposte rapide (RR) cible la zone immédiate d'isolement

du virus, afin d'empêcher toute propagation (même si la source demeure inconnue).

La riposte doit être rapide, ciblée et à petite échelle ; l'intention doit être de mener des interventions de qualité dans les zones à haut risque proches du lieu où le poliovirus a été détecté. Si elle ne peut être mise en œuvre rapidement (dans un délai de trois semaines), l'équipe nationale peut envisager de procéder directement aux AVS1 ciblant la population appropriée. Cette décision doit être prise en concertation avec les partenaires de l'IMEP.

AVS1 et AVS2

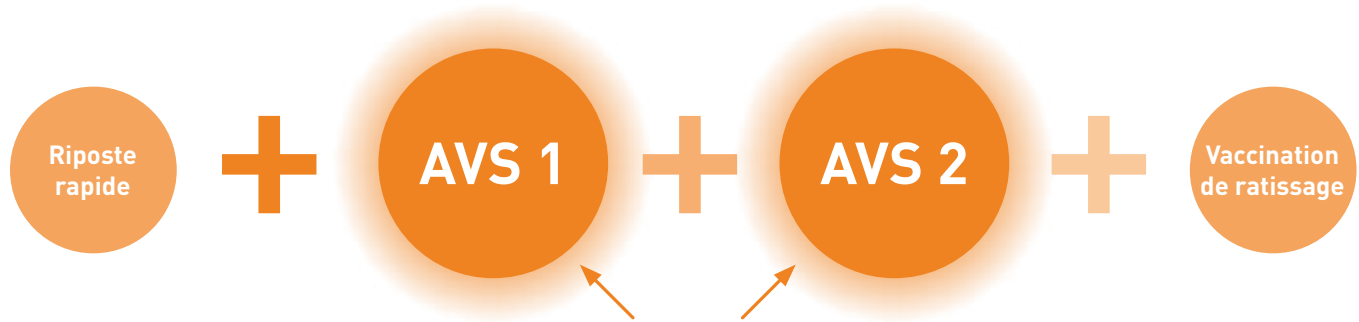
Deux campagnes de vaccination de haute qualité à grande échelle (plus de 90 % des enfants vaccinés) devraient être complétées dans les huit semaines suivant le résultat du séquençage en laboratoire (jour 0). La riposte sera adaptée au type de virus et au contexte local. La durée de la campagne d'AVS1 et d'AVS2 peut être prolongée ou l'effort peut être redoublé par d'autres moyens, 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 où les résultats sont médiocres, recensées par le monitoring pendant la campagne ou dans les observations du superviseur.

Campagne de vaccination de ratissage ou AVS supplémentaire

Une campagne de ratissage est nécessaire comme étape supplémentaire partout où le monitoring indique que des enfants n'ont pas été couverts dans certains districts de santé ou zones sanitaires, 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 vaccination de ratissage 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 de riposte initial à la flambée, correctement calibrée et

j Voir « 15th Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) » Polio Working Group, – Conclusions and recommendations, Note for the Record, avril 2018. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2018(who.int/immunization/sage/meetings/2018/april/2_WHO_Polio_SAGE_Apr2018.pdf?ua=1 , consulté le 8 novembre 2018).

Figure 5. Représentation visuelle de la chronologie et ampleur des activités de vaccination



Intensification ou extension des activités de campagne avant la fin des AVS1 et AVS2 pour balayer ou « ratisser » les zones de piètres résultats recensées au cours de la campagne.

mise en œuvre après l'AVS2, et annulé uniquement si TOUTES les zones sanitaires ont fait preuve d'une mise en œuvre et une couverture vaccinale de haute qualité.

Lorsque la qualité à l'évidence est médiocre dans une vaste zone géographique, que des isolats sont identifiés malgré la vaccination, ou que la flambée continue de se propager à des zones non vaccinées, de nouvelles AVS devraient être envisagées et planifiées.

Deux campagnes doivent être menées après la dernière détection du virus. On peut envisager qu'une vaccination de ratissage de haute qualité soit l'une de ces campagnes si la zone de détection du virus a été couverte deux fois.

Population cible

Événements ou flambées épidémiques de types 1 et 3 : La première riposte rapide (ou round zéro) peut porter sur 200 000 à 500 000 enfants, et environ 2 millions pour les campagnes suivantes à plus grande échelle.

Événements ou flambées épidémiques de type 2 : La première riposte rapide (ou round zéro) peut porter sur 100 000 à 400 000 enfants, et environ 1 à 4 millions pour les campagnes suivantes à plus grande échelle. **Voir les Tableaux 5 et 6 pour plus d'informations.**

Il est possible d'envisager d'élargir davantage l'étendue géographique, dans les zones à forte densité de population, ou s'il existe des preuves ou un risque de circulation extensive du poliovirus (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, reposant sur des discussions avec des experts techniques (épidémiologistes, virologues et spécialistes dans le pays), afin de s'assurer de couvrir toutes les zones à haut risque.

Pour parvenir à une large couverture, il faudrait que les capacités du programme soient à la hauteur de la population cible. En fonction du contexte et des capacités locales, on peut envisager un échelonnement des campagnes afin d'assurer 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 en fonction du contexte local) devrait être envisagé s'il existe des signes de circulation du virus parmi les groupes d'âge plus avancés.

Campagnes à intervalles courts

L'intervalle entre les cycles d'AVS peut être aussi court qu'une semaine. Cette norme s'applique à tout type de VPO utilisé. Par exemple, une campagne par le VPOm2 pourrait être suivie une semaine plus tard par une campagne vaccination par le VPOm2 ou le VPOb si nécessaire. Une stratégie axée sur une dose supplémentaire à intervalle court (SIAD) peut être utilisée dans des circonstances spécifiques lorsqu'on est en présence de plusieurs poliovirus en circulation et/ou lorsqu'une brève possibilité d'accès ou une possibilité de vaccination se présente (par exemple, pour les enfants mobiles ou difficiles à atteindre). Les stratégies de riposte recommandées pour les pays utilisant le VPO pour chaque type de poliovirus sont décrites dans les tableaux 5 (événements) et 6 (flambées).

Vaccination de routine

Le renforcement de la vaccination routine reste un pilier central de l'éradication de la poliomyélite. La vaccination au VPOb/VPI et autres antigènes doit se poursuivre comme à l'accoutumée et être renforcée, même si les séances de vaccination ont lieu le même jour que la riposte à une flambée ou quelques jours après. Des stratégies d'atténuation de tout effet néfaste de la riposte à une flambée sur la réalisation de la vaccination de routine doivent être planifiées (par exemple, si le personnel est réaffecté à des AVS, reprogrammer immédiatement les séances de vaccination de routine).

Riposte au poliovirus de type 2

Pour les événements ou flambées en lien avec le poliovirus de type 2, lorsque l'utilisation du VPOm2 est nécessaire pour protéger les enfants de la paralysie et stopper la transmission, il est encore plus essentiel d'intervenir rapidement et d'entreprendre ensuite des campagnes à large échelle et de ratissage. Le VPO contenant le sérotype 2 du poliovirus atténué n'étant plus utilisé dans la vaccination de routine, les campagnes de vaccination au VPOm2 constituent une dernière occasion d'assurer la protection mucoale contre le poliovirus de type 2.

Encadré 2.

- Le poliovirus de type 2 se propage maintenant rapidement en raison d'une baisse de l'immunité contre ce poliovirus. Dans les pays où le PVS1 est endémique, la riposte au PVDVc2 doit être immédiate.
- Lors de flambées simultanées de PVDVc2 et PVDVc1 ou PVDVc3, la riposte immédiate au PVDVc2 est également prioritaire.
- Pour des raisons opérationnelles, la co-administration de VPOm2 et de VPOb n'est pas recommandée pendant les campagnes
- Un événement ou une flambée de poliomyélite dans un pays qui n'utilise que le VPI dans son programme de vaccination de routine nécessite une concertation immédiate avec l'OMS, comme pour tout événement ou toute flambée de poliomyélite partout dans le monde
- Quels que soient les plans de riposte à une flambée, la vaccination de routine au VPOb et au VPI doit se poursuivre sans interruption

Tableau 5. Stratégies de riposte à un événement par type de poliovirus

Isolat	Source	Riposte générale	Riposte vaccinale	Détails
PVS				
PVS de type 1 ou 3	Environnementale	<ul style="list-style-type: none"> Recherche de cas et de signes de la transmission du virus au sein de la communauté Évaluation du statut immunitaire de la population Renforcement de la surveillance Évaluation de la riposte à l'évènement si des AVS ont été menées 	<ul style="list-style-type: none"> Le plan et la mise en œuvre des AVS dépendent de la situation locale, comme l'indiquent l'OMS et les partenaires de l'IMEP 	
PVS2	Environnementale (sans preuve de sujets excréteur le virus)	<ul style="list-style-type: none"> Recherche de cas et de signes de la transmission du virus au sein de la communauté Évaluation du statut immunitaire de la population Renforcement de la surveillance Évaluation de la riposte à l'évènement si des AVS ont été menées 	<p>Le plan et la mise en œuvre des AVS dépendent de la situation locale. Pas d'AVS sauf si le risque est élevé. Dans le scénario de risque élevé, prévoir deux tours d'AVS de qualité</p> <ul style="list-style-type: none"> Âge cible : 0 à 5 ans Vaccin VP0m2 Requête de vaccins au Directeur Général de l'OMS Ciblage d'environ 1 à 2 millions d'enfants 	Dans un scénario de risque élevé : Première AVS dans les 14 jours suivies de campagnes de successives de grande qualité
PVDV				
PVDV2 (nouvel isolement sans lien dans une zone où le VP0m2 n'a pas été utilisé au cours des 12 derniers mois)	Humaine ou environnementale	<ul style="list-style-type: none"> Enquête épidémiologique et sociale Recherche de cas et de preuves de la transmission du virus Évaluation du statut immunitaire de la population Renforcement de la surveillance Avis de l'IMEP sur le risque virologique Renforcement de la vaccination systématique au VPI Évaluation de la riposte à l'évènement si des AVS ont été menées 	<p>Le plan et la mise en œuvre des AVS dépendent de la situation locale. La détection d'un PVDV2 dans une zone où le VP0m2 n'a pas été utilisé au cours des 12 derniers mois nécessite une réponse rapide immédiate, des AVS1 et AVS2 de qualité et un tour de ratisage</p> <ul style="list-style-type: none"> Âge cible : 0 à 5 ans Vaccin VP0m2 Riposte rapide : Ciblage d'environ 100 000 à 400 000 enfants La portée des AVS1 et AVS2 inférieure à 2 million peut être réduite à une population de 100 000 à 400 000 enfants ; toutefois, il convient de mener des AVS supplémentaires de plus grande envergure si la transmission est avérée (c'est-à-dire un PVDVc2). Campagne de ratisage si nécessaire Requête de vaccins au Directeur Général de l'OMS 	

Isolat	Source	Riposte générale	Riposte vaccinale	Délais
PVDV2 (nouvel isolement sans lien dans une zone où au moins 2 AVS utilisant le VP0m2 ont été menées au cours des 12 derniers mois)	Humaine ou environnementale	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête épidémiologique et sociale • Recherche de cas et de preuves de la transmission du virus • Évaluation du statut immunitaire de la population • Renforcement de la surveillance • Avis de l'IMEP sur le risque virologique • Renforcement de la vaccination de routine au VPI • Évaluation de la riposte à l'évènement si des AVS ont été menées 	Le plan et la mise en œuvre des AVS dépendent de la situation locale. N'exige PAS de riposte vaccinale immédiate, à moins que l'on estime qu'il s'agit d'un scénario à haut risque"	
PVDVi2	Humaine	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête épidémiologique et sociale 	Les AVS ne sont pas nécessaires: <ul style="list-style-type: none"> - Immunoglobuline intraveineuse pour le cas (+ anticorps monoclonaux ou antiviraux si disponibles) - VPI pour les membres proches du ménage et contacts proches de la communauté 	
PVDV de type 1 ou 3 (en attente de classification)	Humaine ou environnementale	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête épidémiologique et sociale • Recherche de cas et de preuves de la transmission du virus • Évaluation du statut immunitaire de la population • Renforcement de la surveillance • Évaluation de la riposte à l'évènement si des AVS ont été menées 	Des AVS peuvent être envisagées	
PVDVa de type 1 ou 3	Humaine ou environnementale	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête épidémiologique et sociale • Recherche de cas et de preuves de la transmission du virus • Évaluation du statut immunitaire de la population • Renforcement de la surveillance • Évaluation de la riposte à l'évènement si des AVS ont été menées 	Des AVS peuvent être envisagées	
PVDVi de type 1 ou 3	Humaine	<ul style="list-style-type: none"> • Enquête épidémiologique et sociale 	Les AVS ne sont pas nécessaires	

Isolat	Source	Riposte générale	Riposte vaccinale	Délais
Sabin				
De type Sabin de type 2	Humaine ou environnementale (plus de quatre mois après la dernière riposte au moyen du VPOm2 dans la région immédiate)	<ul style="list-style-type: none"> Enquête épidémiologique et sociale Évaluation du statut immunitaire de la population Renforcement de la surveillance 	Les AVS ne sont pas nécessaires à moins qu'il ne soit jugé que le scénario soit à risque élevé	

Tableau 6. Riposte vaccinale à une flambée par type de poliovirus pour les pays utilisant le VPO

Type de virus objet de la flambée	Stratégie de campagne	Ampleur de la campagne	Groupe d'âge	Vaccin	Délai d'organisation de la campagne à compter du jour 0 (résultat du séquençage en laboratoire)
PVDVc					
PVDVc2 Humain ou environnemental	Riposte rapide (RR) ¹ Petite zone géographique immédiate à risque (épïcêtre de la flambée)	Environ 100 000 à 400 000 enfants	0-5 ans	VPOm2	Dans les 14 jours La rapidité de l'intervention est cruciale
Zone nouvellement infectée ou zone dans laquelle le VPOm2 n'a pas été utilisé durant les derniers 6 mois	AVS 1 Micro planification de haute qualité	Au moins 1 à 4 millions d'enfants prenant en compte toutes les zones à risques	0-5 ans	VPOm2	Dans les 28 jours
	AVS2 En améliorant davantage la qualité	Au moins 1 à 4 millions d'enfants prenant en compte toutes les zones à risques	0-5 ans	VPOm2	Dans les 6 à 8 semaines
	Ratissage ² Requis dans toutes les régions/zones sanitaires ne répondant pas aux normes de qualité : p. ex. couverture inférieure à 90 %, rejet par le LQAS, enfants non atteints par les AVS1/AVS2	Selon les besoins	0-5 ans	VPOm2	Ratissage dans les 3 mois (90 jours) suivant les résultats initiaux du séquençage du virus, dans toutes les zones sanitaires ne répondant pas aux normes de qualité

Type de virus objet de la flambée	Stratégie de campagne	Ampleur de la campagne	Groupe d'âge	Vaccin	Délai d'organisation de la campagne à compter du jour 0 (résultat du séquençage en laboratoire)
PVDVc2 humain ou environnemental Isolats identifiés malgré la vaccination	Les détections supplémentaires ou les isolats identifiés malgré la vaccination dans des zones où plus de 2 AVS utilisant le VPOm2 ont été menées au cours des 6 derniers mois nécessitent d'effectuer au moins deux AVS supplémentaires ou selon les besoins jusqu'à ce que deux AVS soient achevées après la dernière détection de poliovirus(3)	Portée réduite à < 2 millions d'enfants	0-5 ans	VPOm2	Consultation régulière de l'IMEP et du groupe consultatif sur le VPOm2 pour examiner la stratégie et la portée des activités
PVDVc de type 1 ou 3 humain ou environnemental	Riposte rapide (RR)1 Petite zone géographique immédiate à risque (épicerie de la flambée)	Environ 200 000 à 500 000 enfants	0-5 ans	VPOb	Dans les 14 jours La rapidité de l'intervention est cruciale
AVS 1	Micro planification de haute qualité	2 millions d'enfants, prendre en compte toutes les zones à risque	0 à 5 ans (ou groupe d'âge élargi si nécessaire)	VPOb	Dans les 28 jours
AVS2	En améliorant davantage la qualité	2 millions d'enfants, prendre en compte toutes les zones à risque	0-5 ans	VPOb	Dans les 6 à 8 semaines
Ratissage(2)	Requis dans toutes les régions/zones sanitaires ne répondant pas aux normes de qualité : p. ex. couverture inférieure à 90 %, rejet par le LQAS, enfants non atteints par les AVS1/AVS2	Selon les besoins	0-5 ans	VPOb	Ratissage dans les 3 mois (90 jours) suivant les résultats initiaux du séquençage du virus, dans toutes les zones sanitaires ne répondant pas aux normes de qualité
Poursuite du ratissage ou élargissement des AVS si la flambée n'a pas été maîtrisée dans les 120 jours. AVS3/AVS4 selon les besoins, jusqu'à l'achèvement de deux AVS après la dernière détection du poliovirus3	Poursuite du ratissage ou élargissement des AVS si la flambée n'a pas été maîtrisée dans les 120 jours. AVS3/AVS4 selon les besoins, jusqu'à l'achèvement de deux AVS après la dernière détection du poliovirus3	Consultation régulière de l'IMEP pour revoir la stratégie et la portée			
PVS					
PVS 1 ou PVS 3 humain ou environnemental	Riposte rapide (RR)1 Petite zone géographique immédiate à risque (épicerie de la flambée)	Au minimum 500 000 enfants	0-5 ans	VPOb	Dans les 14 jours La rapidité de l'intervention est cruciale
AVS 1	Micro planification de haute qualité	Au minimum 2 millions d'enfants, prendre en compte toutes les zones à risque	0-5 ans	VPOb	Dans les 28 jours

Type de virus objet de la flambée	Stratégie de campagne	Ampleur de la campagne	Groupe d'âge	Vaccin	Délai d'organisation de la campagne à compter du jour 0 (résultat du séquençage en laboratoire)
AVS2	En améliorant davantage la qualité	Au minimum 2 millions d'enfants, prendre en compte toutes les zones à risque	0-5 ans	VPOb	Dans les 6 à 8 semaines
	Ratissage(2) Requis dans toutes les régions/zones sanitaires ne répondant pas aux normes de qualité : p. ex. couverture inférieure à 90 %, rejet par le LQAS, enfants non atteints par les AVS1/AVS ²	Selon les besoins	0-5 ans	VPOb	Ratissage dans les 3 mois (90 jours) suivant les résultats initiaux du séquençage du virus, dans toutes les zones sanitaires ne répondant pas aux normes de qualité
PVS 2 Humaine - Dépend de la situation locale et de la détection éventuelle d'une rupture de confinement ou de la réapparition d'une source inconnue	Poursuite du ratissage ou élargissement des AVS si la flambée n'a pas été maîtrisée dans les 120 jours. AVS3/AVS4 selon les besoins, jusqu'à l'achèvement de deux AVS après la dernière détection du poliovirus ³	Consultation régulière de l'IMEP pour revoir la stratégie et la portée			
	Réponse rapide (RR) (1) Petite zone géographique immédiate à risque (épicode de la flambée)	Environ 200 000 à 500 000 enfants	0-5 ans	VPOm2 Demande adressée au Directeur général de l'OMS par l'intermédiaire du Groupe consultatif sur le VPOm2	Dans les 14 jours. La rapidité de l'intervention est cruciale
AVS 1 Micro planification de haute qualité		Au moins 1 à 2 millions d'enfants, prendre en compte toutes les zones à risque	0-5 ans	VPOm2	Dans les 28 jours
	AVS 2 En améliorant davantage la qualité	Au moins 1 à 2 millions d'enfants, prendre en compte toutes les zones à risque	0-5 ans	VPOm2	Dans les 6 à 8 semaines
	Ratissage(2) Requis dans toutes les régions/zones sanitaires ne répondant pas aux normes de qualité : p. ex. couverture inférieure à 90 %, rejet par le LQAS, enfants non atteints par les AVS1/AVS ²	Selon les besoins	0-5 ans	VPOm2	Ratissage dans les 3 mois (90 jours) suivant les résultats initiaux du séquençage du virus, dans toutes les zones sanitaires ne répondant pas aux normes de qualité

Campagnes de haute qualité

Conformément aux objectifs de performance des POS, toutes les flambées de poliomyélite et tout évènement de poliomyélite de type 2 présentant un risque élevé de propagation rapide nécessitent une RR vaccinale dans les 14 jours suivant la notification, suivie de la conduite de campagnes de vaccination de haute qualité (c.-à-d. des AVS). 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 en temps voulu (c'est-à-dire dans les 14 jours) et la couverture vaccinale souhaitée (plus de 90 %). Dans les contextes où le poliovirus est détecté, la RR (round 0) peut ne pas être à la hauteur de toutes les attentes sur le plan de la qualité (par exemple, des problèmes de sécurité ou d'accès, des difficultés opérationnelles, des sous-groupes de populations difficiles à atteindre et/ou résistantes à la vaccination, ou tout simplement le manque de temps pour la planification). Cet état de fait est acceptable du moment où la riposte arrive à temps.

Qu'à cela ne tienne, des campagnes de qualité sont essentielles pour interrompre la transmission du poliovirus d'un enfant à un autre enfant. Il est donc indispensable de veiller à ce que les première et deuxième campagnes de vaccination à grande échelle (AVS1 et AVS2) touchent chaque enfant. Il est particulièrement important d'atteindre chaque enfant lorsqu'on utilise le VPOm2 en raison de la baisse rapide de l'immunité muco-sale contre le poliovirus de type 2 partout dans le monde depuis le retrait du VPOt.

Une microplanification de qualité, le suivi de l'état de préparation et le monitoring pendant et après la campagne sont autant de stratégies essentielles à la préparation et à la conduite de campagnes de haute qualité.

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 doit rapidement s'accompagner d'une microplanification ascendante efficace (c'est-à-dire l'élaboration et la validation de plans au niveau de la communauté). La formation et la supervision formative aident à garantir la qualité des microplans. Des innovations telles que les images de SIG sont utiles pour valider les plans dans des contextes qui posent des problèmes ou difficiles à atteindre (par exemple des zones urbaines densément peuplées, des zones de peuplement éloignées pour lesquelles les AVS sont peu consignées par écrit ou n'ayant bénéficié d'aucune AVS précédemment, et les populations inaccessibles

ou mobiles). Voir « Microplanning Guidelines »^l et « Best Practices in Microplanning for Polio Eradication »^m pour éclairer l'élaboration de microplans.

Suivi de l'état de préparation. Un tableau de bord 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. Il faut un état de préparation détaillé avant la campagne et un suivi de la qualité pendant la campagne pour toutes les ripostes vaccinales. Des ressources consacrées au suivi de la préparation sont disponibles.

Suivi de la campagne. Une campagne de haute qualité doit viser un taux de couverture supérieure à 90 % pour les AVS1 et AVS2, sans qu'aucun enfant ne soit continuellement oublié. Un suivi pendant et après la campagne est essentiel pour garantir la qualité des AVS à toutes les phases. Toutes les sources de données relatives aux phases pendant et après la campagne doivent être examinées et recoupées pour évaluer la qualité de la campagne, notamment les aspects suivants, sans s'y limiter pour autant :

- la couverture administrative
- le monitoring rapide pendant la campagne, les enquêtes de convenance et les contrôles inopinés
- le monitoring indépendant : suivi porte-à-porte et suivi en dehors des ménages (enquêtes dans les marchés)
- LQAS en grappes
- la cohérence globale des sources de données
- Mouvements de populations nouveaux et continus
- la gestion des vaccins, le suivi et le rapportage des taux de perte de vaccins, les doses restantes et le nombre de flacons non comptabilisés (en particulier ceux du VPOm2)
- 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 la planification et la conduite de la campagne sont sous-optimales (couverture inférieure à 90 %, enfants continuellement oubliés, résistances et refus à l'égard de la vaccination, par exemple), le rattrapage doit être réalisé rapidement. Pour de plus amples informations sur les approches de suivi, voir *Best Practices for Monitoring the Quality of Polio Eradication Campaign Performance*ⁿ et le chapitre 11 ci-après.

l Voir « Microplanning Guidelines ». Ligne directrice de l'IMEP Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2011 (retrouver le document dans la bibliothèque de l'IMEP <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, consulté le 8 novembre 2018).

m Voir « Best practices in microplanning for polio eradication ». Lignes directrices de l'IMEP Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2018 (<https://www.who.int/polio-transition/documents-resources/best-practices-microplanning.pdf?ua=1>, consulté le 8 novembre 2018).

n Voir « Best Practices for Monitoring the Quality of Polio Eradication Campaign Performance », Lignes directrices de l'IMEP Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practice-for-monitoring-the-quality-of-polio-eradication-campaign-performance.pdf>, consulté le 8 novembre 2018).

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, des migrants économiques, des déplacés internes, des réfugiés, des populations nomades) ou sédentaires (par exemple, des communautés isolées et difficiles à atteindre, dont des pêcheurs ou des populations insulaires, ou des populations urbaines difficiles à atteindre, dont celles vivant dans des quartiers informels, des 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, doivent être adaptés de manière à atteindre les populations spécifiques.

Les stratégies pour les populations spécifiques devraient être élaborées en collaboration avec les leaders de la communauté, des experts en communication et mobilisation sociale, et un personnel qui a une bonne connaissance du contexte local, ainsi que des prestataires de services ayant des compétences spécifiques (organisations non gouvernementales (ONG), services publics, groupes de femmes, organisations confessionnelles). Des stratégies appropriées pour vacciner chaque enfant peuvent nécessiter de la créativité et pourraient inclure des tactiques telles que des postes de transit, des équipes d'intervention ponctuelles, les vaccinations dans les marchés et/ou des stratégies combinant sensibilisation et vaccinations vétérinaires ou animales ou d'autres stratégies spéciales.

Toutes les stratégies et tactiques doivent être bien consignées par écrit afin de s'assurer de la collecte des données relatives au nombre d'enfants vaccinés et à la bonne gestion des vaccins, et d'autres informations pertinentes.

Circulation concomitante de différents types de poliovirus

Si des **poliovirus** de différents types circulent concomitamment, la riposte au poliovirus de type 2 sera prioritaire, car l'immunité de type 2 s'affaiblit dans le monde. Les plans de riposte détaillés doivent être examinés au cas par cas en consultation avec les experts techniques de l'IMEP. À titre d'exemple on citera :

- i) **Évènement ou flambée liés au poliovirus de type 2 avec transmission endémique concomitante du PVS1.** Le VPOb et le VPOm2 sont nécessaires. Les deux campagnes peuvent avoir lieu séparément à deux semaines d'intervalle (ou moins si cela est faisable du point de vue opérationnel). Par exemple, une AVS ayant recours au VPOm2 pourrait être suivie 10 à 14 jours plus tard par une AVS ayant recours au VPOb. L'utilisation du VPOm1 peut être envisagée exceptionnellement.
- ii) **Transmission continue de deux PVDVc, par exemple le PVDV1 ou le PVDV3 et le PVDV2.** La riposte au PVDVc2 est prioritaire. Les tours de vaccination au VPOm2 et au VPOb pourraient être échelonnés en fonction de la faisabilité opérationnelle.

Les décisions relatives à la stratégie de riposte reposeront sur un examen attentif de l'épidémiologie, des zones géographiques touchées, d'une capacité de riposte solide et de la disponibilité de vaccins.

Intégration à d'autres interventions sanitaires

Lors de la planification de la riposte à une flambée, on pourrait envisager une intégration à d'autres interventions sanitaires (par exemple, une campagne de vaccination antirougeoleuse déjà prévue, l'administration de la vitamine A, etc.) dans les cas suivants :

- Une concertation approfondie a lieu avec tous les partenaires dans le pays et aux autres échelons pertinents.
- À la suite d'une riposte à une flambée de type 1 et/ou 3 : des tours de RR, d'AVS1 et d'AVS2 ont été réalisés avec succès. Pour les tours ultérieurs d'atténuation des risques, on pourrait envisager l'intégration comme une mesure d'économie.
- Durant une riposte à une flambée de type 2 : possibilité supplémentaire d'administrer du VPOb au milieu d'une flambée de type 2, appropriée si la campagne de vaccination au VPOb devait autrement être différée, afin d'éviter que les activités de riposte à une flambée de type 2 ne fassent concurrence à celles d'atténuation du risque au moyen du VPOb et ne créent un déficit immunitaire par rapport aux poliovirus de types 1 et 3.
- Des plans sont en place pour assurer une intervention de haute qualité pour tous les antigènes considérés.
- Les mécanismes de surveillance sont convenus à l'avance.

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 mucoale chez les personnes qui n'ont pas été préalablement vaccinées par le VPO pour le sérotype correspondant. Chez un enfant infecté par le poliovirus sans vaccination préalable par le VPO, le VPI n'arrête pas la transmission ultérieure du virus. Inversement, le VPI renforce l'immunité mucoale chez les personnes qui ont déjà reçu le VPO.

Dans certaines circonstances, le VPI peut être utilisé dans le cadre de mesures de riposte immédiate, dont la portée et la classe d'âge cible seront déterminées en fonction de la situation locale et après discussion avec les partenaires de l'IMEP. Lorsque les campagnes de VPI sont jugées utiles, il convient d'utiliser le VPI à doses fractionnées (VPIf). Des matériels de formation sur l'administration du VPIf à l'intention des agents de santé sont disponibles.

Requête de vaccins

Requêtes de VPOb

Les demandes de VPOb suivent les procédures d'approvisionnement usuelles du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF).

Requêtes de VPOM2

Conformément à la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé^o, des procédures spécifiques sont en place pour accéder au VPOM2 ou l'utiliser. Les pays doivent présenter une évaluation des risques et une requête de vaccins pour examen par le Groupe consultatif sur le VPOM2 (Groupe consultatif). Seul le Directeur Général de l'OMS peut autoriser le prélèvement de VPOM2 sur le stock mondial de vaccins ou l'utilisation des stocks de VPOM2 restants dans un pays, sur recommandation du Groupe consultatif.

Pour toute flambée ou évènement à haut risque pouvant nécessiter une riposte vaccinale, le pays doit soumettre une demande de VPOM2, signée par les autorités nationales, dans les 72 heures suivant le résultat du séquençage du poliovirus de type 2 (jour 0). Le Groupe consultatif examinera rapidement l'évaluation des risques et la demande de vaccin et recommandera une ligne de conduite au Directeur général de l'OMS.

Une fois l'approbation donnée, le stock de VPOM2 ayant la durée de conservation la plus courte sera prélevé par l'UNICEF sur le stock mondial en vue d'une utilisation immédiate. (Voir le formulaire de demande de vaccins et le modèle d'approbation d'importation sur le site Web de l'IMEP^p).

Requête de VPI

Tout pays qui envisage d'utiliser le VPI dans le cadre d'AVS doit le justifier pleinement dans l'évaluation des risques et le plan de riposte. Un plan de riposte par le VPI doit présenter la justification, la zone géographique et la population cibles, les préférences en matière de stratégie de vaccination, les interventions de préparation pour une utilisation efficace du vaccin, les plans de suivi et d'évaluation et les estimations des coûts opérationnels. Ce plan doit être appuyé par le groupe consultatif technique national ou son équivalent et approuvé par le comité national de coordination inter institutions ou son équivalent avant d'être soumis à l'IMEP/l'Alliance GAVI pour un financement. Les autorisations ne seront accordées qu'à titre exceptionnel, en fonction des circonstances locales, des stocks dans le pays et de la disponibilité des stocks mondiaux de VPI. Le pays peut également demander des fournitures/dispositifs pour l'administration intradermique du VPIf (par exemple, des seringues de 0,1 ml et/ou des adaptateurs).

o Voir « Utilisation du vaccin antipoliomyélitique inactivé en doses fractionnées (VPIf) dans les activités de vaccination supplémentaires (AVS) ». Aide-mémoire de l'IMEP, 2017 (<http://http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/11/polio-fipv-in-sias-aide-memoire-01092017-fr.pdf>, consulté dans sa version anglaise le 8 novembre 2018).

p Voir « Résolution WHA68. Poliomyélite. Dans : Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé », p. 11. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 26 mai 2015. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-fr.pdf version anglaise, consultée le 8 novembre 2018).

Gestion des vaccins et notification

La gestion des vaccins est essentielle pour assurer une campagne de vaccination de haute qualité et revêt une importance primordiale 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 doit être surveillé. Tous les vaccins reçus, distribués et administrés doivent être enregistrés, par exemple à l'aide 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, doivent être entièrement enregistrés (qu'il s'agisse d'une utilisation partielle, d'une contamination ou de la 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 doit être intégré au plan de riposte à la flambée, indiquant :

- a) que les établissements de santé et les entrepôts de vaccins de district disposent d'un stock d'un mois (à l'exception de tous les VPOm2, qui sont immédiatement retirés) ;
- b) comment les excédents de vaccins non utilisés seront retournés vers les stocks central ou régionaux dans une chaîne du froid passive ;
- c) (pour le VPOm2 uniquement), comment tous les flacons seront retournés vers des sites de stockage sûrs (flacons utilisés, partiellement utilisés, non utilisés, jetés à cause de la modification de la pastille de contrôle des vaccins ou de leur contamination).

Pour toutes les campagnes de vaccination au VPOm2 et les campagnes de ratissage, il est essentiel que chaque flacon et chaque dose de vaccin inutilisés soient comptabilisés et déposés dans un magasin 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 RR immédiate. Tous les flacons perdus et manquants doivent être signalés.^q

Vaccination de routine : Rétablissement et renforcement

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. En général, les flambées de PVDVc se produisent dans des zones où la couverture de la vaccination de routine est sous-optimale. Bien que la priorité doit être accordée à une riposte de haute qualité, les ressources dans le cadre de la riposte, peuvent être utilisées pour soutenir la reprise de la vaccination de routine dans les meilleurs délais. La reprise de la vaccination devrait commencer pendant la période de riposte à la flambée, afin de maximiser l'utilisation des capacités supplémentaires pour renforcer la gestion du programme, la micro planification, la mobilisation communautaire et le suivi des résultats. Il est également essentiel de capitaliser l'attention politique suscitée par le PVDVc pour assurer la responsabilité à l'égard de la prestation des services de vaccination de routine. Le Centre d'opérations pour les situations d'urgence (COU), en collaboration avec le PEV, devrait maximiser efficacement les avantages d'un soutien à la vaccination de routine limité dans le temps, grâce à une analyse approfondie des raisons de la faiblesse de la couverture vaccinale dans les zones touchées par le virus, suivie par des actions de renforcement de certains systèmes de vaccination à court et à moyen terme dans le droit fil des composantes opérationnelles de l'approche « Atteindre chaque district » (ACD)^r, notamment :

1. optimisation des services de vaccination (accent mis sur l'élargissement et le rétablissement de la stratégie de vaccination avancée)
2. supervision de soutien pour l'assurance de la qualité de la vaccination
3. rapprochement des services de vaccination et des communautés
4. suivi et utilisation des données afin d'agir
5. planification et gestion efficaces des ressources dédiées à la vaccination.

q Voir : Guide technique : gestion, suivi et validation du retrait du VPOm2 ». Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2016 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/11/Technical-guidance-mOPV2-management-monitoring-removal-and-validation_Oct2016_FR.pdf, version anglaise consultée le 8 novembre 2018).

r Voir « Atteindre chaque district (ACD) », révision de 2017. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé. 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260112/9789290233954-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 8 novembre 2018).

8

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 »^s et « Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite »^t. (Si le chapitre 4 (ci-dessus) décrit les étapes initiales de la surveillance requises dans le cadre d'une enquête approfondie, le présent chapitre se focalise quant à lui 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 d'améliorer la surveillance du poliovirus. Des efforts énergiques sont nécessaires pour mettre le système de surveillance en alerte maximale et améliorer la sensibilité afin d'identifier rapidement tout nouveau virus, cas de PFA ou transmission continue, même en dehors de la zone immédiate du foyer épidémique. Le plan de riposte à une flambée doit inclure des initiatives de surveillance à compter du jour 0 de l'évènement/de la flambée, la poursuite de la surveillance parallèlement à d'autres aspects de la riposte et le maintien de certaines stratégies complémentaires pendant une période de six mois ou plus après la dernière détection de poliovirus.

Un objectif clé de la surveillance de la PFA, après l'identification d'un événement dans une zone à haut risque ou de toute 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 chaque subdivision administrative infranationale équivalente à un district, pendant une durée d'au moins 12 mois après le dernier cas ou isolat. S'il est possible que des districts de moins de 50 000 enfants âgés de moins de 15 ans ne détectent pas de PFA chaque année, la qualité de la surveillance de la PFA doit être tout de même vérifiée pour tout district silencieux, quelle que soit la taille de sa population.

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

- aviser immédiatement toutes les unités de surveillance nationales et infranationales de l'évènement/de la flambée de poliovirus ;
- sensibiliser rigoureusement tous les travailleurs de la santé aux exigences de surveillance et de notification de la PFA, y compris la notification de zéro cas ;
- examiner et reclasser (si nécessaire) les sites de notification dans le réseau de surveillance active de la PFA dans la zone immédiate de la flambée et dans les districts environnants (zones à haut risque), et veiller à ce que les établissements de santé secondaires et tertiaires soient pleinement associés à la surveillance de la PFA ;

Encadré 3. Le but de la surveillance lors d'un événement ou d'une flambée de poliovirus à haut risque est d'accroître la sensibilité afin de détecter tout poliovirus. Pour ce faire, il est également nécessaire de veiller à une gestion appropriée des données et de consigner méticuleusement par écrit les indicateurs d'activité et de résultat.

Un plan de surveillance de la flambée devrait comporter : l'évaluation de la promptitude et de l'exhaustivité des recueils effectués sur les réseaux de surveillance des PFA (PFA et SE), le suivi de la recherche active de cas, la cartographie des populations non couvertes par le réseau de surveillance et l'augmentation du niveau de sensibilisation des personnels de santé et de la communauté. Toutes les ressources nationales et internationales requises (ressources humaines, financières et logistiques) devraient être incluses dans le plan.

^s Voir « Best practices in Active Surveillance for Polio Eradication », 2018. Lignes directrices de l'IMEP. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/08/best-practices-20180810-01.pdf>, consulté le 8 novembre 2018).

^t Voir « Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite, 2018-2020 », 2019. Lignes directrices de l'IMEP. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (<http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>).

- veiller à ce que des stratégies supplémentaires de détection des cas de PFA soient en place dans la zone de la flambée et dans les zones à haut risque, y compris la recherche active ponctuelle lors des campagnes menées par les équipes de vaccination, les enquêteurs indépendants et les équipes d'enquête du LQAS ;
- surveiller et s'assurer qu'au moins 90 % de toutes les visites de surveillance active prévues sont effectuées, et le consigner par écrit ;
- envisager des stratégies supplémentaires, telles que le renforcement de la surveillance environnementale, en consultation avec les experts nationaux et les experts en surveillance de l'IMEP.
- Veiller à ce que le laboratoire national participe à la planification en cas de flambée et à ce que les capacités soient renforcées pour faire face à une charge de travail supplémentaire et à un traitement rapide des échantillons.

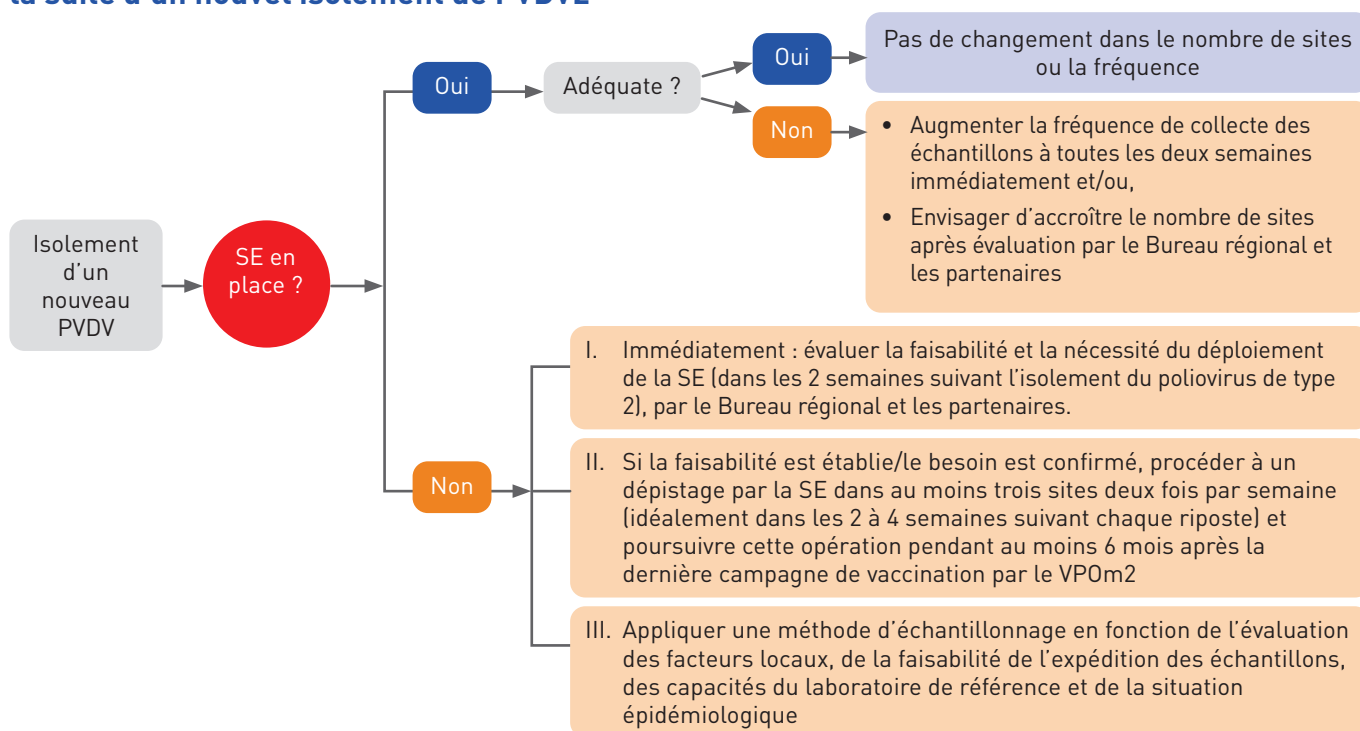
Surveillance environnementale

La surveillance environnementale (SE) complète la surveillance de la PFA, mais elle ne la remplace en aucun cas. 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'évènements et de flambées, la surveillance environnementale peut fournir des informations sur l'étendue géographique et la durée de la circulation du poliovirus, ainsi que sur l'excrétion du poliovirus après la vaccination.

Au début d'un nouvel évènement ou d'une nouvelle flambée, les actions énumérées ci-après devraient être menées.

- Évaluer les résultats de tous les sites de surveillance environnementale existants dans la région.
- 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 la dernière utilisation du VPOm2, 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'évènement, si les capacités techniques et de laboratoire le permettent.
- Évaluer les zones urbaines voisines de 100 000 habitants ou plus comme candidates à un échantillonnage environnemental nouveau ou amélioré.

Figure 6. Processus décisionnel pour le renforcement de la surveillance environnementale à la suite d'un nouvel isolement de PVDV2



Source : Polio Environmental Surveillance Enhancement Following Detection of Vaccine-Related Type-2 Poliovirus. 2018

Toute proposition visant à renforcer la SE doit prendre en compte la capacité du laboratoire à soutenir l'effort, et ne doit pas compromettre la surveillance des 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 6^u.

Stratégies pour les populations spécifiques et les zones à sécurité compromise

Des stratégies de surveillance supplémentaires peuvent être nécessaires dans des situations concernant des populations extrêmement vulnérables (par exemple, des nomades ou d'autres populations n'ayant pas systématiquement accès aux services de santé) et/ou dans 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 particulière, mais il faudrait envisager les approches suivantes :

1. si ce n'est pas déjà fait, identifier des chefs communautaires ou des guérisseurs, parmi lesquels des femmes, comme points focaux et leur fournir une formation et les outils nécessaires 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.
3. Mettre à contribution des partenariats innovants avec d'autres groupes ou services ayant accès aux populations spécifiques (par exemple d'autres ministères ou directions de l'administration publique, d'autres organismes des Nations Unies, des ONG, des groupes de la société civile, 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 importants besoins en ressources que présentent ces stratégies lorsqu'elles sont mises en œuvre sur le long terme, ces dernières ne devraient être envisagées qu'en consultation avec les partenaires à 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. En tant que stratégie de surveillance continue, le prélèvement régulier d'échantillons chez les contacts ne peut pas être maintenu plus de six mois.
 - Une fois que la transmission a été établie dans une région, les enquêtes sur la santé des enfants ne sont plus nécessaires ni recommandées. Cependant, de telles enquêtes peuvent parfois aider à évaluer une éventuelle propagation de la flambée (par exemple, vers d'autres zones géographiques où le poliovirus peut circuler sans être détecté par la surveillance de la PFA, ou le long des voies de passage des groupes mobiles). Dans des situations exceptionnelles, un examen des selles peut constituer un outil de dépistage pour les groupes quittant une zone touchée par un événement/une flambée pour une nouvelle zone (par exemple, populations déplacées à l'intérieur de leur propre pays, réfugiés).
5. Si le poliovirus est retrouvé dans une population mobile à haut risque (par exemple, populations déplacées, réfugiées ou nomades) ou dans une zone fréquentée par des populations en mouvement, évaluer immédiatement les sites de surveillance le long des routes de migration connues pour rechercher des indices de transmission.

^u Voir « Polio Environmental Surveillance Enhancement Following Detection of Vaccine-Related Type-2 Poliovirus ». 2018. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (<http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines>).

9

Communication et mobilisation sociale

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

Une stratégie de communication solide renforcera les résultats de toutes les activités de riposte, augmentera le nombre de vaccinations dans tous les groupes de population et soutiendra une surveillance efficace avec notification précoce des PFA.

Les étapes cruciales de la C4D incluent :

- la sensibilisation aux dates de la campagne
- l'amélioration de l'idée que la communauté se fait de la vaccination en renforçant la confiance en la capacité des agents de santé, la sécurité et l'efficacité des vaccins
- l'élévation du risque perçu de poliomyélite
- la prise en compte des goulots d'étranglement dans la décision de vacciner.

Dans le contexte des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale, il est particulièrement difficile de faire connaître le risque, 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 le message sur le caractère sûr des vaccins et de prendre en compte les craintes ou les idées fausses spécifiques au contexte concernant les vaccins. Pour le PVDV détecté uniquement dans des sources environnementales, il est indispensable 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 C4D immédiate dans le cadre de la riposte à une flambée est lancée dès que cette dernière est déclarée et doit être intégrée à tous les aspects de la planification et de la riposte à une flambée ou à un évènement à haut risque. Le résultat de l'enquête épidémiologique et sociale conjointe sur le cas/la zone infecté(e) est essentiel pour comprendre l'environnement social des zones ou des groupes touchés par le virus. Les interventions doivent être fondées sur la compréhension de tous les obstacles sociaux pertinents et promouvoir la vaccination. (Pour plus d'orientations, voir *Strategic Framework dans Communication for Development Guidelines for Responding to Polio Events and Outbreaks*^v).

Au cours de cette phase, l'accent est mis sur la sensibilisation (ou la resensibilisation) cruciale sur la poliomyélite des personnes chargées des enfants, au VPO et le fait qu'il existe une flambée au sein de la communauté qui met les enfants en danger. L'objectif principal est de sensibiliser au moins 90 % du public à la flambée. Les méthodes de communication doivent être simples, claires et susciter une réaction urgente de la part des parents et de la communauté en général.

Les plans pour les campagnes ultérieures, notamment les AVS1, AVS2 et le ratissage, devraient inclure des interventions de 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 présenté par la flambée et à son impact, en particulier auprès des groupes ou des communautés qui ne se plient pas aux règles. Pour les campagnes utilisant l'approche SIAD, il est important que des messages adaptés au contexte local permettent aux familles de cerner le processus et de comprendre pourquoi les enfants peuvent être vaccinés plus d'une fois à des intervalles rapprochés.

v Voir « Lignes directrices sur la communication pour le développement en riposte à des évènements et flambées de poliomyélite , Après la transition ». 2016. Genève : Initiative mondiale pour http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/C4DGuidelines_OutbreakPostSwitch_Nov2016_FR.pdf consulté le 8 novembre 2018).

Riposte prolongée en cas de flambée. Lorsqu'une flambée dure plus de quatre mois (120 jours), il peut y avoir un ou plusieurs obstacles sous-jacents à la communication. 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'opposent à la vaccination, la démarche efficace consistera à effectuer une analyse des causes profondes afin de déterminer ces obstacles, qu'ils soient d'ordre social ou liés à l'accès au service ou à la qualité de ce dernier. Les raisons de la non-vaccination de certains doivent faire l'objet d'une enquête et d'une analyse rondement menées afin d'adapter les stratégies à des problèmes tels que la lassitude à l'égard de la répétition de campagnes ou la méfiance à l'égard des vaccins ou des agents de première ligne.

Lors d'une flambée prolongée, les obstacles à l'acceptation sont spécifiques à chaque communauté, culture et région et peuvent être uniques et complexes. Avant de concevoir des solutions de communication, il est important de surveiller systématiquement et de comprendre la tendance générale des raisons de la non-vaccination de certains enfants. 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 C4D devraient se déplacer vers un appui à la vaccination de routine dès que possible et à mesure que l'on tend vers la fin de la flambée. Les plans de riposte aux flambées doivent indiquer comment se fera la promotion des services de vaccination de routine, en particulier dans les zones faiblement couvertes. La coordination en cas de flambée devrait également permettre d'élaborer des plans de préparation pour atténuer le risque de flambées futures. L'évaluation des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite (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 des districts devraient être consignés par écrit.

Collecte de données pour guider les activités de C4D

Au début d'une flambée, il est important de passer en revue les sources de données existantes sur 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 pouvant avoir une incidence sur la vaccination. Les questions de genre devraient être intégrées dans l'analyse des données afin de s'assurer de leur prise en compte et que les interventions dans le cadre de la communication répondent aux différents besoins, défis, préférences et perceptions de tous les membres 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 C4D.

Après chaque campagne, les données de MI/LQAS et/ou d'autres sources devraient être analysées en temps utile, en particulier en ce qui concerne les indicateurs de base pour la C4D, afin de modifier les stratégies de communication selon les besoins. Les indicateurs de base incluent notamment : le pourcentage global d'enfants non vaccinés ; le pourcentage d'enfants non vaccinés par motif (regroupés en groupes sociaux, opérationnels et absents) ; le pourcentage de refus ; le pourcentage de refus par motif ; le pourcentage d'absence par motif ; le pourcentage de parents au courant de la campagne avant la visite de l'agent de vaccination ; 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 par la communauté de la vaccination et son engagement envers celle-ci, par exemple au moyen d'enquêtes à petite échelle ou d'une analyse de données secondaires, et de consigner par écrit les résultats des activités de C4D.

Stratégies de communication

Le déploiement de diverses stratégies garantit la participation des communautés et des décideurs aux niveaux local, national et régional à la promotion de la vaccination. Les interventions de communication pour le développement doivent toujours précéder la conduite de campagnes afin de sensibiliser le public et de faire accepter la vaccination. La création ou la redynamisation immédiates d'un comité national de communication ou de mobilisation sociale est essentielle. Le comité a pour rôle de planifier, de coordonner et d'assurer la bonne mise en œuvre des interventions dans les médias et celles relatives à la communication pour le développement.

Encadré 4. Les détails des activités de C4D et de communication classique, y compris la cartographie sociale, la formation des mobilisateurs sociaux, la participation de personnes influentes, le suivi des refus de vaccination, etc. devraient tous être inclus dans les microplans opérationnels.

Dans de nombreux contextes, le **plaidoyer politique** constitue une urgence pour attirer l'attention nécessaire pour soutenir les efforts de riposte et renforcer la confiance du public envers la vaccination.

Au début de la flambée, le **plaidoyer auprès des médias** est également essentiel pour s'assurer de la clarté et de la maîtrise de l'information. 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 C4D/communication, il est recommandé d'indiquer aux médias l'organisme chargé de cette communication.

Ce rôle prépondérant dépendra des capacités de chaque pays, sachant que l'UNICEF dirige généralement la C4D et soutient la riposte via les médias.

Les **médias de masse et les réseaux sociaux** jouent un rôle crucial lorsqu'il s'agit de toucher très rapidement un large public cible, en particulier dans les cas où les réseaux de communication interpersonnels sont moins efficaces. Dans les zones de conflit, les radios constituent un excellent outil de canalisation.

La collaboration avec les chefs religieux et communautaires, les prestataires de santé, les parlementaires, les groupes de femmes et de jeunes ou tout autre membre influent du réseau social représente une stratégie importante pour créer un consensus public fort autour de l'urgence de la flambée et de la nécessité de prendre collectivement la décision de vacciner.

La formation des travailleurs de première ligne et des mobilisateurs communautaires est essentielle à une riposte de qualité, en particulier lorsque la stratégie de C4D repose sur la communication interpersonnelle. Des normes globales de formation sont disponibles pour la formation des agents vaccinateurs et autres volontaires^w.

Atteindre les populations spécifiques et les zones touchées par le conflit

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 messages stratégiques de 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 poliomyélitiques 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 choisis au sein des communautés cibles et des efforts devraient être faits pour inclure les femmes. Pour renforcer la confiance de la communauté, le mobilisateur communautaire devrait être formé aux messages clés et faire partie de l'équipe de vaccination.

Les personnes influentes/groupes au sein de la communauté devraient être consultées et associées à la phase de planification de la campagne et cela jusqu'à la fin de la flambée. Ces personnes influentes peuvent être un chef de clan, un maire, une grand-mère, un enseignant ou une personne âgée au sein de la communauté. Il serait important de sensibiliser les communautés aux 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 sur mobile, la sensibilisation autour de points d'eau, l'intervention les jours où une population se déplace d'un endroit à 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.

^w Voir le manuel de formation à la poliomyélite à l'intention des encadreurs d'agents de santé. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite https://s3.amazonaws.com/gpei-tk/reference_links/fr/Healthworker_Supervisor_Training_Manual_-_French.pdf consulté le 8 novembre 2018).

10

Appui de l'IMEP

Les autorités nationales ont la responsabilité et le devoir 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'évènement/flambée
- les activités de plaidoyer et la coordination
- les ressources techniques et humaines, dont :
 - 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
- l'évaluation de la riposte à la flambée

Le tableau 7 présente un résumé de la nature du soutien que l'IMEP est censée fournir, en fonction du niveau de gravité de la flambée tel que déterminé par l'OMS ou modifié en vue de l'accroissement du soutien 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 en assistance afin de garantir une riposte efficace et en temps utile.

Tableau 7. Intensification et soutien de la riposte à une flambée en fonction du niveau de gravité

Type de soutien	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Direction de la riposte	Coordonnateur national	Coordonnateur désigné par l'IMEP	Coordonnateur désigné par l'IMEP et travail 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	Mise sur pied d'une équipe pluridisciplinaire de riposte rapide	Mise sur pied 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"> • Déploiement de l'équipe de renfort¹ : équipe pluridisciplinaire de consultants à déployer pendant au moins six mois • Appui du programme STOP 	<ul style="list-style-type: none"> • Déploiement de l'équipe de renfort¹ : équipe pluridisciplinaire de consultants à déployer pendant au moins six mois • Appui du programme STOP
Financier	Financement type d'activités de vaccination dans le cadre d'une riposte à une flambée (une avance pouvant aller jusqu'à 500 000 USD) ²	Politique de finances « sans regrets » (avance pouvant aller jusqu'à 500 000 USD) avant l'achèvement du budget de riposte	Politique de finances « sans regrets » Soutien financier aux 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	Déploiement d'un ou plusieurs responsables de la sécurité sur le terrain, le cas échéant Coordination avec les Nations Unies et les organismes d'aide humanitaire sur le terrain

1 La composition de l'équipe et le nombre d'experts déployés pour les équipes d'intervention rapide et de renfort seront accrus pour répondre aux besoins du pays.
 2 Le financement type est soumis à des conditions de remboursement, déterminées au cas par cas.

Coordination

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

Le Groupe de travail mondial de gestion et de l'éradication (OPRTT) dirigera la coordination des interventions liées à la flambée avec les autorités nationales, l'OMS, le Bureau régional de l'UNICEF et tous les partenaires de l'IMEP. OPRTT organisera une réunion de coordination dans les 48 de 72 heures avec les partenaires afin de répondre aux besoins du pays, surveiller la fourniture immédiate de financements sans regrets, et planifier les ressources nécessaires et les interventions initiales d'appui à la riposte. OPRTT comprendra toutes les compétences nécessaires pour coordonner la riposte à la flambée, y compris un point focal pour la mobilisation des ressources. OPRTT fera régulièrement le point au Groupe chargé de la gestion de l'éradication et des flambées épidémiques de l'IMEP.

Pour les flambées de niveau 2 et 3 (et les évènements à haut risque), les Bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF, en consultation avec OPRTT, désigneront un coordonnateur de riposte à déployer au niveau du pays dans les 14 jours suivant le jour 0. Le coordonnateur de riposte de l'IMEP sera déployé en qualité de renfort des autorités nationales, venant s'ajouter aux cadres supérieurs de l'IMEP, pour assurer une coordination complète et en temps voulu et la gestion de la flambée aux niveaux national et infranational.

Budgets et financement

Approche coordonnée

L'objectif du financement de la riposte à la flambée est de s'assurer que les problèmes 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 élaborer rapidement 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 (coordination, vaccination, surveillance, communication et mobilisation sociale) et fonctions d'appui (opérations de laboratoire, formation et transport). Un plan de travail et un budget exhaustifs communs communiqués à tous les échelons concernés aideront à mobiliser des fonds auprès des donateurs pour assurer le financement des activités de riposte.

Le Siège de l'OMS fournira des orientations et des délais spécifiques pour la budgétisation des interventions liées à la flambée.

Politique de finances « sans regrets »

La politique de finances « sans regret » (une avance pouvant atteindre 500 000 dollars) permet de débloquer des fonds sans entrave, dans les délais voulus, afin de soutenir la riposte à la flambée, même s'il s'avère plus tard qu'une contribution plus modeste aurait pu suffire. 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 retards dans la mise à disposition des ressources. Le déblocage des fonds par les partenaires de l'IMEP pourrait être antérieur à la classification de la flambée par l'OMS, tenant compte de l'évaluation initiale des risques et des discussions entre les échelons national, régional et mondial. Si en général l'OMS décaisse les fonds, l'UNICEF ou un autre partenaire à l'IMEP peut, à l'occasion, fournir les financements nécessaires.

Renfort en ressources humaines

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

- i) **activation rapide du déploiement** de professionnels qualifiés, en particulier pour les flambées de niveau 2 et 3
- ii) afin de soutenir l'équipe nationale de riposte dans les principales fonctions de riposte à la flambée ; et **assurer une transition en douceur** vers une dotation en effectifs à long terme.

Il est important de veiller à un recrutement équilibré entre femmes et hommes pour les fonctions techniques et opérationnelles à tous les niveaux.

L'activation la plus précoce est le déploiement dans les 72 heures d'agents et de consultants via un mécanisme interrégional auquel participent tous les partenaires à la suite de la notification des résultats de laboratoire (jour 0).

OPRTT coordonne les renforts et l'assistance technique dans les domaines suivants :

- Détermination des rôles clés, en fonction du niveau de gravité de flambée et des besoins évalués du pays. Les compétences proposées incluent 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 des interventions liées à la flambée, un responsable des opérations, un responsable de la communication et des experts techniques en vaccination et surveillance.
- Du personnel possédant des compétences spécialisées peut également être disponible pour appuyer les stratégies innovantes visant à améliorer la qualité de la riposte, telles que la cartographie SIG de la zone de la flambée.
- **Déploiement de l'équipe de riposte rapide** composée d'agents des organismes participant de l'IMEP, y compris les bureaux régionaux. Le recrutement d'un soutien actif peut aller au-delà des équipes de riposte à la flambée au

sein de chaque organisme. La période de déploiement va de la notification de la flambée jusqu'à l'AVS dans le cadre de la riposte rapide, le cas échéant.

- **L'équipe de renfort** est une équipe interinstitutions d'astreinte pour le déploiement à long terme via l'aide d'une plateforme centrale qui facilite la visibilité et la documentation. L'équipe de renfort devrait être en place dans les trois semaines suivant la confirmation de la flambée. La période de déploiement attendue va de l'AVS au titre de la riposte rapide jusqu'à la fin de la flambée. Les équipes de riposte viseront au moins une semaine de chevauchement entre le travail de l'équipe de riposte rapide et celui de l'équipe de renfort afin d'assurer une passation complète et détaillée.
- Détermination des besoins et plaidoyer en faveur d'un soutien spécialisé et de l'innovation lorsque le contexte le justifie (par exemple, microplanification reposant sur un SIG, recensement détaillé, administration et finances).

Normes de performance de l'IMEP

Les partenaires de l'IMEP entreprendront un ensemble d'activités pour appuyer la riposte dirigée par le pays. Les normes de performance en matière de riposte à une flambée décrivent les résultats attendus des partenaires de l'IMEP à chaque niveau par rapport aux principales fonctions de la riposte. Les actions et les produits attendus des pays et des partenaires de l'IMEP selon un calendrier précis (dans les heures, jours et semaines suivant la notification du séquençage du virus) sont décrits à l'annexe 2.

Ces normes de performance s'appliquent aux flambées de poliomyélite de tous les niveaux. Le délai de riposte attendu commence à courir à partir de la date des résultats initiaux de séquençage en laboratoire. Ces normes ne sont pas exhaustives et peuvent être modifiées au besoin en fonction du contexte spécifique du pays et de la flambée.

Le Groupe de travail de gestion et de l'éradication fournira un soutien pour la coordination et la surveillance de la riposte à la flambée.

11

Suivi et évaluation de la riposte

L'assurance de la qualité de la riposte à la flambée 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 flambée. Consulter la bibliothèque de l'IMEP pour les outils et documents d'orientation.^x

Le tableau 8 présente les approches et les indicateurs suggérés, mais non exhaustifs, applicables au suivi. Le recueil par voie électronique de données, à l'aide d'appareils mobiles, et leur téléchargement en toute sécurité en temps réel sont recommandés dans la mesure du possible afin de permettre une notification complète et opportune de toutes les activités de riposte (surveillance, vaccination, indicateurs sociaux). L'utilisation de méthodes électroniques de recueil de données nécessite une bonne formation, le nettoyage et l'analyse des données, ainsi que des contrôles réguliers de la qualité.

Tableau 8. Évaluation de la qualité de la riposte : facteurs à prendre en compte avant, pendant et après la mise en œuvre

Surveillance	Vaccination	Communication et mobilisation sociale
Planification et préparation		
<ul style="list-style-type: none"> Examen rapide des données de surveillance disponibles Augmentation de la fréquence de prélèvement d'échantillons pour la SE à toutes les deux semaines Lancement d'une nouvelle SE si nécessaire Validation des cas PFA et collecte d'échantillons d'eaux usées pour la SE 	<ul style="list-style-type: none"> Indicateurs du tableau de suivi de la préparation supérieurs 90 % Preuve de formation pour tout le personnel Microplans ascendants précis avec cartographie détaillée, complétés par des innovations telles que l'imagerie SIG et la validation croisée lorsque cela est possible 	<ul style="list-style-type: none"> Preuve de la participation de la communauté, des groupes de femmes et des chefs religieux Participation des autorités nationales, apportant un soutien actif à la riposte Stratégies ciblées détaillées et mises à jour pour les populations spécifiques Enquête sociale approfondie sur le ou les cas et/ou la communauté en vue d'identifier les populations spécifiques ou les enfants sous-vaccinés
Mise en œuvre		
<ul style="list-style-type: none"> Taux annualisé de PFA supérieur à 3 cas/100 000 enfants de moins de 15 ans dans la zone de flambée et dans la zone de risque immédiate Impact du renforcement de la surveillance (par exemple, source et nombre de cas de PFA signalés, recherche active) Processus de SE et indicateurs de performance¹ 	<ul style="list-style-type: none"> Couverture vaccinale >90% vérifiée par le monitoring indépendant en intracampagne Couverture vaccinale >90% vérifiée par des contrôles ponctuels et enquêtes (par exemple dans les marchés, les centres de transit) Utilisation de stratégies pour s'assurer que les frontières sont couvertes (par exemple, passage de relais par « poignée de main » entre les équipes) 	<ul style="list-style-type: none"> Stratégies ciblées utilisées pour optimiser les activités de riposte au sein des populations spécifiques Preuve d'une sensibilisation globale accrue de la communauté à la PFA et importance de la vaccination Soutien actif de la part de la communauté, y compris des groupes de femmes et des chefs religieux actifs lors des campagnes de vaccination Pas de refus collectif de la vaccination

^x Voir GPEI tools, protocols and guidelines (site Web). Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, (<http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, consulté le 8 novembre 2018).

Surveillance	Vaccination	Communication et mobilisation sociale
Suivi après la campagne		
<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance des PFA supérieure à 3/100 000 pendant au moins 12 mois après la dernière détection du poliovirus • Analyse spécifique du taux de PFA pour toutes les populations à haut risque • Preuve de l'impact de la surveillance sur les populations difficiles à atteindre, inaccessibles et à haut risque 	<ul style="list-style-type: none"> • Couverture >90% dans le monitoring post campagne et plus de 80 % des lots de LQAS acceptés au seuil de 90 % • Aucune preuve d'enfants ou de zones géographiques régulièrement oubliés • Notification efficace et en temps voulu, au moyen de méthodes et 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve que la sensibilisation à la campagne a couvert plus de 90 % de l'ensemble des ménages (MI et/ou LQAS) • Couverture des populations spécifiques supérieure à 90 % • Analyse des données ventilées pour les populations à haut risque et par sexe pour les enfants non vaccinés ou les refus de vaccination, afin de guider les interventions

1 Pour plus de détails, se référer Global Polio Surveillance Action Plan and Polio Environmental Surveillance Enhancement Following Detection of Vaccine-Related Type-2 Poliovirus in GPEI library (<http://polioeradication.org/tools-and-library/>).

Monitorage de la qualité des AVS

L'indicateur principal de l'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 (cible moins de 14 jours). Le suivi de la campagne peut être effectué si les moyens le permettent, mais il ne devrait pas réduire les ressources afin de bénéficier d'une micro planification de haute qualité pour l'AVS1 et l'AVS2 à grande échelle.

L'AVS1 et l'AVS2 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 régulièrement oubliés afin que des mesures correctives puissent être prises. Les zones présentant des résultats insuffisants doivent faire l'objet d'un examen détaillé afin de déterminer des stratégies spécifiques, des efforts supplémentaires (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 autres AVS à grande échelle incluent, au minimum, le MI et le sondage en grappes (LQAS).

Monitorage pendant et après la campagne. Le monitorage pendant et après la campagne utilise des méthodes d'enquête avec échantillonnage ciblé dans les zones où la couverture serait insuffisante, et devrait être mise en œuvre suivant le protocole établi. Le monitorage pendant la campagne a pour objectif de garantir la prise sans délai de 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 après la campagne permet une analyse approfondie et rigoureuse des zones oubliées ou n'atteignant pas les couvertures cibles, ainsi qu'un examen des motifs pour lesquels des enfants ont été oubliés ou n'ont pas été vaccinés.

Des enquêtes par grappes de LQAS portant sur un échantillonnage proportionnel à la taille de la population sont recommandées pour toutes les zones couvertes par la riposte à la flambée. Pour que les résultats soient valides, il faut bien veiller à planifier et mettre en œuvre suivant le protocole établi. Des orientations spécifiques sont disponibles⁷.

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 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 cause la notification concernant la couverture.

La sélection et la formation des moniteurs indépendants sont importantes. Des termes de référence clairs indiquant l'indépendance des enquêteurs par rapport aux activités de vaccination sont utiles pour tous les moniteurs. En principe, les moniteurs devraient être recrutés et formés pour chaque campagne d'AVS. Il est déconseillé de déployer le même personnel pour des campagnes successives. Les universités et les collèges (par exemple, des 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) constituent

⁷ Voir « 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, consulté le 8 novembre 2018).

des sources de recrutement de moniteurs indépendants et devraient être sélectionnés en fonction du contexte local.

La rapidité de communication des résultats du monitoring est importante pour assurer la responsabilisation, l'identification rapide du problème et la rectification du tir, 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.

En plus des indicateurs de surveillance systématique de la PFA, détaillés au niveau de la notification infranationale, des informations concernant les indicateurs de processus doivent être communiquées régulièrement, y compris concernant 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 résultats et de renforcer la confiance dans le fait que les résultats sont suffisamment bons pour pouvoir détecter une transmission en cours du virus. Par exemple, les résultats des recherches rétrospective 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 présenter régulièrement un récapitulatif des problèmes de moyens auxquels il est confronté et des solutions envisagées.

Évaluation des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite [Outbreak Response Assessment] – OBRA

L'objectif de l'OBRA est d'évaluer si la riposte par la vaccination et la surveillance sont suffisamment solides pour détecter et arrêter la transmission du poliovirus, et de déterminer ce qui est nécessaire pour combler les lacunes. L'OBRA pour la poliomyélite doit être réalisée en temps utile, être efficace, pratique et indépendante.

La première OBRA est effectuée 3 à 4 mois après la notification du virus ; une étude sur documentation sera effectuée 6 à 9 mois après la dernière détection d'un isolat, ou selon les besoins au vu des circonstances. Les épidémies prolongées peuvent justifier une OBRA ou une analyse sur dossiers intermédiaires.

Une équipe externe d'experts évaluera la qualité de la riposte, les preuves de transmission du poliovirus et la qualité de la surveillance. Plus précisément, les objectifs sont les suivants :

1. évaluer et accentuer les efforts visant à accroître l'immunité de la population ;
2. évaluer les progrès accomplis en vue d'interrompre la transmission du poliovirus ;
3. évaluer et renforcer la sensibilité de la surveillance.

OPRTT et le Bureau régional de l'OMS faciliteront l'organisation de l'OBRA et l'examen du programme en coordination avec les équipes nationales.

Pour toute riposte par le VPOm2, l'équipe chargée de l'OBRA recommandera des options de gestion des vaccins restants à l'issue de toutes les campagnes. Pour les événements à haut risque pour lesquels des activités de vaccination ont été menées, on peut aussi entreprendre une évaluation de la riposte à l'évènement ou un examen externe.

Le chef de l'équipe chargée de l'OBRA fera un compte rendu avant son départ et soumettra un rapport à l'équipe nationale, au président de OPRTT, au Bureau régional de l'OMS et au directeur du programme OMS de lutte contre la poliomyélite.

Le Bureau régional de l'OMS confirmera la fin de la flambée épidémique sur la base du rapport d'évaluation de la riposte et des recommandations.

Le pays doit fournir un plan d'action post-OBRA dans le mois qui suit la fin de l'OBRA.

Des orientations détaillées, des outils et des matériels pour l'évaluation de la riposte à une flambée épidémique et pour la gestion des vaccins sont disponibles^z.

z Voir « Évaluation des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite (Outbreak Response Assessment - OBRA): Aide-mémoire ». 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/Evaluation-de-la-r%C3%A9ponse-%C3%A0-une-%C3%A9pid%C3%A9mie-de-polio-Aide-Memoire-Version-2-December-2019-201912.pdf>)

La flambée est-elle interrompue?

Les critères permettant de déclarer la fin d'une flambée épidémique sont décrits dans le tableau 9.

Tableau 9. Critères permettant de déclarer la fin d'une flambée épidémique

Critères permettant de déclarer la fin d'une flambée épidémique

1 Aucun poliovirus du sérotype de la flambée d'aucune source (PFA, contact, environnement) détecté pendant au moins six mois depuis la détection du dernier virus

ET

2 Critères de surveillance remplis au cours des 12 derniers mois dans les zones infectées/à haut risque (foyer de flambée épidémique) et dans les autres zones à risque, y compris les zones transfrontalières¹ :

- i) PFANP ≥ 3 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans (ou selon l'objectif national, selon celui qui est le plus élevé des deux)
- ii) $\geq 80\%$ des selles collectées des cas de PFA sont adéquates.

ET

3 Preuves convaincantes que des zones à haut risque ou zones de conflit, de déplacement, à accès difficile et à population réduite ont été identifiées et font l'objet d'une planification et que des stratégies adaptées² ont été mises en œuvre avec succès pour :

- i) stopper la transmission du poliovirus;
- ii) détecter toute transmission de poliovirus en cours.

Après examen complet des indicateurs, de la qualité des données et des informations dans le contexte local, l'équipe OBRA a la responsabilité d'émettre son meilleur avis possible quant à savoir

- i) si la flambée semble terminée, même si tous les critères ne sont pas strictement remplis, ou
- ii) si la flambée ne peut être déclarée terminée même en l'absence d'un isolat de virus détectable.

- 1 Critères à remplir au premier niveau administratif, ou encore au second niveau administratif pour les pays peuplés (par ex. l'Inde, le Pakistan, le Nigeria) et pour d'autres zones à haut risque d'après l'équipe d'évaluation OBRA
- 2 Les stratégies sont : les activités innovatrices de vaccination avancées, la recherche active de cas, la surveillance communautaire, l'estimation de la population non encore atteinte par la vaccination ou par la surveillance

Les OBRA doivent se poursuivre jusqu'à ce que les critères de fin d'épidémie soient remplis.

Si les critères de « fin d'épidémie » ne sont pas remplis dans un pays ou une zone, l'équipe chargée de l'OBRA recommandera la marche à suivre :

- Après une période de six mois sans détection de poliovirus, renforcer l'appui interne et externe à la riposte et poursuivre l'OBRA et/ou l'examen externe, selon les besoins.
- Après une période de 9 à 12 mois sans détection de poliovirus, mettre en place un plan d'urgence supplémentaire de 3 mois pour :
 - a) la surveillance, par exemple la recherche active intensive de cas dans la zone de la flambée épidémique ou d'autres mesures visant à améliorer la surveillance ;
 - b) la vaccination supplémentaire, par exemple des stratégies innovantes pour atteindre tous les enfants parmi les populations mobiles ou à haut risque ;
 - c) la vaccination de routine, par exemple des stratégies éprouvées pour atteindre tous les districts (approche ACD).

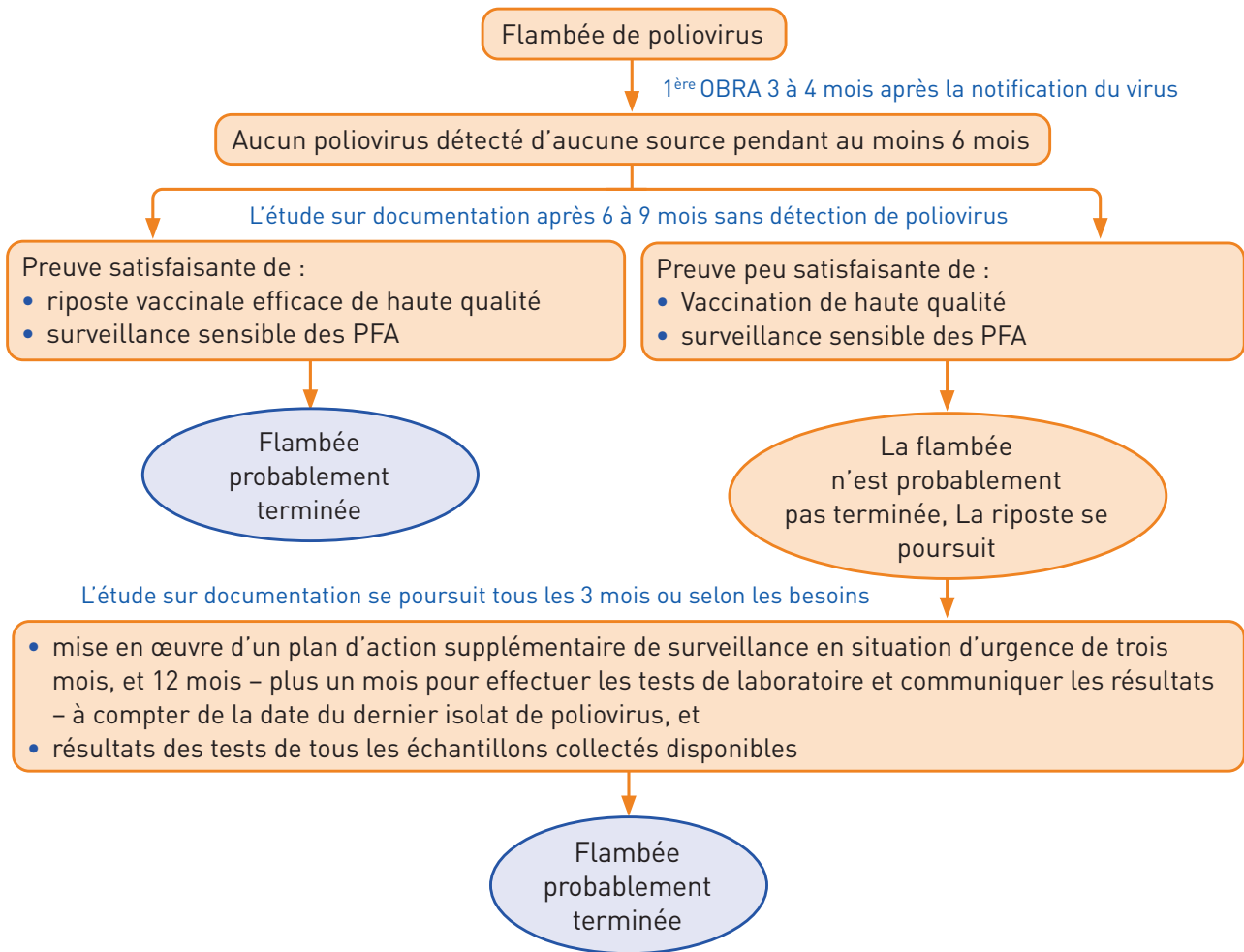
- Répéter l'examen du programme au bout de 3-4 mois, ou selon les besoins.

Lorsque les critères sont remplis et/ou que l'équipe chargée de l'OBRA est convaincue que la riposte à la flambée épidémique a été suffisante, en suivant l'arbre de décision ci-dessous (Figure 7), l'équipe recommande de déclarer la fin de l'épidémie.

Le Bureau régional de l'OMS examine les résultats de l'OBRA en concertation avec l'OPRTT, partage le rapport avec les commissions de certification nationale et régionale et peut confirmer que l'épidémie est terminée et peut être « clôturée ». Le pays est informé en conséquence.

La figure 7 illustre un arbre de décision permettant de déterminer si une flambée épidémique est terminée.

Figure 7. Arbre de décision de l'évaluation de la riposte à une flambée



Règlement sanitaire international

La poliomyélite a été déclarée urgence de santé publique de portée internationale le 5 mai 2014. 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 survenue du dernier cas recensé PLUS un mois pour tenir compte du délai nécessaire à la détection des cas, à l'enquête, aux tests en laboratoire et à la période de notification OU lorsque tous les cas de PFA notifiés 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 au PVS1 ou au PVDVc, et que les échantillons environnementaux recueillis dans

les 12 mois suivant le dernier cas ont également donné des résultats négatifs (le plus long de ces deux délais).

- Isolement de PVS1 ou de PVDVc dans l'environnement (pas de cas d'infection par le poliovirus) : 12 mois après la collecte du dernier échantillon environnemental positif au poliovirus 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 épidémique est terminée, car il peut être nécessaire de poursuivre les activités de riposte.

Synthèse des enseignements tirés des données de la flambée épidémique

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

- a) une enquête épidémiologique détaillée et une évaluation des risques
- b) une épidémiologie descriptive (y compris l'enquête sur le cas index)
- c) la riposte par la surveillance pour assurer le suivi de l'évolution jusqu'à la fin de la flambée
- d) la riposte vaccinale décrivant les étapes clés de l'assurance qualité et les innovations (micro planification, formation, suivi de l'état de préparation, gestion de la logistique, mobilisation de la communauté et suivi/supervision)
- e) 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 une analyse après action formelle. Les enseignements tirés sont utiles pour améliorer la planification de la préparation aux situations d'urgence et peuvent éclairer la riposte à des évènements ou flambées futurs.

La documentation relative à flambées devrait également décrire les enseignements tirés et les meilleures pratiques décrites par les OBRAs comme étant stratégiques pour permettre une interruption réussie des flambées de poliomyélite. Plusieurs documents pertinents sur les meilleures pratiques ont été publiés récemment^{aa}. Les pays peuvent obtenir un appui pour consigner par écrit les enseignements tirés de l'éradication de la poliomyélite.

aa Voir Capturing and sharing lessons learned [site Web] Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/lessons-learned-from-polio-eradication/>, consulté le 8 novembre).

Bibliographie

Pour de plus amples informations, les utilisateurs du présent ouvrage sont priés de consulter les ressources suivantes :

AGORA. UNICEF's Global Hub for Learning and Development (<https://agora.unicef.org/index.php>, consulté le 4 décembre 2018). Assessing immunization coverage with clustered lot quality assurance sampling (clustered-LQAS). Field Manual. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2012 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Assessing-Vaccination-Coverage-Levels-Using-Clustered-LQAS_Apr2012_EN.pdf, consulté le 8 novembre 2018).

Best Practices for Monitoring the Quality of Polio Eradication Campaign Performance. Lignes directrices de l'IMEP. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/08/best-practices-20180810-03.pdf>, consulté le 8 novembre 2018).

Best practices for planning a vaccination campaign for an entire population: supplement to Best practices in microplanning for polio eradication. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2018 (OMS/POLIO/18.04). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/08/best-practices-20180810D01.pdf>, consulté le 12 novembre 2018).

Best practices in microplanning for polio eradication. Lignes directrices de l'IMEP. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/08/best-practices-20180810D03.pdf>, consultée le 8 novembre 2018).

15th Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) » Polio Working Group, – Conclusions and recommendations, Note for the Record, avril 2018. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2018 (http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2018/april/2_WHO_Polio_SAGE_Apr2018.pdf?ua=1, consultée le 8 novembre 2018).

Guidance note on cold chain logistics and vaccine management during polio supplementary immunization activities. Lignes directrices de l'IMEP. New York : UNICEF, 2017 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/10/Cold-chain-logistics-and-vaccine-management-during-SIA_May2017_EN.pdf, consulté le 8 novembre 2018).

Global guidelines. Independent monitoring of polio supplementary immunization activities. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2016 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/08/IndependentMonitoringGuidelines_20101124.pdf, consulté le 8 novembre 2018).

Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) [site Web]. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, (<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/surveillance-indicators/the-global-polio-laboratory-network-gpln/>, consulté le 4 décembre 2018).

GPEI Polio outbreak response assessment (OBRA) : Aide-mémoire. (<http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>).

Règlement sanitaire international (2005), 2^e édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2008 (<http://www.who.int/ihr/publications/9789241596664/en>, consulté le 8 novembre 2018).

Polio Environmental Surveillance Enhancement Following Detection of Vaccine-Related Type-2 Poliovirus. 2018. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, (<http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, consulté le 4 décembre 2018),

Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2013-2018, [site Web]. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2013 (<http://www.polioeradication.org/resourcelibrary/strategyandwork.aspx>, consulté le 8 novembre 2018).

Note de synthèse de l'OMS sur les vaccins antipoliomyélitiques – mars 2016. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2016 ; 91(12) : 145–168 (<http://www.who.int/wer/2016/wer9112.pdf?ua=1>), consulté le 8 novembre 2018).

Poliomyélite : intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite Rapport A67/38. Dans : Soixante-septième Assemblée mondiale de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/24399/B130_19-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y, version anglaise consultée le 12 novembre 2018)

Public Health Management of Facility-Related Exposure to Live Polioviruses : Interim guidance in managing exposed persons for countries hosting facilities that maintain live polioviruses » disponible dans la bibliothèque du site Web de l'IMEP ; (<http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, consulté le 4 décembre 2018).

Atteindre chaque district (ACD), révision de 2017. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé. 2017 ([https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-01/Atteindre%20Chaque%20District%20\(ACD\)%20French%20F%20web%20v2.pdf](https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-01/Atteindre%20Chaque%20District%20(ACD)%20French%20F%20web%20v2.pdf), consulté dans sa version anglaise le 8 novembre 2018).

Classification et notification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV). Lignes directrices de l'IMEP. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2016 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPVs_Aug2016_FR.pdf, consulté dans sa version anglaise le 8 novembre 2018).

Rhizome by GPEI; Tools and guidance to help you design data-driven communication strategies that help vaccinate every child (<https://poliok.it/c4d>, consulté le 4 décembre 2018).

Stop Transmission of Polio (STOP) Program [site Web]. Atlanta : Centers for Disease Control des États-Unis, (<http://www.cdc.gov/globalhealth/immunization/stop/index.htm>, consulté le 8 novembre 2018).

Surveillance Indicators [site Web]. Genève : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, (<http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Surveillance.aspx>, consulté le 4 décembre 2018).

Guide technique : gestion, suivi et validation du retrait du VPOM2. Octobre 2016. polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/11/Technical-guidance-mOPV2-management-monitoring-removal-and-validation_Oct2016_FR.pdf, version anglaise consultée le 30 octobre 2018).

Utilisation du vaccin antipoliomyélitique inactivé en doses fractionnées (VPIf) dans les activités de vaccination supplémentaires (AVS). Aide-mémoire de l'IMEP, 2017 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/11/polio-fipv-in-sias-aide-memoire-01092017-fr.pdf>, consulté dans sa version anglaise le 8 novembre 2018).

Vaccine-associated paralytic polio (VAPP) and vaccine-derived poliovirus (VDPV). Fiche d'information de l'IMEP. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/oral_polio_vaccine/VAPPandcVDPVFactSheet-Feb2015.pdf, consulté le 8 novembre 2018).

Assemblée mondiale de la Santé. Résolution WHA68 sur la poliomyélite. Dans : Soixante-huitième Assemblée mondiale de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 26 mai 2015. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_2015_REC1-fr.pdf#page=110, consulté le 8 novembre 2018.

Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208873>, consulté dans sa version anglaise le 8 novembre 2018).

Annexes

Annexe 1.

Vue d'ensemble de l'évaluation des risques : résumé des éléments d'une évaluation systématique des risques liés à l'isolement d'un nouveau PVDV, PVS ou SL2.

Annexe 2.

Chronologie et responsabilité à l'égard des activités de riposte à une flambée à compter du jour 0 jusqu'à clôture de la flambée

Annexe 1. Vue d'ensemble de l'évaluation des risques : résumé des éléments d'une évaluation systématique des risques liés à l'isolement d'un nouveau PVDV, PVS ou SL2

Catégorie de risque	Risque élevé	Risque faible	Remarques
Virologie			
PVDVc	Automatiquement défini comme une situation à haut risque		
Facteurs virologiques			
<ul style="list-style-type: none"> Éloignement génétique par rapport au Sabin parent (modifications nucléotidiques) 	Substantiel	Pas substantiel	Obtenir l'avis d'un virologue
<ul style="list-style-type: none"> Lien, le cas échéant, avec des virus isolés par le passé 	Lié	Pas lié	
<ul style="list-style-type: none"> Description/interprétation virologique 	Oui	Non	
<ul style="list-style-type: none"> Circulation concomitante avec le PVS 	Oui	Non	
<ul style="list-style-type: none"> Détection d'autres PVDV (non liés) dans la région 	Oui	Non	
Source humaine			
<ul style="list-style-type: none"> Isolement concomitante avec d'autres Sabin ou entérovirus 	Oui	Non	
<ul style="list-style-type: none"> Preuve d'immunodéficience primaire 	Non	Oui	
Source environnementale			
<ul style="list-style-type: none"> Nombre/densité de virus dans les échantillons 	Élevé	Moyen/faible	
<ul style="list-style-type: none"> Présence combinée de poliovirus, de virus Sabin et autres virus entériques dans l'échantillon 	Oui	Non	
Contexte			
Caractéristiques du cas			
<ul style="list-style-type: none"> Membre d'une population connue « à haut risque »/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
<ul style="list-style-type: none"> 0 dose ou « sous »-vacciné 	Oui	Non	
<ul style="list-style-type: none"> Âgés de plus de 5 ans 	Oui	Non	
Données sur la couverture			
<ul style="list-style-type: none"> Couverture de la IR (VPI si disponible – à défaut diphtérie-tétanos-coqueluche (DCT3) dans les zones infectées du niveau admin 1 	Faible	Bonne/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.
<ul style="list-style-type: none"> Qualité des AVS antérieures (plus de 5 % des enfants manqués d'après les données du MI) 	Faible	Assez bonne/ bonne	
Qualité de la surveillance			
<ul style="list-style-type: none"> Lacunes dans la surveillance (p. ex. indicateurs de la PFA inférieurs aux normes, SE rare ou absente, virus orphelin) dans les zones infectées du niveau admin 1. 	Évident	Assez bonne/ bonne	
<ul style="list-style-type: none"> Autre détection récente du poliovirus 	Oui	Non	

Catégorie de risque	Risque élevé	Risque faible	Remarques
Contexte du niveau admin 1			
• Zone vaste densément peuplée	Oui	Non	
• Populations à haut risque connues (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 piètre qualité	Eau et assainissement de qualité assez bonne/bonne	
Propagation internationale			
Liens avec la frontière internationale			
• 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 des experts techniques de l'IMEP
• Historique des déplacements du cas de poliovirus ou du ménage (par exemple, réfugié, nomade, pèlerinage, apatride)	Oui	Non	en consultation avec les niveaux national et régional
• Historique de tout autre évènement sentinelle survenu par-delà les frontières	Oui	Non	
• Antécédents de schémas de transmission de la poliomyélite et de flambées entre pays	Oui	Non	
Mobilité-migration de la population			
• Points de service communs entre la zone infectée et les zones voisines comme les marchés, les sites de pèlerinage, les points d'eau pour les nomades	Oui	Non	
• Signes de niveaux de migration élevés (données de séquençage, données de téléphonie mobile disponibles, schémas de migration antérieurs, etc.)	Oui	Non	
Contexte des zones environnantes			
• Preuve de lacunes dans la surveillance ou d'autres facteurs à haut risque dans les zones environnantes susceptibles d'être importés depuis la zone touchée	Oui	Non	
• Immunité de la population dans les pays voisins	Faible	Bonne/élevé	
• Conflit	Présent	Aucun	

Annexe 2A : Calendrier et responsabilité des actions à entreprendre au cours du premier mois suivant la détection du poliovirus

Actions	Jours après le séquençage																	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15-30	30+	
Notification																		
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 RSI informe l'OMS																		
Enquête																		
L'équipe pays ouvre une enquête épidémiologique/sociale																		
Coordination																		
Mettre en place des mécanismes de riposte aux événements et aux flambées dans les bureaux régionaux et au siège, y compris OPRTT pour la coordination des partenaires de l'IMEP																		
Activer le renfort de la riposte rapide et le déployer dès qu'il est disponible																		
Activer le renfort et le déployer dès qu'il est disponible																		
Évaluation des risques et plan de riposte																		
L'équipe pays présente une évaluation des risques et une proposition de riposte aux partenaires de l'IMEP (Groupe consultatif sur le VPOM2, AD G, Groupe chargé de la gestion de l'éradication et des flambées épidémiques (EOMG))																		
L'équipe pays soumet une demande de VPOM2 (le cas échéant)																		
Les partenaires de l'IMEP (Groupe consultatif/EOMG) se rencontrent et fournissent des recommandations à l'équipe de pays																		
La flambée est classée par le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE) au Siège, en application du Cadre d'action d'urgence																		
L'équipe pays finalise et soumet le plan et le budget de la riposte à la flambée																		
Gestion des vaccins																		
Le Directeur général de l'OMS autorise le prélèvement de VPOM2 du stock (le cas échéant)																		
Les vaccins VPOM2 et seringues sont expédiés au pays (le cas échéant)																		
Les vaccins VPOM2 sont envoyés sur le terrain (le cas échéant)																		
Activités de riposte																		
Finances (à concurrence de 500 000 USD) décaissées OR Financement « sans regrets » (à concurrence de 500 000 USD) décaissé pour le bureau régional/bureau pays pour financer les activités de riposte initiale																		
Déclarer la flambée de poliomyélite comme urgence de santé publique nationale																		
Élaborer et mettre en œuvre une politique nationale de plaidoyer et d'un plan de communication																		
Lancer des activités de renforcement de la surveillance																		
Procéder au de vaccination																		
Budget de riposte à la flambée approuvé et fonds débloqués pour le pays																		
Mettre en œuvre les AVS1, AVS2 et le ratissage																		

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

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Niveau régional/mondial
Notification du virus par le laboratoire – Jour 0	Coordination des interventions liées à la flambée Ressources	Mettre sur pied une équipe de gestion de la flambée composée de représentants de tous les organismes concernés. 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]).	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
	Ressources	Identifier les personnes formées ou expérimentées en riposte à une flambée de poliomyélite dans le pays/la région	Autorités sanitaires nationales, avec l'appui des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Les bureaux régionaux/sièges de l'OMS et de l'UNICEF fournissent rapidement les documents requis
	Ressources	Lire tous les rapports et documents relatifs aux activités de riposte précédentes.	Autorités sanitaires nationales, 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 concernant les flambées épidémiques, modèle d'enquête, modèle d'évaluation des risques, etc.).		Bureaux régionaux et Sièges de l'OMS et de l'UNICEF
	Enquête	Ouvrir une enquête épidémiologique et sociale conjointe (voir le chapitre 4 et le modèle pour plus d'informations) : Partie A : Enquête sur le cas/l'isolat issu de l'environnement et le contexte local Partie B : Déterminer l'étendue géographique de la transmission (prélèvement d'échantillons chez les contacts, recherche active, etc.).	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 et de l'UNICEF
	Communication	Informar les autorités nationales et les autres partenaires concernés.	Autorités sanitaires nationales,	Le Siège de l'OMS informe les partenaires de l'IMEP (OPRTT, EOMG, Comité Stratégique [CS])
Dans les 24 heures suivant la notification	Coordination des interventions liées à la flambée et plaidoyer	Informar le ministre de la Santé, le chef du gouvernement/le chef de l'État et d'autres responsables concernés des mesures spécifiques requises pour une riposte urgente visant à enrayer la flambée : 1. Déclarer la poliomyélite urgence nationale de santé publique dans les 72 heures en cas de flambée ou signaler la nécessité éventuelle de déclarer une urgence si le virus est reclassé en flambée. 2. Mettre en place un centre d'opérations d'urgence (COU) national si aucune structure de coordination des situations d'urgence n'est en place, dirigé par un haut responsable 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 fournitures et des finances.	National health authorities, with support from WHO and UNICEF country offices	With support from GPEI partners to ensure the national health authorities have the necessary information to communicate effectively with country stakeholders.

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Niveau régional/mondial

3. Mettre en œuvre les opérations de riposte requises pour arrêter la transmission du virus conformément aux MON, au type et à la classification du virus (voir chapitre 7).
4. S'assurer de la mise en place d'un mécanisme de suivi systématique à tous les niveaux (national, régional et district) pour suivre l'évolution de la planification, de la mise en œuvre et des actions de suivi tout au long de la conduite des activités de riposte.
5. 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.

Dans les 24 heures suivant la notification	Communication	Alerter la Division des approvisionnements de l'UNICEF s'il s'agit de poliovirus de type 2	Sièges de l'OMS et de l'UNICEF	
	Coordination des interventions liées à la flambée	Initier des mécanismes de riposte aux événements/flambées au niveau du bureau régional et du siège. Communiquer toute information disponible à l'équipe pays (rapport préliminaires d'analyse de risques, évaluations de la surveillance, couverture historique, évaluations de la sécurité, groupes à haut risque, etc.).		
	Coordination des interventions liées à la flambée	L'Équipe spéciale chargée de la préparation et de la riposte aux flambées (OPRTT) organise des téléconférences hebdomadaires entre l'OMS, l'UNICEF et les partenaires de l'IMEP	L'OMS et l'UNICEF participant	L'OPRTT initie et préside les téléconférences
	Renforts en ressources humaines	Évaluer les capacités 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.	Les autorités sanitaires nationales et les bureaux pays l'OMS et de l'UNICEF	
	Renforts en ressources humaines	Demander des procédures accélérées pour les visas au point d'entrée pour tous les intervenants internationaux devant participer à la riposte.	Autorités sanitaires nationales	Les bureaux régionaux/sièges de l'OMS et de l'UNICEF fournissent rapidement les documents requis
	Renforts en ressources humaines	Activer la procédure de renfort ; le déployer dès qu'il est disponible (Cible 72 heures - Riposte rapide ; Cible 21 jours - Renforts).	Les bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF prennent les dispositions nécessaires dans le pays	L'OPRTT assure la coordination
	Evaluation des risques et riposte	Remplir le modèle d'évaluation des risques en y intégrant une proposition de stratégie de riposte vaccinale (voir le modèle et le chapitre 7).	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Avec l'appui des bureaux régionaux et sièges de l'OMS/l'UNICEF
	Communication	Identifier une personne-ressource dans les médias et porte-parole pour la flambée.	Les autorités sanitaires nationales et les bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF s'accordent sur la nomination	

Chronologie		Fonction		Activités		Responsabilité	
		Pays		Niveau régional/mondial			
Dans les 24 heures suivant la notification	Communication	Travailler avec les partenaires et les homologues gouvernementaux pour : <ul style="list-style-type: none"> effectuer une analyse du paysage médiatique organiser un point de presse/publier un communiqué de presse initier un monitoring des médias 	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Avec l'appui des bureaux régionaux et sièges de l'OMS/l'UNICEF			
	Situations d'urgence complexes (le cas échéant)	Informier le coordonnateur résident des Nations Unies et l'Équipe humanitaire dans le pays. Coordonner avec le Département de la sécurité et de la sûreté des Nations Unies les 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 au conseiller en sécurité de mener une évaluation sur le terrain.	UNDSS, en collaboration avec les autorités nationales	Les conseillers en matière de sécurité des bureaux régionaux et du Siège de l'OMS au besoin			
Dans les 72 heures (3 jours) suivant la notification	Évaluation des risques et planification de la riposte	1) Finaliser la proposition d'évaluation des risques et de proposition de riposte, avec toutes les informations disponibles, y compris celles venant des pays voisins 2) Présenter l'évaluation des risques et la proposition à l'OPRTT/EOMG (poliovirus de type 1 ou de type 3) ou au Groupe consultatif sur le VPOm2 (poliovirus de type 2) aux fins de retour d'information et de recommandations.	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Bureaux régionaux et Sièges de l'OMS/UNICEF avec le soutien de l'OPRTT			
	Planification de la logistique	Établir un plan logistique comprenant : les prévisions concernant les vaccins, les chambres froides, l'entreposage, la distribution, la surveillance de l'utilisation, la responsabilité à l'égard des vaccins et leur élimination (voir les orientations sur la gestion des vaccins.)	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Le Siège de l'UNICEF fournit un appui			
	Demande de vaccins	Soumettre au Directeur général de l'OMS le formulaire de demande de VPOm2 pour autorisation de délivrance.	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Le secrétariat du Groupe consultatif sur le VPOm2 examine la demande et la transmet à la Division des approvisionnements de l'UNICEF			
	Riposte à la flambée	Déclarer la flambée de poliomyélite comme urgence de santé publique nationale	Autorités sanitaires nationales				
	Notification du Comité du RSI	Soumettre la notification du Comité du RSI à l'OMS ; un résumé peut être rendu public sur le site Web de l'OMS pour servir d'avis de flambée de maladie.	Point focal national pour le RSI	Le Siège de l'OMS fournit un appui			
	Classification	Préparer et participer à la téléconférence à trois niveaux de l'OMS pour la classification par le Programme WHE, l'Unité de la poliomyélite du Siège de l'OMS, le bureau régional et le bureau pays, conformément au Cadre d'action d'urgence.	Les bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF avec le concours des autorités sanitaires	Le Siège de l'OMS assure la coordination, le Programme WHE au Siège procède à la classification en consultation avec le bureau régional			

Chronologie		Fonction		Activités		Responsabilité	
				Pays		Niveau régional/mondial	
	Financement	Débloquer un financement « sans regrets » (à concurrence de 500 000 USD) pour le bureau régional/ bureau pays afin d'appuyer 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 conformément à la proposition de riposte.		Bureau pays de l'UNICEF		Division des approvisionnements de l'UNICEF	
Dans les 72 heures (3 jours) suivant la notification	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 le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF			
		<p>Lancer l'élaboration du plan de riposte à la flambée (voir le modèle pour des orientations détaillées).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contexte et risque de transmission ultérieure • Stratégie proposée pour les AVS (portée, calendrier, etc.) • Activités d'amélioration de la surveillance • Activités de plaidoyer, communication et mobilisation sociale • Coordination et partenariats • Évaluation des ressources humaines • Surveillance et évaluation des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite (OBRA) • Budget <p>Solliciter les commentaires et les contributions des équipes infranationales</p>		Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF		L'OPRTT facilite l'examen et la formulation de recommandations fournies par les partenaires de l'IMEP	
		Activer le centre d'opération 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 le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF		Les Bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF fournissent un appui	
	Plaidoyer et communication	<p>Lancer l'élaboration d'un plan national de plaidoyer et de communication mettant l'accent sur la participation de la communauté, 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.) Inclut :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Séances de sensibilisation préalables à la campagne à l'intention des populations à haut risque et difficiles à atteindre • Communication proactive assurant la sensibilisation des collectivités et des agents de santé aux dangers de la maladie et aux bienfaits du vaccin 		Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF		Les Bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF fournissent un appui	

Chronologie Fonction		Activités	Responsabilité	
			Pays	Niveau régional/mondial
Dans les 72 heures (3 jours) suivant la notification	Plaidoyer et communication	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation de personnes influentes et de parties prenantes clés (dont des politiques, religieux, chefs communautaires, célébrités) pour qu'elles favorisent l'accès aux communautés difficiles à atteindre Élaboration d'un plan spécial de communication de crise pour traiter les rumeurs en cas de résistance à la vaccination et mener des interventions rapides en cas de manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) 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). 	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
	Communication	Faire le point avec les médias sur les plans et les propositions pour faire face à la flambée.	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF apportent un appui
	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.		Le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF apportent un appui
	Renfort en ressources humaines	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 C4D.	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF apportent un appui
Dans les 7 jours suivant la notification	Riposte à la flambée	Déterminer les besoins en renfort en ressources humaines avec l'OPRTT en fonction du niveau de la flambée et des besoins du pays. 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, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'OPRTT facilite le soutien des partenaires à l'IMEP
	Amélioration de la surveillance	<p>Lancer des activités de renforcement de la surveillance (Voir le chapitre 8 pour plus d'orientations) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Informez et sensibilisez les agents de santé des unités de surveillance nationales et infranationales aux exigences en matière de notification Mettez en œuvre des activités supplémentaires de dépistage des cas de PFA 	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Les partenaires de l'IMEP fournissent un appui

- Examiner et reclasser les sites de notification dans le réseau de surveillance active de la PFA
- Veiller à ce que le laboratoire national participe à la planification en cas de flambée pour s'assurer que les capacités sont renforcées
- Augmenter la fréquence des prélèvements environnementaux effectués sur les sites existants, lorsque cela est réalisable et approprié.

Plaidoyer et communication
Élaborer un plan de plaidoyer externe pour obtenir l'engagement politique de haut niveau du pays touché et compléter les initiatives de plaidoyer dans le pays

Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF
OPRTT, Bureaux régionaux et Sièges de l'OMS/l'UNICEF

Plaidoyer et communication
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 de soutien.

Les bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF jouent un rôle de facilitation
Directeurs régionaux de l'OMS/l'UNICEF

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 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 bureaux régionaux et sièges de l'OMS/l'UNICEF

Dans les 7 jours suivant la notification

Communication
Informer la communauté des donateurs plus large de la notification du poliovirus et de l'état des activités de riposte à la poliomyélite, y compris la vaccination et la surveillance.

Bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF avec les donateurs et médias présents dans le pays

Communication
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 pays de l'UNICEF
Le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF apportent un appui

Communication
Organiser des réunions hebdomadaires avec les médias sur le plan de riposte et l'état d'avancement des activités de vaccination et de surveillance.

Autorités sanitaires nationales, avec le bureau pays de l'UNICEF

Situations d'urgence complexes (le cas échéant)

Lancer l'élaboration d'un plan d'accès comprenant :

Autorités sanitaires nationales avec l'appui de l'UNICEF
Bureaux régionaux de l'OMS

- la cartographie des leaders communautaires, des acteurs clés, des parties prenantes et l'identification des personnes d'influence
- Planification de stratégies pour les points de vaccination permanents/de transit autour des zones inaccessibles
- Planification de stratégies de vaccination opportunistes pour atteindre les populations des zones inaccessibles.

Chronologie		Fonction		Activités		Responsabilité	
		Pays		Niveau régional/mondial			
	Coordination des partenaires	Lancer la coordination avec d'autres organismes des Nations Unies et organismes d'aide humanitaire sur le terrain	Bureau pays de l'OMS	Bureaux régionaux de l'OMS			
Dans les 14 jours suivant la notification	Plan de riposte et budget pour la flambée	Finaliser le plan de riposte à la flambée et le budget correspondant pour 6 mois (voir le modèle et les POS concernant le budget pour des orientations et le calendrier); l'équipe pays finalise en une semaine	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'OPRTT coordonne l'examen et la formulation d'observations par les partenaires de l'IMEP, et le budget			
	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	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF				
	Plan d'opérations de riposte à la flambée	Lancer l'élaboration du plan opérationnel national à l'échelle macro pour le « passage 0 », détaillant la stratégie, la structure de coordination, les vaccins, la logistique, les ressources humaines, la supervision, la mobilisation sociale, les besoins en communication et en formation, etc. Réviser le plan macro pour les AVS1/AVS2 ultérieures et le passage de ratissage de vaccination	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Bureaux régionaux de l'OMS/l'UNICEF			
Dans les 14 jours suivant la notification	Élaboration de microplans	Mettre au point des outils et une formation pour élaborer des micro-plans pour le « passage 0 », 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. (Des guides de meilleures pratiques de micro planification sont disponibles à titre indicatif). Réviser les micro plans pour les AVS1/AVS2 ultérieures et le passage de ratissage de vaccination	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Bureaux régionaux de l'OMS/l'UNICEF			
	C4D, mobilisation sociale et communication	Mettre en œuvre le plan de plaidoyer et de communication pour associer toutes les parties prenantes concernées aux niveaux national et infranational aux activités de riposte à la flambée.	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'OPRTT facilite le soutien 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				
	Situations d'urgence complexes (le cas échéant)	Lancer la procédure pour pourvoir les postes vacants dans les zones infectées et à haut risque. Déployer un chargé de la sécurité sur le terrain.	Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF Autorités sanitaires nationales	Les Bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF fournissent un appui Le Siège de l'OMS fournit un appui technique			

Chronologie Fonction		Responsabilité	
Activités		Pays	Niveau régional/mondial
	<p>Mettre en œuvre un plan d'accès (exemples de stratégies énumérées ci-dessous) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser chefs communautaires et les personnes influentes identifiées • Négocier l'accès par l'intermédiaire d'acteurs clés, personnes influentes et parties prenantes • Mettre en œuvre une stratégie pour les points de vaccination permanents/de transit autour des zones inaccessibles • Mettre en œuvre des stratégies de vaccination opportunistes pour atteindre les populations des zones inaccessibles 	<p>Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF</p>	<p>Bureau régional de l'OMS</p>
Dans les 14 jours suivant la notification	<p>Vaccination</p> <p>Dans les 14 jours, mettre en œuvre la riposte vaccinale du « passage zéro »</p> <p>Gestion des vaccins</p> <p>Pour la riposte au VP0m2, assurer une gestion complète de tous les flacons. Le suivi et la notification détaillés concernant les flacons déployés, récupérés, restants et non comptabilisés à la fin de chaque activité de vaccination sont obligatoires. (Voir les orientations concernant la gestion des vaccins.)</p>	<p>Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF</p> <p>Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF</p>	<p>Bureau régional et siège de l'UNICEF</p> <p>Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF</p>
14 jours jusqu'à achèvement des activités de vaccination (75-90 jours)	<p>Financement</p> <p>L'OPRTT et l'EOMG approuvent le plan et le budget de la riposte à la flambée (dans les 20 jours) et mettent en place des mécanismes pour débloquer des fonds. Les fonds devraient être disponibles dans le pays dans les 28 jours.</p> <p>Suivi de la préparation</p> <p>Établir des tableaux de bord pour le suivi de la préparation des AVS à utiliser pour évaluer l'état de préparation des AVS aux niveaux national et infranational.</p> <p>Suivi de la préparation</p> <p>Mener des évaluations de l'état de préparation deux semaines, une semaine et trois jours avant la mise en œuvre d'une AVS pour guider l'appui technique ciblé sur l'assurance de la qualité des AVS.</p> <p>Suivi du plaidoyer</p> <p>Suivre la mise en œuvre des plans de plaidoyer interne et externe. Prendre note des interventions couronnées de succès et communiquer les autres besoins à l'OPRTT</p> <p>Suivi de la vaccination</p> <p>Établir le suivi de campagne pour les AVS :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervision • Monitoring indépendant (pendant et après la campagne) • Réunions d'examen quotidiennes (performance des équipes, notification quotidienne) 	<p>Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF</p> <p>Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF</p> <p>Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF</p> <p>Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF</p> <p>Autorités sanitaires nationales, avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF</p>	<p>L'OPRTT facilite le processus</p> <p>L'OPRTT facilite le soutien des partenaires de l'IMEP</p> <p>Le Bureau régional/Siège de l'OMS fournit un appui</p>

Chronologie	Fonction	Activités	Responsabilité	
			Pays	Niveau régional/mondial
		<ul style="list-style-type: none"> Échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) Examens des AVS, y compris les refus de vaccins, les problèmes liés à la méfiance, etc. 		
Suivi de la communication		Assurer un suivi des interventions de communication	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF apportent un appui
Élaboration de microplans		Mettre au point des outils et une formation pour élaborer des 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. (des guides de meilleures pratiques de microplanification sont disponibles à titre indicatif).	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
Formation		Organiser des formations à l'intention des travailleurs de première ligne (agents de vaccination, superviseurs et mobilisateurs sociaux) sur les compétences techniques, les compétences en communication et les compétences interpersonnelles pour les zones ciblées par les AVS1 et AVS2.	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
Gestion de l'information		Assurer la liaison avec les gestionnaires de données dans le pays pour identifier et résoudre les problèmes liés au format et à l'exhaustivité des données	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Bureau régional de l'OMS
Gestion des vaccins		Évaluer la capacité de la chaîne du froid et les capacités de gestion des vaccins et prendre des mesures urgentes pour combler les lacunes avant l'AVS1.	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF apportent un appui
Coordination des partenaires		Organiser des réunions régulières avec les donateurs et des activités de plaidoyer.	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
Coordination des partenaires		Veiller à avoir une discussion approfondie avec les autres partenaires de la santé et à s'accorder avec eux pour envisager des interventions supplémentaires parallèlement au VPO, telles que l'administration de vitamine A et de comprimés vermifuges, lorsque cela est possible, en particulier pour les flambées de types 1 et 3. (L'intégration pour les flambées de type 2 ne devrait être envisagée qu'à titre exceptionnel.)	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	OPRTT apporte un appui
Vaccination		Réaliser les activités de vaccination subséquentes (AVS1, AVS2, ratissage) conformément au plan de riposte à la flambée.	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'OPRTT facilite le soutien des partenaires de l'IMEP

Pays

Niveau régional/mondial

Chronologie	Fonction	Activités	Pays	Niveau régional/mondial
Vaccination	Mener des activités pour améliorer la qualité des AVS à chaque passage suivant :	<ul style="list-style-type: none"> Recoupement de données couvrant : les zones aux résultats peu satisfaisants, les données sociales sur les refus/enfants manqués ou autres barrières sociales observées, données de surveillance, etc Organiser une formation supplémentaire à l'intention des agents de vaccination et des superviseurs pour développer leurs compétences interpersonnelles Renforcer la supervision, la surveillance et les réunions d'examen régulières pendant la campagne Initier des stratégies spéciales pour atteindre les populations oubliées, à risque élevé ou mobiles 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 réalisable. 	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	OPRTT, Bureaux régionaux et Sièges de l'OMS/l'UNICEF
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 le soutien nécessaire pour combler les lacunes restantes.		Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'OPRTT formule des recommandations
Gestion de l'information	Veiller à ce que les données sur la surveillance, les AVS et le suivi soient complétées et envoyées 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 hebdomadairement pour les données relatives aux PFA).		Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
Notification et responsabilité à l'égard des vaccins	Établir des rapports sur l'utilisation et la redevabilité des vaccins après chaque tour, y compris le passage 0 (voir les orientations sur la gestion des vaccins).		Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF apportent un appui
Élimination des vaccins	Élimination des flacons de vaccin utilisés ou partiellement utilisés pour la riposte vaccinale de type 2. Les flacons non ouverts doivent être stockés de manière sécurisée dans des entrepôts stratégiques dotés d'installations de contrôle d'accès jusqu'à ce que la flambée soit considérée comme endiguée (voir les orientations concernant la gestion des vaccins).		Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Le Bureau régional et le Siège de l'UNICEF apportent un appui
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 en matière d'interruption de la transmission		Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'OPRTT facilite le soutien des partenaires à l'IMEP

Chronologie Fonction		Activités	Responsabilité	
			Pays	Niveau régional/mondial
Vaccination de routine; Rétablissement et renforcement		Étendre le soutien aux activités de vaccination pendant la période de riposte à la flambée, afin de maximiser l'utilisation des capacités de renfort supplémentaires pour la gestion du programme, la microplanification, la mobilisation des sociales et le suivi des performances. Le COU devrait maximiser efficacement les avantages d'un appui limité dans le temps aux activités de vaccination de routine, en menant certaines actions qui cadrent avec les composantes opérationnelles de l'approche « Atteindre chaque district » (ACD)*. (Voir le chapitre 7 et la stratégie pour l'ACD pour plus d'orientations) :	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	
Amélioration de la surveillance		Poursuivre les activités d'amélioration de la surveillance (voir le chapitre 8 pour des orientations détaillées): <ul style="list-style-type: none"> • Informer et sensibiliser les agents de santé des unités de surveillance nationales et infranationales aux exigences en matière de notification • Examiner et reclasser les sites de notification dans le réseau de surveillance active de la PFA" 	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Groupe de travail sur la surveillance
OBRA - 3 mois		Effectuer une évaluation des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite (OBRA) (OBRA) (de plus amples orientations dans l'aide-mémoire de l'OBRA). Poursuivre les activités d'amélioration de la surveillance (voir le chapitre 8 pour des orientations détaillées) : <ul style="list-style-type: none"> • Informer et sensibiliser les agents de santé des unités de surveillance nationales et infranationales aux exigences en matière de notification • Examiner et reclasser les sites de notification dans le réseau de surveillance active de la PFA 	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'OPRTT assure la coordination
OBRA - 6, 9 and 12		Établir des rapports sur l'utilisation et la redevabilité des vaccins après chaque passage, y compris la passage 0 (voir les orientations sur la gestion des vaccins).	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	L'OPRTT assure la coordination
Revue de la classification - 3 mois		Une revue de la classification est conduite tous les trois mois; si la classification change, la réponse sera adaptée en conséquence	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	Le Siège de l'OMS assure la coordination, le Programme WHE au Siège procède à la classification en consultation avec le bureau régional
Enseignements tirés		Consigner la riposte par écrit et partager les enseignements tirés	Autorités sanitaires nationales avec le soutien des bureaux pays de l'OMS et de l'UNICEF	



www.polioeradication.org

