



Évaluation des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite (Outbreak Response Assessment - OBRA)

La portée et la périodicité ont été révisées dans la deuxième version afin de refléter les changements dans le programme et après feedback des équipes (Bureaux pays & Régions) de l'OMS et de l'UNICEF

But : Savoir si les interventions de vaccination et de surveillance sont suffisamment de qualité pour détecter le poliovirus et arrêter sa transmission, et les mesures à prendre pour combler les lacunes. Les évaluations OBRA de polio doivent être rapides, efficaces, pratiques et indépendantes.

Objectifs:

1. Évaluer et renforcer les actions pour accroître l'immunité des populations

- ✓ Accorder la **priorité** à cet objectif lorsque la transmission est en cours
- ✓ Évaluer la gestion des vaccins pour chaque campagne

3. Évaluer et renforcer la sensibilité de la surveillance

- ✓ Évaluer les efforts visant à accroître la surveillance au-delà des activités de base
- ✓ Évaluer la pérennité du système de surveillance

2. Évaluer les progrès accomplis pour arrêter la transmission

- ✓ Comprendre les cause(s) fondamentale(s) des flambées épidémiques
- ✓ Apprécier si les procédures opérationnelles standards sont en train d'être mises en œuvre de façon efficace et à temps

L'objectif, l'ampleur et l'importance des évaluations évolueront en fonction du temps écoulé depuis la détection du dernier isolat de poliovirus et du contexte local.

Aperçu du processus d'évaluation

Planification

- La planification de l'évaluation OBRA commence aussitôt que la flambée est confirmée
- L'équipe de travail de l'IMEP pour la préparation et la riposte aux épidémies (OPRTT), avec la participation des bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF, dirige la coordination des évaluations au niveau mondial
- Lorsque pertinent, une évaluation externe sur dossier (EDR) peut remplacer l'évaluation OBRA pour examiner toutes les données pertinentes (par ex. un événement, ou un contexte difficile, avec une équipe réduite et des visites de terrain limitées ou pas de visite)
- Les partenaires identifient très tôt le chef de l'équipe indépendante OBRA
- L'équipe est compétente en vaccination, en surveillance, en communication pour le développement (CPD), en gestion des vaccins, entre autres, selon les besoins
- Téléconférence entre l'équipe OBRA et le pays deux semaines avant l'évaluation : faire le point de la situation (par ex. les évaluations précédentes) et des préparatifs

Rapport et débriefing

- L'équipe présente les résultats et les recommandations aux autorités avant son départ du pays. Son rapport porte notamment sur :
 - la mise en œuvre des recommandations précédentes
 - les évaluations supplémentaires conduites (par ex. la vaccination de routine, la chaîne du froid, les micro-plans, la surveillance, etc.)

Portée et chronogramme

- Une première évaluation OBRA est faite au plus tard au bout de 3-4 mois après confirmation de l'épidémie. Elle comporte généralement 5 à 10 évaluateurs externes pendant 10 jours. L'évaluation se concentre avant tout sur la qualité de la riposte vaccinale.
- Cette mission est suivie d'une revue documentaire des activités du programme à 6-9 mois après détection du dernier isolat pour évaluer les évidences que la transmission a été interrompue, apprécier la sensibilité et la qualité de la surveillance et identifier les gaps qui doivent être comblés.
- Les membres et la composition de l'équipe sont ajustés en fonction du pays et du contexte des épidémies.
- Les épidémies à large échelle peuvent requérir des missions d'évaluation intermédiaire ou des revues documentaires si cela est approprié.

Fin de la flambée

- Les critères définis permettent de conclure si la flambée est terminée (page 3)
- Si les critères de fin de flambée ne sont pas remplis dans une zone, l'équipe OBRA recommande les étapes à suivre :
 - À six mois sans que le virus ne soit détecté : renforcer le soutien interne et externe de la riposte ; poursuivre les évaluations EDR/OBRA
 - À 12 mois sans virus soit détecté : mettre en place un plan d'urgence de trois mois pour a) la surveillance (par ex. recherche active, ciblée sur la



- la question de savoir si les faits démontrent que la transmission du poliovirus a été arrêtée et si une évaluation de suivi est nécessaire.
- L'observation des recommandations du RSI.
- En cas d'utilisation du vaccin polio oral monovalent de type 2 (VPOm2), inventaire et recommandation sur le stockage sécurisé ou destruction des stocks restants

zone de flambée), et b) la vaccination au besoin (par ex. stratégies innovantes, groupe d'âge plus élargi); répéter l'évaluation après trois mois.

- Si les critères sont remplis et/ou si l'équipe OBRA est satisfaite de la riposte, elle recommande que l'on déclare la fin de l'épidémie. Le Bureau régional de l'OMS examine les résultats de l'évaluation et, en concertation avec les partenaires, déclare la fin de la flambée et en informe le pays.

Circonstances spéciales

Pays d'endémie : les évaluations OBRA suivent les mêmes principes ; impliquer l'EOC du pays dans la planification.

Pays sans cas de polio dans une zone de flambée épidémique qui s'étend sur plusieurs pays :

- **Avec l'intervention par la vaccination,** focaliser l'évaluation OBRA sur :
 - la qualité de la riposte/l'immunité de la population
 - la surveillance environnementale et des PFA
 - une meilleure détection de cas/d'isolats
 - l'analyse des communautés/des enfants qui ne sont pas toujours atteints par la vaccination

En l'absence d'une intervention par la vaccination, focaliser l'évaluation OBRA sur :

- La surveillance renforcée, la détection de cas, la recherche active et la surveillance dans l'environnement
- les zones limitrophes du pays touché par la flambée, les populations mobiles

Évaluation des zones couvertes par le programme (des fiches techniques et des outils de collecte de données sont disponibles séparément)

Cibler premièrement, mais pas seulement, les zones et les populations à haut risque, notamment :

- Zones avec antécédents de polio, possibilité de transmission manquée, faible surveillance ou immunité inadéquate
- Les populations affectées ou déplacées par les conflits, celles vivant dans les zones frontalières, les populations mobiles, dont les migrants et les nomades ; les minorités et les personnes sous-desservies ; refus ou résistance à la vaccination

A. Coordination et qualité des interventions de lutte contre les flambées épidémiques

Planification et coordination

- Déclaration de l'urgence de santé publique ; alerte transfrontalière et collaboration au besoin
- Comités techniques mis en place et actifs
- Calendrier de préparation, micro-planification et formation
- Existence de plans d'intervention complets, y compris un budget, pour atteindre chaque enfant par la vaccination et renforcer la surveillance
- Demande, réception et décaissement rapide de fonds

Qualité et suivi des AVS

- Stratégies en place pour les populations à risque

B. Immunité de la population & vaccination de routine (RI)

- Couverture par le VPO et le VPI (VPO3 au cours des trois dernières années et sondages/études disponibles) au sein de la population générale et les groupes spéciaux; analyse des tendances, durabilité de la couverture vaccinale
- Chaîne d'approvisionnement en vaccins, preuves de ruptures de stocks/pénuries
- Identification des populations difficiles à atteindre, des réfugiés, etc. ; mise en œuvre des équipes mobiles et des stratégies ciblées

C. Surveillance, qualité des données et laboratoire

- Les indicateurs de l'incidence des cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique (PFANP) et de l'adéquation des échantillons de selles au niveau administratif le plus bas possible (au moins 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans) ; proportion d'échantillons de selles collectées dans les 14 jours suivant le début de la paralysie, l'examen de suivi au 60^{ème} jour pour les cas avec échantillons inadéquats.
- Choix des hôpitaux / centres de santé : système, fréquence et définition des priorités, mixage des centres publics, privés, grandes et petites structures de soins
- Protocoles et pratiques d'échantillonnage des contacts et dans les communautés
- Dossiers des visites et rapports de supervision, formation et présence du personnel polio, engagement, connaissance à tous les niveaux visités



- Vaccins, fournitures et financement (quantités, délais, connaissances et compétences en gestion des vaccins)
- Qualité de la documentation (fiches de décompte, outils de gestion des vaccins, documents de sondage)
- Plans détaillés de la disponibilité des superviseurs
- Notification des informations (célérité, exhaustivité), réunions d'évaluation et observations (aux niveaux supérieurs et inférieurs)
- Suivi de la couverture, monitoring indépendant/LQAS

Plaidoyer, communication et CPD

- Évaluation des plans de communication pour les SIA et la vaccination de routine, notamment l'intégration dans les micro-plans
- Recours aux leçons apprises ainsi qu'aux expériences acquises et stratégies pour atteindre les enfants non desservis ; programmation de la sensibilisation ; formation en communication pour les agents de santé communautaires (par ex. sur la vaccination de routine et les SIA)

- Présence dans les selles ou dans l'environnement du virus de type sabin et/ou émergence après les campagnes du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV)
- Progrès accomplis et défis rencontrés en laboratoire
- Évaluation, le cas échéant, des sites de surveillance environnementale nouveaux ou existants
- Classification finale ; disponibilité des résultats à tous les niveaux ; présence de cas compatibles et de leurs études

D. Gestion des vaccins (obligatoire en cas d'utilisation du VPOM2)

- Rapport détaillé disponible sur l'utilisation des vaccins
- Utilisation des outils de gestion des vaccins ; connaissance du processus
- Décompte, notification des informations et entreposage des stocks à tous les niveaux
- Inspection visuelle des stocks de VPOM2
- Documentation de la recherche du VPOM2 et du VPOM2
- Recommander le stockage en lieu sûr ou la destruction du VPOM2
- Approbation d'une autorité nationale ou indépendante

Critères permettant de déclarer la fin d'une flambée épidémique

- **Aucun poliovirus du sérotype de la flambée détecté (PFA, contact, environnementale ou autre source) pendant au moins six mois depuis la détection du dernier virus**

ET

- **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:**

- PFANP ≥ 3 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans (ou selon l'objectif national, ou le plus élevé des deux)
- ≥ 80 % des échantillons de selles collectés des cas de PFA sont adéquats

ET

- **Preuves convaincantes que les zones à haut risque, ou les zones de conflit, de déplacés, difficiles d'accès et à populations réduites ont été identifiées et prises en compte dans la planification, et que les stratégies adaptées² ont été mises en œuvre avec succès pour :**

- stopper la transmission du poliovirus
- 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.



Livrables attendus de l'évaluation OBRA

1. **OBRA planifiée et mise en œuvre**
2. **L'équipe OBRA** formule des **recommandations** pour l'étape suivante
3. **Information aux autorités nationales** avant le départ du pays
4. **Le chef d'équipe OBRA** présente **un rapport final**
 - Présentation des principaux résultats
 - Résumé analytique (2 pages) aux autorités nationales et aux partenaires de l'initiative GPEI
5. **Le Bureau régional de l'OMS** examine la situation et déclare la fin ou non de la flambée
6. **Le pays** présente, dans un délai d'un mois, un **plan d'action post-OBRA**

Indicateurs de performance clés à prendre en considération pour l'évaluation OBRA

A. Coordination et qualité des interventions de riposte aux flambées épidémiques

Planification et coordination

Promptitude de la riposte à la flambée	Respect des délais (jalons) dans la riposte comme indiqués dans les procédures opérationnelles standards de riposte aux évènements et flambées de polio
Coordination de la riposte à la flambée	Plan d'intervention, documentation de la mise en œuvre, chronogramme PLUS et/ou liste de contrôle de la préparation utilisés
Coordination transfrontalière, <i>le cas échéant</i>	Preuve de communication transfrontalière de fréquence régulière pour la surveillance et la coordination des SIA
Cohérence entre les résultats de l'analyse de données (ex. EDR) et ceux des visites de terrain	Évaluation qualitative par l'équipe OBRA

Qualité et suivi des AVS

Résultat du monitoring indépendant réalisé pour les deux dernières AVS	≥95 % des enfants marqués lors du suivi indépendant post-campagne effectué hors des domiciles
Résultats de l'enquête LQAS réalisée sur les deux dernières AVS	Le seuil de « réussite » est ≥90 %
Confiance dans les résultats du monitoring indépendant et du LQAS	Évaluation qualitative par l'équipe OBRA
Groupes spéciaux de population* couverts par les SIA	Preuves que des micro-plans précis existent et que les stratégies ciblées sont mises en œuvre pour atteindre les groupes spéciaux de population

Plaidoyer, communication et CPD

Stratégie CPD basée sur des données factuelles, présentée dans le plan de riposte à la flambée et mise en œuvre en temps opportun	Stratégie CPD sociale/formatrice basée sur la recherche. Preuves d'une mise en œuvre rapide par les partenaires dotés d'une capacité suffisante de mener les activités prioritaires.
Les causes de la non vaccination de certains enfants, notamment le refus, sont analysées et remédiées.	Preuve de la mise à jour de la stratégie de communication après chaque tour de SIA (et monitoring indépendant) pour remédier à la non-vaccination des enfants et aux refus

B. Immunité de la population & vaccination de routine (RI)

Statut vaccinal des cas de PFANP chez les enfants âgés de 6 à 59 mois	<ul style="list-style-type: none"> • 80 % des cas de PFANP ont reçu au moins trois doses de VPO dans les régions infectées et à haut risque <5 % des cas n'ont pas reçu de dose du tout
Couverture vaccinale de routine au VPO3 et au VPI au cours des trois dernières années (et la date d'inclusion du VPI dans le programme PEV)	>90 % de couverture au VPO et au VPI ; commenter sur la validité de la population cible (dénominateur)
Groupes spéciaux de population *	Preuves des stratégies ciblées adoptées pour mener la vaccination de routine

C. Surveillance, qualité des données et laboratoire

Surveillance de la PFA

Rapports de surveillance hebdomadaires reçus à tous les niveaux (du district à l'État, de l'État au niveau national, du niveau national au niveau régional)	≥ 90 %
---	--------



Taux de PFANP ≥ 3 /enfants de moins de 15 ans/an	$\geq 2/100\ 000$ (premier niveau administratif infranational) $\geq 3/100\ 000$ ou l'objectif national, ou le plus élevé des deux (en zone de flambée épidémique)
Investigation des cas de PFA dans les 48 heures après notification	$\geq 80\ %$
Cas de PFA avec deux échantillons de selles collectés, le deuxième entre 24 heures et 48 heures après le premier, et ≤ 14 jours après l'apparition des premiers symptômes	$\geq 80\ %$, tenir aussi compte du temps écoulé entre l'apparition des symptômes et la notification
Taux d'isolats NPENT dans les échantillons de selle des cas de PFA	$\geq 10\ %$ ou l'objectif national, ou le plus élevé des deux
Suivi clinique au 60 ^{ème} jour après le début des symptômes pour les cas de PFA ayant des échantillons de selles inadéquats.	Rapport détaillé du suivi réalisé à 60 jours et preuves documentées de l'évaluation du cas par le comité d'experts
Détection des cas au sein des groupes spéciaux de population*	La proportion des cas de PFA provenant des groupes spéciaux de population par rapport nombre total des cas de PFA, en fonction du contexte
Surveillance de l'environnement	
Calendrier de collecte des échantillons et notification des informations	Échantillons prélevés dans l'environnement conformément à la fréquence décidée, et communication des résultats
Isolement des entérovirus non-polio (NPENT)	Proportion d'échantillons positifs pour le NPENT par site
Laboratoire	
Arrivée des spécimens en bon état dans les laboratoires agréés	$\geq 80\ %$
Arrivée des spécimens dans les laboratoires agréés dans les trois jours après avoir été expédiés	$\geq 80\ %$
Résultats de laboratoire disponibles dans les 28 jours après réception des spécimens	$\geq 80\ %$
D. Gestion vaccinale du VPOM2	
Registres d'utilisation et fiches de validation des vaccins	Déposés dans les 14 jours suivant la fin des AVS
Ruptures de stocks ou pénuries de vaccins	Aucune rupture de stocks ou pénurie de vaccins, chaîne du froid appropriée
*Les groupes spéciaux de population sont : les réfugiés, les déplacés, les migrants, les nomades, les cas de refus de vaccination ou toute autre population à risque, etc.	

WHO/POLIO/19.14F

© Organisation mondiale de la Santé 2019. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#). Publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) au nom de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP).

ISBN 978-92-4-000011-7

