

# Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite, 2018-2020



WHO/POLIO/19.10

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

© Organisation mondiale de la Santé 2019

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.

**Citation suggérée.** Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite, 2018-2020. Geneva : Organisation mondiale de la Santé 2019 (WHO/POLIO/19.10) Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

**Catalogage à la source.** Disponible à l'adresse <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.

## Table des matières

<b>Table des matières</b> .....	<b>iii</b>
<b>Sigles et abréviations</b> .....	<b>vii</b>
<b>Tableaux et figures</b> .....	<b>ix</b>
<b>Résumé analytique</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
But.....	3
Objectifs.....	4
Public cible .....	4
Zones géographiques d'intervention.....	4
Difficultés à assurer une surveillance sensible de la poliomyélite .....	7
<b>Objectif 1. Améliorer la surveillance de la PFA dans tous les pays prioritaires</b> .....	<b>10</b>
Contexte.....	10
Activité 1. Détecter, investiguer et valider tous les cas de PFA.....	11
Activité 2. Effectuer des examens critiques des processus et données de surveillance pour pouvoir agir .....	12
Activité 3. Favoriser une main-d'œuvre qualifiée.....	13
Activité 4. Renforcer la sensibilisation à la PFA .....	13
Tâches à accomplir pour améliorer la surveillance de la PFA dans tous les pays prioritaires.....	14
Activité 1. Détecter, investiguer et valider tous les cas de PFA.....	14
Activité 2. Effectuer des examens critiques des processus et données de surveillance pour pouvoir agir .....	15
Activité 3. Favoriser une main-d'œuvre qualifiée.....	15
Activité 4. Renforcer la sensibilisation à la PFA .....	16
Tableau B. Suivi des activités pour l'objectif 1 (sensibilité de la surveillance de la PFA) .....	16
<b>Objectif 2. Élargir le réseau de surveillance environnementale (SE)</b> .....	<b>18</b>
Contexte.....	18
Activité 1. Améliorer la qualité et la sensibilité du réseau existant .....	19
Activité 2. Élargir le réseau de SE à de nouvelles villes et à de nouveaux pays.....	20
Activité 3. Examiner les documents d'orientation existants et élaborer des lignes directrices opérationnelles concises pour le terrain assorties d'indicateurs de base.....	21

Tâches pour élargir le réseau de SE .....	21
Activité 1. Améliorer la qualité et la sensibilité du réseau existant de SE .....	21
Activité 2. Élargir le réseau de SE à de nouvelles villes et à de nouveaux pays.....	22
Activité 3. Élaborer des lignes directrices concernant les opérations de terrain assorties d'indicateurs de base .....	23
Tableau C. Suivi des activités pour l'objectif 2 (élargissement de la surveillance environnementale) .....	24
<b>Objectif 3. Mettre en place un système de surveillance pour détecter les poliovirus chez les patients présentant une immunodéficience primaire (IP) .....</b>	<b>26</b>
Contexte.....	27
Activité 1. Élaborer des directives pour la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP...	27
Activité 2 Mettre en place un système de gestion des données pour la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP .....	27
Activité 3. Déterminer les pays à haut risque d'infection par le PVDVi.....	28
Activité 4. Soutenir la mise en œuvre de la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP dans les pays à haut risque .....	28
Activité 5. Faciliter l'utilisation d'antiviraux chez les patients atteints d'IP qui excrètent le poliovirus	29
Tâches à accomplir pour la surveillance des IP .....	29
Activité 1. Élaborer des directives pour la surveillance des IP.....	29
Activité 2. Mettre en place un système de gestion des données pour la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP .....	29
Activité 3. Déterminer les pays à haut risque d'infection par le PVDVi.....	29
Activité 4. Soutenir la mise en œuvre de la surveillance des IP dans les pays à haut risque .....	29
Activité 5. Faciliter l'utilisation d'antiviraux chez les patients atteints d'IP excrétant le poliovirus ..	30
Tableau D. Suivi des activités pour l'objectif 3 (mise en place de la surveillance des IP).....	30
<b>Objectif 4. Maintenir la capacité et l'efficacité du Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite .....</b>	<b>32</b>
Contexte.....	32
Activité 1. Maintenir la capacité de traitement des échantillons.....	33
Activité 2. Élaborer des plans d'urgence.....	33
Activité 3. Organiser des forums de coordination réguliers à l'intention du personnel de laboratoire et de terrain .....	34
Tâches accomplir maintenir le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite .....	35

Activité 1 : Maintenir la capacité de traitement des échantillons.....	35
Activité 2 : Élaborer des plans d'urgence.....	35
Activité 3 : Organiser des forums de coordination réguliers à l'intention du personnel de laboratoire et de terrain .....	36
Tableau E. Suivi des activités pour l'objectif 4 (souplesse et capacité du RMLP) .....	37
<b>Objectif 5. Améliorer l'efficacité des systèmes d'information sur la poliomyélite .....</b>	<b>38</b>
Contexte.....	38
Activité 1. Organiser un forum de coordination régulier sur les connaissances et les meilleures pratiques en matière de technologie de l'information sur la poliomyélite.....	40
Activité 2. Consigner par écrit les renseignements sur les systèmes d'information sur la poliomyélite et intégrer ces derniers .....	40
Activité 3. Élargir la consignation par écrit systématique des renseignements et la validation des données sur les visites de surveillance active et la localisation des cas de PFA et des sites de SE .....	40
Tâches à accomplir pour améliorer l'efficacité des systèmes d'information sur la poliomyélite .....	41
Activité 1. Organiser un forum de coordination régulier sur les connaissances et les meilleures pratiques en matière de technologie de l'information sur la poliomyélite.....	41
Activité 2. Intégrer les systèmes d'information sur la poliomyélite .....	41
Activité 3. Élargir la consignation systématique des renseignements et la validation des données sur les visites de surveillance active et la localisation des cas de PFA.....	42
Tableau F. Suivi des activités pour l'objectif 5 (efficacité de la base de données POLIS).....	42
<b>Objectif 6. Améliorer la gestion et la supervision .....</b>	<b>44</b>
Contexte.....	44
Activité 1. Élaborer des plans de surveillance pluriannuels.....	44
Activité 2. Élaborer des budgétaires réalistes pour la surveillance .....	44
Activité 3. Cartographier et gérer les ressources humaines.....	45
Activité 4. Assurer le suivi et le contrôle de la mise en œuvre des recommandations.....	45
Activité 5. Gestion de la transition.....	45
Tâches à accomplir pour améliorer la gestion et la supervision.....	47
Activité 1. Élaborer des plans de surveillance pluriannuels.....	47
Activité 2. Élaborer des budgétaires réalistes pour la surveillance .....	47
Activité 3. Cartographier et gérer les ressources humaines.....	47
Activité 4. Assurer le suivi et le contrôle de la mise en œuvre des recommandations.....	48
Activité 5. Gestion de la transition.....	48

Tableau G. Suivi des activités pour l'objectif 6 (gestion et supervision) .....	48
<b>ANNEXES .....</b>	<b>50</b>
Annexe 1. Définitions des termes couramment utilisés dans la surveillance de la poliomyélite .....	50
Annexe 2. Vérification de la surveillance de la PFA .....	53
Annexe 3. Populations particulières .....	55
Annexe 4. Recherche active et ad hoc de cas de PFA .....	60
Annexe 5. Surveillance à base communautaire .....	66
Annexe 6. Innovation .....	71
Annexe 7. Prélèvement des contacts des cas de PFA .....	75
Annexe 8. Améliorer la qualité et l'analyse des données grâce à des activités spéciales de suivi et d'évaluation. ....	80
Annexe 9. Surveillance environnementale .....	91
Annexe 10. Surveillance environnementale ad hoc : .....	97
Annexe 11. Enquêtes ciblées sur les selles des enfants en bonne santé : .....	101
Annexe 12. Bibliographie .....	105

## Sigles et abréviations

AFR	Région africaine	PAMSP	Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite
AFRO	Bureau régional de l'Afrique	PAUN	Plan d'action d'urgence national
AVADAR	Détection et déclaration auto-visuelle des cas de paralysie flasque aiguë	PDI	Population déplacée à l'intérieur de son pays
AVS	Activité de vaccination supplémentaire	PESEP	Plan d'élargissement de la surveillance
BCAH	Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies	PFA	Paralysie flasque aiguë
CDC	Center for Disease Control and Prevention (États-Unis d'Amérique)	PFANP	Paralysie flasque aiguë non poliomyélitique
CEN	Carte d'élévation numérique	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
CNEP	Comité national d'Experts Polio	POLIS	Système d'information sur la poliomyélite
DIT	Différenciation intratypique	PONS	Base de données sur le séquençage de nucléotides de poliovirus
EBI	Encadrement bienveillant intégré	PVS1	Poliovirus sauvage de type 1
EMR	Région de la Méditerranée orientale	PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
EMRO	Bureau régional de la Méditerranée orientale	PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
EAIP	Équipe d'appui interpays	PVDVc2	Poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale
ESIWG	Groupe de travail sur la surveillance environnementale et la mise en œuvre	PVDVc3	Poliovirus circulant de type 3 dérivé d'une souche vaccinale
e-surv	Surveillance électronique	PVDVi	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience
EVNP	Entérovirus non poliomyélitique	PVS	Poliovirus sauvage
EWARN	Réseau d'alerte et d'intervention rapides	RAC	Recherche active de cas
FIC	Formulaire d'investigation des cas	RMLP	Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
FR	Faiblesse résiduelle	SBC	Surveillance à base communautaire
GTC	Groupe technique consultatif	SE	Surveillance environnementale
GTS	Groupe de travail sur la surveillance	SEAR	Région de l'Asie du Sud-Est
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés	SIG	Système d'information géographique
IFA	Information for action (information en vue d'agir)	SIMR	Surveillance intégrée des maladies et riposte
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	SMS	Service de minimeessages
IP	Immunodéficience primaire	SPC	Stratégie post-certification de la poliomyélite
MPV	Maladie à prévention vaccinale	SRAC	Surveillance et riposte à assise communautaire
ODK	Open Data Kit	STOP	Programme pour arrêter la transmission de la poliomyélite
OIM	Organisation internationale pour les migrations		
OMS	Organisation mondiale de la Santé		
ONG	Organisation non gouvernementale		

UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance	VPOm	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral	VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent	WPR	Région du Pacifique occidental



## Tableaux et figures

### Tableaux

Tableau A. Pays prioritaires, novembre 2018 .....	6
Tableau B. Suivi des activités pour l'objectif 1 (sensibilité de la surveillance de la PFA) .....	16
Tableau C. Suivi des activités pour l'objectif 2 (élargissement de la surveillance environnementale) .....	24
Tableau D. Suivi des activités pour l'objectif 3 (mise en place d'une surveillance des immunodéficiences primaires)30	
Tableau E. Suivi des activités pour l'objectif 4 (flexibilité et capacité du RMLP).....	37
Tableau F. Suivi des activités pour l'objectif 5 (efficacité de la base de données POLIS).....	42
Tableau G. Suivi des activités pour l'objectif 6 (gestion et supervision) .....	48

### Figures

Figure 1. Zones géographiques ciblées pour la mise en œuvre par l'IMEP du Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite.....	6
Figure 2. État de la surveillance environnementale, 2018 .....	20
Figure 3. Cadre opérationnel pour une gestion rationalisée de la surveillance de la poliomyélite .....	22
Figure 4. Tableau de bord du système d'information sur la poliomyélite (POLIS) .....	39

## Résumé analytique

Alors que l'éradication du poliovirus sauvage (PVS) est à portée de main, les activités essentielles à l'interruption de la transmission et au maintien d'un monde exempt de poliomyélite sont plus que jamais indispensables. C'est le cas notamment de la surveillance, qui permet de détecter la présence du virus partout où il persiste – dans les derniers pays endémiques et dans les pays et régions où, en raison de l'affaiblissement des systèmes de santé ou des insuffisances sur le plan de la vaccination, des flambées épidémiques de poliovirus dérivés de souche vaccinale (PVDV) ont été enregistrées. Que ce soit au travers de la norme de référence absolue consistant à détecter et investiguer des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) qui a fait ses preuves au fil du temps, ou au travers d'évolutions plus récentes telles que l'analyse d'échantillons environnementaux prélevés sur des sites de collecte d'eaux usées, la surveillance est un outil à volets multiples utilisé pour recueillir des informations d'une importance primordiale à un moment où l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) s'emploie à combler toutes les dernières lacunes et à débarrasser le monde de la poliomyélite.

La dernière ligne droite vers l'éradication est parsemée d'embûches. Le principal défi reste le manque d'accès dans les zones touchées par un conflit ou les zones à sécurité compromise, les zones géographiques difficiles à atteindre ou encore les zones où la non-acceptation par la collectivité en raison des normes culturelles, sociales ou religieuses prive certaines populations de l'accès au programme. Alors que l'IMEP s'adapte afin de relever ces défis sur le terrain, elle doit faire face au défi opérationnel consistant à faire la synthèse et effectuer l'analyse d'un nombre croissant de données provenant de différentes sources et qui, si elles ne sont pas totalement interoperables et échangeables au travers du système d'information sur la poliomyélite (POLIS), peuvent laisser échapper des occasions d'agir. Le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) se heurte lui aussi à des difficultés : Par exemple, l'élargissement de la surveillance environnementale et l'introduction de stratégies supplémentaires telles que le prélèvement d'échantillons chez des sujets contacts des cas de PFA ont entraîné un accroissement du volume des échantillons de selles et d'eaux usées à analyser, ce qui est nécessaire afin d'obtenir une sensibilité suffisante pour confirmer l'interruption de la transmission. Dans l'ensemble, un défaut de supervision formative et de suivi efficace peut contribuer à ces difficultés sur le terrain et dans les laboratoires. Qui plus est, l'IMEP est confrontée à des défis opérationnels distincts qui découlent du fait que des équipes nationales et internationales de disciplines et d'organismes divers se mettent ensemble pour coordonner leurs actions et travailler de concert dans un même cadre.

Le Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite (le Plan d'action ou le PAMSP) a pour objectifs d'aider les pays endémiques, à flambées épidémiques ou à haut risque à évaluer et accroître la sensibilité de leurs systèmes de surveillance ; de partager des stratégies supplémentaires susceptibles de contribuer à combler les lacunes dans la détection des poliovirus, notamment des stratégies concernant les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale associés à une immunodéficience (PVDVi) ; de renforcer la coordination entre les équipes de surveillance sur le terrain, le RMLP et le système d'information sur la poliomyélite (POLIS) ; et de concevoir des activités dans chaque domaine d'intervention afin de tirer parti d'un programme plus efficace et plus efficient et de documenter l'éradication de la poliomyélite à travers le monde entier.

Le Plan d'action se décline en six objectifs complémentaires :

1. mettre en place ou maintenir des systèmes de surveillance de la PFA suffisamment sensibles pour détecter toute transmission du poliovirus sauvage et fournir des éléments factuels qui attestent de l'interruption de la transmission
2. mettre sur pied un réseau mondial de surveillance environnementale suffisamment étendu pour contribuer à la détection rapide des poliovirus
3. mettre en place un système de surveillance pour détecter les poliovirus chez les patients présentant une immunodéficience primaire (IP)
4. veiller à ce que le RMLP garde sa souplesse et conserve sa capacité à répondre aux besoins évolutifs du programme
5. augmenter l'efficacité de la collecte, de la gestion, de la validation et de l'exploitation des données en vue d'agir
6. améliorer l'efficacité des opérations du programme de surveillance, de la gestion et des procédures budgétaires

Le Plan d'action présente les activités et les indicateurs associés à chaque objectif. Ces activités seront menées aux niveaux mondial, régional et national pour tous les pays prioritaires. Il couvre la période allant de fin 2018 à 2020, cette dernière année étant celle à laquelle il sera réévalué pour intégrer l'évolution de la surveillance des poliovirus, prendre en compte les modifications apportées aux politiques et aux recommandations mondiales concernant l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique, intégrer les traitements antiviraux qui devraient arriver sur le marché durant le prochain cycle, et rendre compte des progrès les plus récents et des défis qui subsistent.

Le Plan d'action a été élaboré par le Groupe de travail sur la surveillance (GTS) parallèlement aux plans de surveillance actuel et à venir. De façon plus immédiate, il fait suite au Plan d'élargissement de la surveillance environnementale de la poliomyélite (PESEP) établi en 2015 par le RMLP et le Groupe de travail sur la surveillance environnementale et la mise en œuvre (ESIWG) pour lancer le processus d'élargissement des sites de collecte de surveillance environnementale dans les pays. Il fait également suite à l'élaboration de stratégies de mise en œuvre de la surveillance dans les zones et au sein de populations difficiles à atteindre, mettant l'accent sur les populations mobiles à haut risque. Quatre autres plans sont attendus après la publication du PAMSP : 1) un document d'orientation pour la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'immunodéficience primaire ; 2) un guide mondial de la surveillance des poliovirus sur le terrain, qui sera élaboré par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ; 3) un guide pratique de la communication pour la surveillance de la poliomyélite, destiné à soutenir l'efficacité de la surveillance de la PFA chez les prestataires de soins de santé ; et 4) un plan d'action spécifique au RMLP qui sera axé sur l'alignement de la structure et des fonctions des laboratoires sur les besoins du programme au cours de la phase finale et au-delà de la certification mondiale de l'éradication de la maladie, afin de préserver les acquis du programme grâce au maintien des activités de surveillance destinées à protéger un monde libéré de la poliomyélite.

## Introduction

La surveillance visant à détecter la transmission du poliovirus est une activité essentielle à l'éradication de la poliomyélite dans le monde, car une surveillance de haute qualité permet de détecter rapidement la transmission du poliovirus sauvage (PVS), des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) et des virus de type Sabin.

Le principal système de surveillance recommandé pour détecter la transmission du poliovirus a été et reste la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA). La surveillance environnementale (SE) a été introduite par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) afin de compléter la surveillance des cas de PFA et s'est révélée utile pour détecter la transmission des poliovirus dans des contextes spécifiques. Un troisième système de surveillance est en cours d'élaboration qui prendra en compte l'excrétion prolongée de poliovirus par un sous-groupe de personnes immunodéprimées. Ces stratégies de surveillance visant à détecter le poliovirus chez les patients présentant une immunodéficiences primaire (IP) sont en cours d'élaboration afin de repérer le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficiences (PVDVi), qui représente un risque nouveau à un moment où l'éradication est à portée de main.

Ensemble, ces trois systèmes de surveillance constituent des opérations essentielles – de l'échelon national à l'échelle mondiale et dans l'ensemble du champ d'application de l'IMEP – auxquelles il est fait référence dans le présent document par le terme « programme ». En outre, non seulement les trois systèmes sont nécessaires en ce qu'ils représentent une stratégie d'éradication à plusieurs volets, mais leur succès en matière de détection du virus nécessite à la fois un réseau mondial de laboratoires efficace pour les analyses de confirmation et un système global d'information sur la poliomyélite permettant un accès rapide à des données de diverses sources.

### But

Le Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite (le Plan d'action ou le PAMSP) a principalement pour but de définir des stratégies et des activités permettant aux pays de mettre en place ou de maintenir un système de surveillance suffisamment sensible pour détecter la circulation de tout poliovirus. Il vise également à renforcer la coordination entre les systèmes de surveillance de l'IMEP, le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP), les systèmes d'information sur la poliomyélite (POLIS) et la gestion des équipes de surveillance mondiales, régionales et nationales. Même si les stratégies et activités de surveillance visées dans le PAMSP sont spécifiquement conçues pour renforcer les capacités des pays endémiques, des pays de flambées épidémiques et des pays à haut risque, elles sont pertinentes pour tous les pays (figure 1).

S'il est vrai que le présent document s'emploie à assurer une surveillance de haute qualité afin de détecter le PVS et remplir les critères de certification mondiale, les stratégies quant à elles sont également pertinentes pour la détection des PVDV et des virus de type Sabin. Ces stratégies gagneront en importance au-delà de l'éradication et devraient être considérées comme faisant partie intégrante de

l'objectif 3 (détecter et intervenir) de la Stratégie post-certification de la poliomyélite (SPC)<sup>1</sup>. Au fil du temps, les stratégies de surveillance évolueront en fonction des besoins des pays prioritaires. De ce point de vue, le PAMSP se veut un document évolutif, qui sera actualisé pour prendre en compte l'évolution de la situation au fur et à mesure que l'on se rapprochera de la certification mondiale et que s'ouvrira une nouvelle ère où l'accent sera mis sur la préservation des acquis du programme d'éradication de la poliomyélite.

## Objectifs

Le Plan d'action comporte six objectifs qui se complètent :

1. mettre en place ou maintenir des systèmes de surveillance de la PFA suffisamment sensibles pour détecter toute transmission de PVS et de PVDV et fournir des éléments factuels qui attestent de l'interruption de la transmission
2. mettre sur pied un réseau mondial de surveillance environnementale qui soit suffisamment étendu pour contribuer à la détection rapide des poliovirus
3. mettre en place un système de surveillance pour détecter les poliovirus chez les patients présentant une immunodéficience primaire (IP)
4. veiller à ce que le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) garde sa souplesse et conserve sa capacité à répondre aux besoins évolutifs du programme
5. augmenter l'efficacité de la collecte, de la gestion, de la validation et de l'exploitation des données en vue d'agir
6. améliorer l'efficacité des opérations du programme de surveillance, de la gestion et des procédures budgétaires

## Public cible

Ce Plan d'action a été établi à l'intention des personnes et organismes participant aux initiatives d'éradication de la poliomyélite. Ses utilisateurs potentiels incluent donc les gestionnaires et le personnel des programmes nationaux de lutte et de vaccination contre la poliomyélite ; les points focaux nationaux et régionaux de l'OMS et de l'UNICEF pour les initiatives d'éradication et de vaccination contre la poliomyélite ; les organes techniques consultatifs pour l'éradication et la vaccination contre la poliomyélite ; et les partenaires qui soutiennent l'IMEP.

## Zones géographiques d'intervention

Le but et les objectifs du Plan d'action se veulent globaux ; cela dit, compte tenu de l'étendue relativement limitée des zones géographiques menacées par le PVS et les risques nouveaux associés aux flambées d'épidémie à PVDV, le Plan d'action privilégiera principalement les pays qui correspondent aux critères suivants :

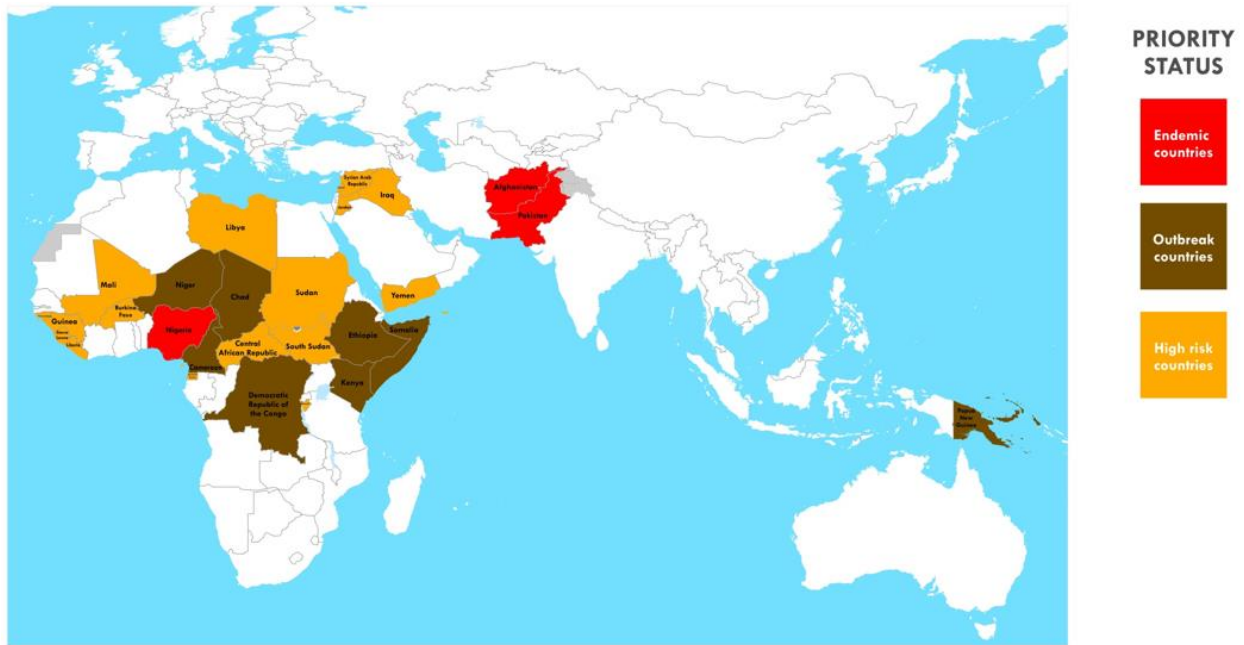
- Pays où le PVS de type 1 (PVS1) est endémique

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé. Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Stratégie post-certification de la poliomyélite. Avril 2018. (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/polio-post-certification-strategy>), consulté le 14 juin 2018.

- Pays touchés par une flambée de PVS ou de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc)
- Autres pays à haut risque déterminés sur la base d'informations de sources multiples, notamment : les évaluations des risques réalisées par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EMRO) et le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO), l'Initiative pour le renforcement de la surveillance (IRS) du Bureau régional de l'Afrique, et l'évaluation des priorités de surveillance élaborée par le Groupe de travail sur la surveillance (GTS) de l'IMEP. Les pays recensés au moyen de ces évaluations présentent des lacunes persistantes en surveillance et sont chroniquement vulnérables à la transmission du poliovirus.

**Figure 1. Zones géographiques ciblées pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite\***



\* La carte et la liste de pays correspondante seront officiellement revues et mises à jour semestriellement ou selon les besoins, à la suite de la détection d'une nouvelle flambée.

Les 28 pays mentionnés ci-après dans la figure 1 sont les pays prioritaires en raison du risque actuel ou élevé de transmission du poliovirus et du peu de moyens dont ils disposent pour y faire face (tableau A).

**Tableau A. Pays prioritaires, novembre 2018\***

Groupe prioritaire*	Région de l'OMS	Liste des pays
<b>Pays d'endémie</b>	AFR	Nigéria
	EMR	Afghanistan, Pakistan
<b>Pays de flambée</b>	AFR	<b>Bassin du lac Tchad</b> (Cameroun, Niger, Tchad), <b>Corne de l'Afrique</b> (Kenya, Éthiopie), République démocratique du Congo
	EMR	<b>Corne de l'Afrique</b> (Somalie)
	WPR	Papouasie-Nouvelle-Guinée
<b>Risque élevé</b>	AFR	<b>Afrique de l'Ouest</b> (Guinée, Sierra Leone, Libéria, Burkina Faso, Mali, Guinée Bissau), <b>Afrique centrale</b> (République centrafricaine, Guinée équatoriale, Burundi), <b>Corne de l'Afrique</b> (Sud-Soudan)
	EMR	<b>Moyen-Orient</b> (Iraq, Jordanie, Liban, Syrie), <b>Corne de l'Afrique</b> (Djibouti, Yémen, Soudan), <b>Afrique du Nord</b> (Libye)

AFR = Région africaine ; EMR = Région de la Méditerranée orientale ; WPR = Région du Pacifique occidental

*\* La liste sera officiellement révisée et actualisée semestriellement ou selon les besoins à la suite de la détection d'une nouvelle flambée. Pour la liste la plus récente des pays prioritaires, prière de consulter [www.polioeradication.org](http://www.polioeradication.org).*

Cette liste de pays prioritaires étant appelée à évoluer au fur et à mesure que des flambées épidémiques sont détectées ou endiguées, ou que d'autres risques critiques ou insuffisances concernant la surveillance sont identifiés, le PAMSP évoluera pour prendre en compte l'évolution de la situation sur le terrain et sera, de ce point de vue, un document évolutif.

### **Défis à relever pour atteindre une surveillance sensible de la poliomyélite**

Malgré le succès historique de la surveillance de la poliomyélite, il reste plusieurs défis à relever pour obtenir la certification mondiale de l'éradication du poliovirus sauvage et parvenir enfin à un monde exempt de la poliomyélite. À l'heure actuelle, et aux fins du présent Plan d'action, les défis les plus pressants sont les suivants : 1) les populations et zones non couvertes / manquées par la surveillance, 2) les données non analysées et non utilisées en vue d'agir, 3) les insuffisances dans la supervision et le suivi, et 4) un accroissement du risque et de l'importance de la détection des personnes excréant le PVDVi.

Des examens détaillés par pays ont permis de recenser des poches de population que les activités de surveillance ont systématiquement ratées, en particulier dans les zones à sécurité compromise. L'encart expose le problème de conflit et de sécurité qui a rendu Borno (Nigéria) inaccessible au programme en 2016. Les populations en Syrie, en Iraq, au Yémen et dans de nombreux autres pays doivent faire face à des problèmes similaires posés par le manque de sécurité et de sûreté personnelles qui nuit à la mobilité aussi bien des personnes vivant dans ces zones que du personnel de terrain qui ne peut s'y rendre pour mener des activités liées à la vaccination ou à la surveillance. D'autres groupes de population, tels que ceux de certaines régions du Soudan du Sud et de la République Démocratique du Congo, sont difficiles à atteindre en raison d'obstacles géographiques et de problèmes logistiques liés au transport. De plus, la surveillance de la PFA se faisant principalement dans les établissements de santé par l'intermédiaire d'un réseau de prestataires de soins sensibilisés aux signes et symptômes de la poliomyélite, les populations qui ne cherchent pas recevoir des soins dans des établissements de santé risquent de ne pas être prise en compte par le système de surveillance. Il s'agit notamment des populations nomades et mobiles ; des réfugiés et personnes déplacées à l'intérieur de leur pays (PDI) ; des populations desservies par des prestataires de santé privés ou militaires ; et des citoyens pauvres et d'autres qui (pour des raisons culturelles, politiques ou autres) choisissent de ne pas bénéficier de soins de santé.

Il faudra des approches taillées sur mesure pour faire en sorte que ces populations soient prises en compte dans la surveillance de la poliomyélite et que le programme puisse accéder aux zones difficiles à atteindre ou touchées par un conflit.



### Transmission prolongée et non détectée du PVS1 à Borno au Nigéria

Au cours de la dernière décennie, le Nigéria a atteint et maintenu ses indicateurs de surveillance de la PFA à des niveaux nettement supérieurs aux normes fixées à l'échelle mondiale. En septembre 2015, après une période de plus d'une année sans notification du PVS et des indicateurs de surveillance très solides, le Nigéria a été retiré de la liste des pays endémiques par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Toutefois, en août 2016, deux ans après le dernier cas signalé de PVS1, deux nouveaux cas ont été rapportés parmi des populations déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDI) dans l'État de Borno. Le séquençage génétique a révélé que ces cas étaient étroitement liés à un PVS1 de 2011. L'émergence de ces deux cas indiquait une circulation prolongée du PVS1 qui n'avait pas été détectée parce que la zone était inaccessible au programme. Une revue de la surveillance réalisée en 2016 a conclu qu'au moins la moitié des zones de peuplement de l'État avaient été inaccessibles depuis 2014 en raison de la limitation des mouvements de populations et de l'absence de réseau cellulaire pour les communications par téléphone mobile permettant le soutien des activités de vaccination et de surveillance.

L'efficacité du programme face à ces défis et à d'autres tiendra toujours à une main-d'œuvre qualifiée, formée et motivée, pilier de la surveillance de la poliomyélite. Un encadrement et un suivi bienveillants sont essentiels si l'on veut parvenir à l'éradication de la maladie dans le monde. La première ligne de défense contre la défaillance des systèmes de surveillance consiste à maintenir la surveillance et le contrôle systématiques malgré des priorités concurrentes et des charges de travail lourdes. Cependant, le déclin de l'encadrement et du suivi bienveillants entraîne une mise en œuvre ineffective et inefficace des activités de surveillance. Un moyen de diminuer ces obstacles à la performance consiste à faire en sorte que cette main-d'œuvre dispose de suffisamment de fonds pour poursuivre ses activités au fil du temps.

Les données sur la surveillance de la PFA recueillies au moyen d'outils mobiles innovants de collecte de données dans le cadre de visites de surveillance active ainsi que par des méthodes de surveillance à base communautaire fournissent de nombreuses informations qui peuvent être utilisées pour identifier des problèmes ou des insuffisances liés aux procédures et processus de surveillance, à la qualité des données (c'est-à-dire l'exactitude et l'exhaustivité) et à l'encadrement. Ces ensembles de données peuvent aider à cibler directement des zones où une intervention s'impose – et lorsque plusieurs sources de données sont considérées conjointement, elles donnent une vue plus large et plus globale pouvant révéler de nouvelles solutions et innovations potentielles. Or, lorsque ces sources de données ne sont pas systématiquement analysées par le personnel infranational ou national, le programme rate l'occasion d'apporter des modifications ou de rectifier le tir afin d'accélérer l'interruption de la transmission du poliovirus à l'échelle locale et mondiale. On peut s'attendre à rencontrer des difficultés dans la mise en œuvre de la surveillance dans les zones touchées par un conflit, certes, mais les examens de la surveillance effectués dans des zones accessibles ou partiellement accessibles ont également révélé des problèmes de qualité dans la détection et l'investigation des cas.

Enfin, la nécessité d'un troisième système de surveillance pour détecter les PVDVi est de plus en plus reconnue. Comme la surveillance de la PFA ne permet pas de détecter les patients immunodéprimés qui excrètent des poliovirus tout en étant asymptomatiques et que la surveillance environnementale ne permet pas de déterminer la source d'un PVDVi, il faudra mettre en place un système de surveillance qui comprenne les troubles de l'immunodéficience primaire (IP) et les comportements des personnes avec ces troubles à l'égard de la recherche des soins de santé afin d'identifier ceux d'entre eux qui sont les plus susceptibles d'excréter des PVDVi.

## Objectif 1. Améliorer la surveillance de la PFA dans tous les pays prioritaires

Renforcer la sensibilité de la surveillance de la PFA dans tous les pays prioritaires		
Objectif principal	Principales activités	Principaux indicateurs de performance
Mettre en place ou maintenir des systèmes de surveillance de la PFA suffisamment sensibles pour détecter toute transmission du poliovirus sauvage et fournir des éléments factuels qui attestent de l'interruption de la transmission	1. Détecter, investiguer et valider tous les cas de PFA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les pays prioritaires satisfont aux normes régionales de l'OMS relatives aux indicateurs de surveillance au niveau administratif 2</li> </ul>
	2. Effectuer des examens critiques des processus et données de surveillance pour pouvoir agir	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revue de surveillance externes réalisées pour au moins huit pays prioritaires</li> </ul>
	3. Assurer une main-d'œuvre qualifiée	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guide actualisé de la surveillance sur le terrain élaboré</li> </ul>
	4. Accroître la sensibilisation à la surveillance de la PFA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Guide de la formation en communication publié</li> </ul>
Suivi assuré par le Siège, les bureaux régionaux et bureaux de pays et les partenaires sous-régionaux de l'OMS		

### Contexte

Depuis l'adoption de la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé en 1988 faisant état d'un engagement en faveur de l'éradication de la poliomyélite dans le monde, la principale stratégie recommandée pour détecter la transmission du poliovirus est la surveillance des cas de PFA. En théorie, les pays devraient être en mesure de détecter toute personne suspectée de PFA dans n'importe quelle tranche de la population grâce à la surveillance active et passive de la PFA (c'est-à-dire surveillance effectuée de manière active par des équipes de surveillance dans des établissements de santé ou de manière passive à travers des rapports venant des prestataires de soins sensibilisés). Il est essentiel de maintenir une surveillance de la PFA de haute qualité pour mettre en place un système suffisamment sensible pour détecter le poliovirus où qu'il se trouve dans un pays. Or, dans la pratique, les difficultés rencontrées empêchent une sensibilité suffisante de la surveillance de la PFA pour les raisons suivantes : 1) la surveillance de la PFA elle-même ne fonctionne pas efficacement ; 2) le programme n'est pas en mesure d'accéder ou de toucher systématiquement des populations particulières sous surveillance de la PFA ; 3) l'infrastructure sanitaire dans son ensemble est trop précaire ou inexistante pour soutenir la surveillance de la PFA ; ou 4) dans les pays exempts de poliomyélite, l'attention et le financement consacrés à la surveillance de la PFA connaissent un déclin.

La dure réalité est que dans la dernière ligne droite de l'éradication, il n'existe aucune solution simple ni facile pour remédier aux lacunes de la surveillance. Une approche globale à plusieurs volets adaptée au contexte de chaque pays s'impose ; toutefois, pour ce faire, les pays doivent d'abord déterminer et cerner les limites de leur système de surveillance de la PFA afin de mettre en œuvre des stratégies

efficaces pour les surmonter (voir l'annexe 2, Vérification de la surveillance de la PFA). Les activités suivantes peuvent aider les équipes de pays à axer leur action sur des améliorations essentielles afin de renforcer la sensibilité de leurs systèmes de surveillance de la PFA.

### **Activité 1. Détecter, investiguer et valider tous les cas de PFA**

Le principal mécanisme d'amélioration de la détection, de l'investigation et de la validation des cas de PFA consistera à mettre un accent particulier sur l'amélioration de la surveillance active et à investir dans l'amélioration de la surveillance passive. Les pays prioritaires entreprendront un processus de vérification ciblé pour évaluer les résultats de la surveillance de la PFA (voir l'annexe 2). Les informations tirées des processus de vérification seront traduites en un plan d'action de surveillance visant à combler les lacunes recensées. En tout temps, l'objectif sera de renforcer les capacités locales et d'améliorer les fondamentaux de la surveillance de la PFA.

Pour améliorer la surveillance de la PFA, il est d'abord important de connaître et de cartographier les zones inaccessibles (en raison des conflits et de l'insécurité) qui entravent la surveillance de la PFA ou limitent la possibilité de l'entreprendre. Ces « angles morts » représentent une menace aux initiatives d'éradication de la poliomyélite en ce qu'ils sapent la compréhension précise de la transmission actuelle du virus et entravent la capacité du programme à établir avec assurance à quel moment la transmission du virus a cessé. La détection du PVS1 dans l'État de Borno en 2016, près d'un an après que le Nigéria ait été déclaré exempt de poliomyélite, témoigne de cette vulnérabilité. Pour mieux comprendre ces angles morts, des mesures sont prises en vue de procéder à une estimation du nombre d'enfants non couverts par la surveillance de la PFA ou les activités supplémentaires connexes.

Dans les zones abritant des populations inaccessibles et d'autres groupes de populations particulières (voir l'annexe 3), des améliorations axées uniquement sur le système de surveillance existant seront insuffisantes pour surmonter les difficultés observées. Par conséquent, des mesures spéciales seront prises pour renforcer la capacité de détection des cas de PFA. Des activités telles que la recherche active ad hoc de cas de PFA (voir l'annexe 4) seront utilisées parallèlement à d'autres stratégies visant à renforcer la surveillance de la PFA. En outre, des activités telles que la mise en œuvre ciblée de la surveillance à base communautaire (voir l'annexe 5) et le recours à l'innovation (voir l'annexe 6) permettront de lever les obstacles chroniques à la détection de la PFA résultant d'une infrastructure sanitaire précaire ou inexistante.

Lorsque des personnes atteintes de PFA sont détectées, des investigations approfondies ne sont pas toujours effectuées, ce qui entrave la capacité à déterminer si le poliovirus est la cause de la maladie. Ces investigations incomplètes incluent la limitation des investigations aux cas recensés dans les 60 jours suivant le début de leur paralysie au lieu des six mois recommandés, et la non-utilisation systématique du prélèvement chez les sujets contacts des cas de PFA avec échantillons de selles inadéquats (voir l'annexe 7). La qualité de la validation des investigations des cas de PFA (c'est-à-dire le fait de veiller à l'exactitude des informations recueillies) varie également d'un pays à l'autre et peut ne pas être assurée de manière à obtenir des données fiables et précises. Dans certains contextes,

l'enquêteur initial complète la validation du cas, ce qui contribue peu à rectifier les erreurs commises lors de l'investigation initiale. Des divergences peuvent être observées entre les informations découlant de l'investigation initiale et celles de la validation du cas, mais elles ne sont pas régulièrement utilisées pour déterminer des mesures correctives à prendre, comme la re-sensibilisation aux techniques d'interview et à la collecte de données (concernant par exemple les aspects cliniques de la PFA), ou pour corriger les données de surveillance de la PFA erronées.

## **Activité 2. Effectuer des revues critiques des processus et données de surveillance pour pouvoir agir**

Des insuffisances dans la qualité, la gestion et l'analyse des données compromettent la capacité de l'IMEP à évaluer avec précision l'état actuel de l'éradication et à orienter convenablement les politiques et les activités. Des données incomplètes, falsifiées et obsolètes ne sont que quelques-uns des problèmes qui ont été recensés. Parmi les problèmes de gestion des données figure le manque de nettoyage régulier de celles-ci et un défaut de classification finale des cas de PFA en dépit de la disponibilité des résultats de laboratoire. En outre, l'analyse des données varie d'un pays à l'autre. Si le suivi des taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique (PFANP) et du caractère adéquat des selles est systématique, l'examen régulier d'autres indicateurs de surveillance, tels que la promptitude, peut, quant à lui, ne pas l'être. Par ailleurs, l'analyse des données de surveillance de la PFA au niveau opérationnel n'est pas systématique, d'où des occasions manquées de prendre des mesures correctives immédiates.

En outre, des approches novatrices d'examen des données au-delà des indicateurs de surveillance sont nécessaires pour surmonter les difficultés actuelles que présente la surveillance (voir l'annexe 8). Ces approches innovantes incluent le repérage des problèmes potentiels d'intégrité des données. La détection du PVS1 en 2016 à Borno (Nigéria) – en dépit du niveau élevé des indicateurs de surveillance de la PFA indiquant une sensibilité et une spécificité élevées – souligne la nécessité d'examiner la surveillance de la PFA de manière plus critique en conjonction avec d'autres sources de données, telles que les données sur les conflits et l'accessibilité et les géocodes des cas de PFA, afin de repérer les angles morts potentiels (voir l'annexe 9).

L'utilisation de plusieurs sources de données qui permettent de percevoir la sensibilité de la surveillance de la PFA « au-delà des indicateurs » est essentielle pour informer les partenaires mondiaux et régionaux qui allouent aux pays des ressources humaines et techniques régionales et mondiales limitées. Un algorithme permettant de classer les pays par niveau de priorité a été mis au point dans le but d'orienter les ressources mondiales et régionales vers le soutien direct aux pays en combinant des indicateurs de surveillance de la PFA avec d'éventuels problèmes de qualité des données, le risque de transmission du virus et la connaissance des capacités des pays à atténuer les risques. Les résultats de ces analyses sont également utilisés pour informer les revues externes documentaires et terrain de la surveillance de la PFA. Les revues externes offrent l'occasion de mieux cerner et soutenir directement les efforts déployés pour améliorer la surveillance aux échelons national et infranational.

### Activité 3. Assurer une main-d'œuvre qualifiée

Compte tenu des défis associés à la surveillance de la PFA, une version actualisée du guide pratique mondial de la surveillance de la poliomyélite sera élaboré pour adoption par les partenaires régionaux, sous-régionaux et nationaux au début de 2019. Ce guide traitera de nombreuses mesures détaillées au niveau de la mise en œuvre concernant la détection, la notification, l'investigation et la validation, qui devraient être prises de manière normalisée et systématique dans tous les pays. Il servira à informer les plans d'action propres à chaque pays pour l'amélioration de la surveillance de la PFA.

À une période où le nombre de cas de poliomyélite dans les pays est en déclin, il est prioritaire, pour le succès de la surveillance de la PFA, de veiller à la constitution d'un personnel bien informé et compétent. Disposer d'une main-d'œuvre qualifiée suppose d'organiser des formations périodiques pour les nouveaux membres du personnel et des formations de recyclage pour le personnel existant, ainsi qu'une supervision formative pour un apprentissage pratique. De plus, les visites aux sites de notification, pour quelque raisons que ce soit (par ex., visite de surveillance active, revues de terrain) devraient être l'occasion d'une re-sensibilisation rapide, quelles que soient les formations récentes ou futures. Le guide mondial actualisé de la surveillance de la poliomyélite servira à orienter ces formations et à faire en sorte que les activités soient menées de manière normalisée et systématique, tenant compte des procédures les plus recommandées à ce jour dans la dernière ligne droite vers l'éradication.

La disponibilité de personnes qualifiées pour compléter l'effectif actuel est également un défi, en particulier dans les zones endémiques ou de flambée épidémique où il est difficile de répondre aux besoins du programme afin d'interrompre efficacement la transmission du PVS ou du PVDVc. Il est certes préférable et optimal de disposer d'agents provenant des collectivités locales ou voisines, mais les pays peuvent bénéficier de la réaffectation d'agents de surveillance de différentes régions géographiques du pays ou de la recherche externe de compétences en matière de surveillance pour soutenir les activités aux échelons national et infranational (par exemple, le programme pour arrêter la transmission de la poliomyélite [programme STOP], des consultants de l'IMEP et des consultants nationaux).

### Activité 4. Renforcer la sensibilisation à la PFA

La capacité de détecter la transmission du poliovirus repose sur la sensibilisation des prestataires de soins de santé, des sites de notification et de la collectivité aux signes et symptômes de la PFA. Si les formations dans un environnement d'apprentissage plus structuré peuvent être optimales pour les prestataires de soins de santé et les sites de notification, de simples mesures appliquées régulièrement, telles que l'encadrement bienveillant et la distribution d'outils de travail, peuvent contribuer à maintenir un niveau élevé de sensibilisation. En outre, un retour d'information périodique à l'attention des sites de notification sur l'état de la surveillance de la PFA dans leur pays peut aider le personnel à rester mobilisé en voyant sa contribution à l'effort global d'éradication.

Pour une approche globale visant à maintenir des niveaux de sensibilisation élevés, les mesures prises pour sensibiliser davantage les prestataires de soins de santé et les réseaux de notification à la PFA doivent être poursuivies parallèlement aux activités ciblant les collectivités. De nombreux outils de communication du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), des bureaux de pays de l'OMS et d'autres partenaires de l'IMEP sont déjà disponibles dans les pays. La création d'un guide de la communication pour la surveillance de la poliomyélite aiderait à assurer la cohérence du message véhiculé par les différents utilisateurs sur ce qu'est la poliomyélite, les signes et symptômes de la PFA et les modalités à suivre pour signaler cette maladie ou rechercher des soins. Cette démarche est particulièrement importante pour les populations appartenant à des minorités ethniques, linguistiques ou religieuses au sein de la collectivité.

### Tâches à accomplir pour améliorer la surveillance de la PFA dans tous les pays prioritaires

De 2018 à 2020, le programme s'attèlera aux tâches énumérées ci-après. De plus amples informations sur ces tâches sont fournies dans les annexes visées.

#### Activité 1. Détecter, investiguer et valider tous les cas de PFA

- Examiner et publier un rapport annuel sur l'état de la surveillance.
- Les pays devront procéder à un audit exhaustif de leur système de surveillance de la PFA et à une cartographie de leurs activités afin de repérer les lacunes, en particulier celles associées aux populations à haut risque, à accès restreint ou difficiles à atteindre (voir l'annexe 2, Vérification de la surveillance de la PFA).
- Se fondant sur les résultats de la vérification de la surveillance de la PFA, les pays élaboreront des plans d'action spécifiques pour remédier aux lacunes répertoriées avec le soutien des partenaires régionaux ou sous-régionaux.
- S'appuyant sur les résultats de l'audit de la surveillance de la PFA, les pays élaboreront des lignes directrices destinées à soutenir la mise en œuvre des plans d'action et les communiqueront aux régions pour examen.
- Renforcer la surveillance active dans tous les pays prioritaires par la mise en place de mécanismes de vérification de la surveillance active. Le programme veillera à un large recours aux outils de suivi électroniques, aux registres physiques signés et aux visites de supervision sur le terrain.
- Améliorer la surveillance passive en améliorant l'utilité de l'infrastructure de surveillance existante au niveau national, y compris les systèmes de surveillance intégrée des maladies et riposte (SIMR), les systèmes d'alerte précoce et de réponse (EWARN) et les systèmes de surveillance et d'intervention à assise communautaire (SRAC). La « déclaration négative » [rapport « zéro cas »] sera encouragée pour assurer la présence d'un système de surveillance passif robuste. Quatre pays prioritaires identifiés par les bureaux régionaux de l'OMS dont relèvent les pays endémiques (AFRO et EMRO) seront sélectionnés pour bénéficier d'un soutien accéléré.

## **Activité 2. Effectuer des revues critiques des processus et des données de surveillance pour pouvoir agir**

- Les pays devront effectuer régulièrement des analyses de toutes les données recueillies dans le cadre des activités de surveillance de la PFA (voir l'annexe 8, Améliorer la qualité et l'analyse des données, et l'annexe 9, Activités spéciales de suivi et d'évaluation). Pour repérer les angles morts existants dans le pays, les données doivent être recoupées avec d'autres sources de données, telles que celles sur les zones de conflits et les zones inaccessibles et les mouvements de populations. Les données devraient être analysées par le personnel au niveau national et celui-ci devrait soutenir les analyses effectuées par le personnel au niveau infranational.
- Élaborer et mettre à jour régulièrement les cartes des angles morts possibles de la transmission du poliovirus dans la Région africaine et dans la Région de la Méditerranéenne orientale. Il s'agit notamment de cartographier les zones de conflit et de prendre en compte les données sur l'accessibilité à l'échelon infranational le plus bas possible.
- Mener une évaluation semestrielle des priorités en matière de surveillance afin de déterminer les pays prioritaires à cibler et soutenir l'amélioration de la surveillance. L'évaluation se fonde sur une approche initiale, axée sur les données, qui est actualisée avec les conseils des bureaux régionaux de l'OMS dont relèvent les pays d'endémie (Bureau régional de l'Afrique et Bureau régional de la Méditerranée orientale).
- Des lignes directrices relatives à la conduite des revues de la surveillance seront élaborées afin de s'assurer que des revues de haute qualité permettent de repérer les lacunes ou les problèmes auxquels il faudra remédier au cours de la revue, tels que le besoin en formation immédiate.
- Réaliser des revues externes documentaires ou des revues externes de terrain dans au moins huit pays par an. L'objectif sera d'évaluer la performance de la surveillance des pays au niveau national et en même temps d'aider à remédier directement aux lacunes. Les partenaires sous-régionaux et les pays seront encouragés à effectuer des revues de surveillance ciblées régulières au niveau infranational, qui comprendront également des mesures de soutien et des mesures correctives pour combler les lacunes recensées.
- Évaluer les résultats de la surveillance à base communautaire ou la nécessité de celle-ci dans les zones constituant des angles morts potentiels dans les pays endémiques et les pays de flambée épidémique, ainsi que dans les zones frontalières à ces pays.

## **Activité 3. Assurer une main-d'œuvre qualifiée**

- L'OMS devra réviser et diffuser un guide pratique mondial actualisé de la surveillance de la poliomyélite.
- Se fondant sur le guide pratique mondial actualisé de la surveillance de la poliomyélite, les documents d'orientation régionaux et nationaux sur la surveillance seront mis à jour afin de promouvoir la normalisation entre les régions et les pays et d'améliorer la qualité des outils de travail disponibles.
- Continuer d'accélérer l'élaboration et la mise en œuvre de formations et de supports de formation à la surveillance de la PFA dans les pays prioritaires.
- Changer le paradigme des revues de la surveillance en passant d'un « système d'examen et de communication des recommandations » à un « système d'examen et de soutien ». Après chaque



revue de la surveillance, les examinateurs et certains membres du personnel devront assurer un encadrement bienveillant spécifique afin d'aider à combler les insuffisances de capacités.

- Désigner ou maintenir un coordonnateur de la surveillance dédié pour les pays du bassin du lac Tchad, la République démocratique du Congo, le Bureau de coordination pour la Corne de l'Afrique et la Somalie.
- Déployer du personnel international qualifié et expérimenté à titre d'appui à long terme pour renforcer la surveillance dans les pays touchés par une flambée épidémique.
- Examiner et restructurer le déploiement de consultants internationaux, d'agents du programme STOP ou d'agents nationaux afin de garantir une utilisation équilibrée des ressources disponibles à l'échelle mondiale.

**Activité 4. Renforcer la sensibilisation à la PFA**

- Pour améliorer la qualité et la gamme des produits disponibles dans plusieurs langues, étudier la possibilité d'une collaboration avec l'Équipe de communication de l'OMS et l'UNICEF sur l'élaboration, le montage et la mise à disposition (par voie électronique) d'un guide de la communication pour la surveillance de la poliomyélite.
- Rendre le guide et les autres supports de communication spécifiques à la surveillance de la poliomyélite accessibles sur le site Web de l'IMEP.

**Tableau B. Suivi des activités pour l'objectif 1 (sensibilité de la surveillance de la PFA)**

<b>Objectif 1. Mettre en place ou maintenir des systèmes de surveillance de la PFA suffisamment sensibles pour détecter toute transmission du poliovirus sauvage et fournir des éléments factuels qui attestent de l'interruption de la transmission</b>			
<b>Activités</b>	<b>Monde</b>	<b>Régions/sous-régions</b>	<b>Pays prioritaires</b>
1. Détecter, investiguer et valider tous les cas de PFA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport annuel sur l'état de la surveillance publié</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatre pays sélectionnés pour recevoir un soutien accéléré pour renforcer la surveillance passive, y compris les systèmes SIMR, EWARN et SRAC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vérification annuelle de la surveillance de la PFA (audit)</li> <li>• Plans d'action assortis de stratégies pour combler les lacunes disponibles</li> <li>• Lignes directrices (guideline) pour la mise en œuvre des stratégies disponibles</li> <li>• Outils électroniques pour le suivi des visites de surveillance active disponibles</li> </ul>
2. Effectuer un examen critique des processus et données de surveillance pour pouvoir agir	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Classement des pays par niveau de priorité établi deux fois par an</li> <li>• Lignes directrices pour la conduite des revues de la surveillance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie des zones non couverte par la surveillance de la polio poliomyélite publiée deux fois par an</li> <li>• Revue documentaire ou revue sur le terrain</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport de la surveillance de la PFA comprenant des analyses et des cartes des zones non couverte par la surveillance disponible deux fois par an</li> <li>• Au moins deux revues ciblées de la surveillance</li> </ul>

Objectif 1. Mettre en place ou maintenir des systèmes de surveillance de la PFA suffisamment sensibles pour détecter toute transmission du poliovirus sauvage et fournir des éléments factuels qui attestent de l'interruption de la transmission			
	publiées (guideline)	<p>effectué dans au moins huit pays par an</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport sur la surveillance à base communautaire disponible afin d'identifier les zones géographiques non couverte par la surveillance dans la région</li> </ul>	infranationales effectuées chaque année
3. Assurer une main-d'œuvre qualifiée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guide pratique mondial actualisé de la surveillance de la poliomyélite distribué</li> <li>• Supports de formation disponibles pour la formation et les formateurs en surveillance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guides régionaux et nationaux de la surveillance publiés, adaptés du guide mondial</li> <li>• Formation administrée en République démocratique du Congo, en Somalie et dans certains pays à haut risque (région du lac Tchad)</li> <li>• Documents justifiant la conduite des activités de supervision formative dans le cadre de la mise en œuvre des recommandations issues des revues de la surveillance</li> <li>• Coordonnateur de la surveillance pour les pays/régions clés maintenu en poste jusqu'en 2020</li> <li>• Liste disponible du personnel international et national qualifié et documentation des affectations</li> </ul>	
4. Accroître la sensibilisation à la surveillance de la PFA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guide de la communication pour la surveillance de la poliomyélite publié sur le site Web de l'IMEP à l'intention des pays</li> </ul>		

## Objectif 2. Élargir le réseau de surveillance environnementale (SE)

Élargir le réseau de SE		
Objectif principal	Principales activités	Principaux indicateurs de performance
Un réseau mondial de surveillance environnementale suffisamment étendu pour contribuer à la détection rapide des poliovirus	1. Améliorer la qualité et la sensibilité du réseau existant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 100 % des sites recueillent au moins un échantillon chaque mois</li> </ul>
	2. Élargir le réseau de SE à de nouvelles villes et à de nouveaux pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter le nombre de pays mettant en place des sites de SE d'au moins cinq pays prioritaires</li> </ul>
	3. Revoir les documents d'orientation existants et élaborer des lignes directrices opérationnelles pour le terrain,	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systèmes de SE compatibles et données de SE normalisées à travers l'ensemble du programme</li> </ul>
Suivi assuré par le Siège, les bureaux régionaux et bureaux de pays et les partenaires sous-régionaux de l'OMS		

### Contexte

La surveillance environnementale du poliovirus consiste à recueillir et tester régulièrement des échantillons environnementaux (eaux usées) provenant d'endroits drainant de vastes populations cibles. La SE complète la surveillance de la PFA en fournissant des informations sur la présence et l'échelle spatiale de la transmission du poliovirus.

Elle est utilisée comme système de surveillance depuis plus de 70 ans<sup>2</sup>. Aux États-Unis, avant l'introduction de la vaccination, la SE était utilisée pour suivre la circulation du virus dans les grandes villes. Au cours des 30 dernières années, la SE a permis de détecter et de suivre la réintroduction du PVS dans des pays exempts de poliomyélite, tels que la Finlande, les Pays-Bas et Israël, et dans certains cas, elle a permis de détecter la présence du virus sans un seul cas confirmé de PVS. La SE a également permis la détection rapide de la résurgence des PVDV. Utile en ce qu'elle apporte de l'assurance quant à l'interruption de la circulation, la SE a été utilisée pour consigner par écrit l'élimination du PVS en Égypte et en Inde. Ces dernières années, la SE a été particulièrement utile pour améliorer la sensibilité globale du système de surveillance de la poliomyélite dans les pays où un vaste réseau de SE a été mis en place (voir l'annexe 10, Surveillance environnementale). Alors que les pays où le PVS est endémique sont à l'avant-garde de l'utilisation de la SE, dans le contexte de l'évolution du risque mondial de transmission du PVDV de type 2 (PVDVc2) à la suite de l'arrêt du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt), la SE pourrait éventuellement devenir encore plus utile au-delà des pays d'endémie.

<sup>2</sup> Pour une étude historique de la surveillance environnementale et de ses résultats dans le cadre du programme, voir les lignes directrices de l'IMEP sur la surveillance environnementale pour la détection des poliovirus (*Guidelines on Environmental Surveillance for Detection of Poliovirus*). Projet de travail de mars 2015. [http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPLN\\_GuidelinesES\\_April2015.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPLN_GuidelinesES_April2015.pdf). Consulté le 15 juin 2018.

### Activité 1. Améliorer la qualité et la sensibilité du réseau existant

Les conditions sur les sites de prélèvement pour la SE varient d'un lieu à un autre et, par conséquent, le rendement potentiel et la signification épidémiologique de ces sites varient également. Les sites de SE sont idéalement situés dans des zones avec réseaux d'égouts convergents, où le prélèvement peut être effectué aux entrées des usines de traitement des eaux usées, des stations de pompage ou autres grands collecteurs d'eaux usées couvrant une population d'environ 100 000 à 300 000 habitants. Les sites de SE sont généralement peu nombreux et couvrent une petite population cible, aussi l'absence d'échantillon positif prélevé dans le cadre de la SE n'indique-t-il pas l'absence de circulation du poliovirus dans le pays. L'interprétation des résultats positifs des échantillons issus de la SE varie selon que le système de surveillance de la PFA détecte également les cas ou non. Pour les résultats positifs et négatifs, l'interprétation doit tenir compte du contexte épidémiologique. L'interprétation des résultats nécessite un examen et une analyse minutieux, site par site, effectués par des épidémiologistes et des virologues qui connaissent très bien les performances du pays en matière de surveillance de la PFA, ses caractéristiques démographiques, son degré d'immunité par rapport à chaque type de poliovirus, les schémas de migration et autres mouvements de la population vivant dans à l'intérieur et autour de la zone de drainage.

La responsabilité de la gestion sur le terrain (par exemple, la collecte, le transfert et le transport des échantillons) ne peut être dissociée des activités de surveillance de la PFA, en particulier lorsque la responsabilité de la surveillance environnementale ne relève pas du ministère de la Santé. À tous les niveaux, les équipes de surveillance sur le terrain devraient être chargées de la gestion quotidienne des activités de surveillance environnementale après le déploiement initial. Autant que possible, les points focaux de la surveillance de la PFA doivent veiller à ce que les activités de surveillance environnementale soient menées à bien, car il s'agit d'une activité essentielle de surveillance de la poliomyélite.

La sélection et la mise en service de nouveaux sites seront toujours assujetties à l'approbation du laboratoire national responsable ou d'un laboratoire de référence régional, si cette autorité n'existe pas dans le pays.

#### **Pourquoi la sensibilité de la SE est-elle parfois supérieure à celle de la surveillance de la PFA ?**

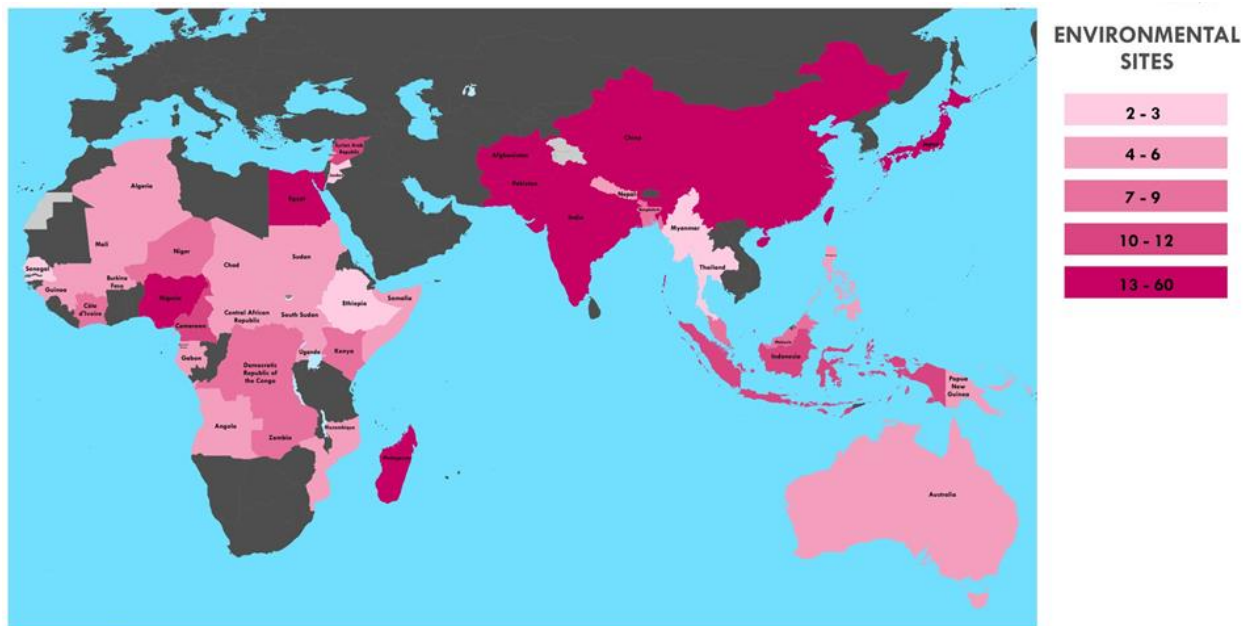
Dans les pays dotés de réseaux avancés de SE (comme l'indique la multiplicité de sites de SE), la sensibilité de la SE est supérieure à celle de la surveillance de la PFA. Cela est dû au faible ratio entre le nombre de cas et celui des infections pour la poliomyélite paralytique, qui varie entre 1:200 et 1:1 900 chez les populations pleinement susceptibles, selon le type de PVS. Ce ratio décline davantage avec le renforcement de l'immunité de la population. Comme toutes les personnes infectées (quelle que soit leur symptomatologie) excrètent le poliovirus, la probabilité de détecter la circulation du poliovirus au moyen de la SE est plus élevée que celle de détecter par la seule surveillance de la PFA.

## Activité 2. Élargir le réseau de SE à de nouvelles villes et à de nouveaux pays

Reconnaissant la valeur croissante de la SE, l'IMEP, à travers le Groupe de travail sur la surveillance environnementale et la mise en œuvre (ESIWG) et le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP), a procédé au lancement du Plan d'élargissement de la surveillance environnementale de la poliomyélite (PESEP) en 2015. Depuis, l'IMEP a étendu le réseau de SE à de nouveaux pays et villes prioritaires (voir la figure 2). Cette expansion se poursuivra jusqu'en 2019. Bien que des progrès considérables aient été accomplis dans la mise en œuvre du PESEP, plusieurs pays initialement ciblés pour l'élargissement n'ont pas encore démarré la SE. Les principaux obstacles à la mise en œuvre complète du PESEP sont l'insécurité, le manque d'adhésion complète des États concernés, le manque de consensus à différents niveaux au sein de l'IMEP et l'évolution rapide des risques. Le but principal visé dans le cadre de cet objectif demeure la pleine mise en œuvre du PESEP approuvé.

À mesure que l'épidémiologie actuelle du poliovirus évolue, en particulier dans le contexte de l'après-VPOt et de l'émergence du PVDV, la demande en surveillance environnementale augmente. La mise en place de la SE dans tous les pays n'étant pas réalisable à court terme, des approches innovantes telles que la SE ad hoc sont à l'étude (voir l'annexe 10, SE ad hoc dans les zones à sécurité compromise).

**Figure 2. État de la surveillance environnementale dans les régions d'AFR, EMR, WPR et SEAR, 2018\***



\* Les pays visés dans cette figure représentent à la fois des programmes de SE financés par les pays eux-mêmes et par l'IMEP.  
Source : Organisation mondiale de la Santé, actualisé le 30 janvier 2019

### Activité 3. Revoir les documents d'orientation existants et élaborer des lignes directrices opérationnelles pour le terrain, concises et assorties d'indicateurs de base

Bien que des progrès aient été accomplis sur le plan de l'élargissement du réseau de surveillance environnementale, des difficultés ont été observées en ce qui concerne la collecte et l'expédition d'échantillons en temps voulu dans un certain nombre de pays. Qui plus est, la sensibilité des sites de surveillance environnementale ne peut pas être évaluée actuellement en raison de l'absence d'indicateurs de performance normalisés. Alors que l'IMEP continue d'investir dans l'élargissement du réseau, il est indispensable d'améliorer la qualité et la sensibilité de ce dernier. Le Groupe de travail sur la surveillance environnementale et la mise en œuvre a élaboré des documents d'orientation importants afin d'aider les équipes régionales et nationales à mettre en œuvre la surveillance environnementale.

Les stratégies de gestion des données ne sont pas encore à la hauteur du Plan d'élargissement. Avec l'élargissement de la surveillance environnementale, les pays ont dû mettre au point des outils de collecte et de stockage de données pour gérer ces dernières. C'est ainsi que des classeurs sur Excel et des diapositives sur PowerPoint sont utilisés comme principaux moyens d'enregistrer et de visualiser des données relatives à la SE à l'échelon national, sous-régional et régional. Ces outils ne sont pas harmonisés entre les pays, ce qui limite les capacités d'analyse.

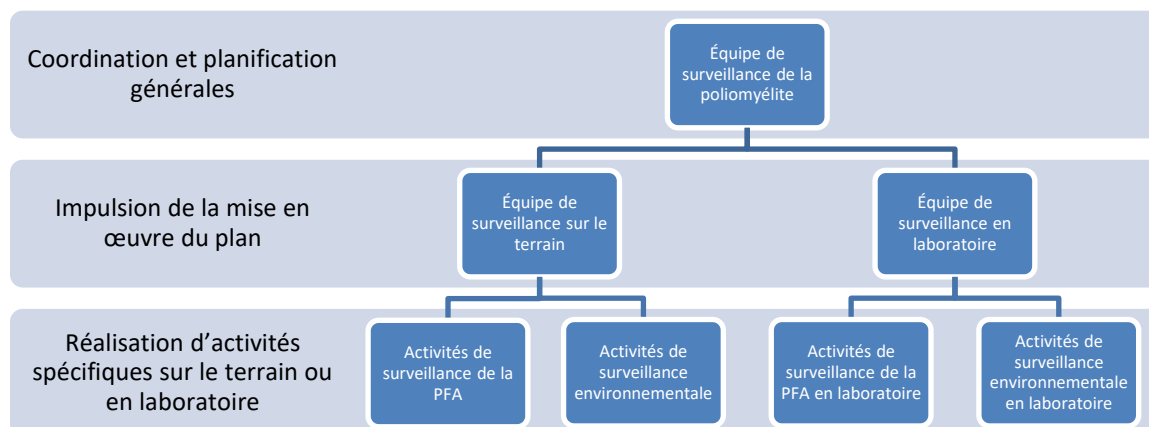
### Tâches pour élargir le réseau de SE

De 2018 à 2020, le programme s'attèlera aux tâches énumérées ci-après. De plus amples informations sur ces tâches sont fournies dans les annexes visées.

#### Activité 1. Améliorer la qualité et la sensibilité du réseau existant de SE

- Rationaliser la gestion opérationnelle de la SE sur le terrain afin de garantir la participation totale et la responsabilité du programme de surveillance en ce qui concerne la composante 'terrain' de la SE. (figure 3).
  - Dans les régions prioritaires et dans tous les pays prioritaires, l'ensemble de la gestion quotidienne des opérations de SE sur le terrain doit passer du point focal des laboratoires au point focal de la surveillance sur le terrain.
  - Former un groupe d'épidémiologistes de terrain/d'agents de surveillance de terrain pour mener des évaluations sur le terrain dans les zones ciblées pour un élargissement de la SE.
- Examiner la performance des sites actuellement opérationnels en procédant à une revue documentaire de la performance de la SE dans les pays prioritaires.
  - Pour certains pays dont les résultats obtenus sur les sites de SE sont peu satisfaisants, une revue sur le terrain du système national de SE sera effectué dans le but de veiller au respect des procédures de sélection des sites et de collecte, de conditionnement et d'expédition des échantillons.

Figure 3. Cadre opérationnel pour une gestion rationalisée de la surveillance de la poliomyélite



### Activité 2. Élargir le réseau de SE à de nouvelles villes et à de nouveaux pays

- Avec les ajustements appropriés pour la listes de pays prioritaires, mettre en œuvre pleinement le PESEP. Examiner les défis rencontrés dans différents pays, régions et sous-régions.
  - Établir un calendrier révisé décrivant les activités prévues par région.
  - Procéder à un examen semestriel de l'évolution de la mise en œuvre.
  - Concentrer les efforts dans les pays initialement recommandés pour la surveillance environnementale, mais pour lesquels cette forme de surveillance n'a pas encore été mise en place. Les régions de l'OMS accéléreront l'élargissement de la surveillance environnementale aux pays prioritaires.
  - Dans les pays prioritaires où les réseaux de SE sont actuellement limités, les régions de l'OMS examineront la possibilité d'élargir le réseau de SE à de nouveaux centres de population.
  - Dans les pays endémiques, le programme procèdera à l'élargissement du réseau de SE (le cas échéant) décrit dans le plan d'action d'urgence national (PAUN) et approuvé par les groupes consultatifs techniques (GCT) concernés.
- Étudier la possibilité d'étendre les réseaux de SE déjà établis dans les pays touchés par une épidémie de polio et les zones épidémiologiquement contiguës des pays voisins. La Syrie, l'Iraq, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie, l'Ouganda, le Burundi, le Kenya et la Turquie seront considérés comme des pays prioritaires aux fins de l'élargissement de la surveillance environnementale.
- Étudier l'utilisation potentielle de la surveillance environnementale ad hoc dans certaines zones menacées, telles que les pays du bassin du lac Tchad, de la Corne de l'Afrique et de la région des Grands Lacs africains (voir l'annexe 10, Surveillance environnementale ad hoc dans les zones à sécurité compromise).

**Activité 3. Élaborer des lignes directrices concernant les opérations de terrain assorties d'indicateurs de base**

- Le groupe de travail sur la surveillance devra définir une orientation stratégique en élaborant un nouveau plan d'action pour 2020-2023, en étroite collaboration avec le groupe de travail sur la surveillance environnementale et la mise en œuvre.
- Inclure dans le guide mondial de la surveillance de la poliomyélite un guide simplifié consacré à la sélection de sites de SE et à la collecte, au conditionnement et au transport d'échantillons, ainsi que des critères de base pour le suivi et l'évaluation de la surveillance environnementale.
- Mettre au point et finaliser un ensemble d'indicateurs pour une couverture et une qualité suffisantes des sites de surveillance environnementale.



Tableau C. Suivi des activités pour l'objectif 2 (élargissement de la surveillance environnementale)

Objectif 2. Mettre sur pied un réseau mondial de SE qui soit suffisamment étendu pour contribuer à la détection rapide du PVS et des PVDV			
Activité	Monde	Régions/sous-régions	Pays prioritaires
1. Améliorer la qualité et la sensibilité du réseau existant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientations sur comment conduire des revues documentaires et des revues de terrain sur la performance de la SE</li> <li>• Élaborer des supports de formation pour les évaluations de terrain des sites</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revues documentaires des performances du réseau de SE existant</li> <li>• Revues de terrain ciblées des sites de SE présentant des lacunes détectées</li> <li>• Formation du personnel régional et national à la réalisation d'évaluations sur le terrain de la SE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le chargé de la surveillance sur le terrain est responsable des opérations de SE dans tous les pays à haut risque.</li> <li>• Les indicateurs de performance sont suivis et des mesures correctives sont prises</li> <li>• Des revues documentaires de la performance de la SE sont entreprises dans tous les pays à haut risque (revues sur le terrain, le cas échéant)</li> </ul>
2. Élargir le réseau de SE à de nouvelles villes et à de nouveaux pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre l'évolution de l'élargissement de la SE tous les trimestres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les régions devront élaborer un calendrier révisé des activités de SE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PESEP pleinement mis en œuvre avec les ajustements appropriés pour les listes de pays prioritaires</li> <li>• Étude de la possibilité d'une utilisation éventuelle de prélèvement ad hoc dans le cadre de la SE dans le bassin du lac Tchad, la Corne de l'Afrique et la région des Grands Lacs en Afrique</li> </ul>
3. Élaborer des lignes directrices concises concernant les opérations de terrain, assorties d'indicateurs de base	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclure des renseignements détaillés sur la SE dans Guide pratique mondial actualisé de la surveillance de la poliomyélite</li> <li>• Mettre au point des indicateurs de performance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport sur les indicateurs de performance normalisés pour tous les sites de SE, par pays</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport sur les indicateurs de performance normalisés pour tous les sites de SE</li> </ul>

Objectif 2. Mettre sur pied un réseau mondial de SE qui soit suffisamment étendu pour contribuer à la détection rapide du PVS et des PVDV			
	normalisés pour tous les pays <ul style="list-style-type: none"> <li>• Système normalisé de gestion de l'information sur la SE utilisé dans tous les pays</li> </ul>		

### Objectif 3. Mettre en place un système de surveillance pour détecter les poliovirus chez les patients présentant des troubles d'immunodéficience primaire (IP)

Mise en place de la surveillance des poliovirus pour les patients atteints d'immunodéficience primaire (IP)		
Objectif principal	Principales activités	Principaux indicateurs de performance
Détecter les patients atteints d'IP excréteur le poliovirus	1. Élaborer des directives pour l'identification des personnes atteintes d'IP excréteur le poliovirus (y compris celles ne présentant pas de paralysie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Lignes directrices concernant la mise en œuvre de la surveillance des poliovirus chez les patients présentant une immunodéficience primaire (IP) distribuées</i></li> </ul>
	2. Mettre en place un système de gestion des données pour la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de pays ciblés où un système de gestion de données pour les patients atteints d'IP a été déployé</li> </ul>
	3. Déterminer les pays à haut risque d'infection par le PVDVi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de pays prévoyant de mettre en place une surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP</li> </ul>
	4. Soutenir la mise en œuvre de la surveillance des poliovirus dans les pays à haut risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de pays où la surveillance des poliovirus est efficace chez les patients atteints d'IP</li> </ul>
	5. Faciliter l'utilisation d'antiviraux pour interrompre l'excrétion de poliovirus parmi les excréteurs identifiés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 % des patients atteints d'IP remplissant les critères applicables identifiés comme excréteur le poliovirus sont mis sous traitement dans les huit semaines</li> </ul>
Suivi assuré par le Siège, les bureaux régionaux et bureaux de pays et les partenaires mondiaux de l'OMS		

## Contexte

Les personnes atteintes d'immunodéficience primaire (IP), en particulier celles souffrant de troubles affectant les cellules B, courent un risque accru de répllication et d'excrétion prolongées des poliovirus et de développement d'une maladie paralytique<sup>3</sup>. La répllication régulière des virus atténués provenant du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) augmente le risque de mutation des virus vaccinaux et de réacquisition par ceux-ci de caractéristiques de neurovirulence et de transmission similaires à celles du PVS. Lorsque cela se produit, le poliovirus qui en résulte est appelé poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience (PVDVi). La neurovirulence et la transmissibilité retrouvées d'un PVDVi posent un risque individuel du fait du développement d'une infection paralytique chez les patients atteints d'IP. Il existe également un risque plus large de transmission au sein de la collectivité susceptible de provoquer une flambée épidémique de poliomyélite dans des zones à faible immunité de la population.

### Activité 1. Élaborer des directives pour la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP

À l'heure actuelle, il n'existe pas de surveillance systématique pour détecter les excréteurs de poliovirus chez les patients atteints d'IP. Si la surveillance de la PFA peut permettre de détecter les patients atteints d'IP qui excrètent le poliovirus présent dans la PFA, elle a peu de chance de permettre la détection d'excréteurs ne présentant pas de paralysie. Pour atténuer les risques individuels et collectifs que pose le PVDVi, il est important de repérer les patients atteints d'IP excrétant les poliovirus et d'apporter à la fois un traitement efficace au patient et une réponse appropriée de santé publique. Des études de faisabilité ont été menées en Égypte, en Tunisie et ailleurs sur les stratégies de surveillance envisageables. Se fondant sur les enseignements tirés, des directives pour une mise en œuvre plus large de la surveillance sont en cours d'élaboration.

### Activité 2 Mettre en place un système de gestion des données pour la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP

Les données recueillies pour la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP devront être accessibles via le système d'information sur la poliomyélite (POLIS) de l'OMS. La planification initiale et la mise au point d'un système d'information au niveau national, compatible avec POLIS, seront essentiels pour veiller à ce que les données puissent être téléchargées et utilisées dans POLIS. Des formulaires types pour la collecte de données seront mis à la disposition de chaque bureau de pays, qui pourra ensuite l'adapter en vue de recueillir des informations sur chaque cas, leurs contacts et les visites de suivi, selon les besoins.

---

<sup>3</sup> Li L., Ivanova O., Driss N., Tiongco-Recto M., da Silva R., Shahmahmoodi S, et coll. Poliovirus excretion among persons with primary immune deficiency disorders: summary of a seven-country study series. *J Infect Dis.* 1<sup>er</sup> novembre 2014 ; 210 Suppl 1 : S368-72.

### Activité 3. Déterminer les pays à haut risque d'infection par le PVDVi

Tous les pays ne courent pas le même niveau de risque d'infection par le PVDVi, car la prévalence de l'IP varie considérablement d'un pays à l'autre. Un profil de risque pays repose sur plusieurs facteurs, notamment la prévalence de l'IP, les mariages consanguins, le niveau de revenu du pays comme indicateur de la qualité des infrastructures de soins de santé et des équipements collectifs (par exemple, ceux liés à l'eau et à l'assainissement) et les niveaux projetés d'immunité de la population contre le poliovirus. Un classement des pays présentant un risque d'infection par le PVDVi est en cours d'établissement. Les profils de risque pays seront utilisés pour déterminer les pays où la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP devra être instituée. Les profils de risque pays évolueront au fil du temps, surtout après le retrait du VPO dans les cinq à dix prochaines années.

### Activité 4. Soutenir la mise en œuvre de la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP dans les pays à haut risque

La surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP constituera une nouvelle activité parmi l'ensemble des efforts déployés pour assurer la surveillance de la poliomyélite, et pourrait s'avérer difficile pour le programme, car certaines activités envisagées pourraient ne pas mettre à contribution l'infrastructure existante de surveillance de la poliomyélite, comme un nouveau groupe de médecins spécialistes (par exemple, les immunologistes) et les ressources (par exemple, les ressources pour l'immunologie, les registres de patients atteints d'IP). Des directives et un appui des partenaires mondiaux, régionaux et sous-régionaux seront nécessaires au niveau national pour garantir l'efficacité de la mise en œuvre et lever tout obstacle imprévu ou inattendu. L'expérience acquise dans la mise en œuvre de la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP dans le premier groupe de pays servira à mieux orienter l'élargissement plus poussé de la surveillance des immunodéficiences primaires dans les pays à haut risque dans les régions.

#### Surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'immunodéficiência primaire

En prévision de la disponibilité de directives finalisées et normalisées pour la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'immunodéficiência primaire (IP), les pays peuvent prendre les mesures préparatoires énumérées ci-après.

- Sensibiliser les immunologistes aux risques que le poliovirus représente pour les patients atteints d'IP, les membres de leur famille et la collectivité.
- Aviser les immunologistes de la disponibilité d'un traitement antiviral bienveillant pour les personnes excréant le poliovirus.
- Dresser une liste des centres d'immunologie du pays.
- Dresser une liste des grands hôpitaux de soins tertiaires (privés et publics) pouvant diagnostiquer et traiter les patients atteints d'IP.
- Lorsqu'un cas de PVDVi est décelé par le système de surveillance de la PFA, s'assurer qu'une investigation du cas est menée et que des échantillons de sujets contacts ont été prélevés conformément au protocole (suivant les lignes directrices concernant la riposte aux flambées épidémiques).

## Activité 5. Faciliter l'utilisation d'antiviraux chez les patients atteints d'IP qui excrètent le poliovirus

S'il n'existe actuellement aucun médicament antiviral enregistré pour traiter les personnes excrétant le poliovirus, la monothérapie au Pocopavir est toutefois disponible pour un usage bienveillant et devrait être envisagée pour les patients atteints d'IP excrétant le poliovirus. Un traitement associant le Pocopavir (inhibiteur de la capsid) et du V-7404 (inhibiteur de la protéase 3C) est en cours de mise au point. Le Siège de l'OMS et le Groupe de travail sur la santé mondiale peuvent faciliter l'utilisation d'urgence du Pocopavir chez ces patients en coordination avec les autorités compétentes du pays.

### Tâches à accomplir pour la surveillance des IP

De fin 2018 à 2020, le groupe de travail sur les IP, en collaboration avec des experts du programme, se consacrera principalement aux tâches énumérées ci-après.

#### Activité 1. Élaborer des directives pour la surveillance des IP

- Se fondant sur les données et les enseignements tirés d'études de faisabilité, convenir d'une approche pour le dépistage du poliovirus chez les patients atteints d'IP.
- Le groupe de travail sur les patients atteints d'IP élaborera un projet de directives mondiales pour la mise en œuvre de la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'immunodéficience primaire qui pourra être modifié par les régions et les pays.
- Des lignes directrices seront finalisées avec la contribution d'experts en la matière, du réseau de laboratoires et de l'équipe mondiale de gestion des données afin d'assurer leur prise en compte.
- Promouvoir l'adaptation des lignes directrices au niveau régional.

#### Activité 2. Mettre en place un système de gestion des données pour la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP

- Convenir des données de base à recueillir et élaborer des formulaires de collecte de données pouvant être adaptés pour les pays.
- Mettre en place un système de gestion de données sur l'IP intégré à POLIS et relier les données à la base de données des laboratoires, de la SE et de la PFA.
- Le Siège de l'OMS devra entreprendre ou générer des analyses de données et des rapports systématiques pouvant être produits par le pays et la région.

#### Activité 3. Déterminer les pays à haut risque d'infection par le PVDVi

- Compléter l'algorithme afin de déterminer les pays présentant un risque élevé d'infection par le PVDVi, en utilisant la prévalence observée et le modèle de risque avancé.
- Dresser une liste de pays pouvant entamer la surveillance en fonction d'un certain nombre de critères (tels que l'état de préparation du pays, l'expérience, la région, etc.) et définir les priorités avec les régions afin d'entamer la surveillance dans au moins trois pays par an.

#### Activité 4. Soutenir la mise en œuvre de la surveillance des IP dans les pays à haut risque

- Aider les pays à adapter les lignes directrices à leurs besoins.

- Les régions et les pays pilotes devront élaborer des plans de surveillance qui incluent des ressources humaines et financières pour soutenir le déploiement et la maintenance du système de surveillance des IP.
- Mettre en place la surveillance des IP dans au moins trois pays par an considérés comme présentant un risque particulièrement élevé d'infection par le PVDVi (selon le classement des risques par pays).
- Communiquer avec les ministères de la Santé sur l'importance de la surveillance des IP.
- Aider les pays à recenser les centres d'immunologie et de soins de santé pour le dépistage.
- Intégrer le suivi et l'évaluation réguliers des pays pilotes afin d'utiliser les résultats et les enseignements qui en sont tirés pour mettre à jour et améliorer les activités de surveillance.

#### Activité 5. Faciliter l'utilisation d'antiviraux chez les patients atteints d'IP excréant le poliovirus

- Informer les ministères de la Santé et les autorités de réglementation des pays de l'utilisation bienveillante du traitement antiviral.
- Les équipes pays devraient travailler avec les autorités de réglementation sur un processus d'approbation de l'utilisation bienveillante du traitement antiviral si un patient venait à être détecté.
- Le Siège de l'OMS et le Task Force for Global Health facilitent la mise à disposition d'antiviraux à usage bienveillant chez les patients atteints d'IP qui excrètent le poliovirus.

**Tableau D. Suivi des activités pour l'objectif 3 (mise en place de la surveillance des IP)**

<b>Objectif 3. Mettre en place un système de surveillance pour détecter les poliovirus chez les patients atteints d'immunodéficience primaire (IP)</b>			
<b>Activité</b>	<b>Monde</b>	<b>Régions/sous-régions</b>	<b>Pays prioritaires</b>
1. Élaborer des directives pour la surveillance des IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices (guidelines) concernant la surveillance des IP disponibles et distribuées en 2019</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter les lignes directrices (guidelines) pour une utilisation dans au moins trois pays d'ici 2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lignes directrices adaptées à des pays précis</li> </ul>
2. Mettre en place un système de gestion des données pour la surveillance des IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système de gestion de données sur la surveillance des poliovirus chez les patients atteints d'IP élaboré et intégré à POLIS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bases de données régionale et nationale modifiées pour intégrer la surveillance des IP</li> <li>• Formation à la gestion des données pour les pays pilotes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les pays pilotes utilisent un système personnalisé</li> <li>• Partage régulier des données avec la région</li> </ul>
3. Déterminer les pays à haut risque d'infection par le PVDVi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actualiser le modèle de risques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dresser une liste des pays concernés par une mise en œuvre progressive de la surveillance des IP</li> </ul>	
4. Soutenir la mise en œuvre de la surveillance des IP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer un plan mondial pour la mise en place progressive de la surveillance des IP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer un plan régional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plans déployés dans des pays pilotes</li> </ul>

dans les pays à haut risque		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider les pays pilotes à élaborer des plans de mise en œuvre</li> </ul>	
5. Faciliter l'utilisation d'antiviraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Communiquer régulièrement aux régions des informations sur la mise au point d'antiviraux</li> <li>• Coordonner l'accès aux antiviraux pour les patients recensés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les pays pilotes sont informés sur l'utilisation bienveillante d'antiviraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les pays disposent d'un plan pour une utilisation accélérée des antiviraux</li> </ul>



## Objectif 4. Maintenir la capacité et l'efficacité du Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite

Garantir la capacité et l'efficacité du RMLP		
Objectif principal	Principales activités	Principaux indicateurs de performance
Veiller à ce que le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite conserve sa capacité et sa souplesse en ce qui concerne le traitement des échantillons issus de la surveillance et prenne en compte les besoins évolutifs du programme	1. Maintenir la capacité d'analyse des échantillons et la renforcer le cas échéant	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La rapidité, l'exhaustivité et la précision des analyses des échantillons de selles et d'eaux usées dépassent les niveaux standards des indicateurs.</li> <li>• Évaluation en laboratoire sur site dans les deux semaines suivant la confirmation d'une flambée épidémique pour tous les pays enregistrant une nouvelle flambée.</li> </ul>
	2. Élaborer un plan d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La planification d'urgence du laboratoire est consignée dans le plan national de surveillance dans tous les pays à haut risque.</li> </ul>
	3. Organiser un forum de coordination régulier à l'intention du personnel de laboratoire et de terrain	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de réunions de coordination organisées par an entre le personnel de surveillance et celui de laboratoire</li> </ul>
Suivi assuré par le Siège de l'OMS, en coordination avec les bureaux régionaux et les membres du RMLP		

### Contexte

Le succès de l'IMEP dépend en grande partie du travail coordonné du laboratoire et du programme de surveillance sur le terrain. Si le laboratoire supervise le traitement et les analyses des échantillons, le programme sur le terrain quant à lui est directement responsable de la collecte, de la manipulation et du transport des échantillons jusqu'au laboratoire. Le laboratoire et le programme de surveillance sur le terrain doivent travailler en étroite collaboration pour garantir des analyses précises et en temps voulu de tous les échantillons. Les informations découlant des analyses en laboratoire confirment non seulement le type d'infection au virus de la polio, mais également des données moléculaires qui informent le programme sur des caractéristiques essentielles fournissant des indications quant au déplacement géographique, aux progrès vers l'arrêt de la transmission, au plus proche parent virologique des virus et aux éventuelles insuffisances dans la surveillance.

Le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) regroupe 146 laboratoires dans 92 pays des six régions de l'OMS à travers le monde. Ces laboratoires mondiaux, régionaux et nationaux consacrés à la poliomyélite suivent les procédures recommandées par l'OMS pour la détection et la

caractérisation des poliovirus provenant d'échantillons de selles de cas de PFA et d'échantillons d'eaux usées prélevés dans l'environnement. Il s'agit notamment des mesures suivantes : 1) l'isolement des poliovirus, 2) la différenciation intratypique (DIT) des poliovirus isolés, et 3) le séquençage des virus autres que de type Sabin et des virus discordants par DIT afin de déterminer s'il s'agit de PVS, de poliovirus de type Sabin (vaccin) ou de PVDV<sup>4</sup>. Il existe un programme d'assurance qualité qui couvre la détermination de la compétence et l'accréditation annuelles des laboratoires pour la poliomyélite par l'OMS.

Force est de noter que le RMLP élabore actuellement un plan d'action qui lui est propre, centré sur l'alignement de sa structure et de ses fonctions sur les besoins de la phase finale et de l'ère post-certification. Ce plan d'action ne couvre que les aspects de la coordination et de la coopération entre les activités de surveillance en laboratoire et celles sur le terrain.

### **Activité 1. Maintenir la capacité de traitement des échantillons**

À mesure que le programme se rapproche de l'éradication, un système de surveillance extrêmement sensible ne permettant à aucun poliovirus d'échapper à la détection s'impose plus que jamais. Cet objectif prioritaire du programme entraîne une augmentation du nombre d'échantillons recueillis. Par voie de conséquence, le nombre d'échantillons traités via le RMLP augmente chaque année. Le RMLP a traité plus de 10 500 échantillons d'eaux usées et plus de 225 000 échantillons de selles provenant de cas de PFA et de leurs contacts en 2017, soit une augmentation de 3 % par rapport à l'année précédente. Dans 94 % des échantillons de selles, les résultats ont été communiqués dans les 14 jours suivant leur réception. Pour les sujets positifs au poliovirus, les résultats ont été communiqués dans les sept jours suivant la réception pour 91 % des échantillons ayant fait l'objet d'une DIT et pour 92 % de ceux ayant fait l'objet d'un séquençage.

Il est essentiel que le RMLP conserve sa capacité à faire face aux variations soudaines et importantes de la charge de travail sans compromettre la qualité de son travail. Au sein du RMLP, la planification annuelle prévoit une augmentation minimale de 20 % de la charge de travail de chaque laboratoire. Cependant, ce pourcentage devrait être revu à la hausse dans les laboratoires desservant les pays prioritaires, en étroite collaboration avec le programme et sur la base des résultats des évaluations des risques effectuées pour ces pays.

### **Activité 2. Élaborer des plans d'urgence**

Les progrès de la surveillance sur le terrain, y compris l'élargissement de la surveillance à base communautaire (voir l'annexe 5) et l'introduction de la SE (voir l'objectif 2), entraînent une augmentation de la charge de travail des laboratoires, lesquels ont besoin de ressources suffisantes. En fonction de l'épidémiologie et du risque connu de poliomyélite, le programme mettra en œuvre des activités de surveillance supplémentaires susceptibles d'entraîner une augmentation du nombre

<sup>4</sup> WHO Polio Laboratory Manual 4<sup>th</sup> edition (2004). [http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/05/Polio\\_Lab\\_Manual04.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/05/Polio_Lab_Manual04.pdf). Consulté le 15 juin 2018.

d'échantillons parvenant au laboratoire, alors que les attentes quant à la qualité et à la rapidité du traitement des échantillons ne changeront pas.

Une fois la flambée épidémique déclarée, la charge de travail des laboratoires augmente généralement de manière significative à mesure que le programme intensifie toutes les activités de surveillance, telles que l'élargissement de la SE, la conduite d'enquêtes ciblées sur les selles d'enfants sains (voir l'annexe 11) et le lancement de prélèvements d'échantillons systématique chez les sujets contacts de cas de PFA dans les zones de flambée (voir l'annexe 7). En outre, les systèmes de surveillance de la PFA dans le pays de flambée épidémique et dans les pays voisins sont mis en alerte maximale, ce qui entraîne généralement une augmentation importante du nombre de notifications de cas de PFA, et donc une augmentation de la collecte de selles.

Faute de coordination et de coopération très étroites entre le laboratoire et le dispositif de surveillance sur le terrain avant et pendant une augmentation aussi rapide et soudaine du nombre d'échantillons, le programme sera confronté à de graves problèmes, notamment l'accumulation d'échantillons à analyser et le retard dans l'isolement et la caractérisation des poliovirus. Cette situation peut même conduire à une contamination croisée des échantillons de selles<sup>5</sup>. De plus, dans de nombreux pays, la logistique du transport des échantillons du terrain au laboratoire peut être très complexe, en particulier lorsque le laboratoire desservant le pays est physiquement situé dans un autre pays. Il s'avère très difficile de faire en sorte que les échantillons parviennent au laboratoire en temps voulu et en bon état, une situation qui par ailleurs échappe en grande partie au contrôle du programme.

Le RMLP a démontré sa capacité à redistribuer la charge de travail excédentaire non prévue des laboratoires qui sont ses membres. Il est donc important que chaque programme étudie la possibilité de recourir à de nouveaux mécanismes et achemine les échantillons en coordination avec le bureau régional de l'OMS et le RMLP. Les plans d'action nationaux devraient inclure des dispositions allant dans ce sens.

### **Activité 3. Organiser des forums de coordination réguliers à l'intention du personnel de laboratoire et de terrain**

Une intégration étroite entre les activités de surveillance sur le terrain et celles en laboratoire est essentielle. D'une manière générale, le programme d'éradication de la poliomyélite bénéficierait d'une meilleure communication entre le programme pour les laboratoires et celui programme de vaccination, plus particulièrement entre le personnel de surveillance sur le terrain et celui de laboratoire.

---

<sup>5</sup> Report of the 2016 Informal Consultation of the GPLN. ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/03/GPLN\\_Meeting\\_recommendations\\_2016.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/03/GPLN_Meeting_recommendations_2016.pdf)), consulté le 15 juin 2018.

La plupart des activités de surveillance ont une incidence directe sur la charge de travail des laboratoires. Les résultats des analyses en laboratoire influent à leur tour sur l'action programmatique. En effet, toutes les données virologiques, génétiques et épidémiologiques disponibles sont essentielles aux discussions sur les actions programmatiques. Il est également essentiel d'harmoniser les données dans une base de données unique et de s'assurer de ce qui suit : 1) les résultats provenant du laboratoire (y compris les informations sur la qualité des échantillons) sont communiqués au programme de surveillance ; et 2) les résultats des enquêtes sur le terrain sont communiqués au laboratoire. À titre d'exemple, le prélèvement chez les contacts doit être effectué pour les cas de PFA dont l'état des échantillons de selles est jugé mauvais à la réception par le laboratoire (voir l'annexe 7, prélèvement chez les contacts des cas de PFA), et les rapports d'investigation peuvent aider à interpréter les résultats issus du laboratoire et à établir l'ordre de priorité parmi les échantillons à analyser.

En outre, il est essentiel de procéder régulièrement à un rapprochement entre les données de la base de données des cas de PFA du laboratoire et celles de la base de données épidémiologique afin de garantir l'exhaustivité des informations, ainsi qu'une classification finale des cas en temps voulu.

### Tâches à accomplir pour le maintien du Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite

De 2018 à 2020, le programme devrait s'atteler aux tâches énumérées ci-après.

#### Activité 1 : Maintenir la capacité d'analyse des échantillons

- Les laboratoires desservant des pays prioritaires doivent continuer à consigner par écrit les effectifs, l'espace de travail et les fournitures actuels du laboratoire et à procéder à des ajustements au besoin.
- Les laboratoires desservant les pays prioritaires établiront des projections des besoins prévus pour l'année suivante en fonction de l'augmentation de la charge de travail attendue associée à toutes les activités de surveillance liées à la poliomyélite. Cette activité devrait être réalisée avec la participation du personnel du programme de surveillance sur le terrain, et une certaine marge devrait être envisagée en ce qui concerne les moyens prévus.

#### Activité 2 : Élaborer des plans d'urgence

- Les programmes de surveillance nationaux et les laboratoires rattachés, avec l'appui du bureau régional, élaboreront un plan d'urgence pour l'expédition en temps voulu et l'analyse des échantillons, qui couvrira, entre autres, les éléments suivants :
  - Le repérage d'autres itinéraires pour acheminer les échantillons au laboratoire au cas où les dispositions logistiques initiales ne seraient pas applicables.
  - Le repérage de laboratoires de secours régionaux et mondiaux si le laboratoire national/principal ne peut pas faire face à la demande, y compris des moyens supplémentaires pour s'occuper des échantillons provenant de la SE.

- Le coordonnateur régional des laboratoires, avec l'appui du RMLP, veillera à ce que des mesures d'urgence soient prises au niveau régional en accomplissant les tâches suivantes :
  - Mettre en place des moyens supplémentaires au niveau régional, soit à travers une réserve de personnel qualifié pouvant être déployé à brève échéance ou par le repérage d'un laboratoire disposant de moyens importants qui soit capable d'effectuer un travail supplémentaire dans un délai très bref.
  - Effectuer des analyses de laboratoire dans les deux semaines suivant la confirmation d'une épidémie. Ces analyses permettent d'évaluer les éventuels goulots d'étranglement associés à la réception et au traitement des échantillons, ainsi qu'à la communication des résultats des échantillons. C'est à ce moment-là que des solutions aux difficultés recensées ou anticipées devraient être proposées.

**Activité 3 : Organiser des forums de coordination réguliers à l'intention du personnel de laboratoire et de terrain**

- Les agents de la surveillance du pays et leurs homologues des laboratoires organiseront des réunions de coordination régulières entre les équipes de laboratoire et celles de surveillance et en consigneront les délibérations. Ce cadre de coordination devrait être consigné et mentionné dans les rapports sur la situation dans le pays.

Tableau E. Suivi des activités pour l'objectif 4 (souplesse et capacité du RMLP)

Objectif 4. Veiller à ce que le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) garde sa souplesse et conserve sa capacité à répondre aux besoins évolutifs du programme			
Activité	Monde	Régions/sous-régions	Pays prioritaires
1. Maintenir la capacité d'analyse des échantillons			<ul style="list-style-type: none"> <li>Les laboratoires desservant des pays prioritaires consignent par écrit les effectifs, l'espace de travail et les fournitures actuels du laboratoire ; procèdent à des ajustements au besoin</li> <li>Établir des projections des besoins attendus, avec une certaine marge, et les soumettre</li> </ul>
2. Élaborer des plans d'urgence		<ul style="list-style-type: none"> <li>Le bureau régional devra établir un plan de secours pour l'analyse des échantillons pour les pays prioritaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Autres itinéraires de transport repérés</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dresser une liste des agents qualifiés repérés pour un déploiement rapide si nécessaire</li> <li>Évaluation de laboratoires effectuée dans les deux semaines suivant la déclaration d'une flambée épidémique.</li> </ul>		
3. Organiser des forums de coordination réguliers à l'intention du personnel de laboratoire et de terrain			<ul style="list-style-type: none"> <li>Réunions de coordination régulières entre équipes de laboratoire et de surveillance organisées et consignées par écrit</li> </ul>

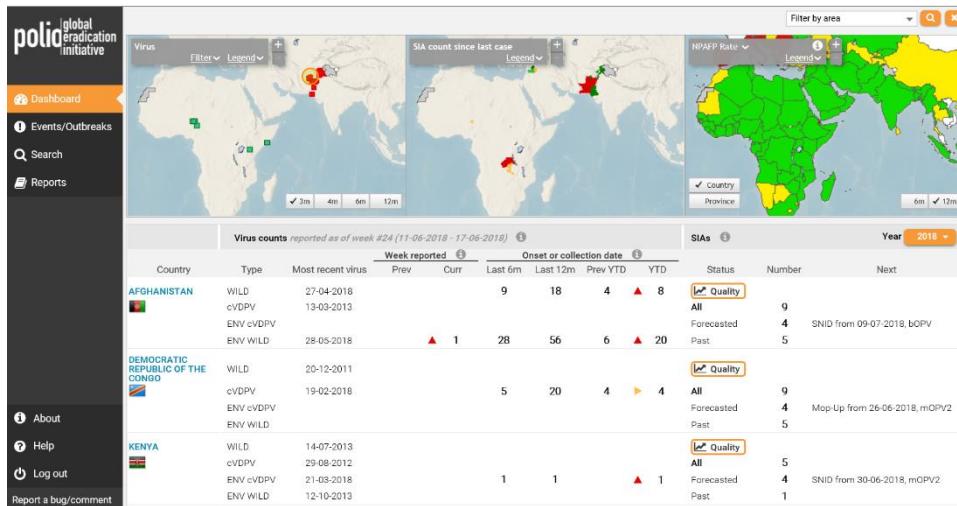
## Objectif 5. Améliorer l'efficacité des systèmes d'information sur la poliomyélite

Améliorer l'efficacité des systèmes d'information sur la poliomyélite		
Objectif principal	Principales activités	Principaux indicateurs de performance
Accroître la fiabilité et l'efficacité de la collecte, de la gestion, de la validation et de l'exploitation des données en vue d'agir	1. Organiser un forum de coordination régulier sur les connaissances et les meilleures pratiques en matière de technologie de l'information sur la poliomyélite	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un ensemble de données et d'indicateurs/définitions de référence utilisés pour l'IMEP</li> </ul>
	2. Consigner par écrit les renseignements sur les systèmes d'information sur la poliomyélite et intégrer ces derniers	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les systèmes sont compatibles et les données normalisées à travers l'ensemble du programme</li> </ul>
	3. Élargir la consignation systématique des renseignements et la validation des données sur les visites de surveillance active et la localisation des cas de PFA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les pays prioritaires ont mis en place un système de suivi et de validation des visites de surveillance active.</li> <li>&gt; 80 % des cas de PFA sont géocodés dans des pays prioritaires</li> </ul>
Suivi assuré par le Siège, les bureaux régionaux et les équipes de soutien interpays de l'OMS et les partenaires de l'IMEP		

### Contexte

Les données provenant des pays sont envoyées aux bureaux régionaux de l'OMS puis téléchargées dans le système d'information sur la poliomyélite de l'OMS (POLIS). Le système POLIS a été conçu pour harmoniser, consolider, analyser et assurer le contrôle de la qualité des données issues de la surveillance de la PFA, de la surveillance environnementale, des activités de vaccination supplémentaires et des analyses en laboratoire. La compilation de ces données dans POLIS donne lieu à un référentiel central qui permet d'accéder à des données, analyses et produits normalisés, facilement disponibles pour les pays et les bureaux régionaux de l'OMS, ainsi que pour un plus grand nombre d'utilisateurs tels que les partenaires de l'IMEP. Les produits incluent des profils de pays concernant l'éradication de la poliomyélite, des tableaux, des cartes, des listes (figure 4) et autres graphiques.

Figure 4. Tableau de bord du système d'information sur la poliomyélite (POLIS)



Source : POLIS, consulté le 13 juin 2018.



### **Activité 1. Organiser un forum de coordination régulier sur les connaissances et les meilleures pratiques en matière de technologie de l'information sur la poliomyélite**

De bons indicateurs de surveillance ne sont pas toujours synonymes de bonne surveillance. Un examen des fondamentaux de la surveillance – une équipe bien formée qui mène des activités de surveillance et, le cas échéant, qui innove pour améliorer la notification en temps opportun – permet d'avoir une compréhension plus globale, couvrant la totalité des processus d'évaluation de la performance de la surveillance. En conséquence, ces évaluations vont « au-delà des indicateurs » pour examiner de manière critique toutes les données disponibles, y compris les indicateurs de processus (par exemple, les indicateurs de mesure de la promptitude) ou les mesures de l'immunité (par exemple, monitoring indépendant, historique du nombre de doses de VPO des cas de PFA, etc.) et le niveau de participation au réseau de surveillance de la PFA.

Il est indispensable que l'IMEP soit en mesure de recueillir et de traiter rapidement des données de surveillance fiables. Les pays adoptent rapidement de nouvelles technologies telles que la notification des cas de PFA au moyen du service de minimessages (SMS) ou l'outil de gestion de données ouvertes (Open Data Kit [ODK]) gratuit et à libre accès pour la consignation par écrit des visites de surveillance. Le recours aux nouvelles technologies est un moyen précieux de consigner de manière fiable ce qui a été entrepris et ce qui ne l'a pas été. Cependant, les pays et les régions progressent à des rythmes différents en ce qui concerne l'introduction et l'utilisation de ces technologies et bénéficieraient d'un échange d'expériences et d'orientations.

### **Activité 2. Consigner par écrit les renseignements sur les systèmes d'information sur la poliomyélite et intégrer ces derniers**

Les programmes de pays et les régions procèdent à l'introduction de nouvelles technologies, telles que la collecte de données sur téléphone mobile, dont certaines ont été utilisées pour des groupes de populations particulières. Ce système d'information basé sur des données électroniques mobiles est indispensable si les pays doivent surveiller de manière systématique et efficace le déroulement de la surveillance en temps quasi réel. Il est primordial que les nombreux systèmes et technologies mis en place puissent être « interopérables » et que les données recueillies puissent être compilées et reliées, quel que soit l'outil de collecte initial.

### **Activité 3. Élargir la consignation par écrit systématique des renseignements et la validation des données sur les visites de surveillance active et la localisation des cas de PFA et des sites de SE**

Il est important de consigner par écrit et de valider (par une estampille indiquant le temps et le lieu géographique) la conduite des visites de surveillance active de la PFA. Cette consignation sera essentielle lors des évaluations au niveau des pays pour connaître la situation du pays concernant l'éradication de la poliomyélite. Dans la Région africaine, la surveillance électronique (e-surv) et l'encadrement bienveillant intégré (EBI) sont maintenant utilisés dans 42 pays – un accomplissement qui permet au programme de mieux suivre aussi bien les indicateurs de surveillance que de processus. Toutefois, cet élargissement n'est pas uniforme et tous les districts ou provinces de ces pays ne font pas

l'objet d'un suivi. D'autres régions et pays de l'OMS s'appuient sur une documentation papier, qui exclut tant l'estampille de temps/lieu géographique que la validation. De plus, ces données ne sont pas systématiquement communiquées au niveau central, pas plus qu'elles ne sont analysées systématiquement.

Une autre difficulté consiste à localiser avec précision les cas de PFA signalés. La collecte de ces données est très utile, par exemple dans les situations de flambée épidémique et de conflit, où elle aide le programme à mieux cerner la localisation exacte des cas de poliomyélite et, par extension, la propagation et la trajectoire possibles du virus. Elle indique également si le système de surveillance fonctionne dans les zones à sécurité comprise ou si la répartition des cas de PFA est cohérente avec la densité de population. Certes, le programme encourage l'utilisation de la géolocalisation des cas de PFA, mais cela n'est pas encore une pratique courante. De janvier à août 2018, 44 % seulement des cas de PFA avaient des coordonnées géographiques dans la Région africaine et la Région de la Méditerranéenne orientale (7 % et 52 %, respectivement) ; sur 68 pays de ces deux régions, 19 (28 %) recueillent régulièrement ces données (8 sur 22 en dans la Région de la Méditerranée orientale et 11 sur 46 dans la Région africaine).

### Tâches à accomplir pour améliorer l'efficacité des systèmes d'information sur la poliomyélite

De 2018 à 2020, le programme s'attèlera aux tâches énumérées ci-après. De plus amples informations sur ces tâches sont fournies dans les annexes visées.

#### Activité 1. Organiser un forum de coordination régulier sur les connaissances et les meilleures pratiques en matière de technologie de l'information sur la poliomyélite

- Créer un forum d'échange d'expériences et de coordination entre spécialistes de POLIS réunissant des représentants de chaque région dans le but 1) d'échanger et d'apprendre les uns des autres, 2) d'examiner les principaux problèmes auxquels chaque région est confrontée sur le plan des nouvelles technologies et des nouveaux systèmes d'information, et 3) harmoniser les orientations données par les bureaux régionaux aux pays.

#### Activité 2. Intégrer les systèmes d'information sur la poliomyélite

- Réaliser un inventaire des systèmes de données sur la poliomyélite en place dans le pays ou les régions et, le cas échéant, en assurer l'intégration – c'est-à-dire intégrer les systèmes régionaux de données sur les AVS et mettre au point une interface entre POLIS et e-surv/(EBI), détection et notification auto-visuelles de la PFA (AVADAR), ou tableaux de bord des pays d'endémie.
- Former tous les bureaux régionaux de l'OMS et les bureaux des équipes de soutien interpays du Bureau régional de l'Afrique aux principales caractéristiques de POLIS, notamment :
  - Comment télécharger des données régionales sur la PFA, la SE et éventuellement les AVS directement dans POLIS (bureaux régionaux uniquement)
  - Vérifier les détails et les caractéristiques des sites de surveillance environnementale et s'assurer que le système POLIS est à jour.

- Encourager la gestion directe des données de référence régionales dans POLIS (par exemple, données démographiques et géographiques) par les bureaux régionaux, ainsi que l'utilisation de définitions et indicateurs standards. Cela permettra une mise à jour rapide des informations et une plus grande précision des données.
- En commençant par les pays endémiques et une équipe d'appui interpays au sein du Bureau régional de l'Afrique, préparer le terrain pour le succès et les acquis à long terme du système de surveillance de la PFA en abandonnant l'ancien système archaïque dit « Information for Action » (IFA) pour un nouveau système IFA.
- Relier la base de données sur le séquençage de nucléotides de poliovirus (PONS) du CDC aux informations de laboratoire de POLIS.
- Mettre en place un système de gestion des données sur les patients infectés par le PVDVi atteints d'IP dans le cadre de POLIS.

**Activité 3. Élargir la consignation et la validation systématique des données sur les visites de surveillance active et la localisation des cas de PFA**

- Examiner et développer/étendre un système de consignation et de validation des visites de surveillance active de la PFA pour les pays prioritaires.
- Les agents de la surveillance des pays doivent veiller au géocodage de tous les cas de PFA. Dans les pays confrontés à des problèmes de sécurité, le géocodage des cas de PFA peut se faire une fois le cas signalé – à l'aide de mesures indicatives ou d'un algorithme avancé de correspondance d'adresses.

**Tableau F. Suivi des activités pour l'objectif 5 (efficacité de la base de données POLIS)**

<b>Objectif 5. Augmenter l'efficacité de la collecte, de la gestion, de la validation et de l'exploitation des données en vue d'agir</b>			
<b>Activités</b>	<b>Monde</b>	<b>Régions</b>	<b>Pays prioritaires</b>
1. Coordonner les connaissances et les meilleures pratiques en matière de technologie de l'information sur la poliomyélite	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Organiser au moins un forum de coordination sur les technologies d'information sur la poliomyélite</li> </ul>		
2. Intégrer les systèmes d'information sur la poliomyélite	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Inventaire des systèmes de données disponibles dans le pays/la région dressé</li> <li>● Une source unique de données de référence est établie pour tous les systèmes de données sur la poliomyélite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tous les membres du personnel régional et ceux de l'équipe d'appui interpays de l'OMS formés à l'utilisation de POLIS</li> </ul>	

<p>3. Élargir la consignation par écrit et la validation des données</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un système de consignation par écrit et de validation des visites de surveillance active est mis au point et pleinement mis en œuvre dans certains pays prioritaires</li> <li>• Tous les cas de PFA sont géocodés</li> </ul>
--	--	--	---

## Objectif 6. Améliorer la gestion et la supervision

Améliorer la gestion et la supervision		
Objectif principal	Principales activités	Principaux indicateurs de performance
Améliorer l'efficacité des opérations du programme de surveillance, de la gestion et des procédures budgétaires	1. Élaborer des plans de surveillance pluriannuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de pays prioritaires dotés de plans de surveillance pluriannuels</li> </ul>
	2. Établir des budgets réalistes pour la surveillance pour chaque pays	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de pays prioritaires ayant développé une budgétisation ascendante</li> </ul>
	3. Cartographier et gérer les ressources humaines – le personnel de surveillance intervenant dans les structures de surveillance de la PFA, de SE et autres infrastructures (personnel et postes vacants du gouvernement et des partenaires)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de pays prioritaires réalisant une cartographie des infrastructures de ressources humaines</li> </ul>
	4. Assurer le suivi et le contrôle de la mise en œuvre des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notes d'information semestrielles sur l'évolution de la surveillance</li> </ul>
	5. Gestion de la transition	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de pays dotés de systèmes de surveillance intégrés</li> </ul>
Suivi assuré par le Siège, les bureaux régionaux et les partenaires sous-régionaux de l'OMS et d'autres partenaires		

### Contexte

La gestion et la supervision de l'IMEP nécessiteront que les responsables des programmes de surveillance apportent leur soutien à la supervision et au contrôle de l'administration des ressources humaines et financières aux niveaux mondial, régional et national. Les gestionnaires devront à cet effet avoir une bonne connaissance de tous les aspects du programme.

### Activité 1. Élaborer des plans de surveillance pluriannuels

Dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan d'action, et afin de s'assurer que tous les plans soient alignés sur la stratégie mondiale révisée d'éradication de la poliomyélite, une planification ascendante couvrant toutes les composantes de la surveillance sera établie pour les pays prioritaires. Pour s'assurer qu'une mesure supplémentaire ne pèse pas davantage sur les capacités des laboratoires, la planification incorporera un examen des capacités des laboratoires.

### Activité 2. Élaborer des budgets réalistes pour la surveillance

La surveillance entraîne plusieurs coûts, et il est important de déterminer avec précision les ressources financières nécessaires au maintien de tous les aspects de la surveillance, y compris les ressources

humaines nécessaires. Le programme travaillera au renforcement des capacités des équipes à préparer et gérer les budgets de la surveillance et à utiliser les dotations de manière judicieuse.

Alors que l'IMEP verse des fonds supplémentaires aux États pour la surveillance et que les activités de surveillance évoluent, se développent et changent avec le temps, les budgets actuels de la surveillance sous-estiment probablement le coût réel de la surveillance de la poliomyélite. La budgétisation et la comptabilité des dépenses doivent faire ressortir des postes budgétaires spécifiques et donner une idée plus réaliste du coût de la surveillance. Des processus de budgétisation seront menés afin de réaliser des estimations plus précises des coûts de la surveillance.

### **Activité 3. Cartographier et gérer les ressources humaines**

Pour favoriser une meilleure compréhension à tous les niveaux et faire en sorte que tous les partenaires aient connaissance des ressources disponibles, une priorité sera accordée à la cartographie des ressources humaines disponibles pour la surveillance, y compris la surveillance sur le terrain (PFA et SE) et la gestion des données. En outre, les capacités du personnel et ses besoins en formation seront examinés.

### **Activité 4. Assurer le suivi et le contrôle de la mise en œuvre des recommandations**

En fin de compte, l'objectif de toutes les activités et tâches décrites est d'accroître la sensibilité de la surveillance, en particulier dans les pays à plus haut risque, à savoir ceux de la Région africaine et de la Région de la Méditerranée orientale. L'équipe de surveillance évaluera également les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés aux niveaux national et infranational.

### **Activité 5. Gestion de la transition**

La structure et les fonctions associées à la surveillance de la poliomyélite se poursuivront au-delà de la certification de l'éradication du PVS (« certification pour la poliomyélite »). Le VPO sera utilisé pendant un certain temps après la certification et, par conséquent, la surveillance de la poliomyélite restera essentielle pour la détection rapide des PVDV et pour l'orientation de la riposte face à une flambée de PVDV.

L'infrastructure actuelle de surveillance de la poliomyélite joue un rôle important dans l'élargissement et le renforcement de la surveillance des maladies à prévention vaccinale (MPV) au-delà de la surveillance de la poliomyélite, et de nombreux pays ont intégré des programmes de surveillance qui incluent la surveillance de la PFA. Pour les pays qui ne disposent pas de programmes intégrés, la planification de la transition permet aux pouvoirs publics, dans le cadre d'une action unie, de continuer à utiliser l'infrastructure de la poliomyélite au-delà de la certification de son éradication et de mettre en place une plateforme de surveillance intégrée. Cette structure est susceptible d'améliorer la surveillance actuelle de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale (SRC) ainsi que d'autres MPV ou de maladies émergentes et réémergentes.

Le document intitulé *Stratégie post-certification de la poliomyélite (SPC)* définit une stratégie globale de planification de la transition des activités de lutte contre la poliomyélite, qui offre aux programmes

de pays une occasion unique de déterminer les domaines et les activités où les enseignements tirés de la surveillance de la poliomyélite et du personnel peuvent constituer un apport en compétences et en expérience<sup>6</sup>. Il sera important que les pays utilisent la SPC pour déterminer un moyen efficace de transformer leur système de surveillance de la poliomyélite actuel en un système qui sera utile au-delà de la certification afin maintenir un monde exempt de poliomyélite.

---

<sup>6</sup> IMEP. Stratégie post-certification de la poliomyélite. (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/polio-post-certification-strategy/>), consulté le 14 juin 2018.

## Tâches à accomplir pour améliorer la gestion et la supervision

De 2019 à 2020, le programme s'attèlera aux tâches énumérées ci-après.

### Activité 1. Élaborer des plans de surveillance pluriannuels

- Aider les régions, les sous-régions et les pays prioritaires à élaborer des plans d'action de surveillance. Il s'agira notamment de :
  - Soutenir l'examen de l'état de mise en œuvre du plan d'action dans les pays du bassin du lac Tchad et promouvoir l'élaboration de plans d'action par pays.
  - Outre le soutien apporté aux pays endémiques et de flambée épidémique, le programme veillera à ce qu'un appui supplémentaire à la surveillance soit fourni à certains pays à haut risque.
  - Les responsables de la surveillance devront faire en sorte que les plans pour les analyses d'échantillons soient examinés avec les équipes de surveillance de laboratoires et que des plans d'urgence soient élaborés
- Pour aider le RMLP à élaborer des plans de contingences appropriés, l'équipe de surveillance fournira des projections sur les expéditions d'échantillons de selles et échantillons environnementaux attendues avec la mise en œuvre complète du plan d'action.

### Activité 2. Élaborer des budgets réalistes pour la surveillance

- S'assurer que le plan d'action de surveillance est financé dans le cadre du plan budgétaire pluriannuel 2019-2023.
- Le programme appuiera l'élaboration et la révision systématiques du budget de la surveillance pour les pays à haut risque et à coût élevé. Certains pays prioritaires établiront des budgets de surveillance ascendants avec le soutien du bureau régional et des partenaires de l'IMEP, en se servant d'un modèle de budget élargi.

### Activité 3. Cartographier et gérer les ressources humaines

- Cartographier l'infrastructure du système de surveillance existant aux niveaux régional et sous-régional, y compris les équipes de soutien interpays du Bureau régional de l'Afrique
  - Renforcer les capacités en accroissant l'appui aux équipes régionales et sous-régionales
  - Renforcer les capacités et la responsabilisation des équipes sous-régionales du Bureau régional de l'Afrique en veillant au déploiement de ressources suffisantes dans les pôles de soutien sous-régionaux et en évaluant l'impact sur les principales réalisations attendues de la surveillance.
- Dans les pays prioritaires, cartographier le système de surveillance existant, y compris les ressources humaines de l'État et des partenaires, et leur participation à la surveillance et à la gestion des données sur la PFA et la SE.
  - Les responsables de la surveillance devront évaluer la performance par rapport aux termes de référence et aux objectifs de la surveillance des provinces/états



- Les responsables de la surveillance devront évaluer l'impact sur la surveillance de la PFA (par exemple, nombre de cas ayant fait l'objet d'une investigation et validés, nombre de visites de surveillance actives effectuées, etc.).

#### Activité 4. Assurer le suivi de la performance et le contrôle de la mise en œuvre des recommandations

- Un plan conjoint de revue externe de la surveillance pour les pays prioritaires de la Région africaine et de la Région de la Méditerranée orientale devra être élaboré
- Les responsables de la surveillance devront consigner par écrit et suivre tous les trimestres l'état d'avancement de la mise en œuvre des principales recommandations des revues de la surveillance et d'autres recommandations liées à la surveillance.
- Les responsables de la surveillance devront examiner et mettre à jour trimestriellement les plans de surveillance des pays prioritaires.

#### Activité 5. Gestion de la transition

- Conformément au plan stratégique 2019-2023, soutenir l'intégration de la surveillance sur le terrain et en laboratoire de la poliomyélite à d'autres systèmes de surveillance. Les maladies sélectionnées pour l'intégration dépendront des priorités régionales/nationales.
- Promouvoir les systèmes d'information de nouvelle génération, en partageant les enseignements tirés des systèmes d'information sur la poliomyélite (y compris POLIS) afin d'optimiser l'utilisation des données aux fins du suivi des programmes de vaccination et la surveillance des MPV.
- Prendre en charge les coûts des fonctions essentielles de la surveillance de la poliomyélite qui doivent être maintenues après la certification dans les pays pendant une période estimée et, lorsque cela est possible, effectuer des études et des estimations de coûts similaires pour d'autres MPV, notamment le coût potentiel de la mise en place et du maintien de systèmes de surveillance de haute qualité.

**Tableau G. Suivi des activités pour l'objectif 6 (améliorer la gestion et la supervision)**

<b>Objectif 6 : Améliorer l'efficacité des opérations du programme de surveillance, de la gestion et des procédures budgétaires</b>			
<b>Activités</b>	<b>Monde</b>	<b>Régions</b>	<b>Pays prioritaires</b>
1. Élaborer des plans de surveillance pluriannuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des orientations sur l'élaboration d'un plan de surveillance pluriannuel</li> <li>• Fournir un soutien aux laboratoires pour le développement de plans de contingences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider les pays à élaborer des plans pluriannuels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer le plan d'action 2019-2020 pour certains pays prioritaires</li> </ul>
2. Élaborer des budgets réalistes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir un modèle et revoir les budgets</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner les budgets des pays</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer des budgets de la surveillance ascendants</li> </ul>

pour la surveillance			
3. Cartographier et gérer les ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographier et gérer les ressources humaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographier et gérer les ressources humaines</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographier et gérer les ressources humaines</li> <li>• Entreprendre des évaluations de performance régulières</li> </ul>
4. Assurer le suivi de la performance et le contrôle de la mise en œuvre des recommandations	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolider les plans pour des revues de surveillance externes et fournir un soutien technique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer un plan de revues externes de la surveillance pour la région</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer le suivi trimestriel des processus de surveillance dans le cadre de réunions d'examen trimestrielles</li> <li>• Suivre les progrès de la mise en œuvre par rapport aux objectifs</li> </ul>
5. Gestion de la transition	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planification conjointe et examen des performances pour certains pays prioritaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appui régional à l'intégration de la surveillance de la poliomyélite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le mandat du personnel de terrain concernant la surveillance a été élargi de sorte à inclure d'autres maladies et systèmes de notification dans certains pays prioritaires</li> </ul>

## ANNEXES

### Annexe 1. Définitions des termes couramment utilisés dans la surveillance de la poliomyélite

**Surveillance active (général)** : les autorités sanitaires visitent régulièrement les sites de notification (par exemple, les établissements de santé) pour identifier les personnes chez qui on a diagnostiqué des maladies ou des affections d'intérêt. Elle est dite « active » parce que les autorités sanitaires identifient *activement* les cas. (Poliomyélite) Visites de routine des responsables de la surveillance dans les sites de notification prioritaires afin d'identifier les cas de PFA non déclarés. L'exercice consiste à examiner physiquement des dossiers et registres médicaux ainsi qu'à organiser des entretiens avec les fournisseurs de soins pour identifier les cas suspectés de PFA. Les sites de notification ciblés pour la surveillance active sont ceux qui sont les plus susceptibles de prendre en charge les patients atteints de PFA (par exemple grands hôpitaux, grandes cliniques pédiatriques, centres de physiothérapie). D'autres caractéristiques peuvent être prises en compte dans l'algorithme d'établissement des priorités, comme la proximité des zones inaccessibles et un site situé dans un camp de population à risque élevé.

**Paralysie flasque aiguë** : l'apparition soudaine d'une paralysie ou d'une faiblesse dans n'importe quelle partie du corps d'un enfant de moins de 15 ans ou d'une personne de tout âge atteinte de maladie paralytique si un clinicien suspecte une poliomyélite.

**Recherche ad hoc de cas** : une activité de surveillance extraordinaire et ponctuelle menée pour repérer les cas de PFA non signalés. Cela peut se faire par le biais de la revue des dossiers des établissements de santé et par des entretiens avec les prestataires de soins (dans les établissements) et avec les responsables des communautés et les parents (au sein de la communauté). Il s'agit d'une activité ad hoc qui renforce les activités de surveillance active de routine à court terme en fonction de certains critères, tels qu'un nouvel événement ou une épidémie ou lorsque d'autres lacunes en matière de surveillance sont identifiées.

**Prélèvements adéquats de selles (échantillons)** : deux échantillons de selles prélevés dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, à au moins 24 heures d'intervalle, tous deux reçus en bonne condition dans un laboratoire accrédité par l'OMS. « En bonne condition » étant défini comme la preuve que la chaîne du froid inverse a été maintenue sans signe de dessiccation ou de fuite de l'échantillon.

**Surveillance environnementale ad hoc** : le prélèvement et l'analyse ciblés d'échantillons environnementaux (eaux usées) provenant de plusieurs sites désignés dans différentes villes/zones dans des circonstances exceptionnelles et pour une période limitée (pas moins de six mois).

**Surveillance à base communautaire (SBC)** : approche de surveillance dans laquelle des membres formés de la communauté sont recrutés pour signaler des cas suspectés de PFA, selon la définition simple du cas. À ce titre, la surveillance à base communautaire assure un lien supplémentaire entre les collectivités et le système de surveillance des établissements de santé. Les activités de détection des cas au titre de la surveillance à base communautaire se déroulent à l'extérieur d'un établissement de santé, et les

personnes qui réalisent les activités de détection des cas sont des membres de la communauté et non des professionnels de la santé.

**Bénévoles de la communauté** : personnes au sein des communautés identifiées pour appuyer la surveillance à base communautaire. Ces personnes sont formées pour signaler les cas suspectés de PFA aux points focaux désignés de la PFA.

**Prélèvements chez les contacts** : prélèvement et analyse d'échantillons de selles provenant de sujets contacts de cas de PFA. Un contact avec un cas de PFA est défini comme un enfant de moins de cinq ans qui a eu un contact direct avec le cas de PFA dans la semaine précédant l'apparition de la paralysie ou dans les deux semaines suivant l'apparition de la paralysie. Pour tout cas de PFA avec échantillons de selles **inadéquats**, un échantillon de selles doit être prélevé auprès de trois contacts proches, de préférence des enfants de moins de cinq ans qui sont membres de la famille, amis proches ou voisins immédiats du cas de PFA. Le prélèvement chez des sujets contacts de cas de PFA avec échantillons de selles **adéquats** est superflu et n'est pas recommandé, sauf dans des conditions particulières.

**Surveillance environnementale (SE) des poliovirus** : prélèvement et analyse de routine d'échantillons environnementaux (c'est-à-dire d'eaux usées) à des endroits désignés qui drainent les populations ciblées.

**Surveillance passive (général)** : rapports de routine sur les maladies ou les affections d'intérêt provenant des sites de notification (par exemple, les établissements de santé) et destinés aux autorités sanitaires. Elle est dite « passive » parce que les autorités sanitaires comptent sur les sites de notification pour rapporter des événements de santé publique. (*Poliomyélite*). Les sites de notification informent les responsables de la surveillance des cas suspects de PFA. Les sites de notification transmettent également des rapports hebdomadaires de surveillance de la PFA aux responsables de la surveillance chargés de répertorier le nombre de cas suspects de PFA détectés pendant la semaine, et ceci, même lorsqu'aucun cas suspect n'a été détecté (c'est-à-dire déclaration négative).

**Réseau de notification** : la liste complète des sites qui signalent les cas suspectés de PFA aux autorités sanitaires d'une unité administrative. Le réseau est composé de fournisseurs formels et informels de soins et d'établissements de santé, issus des secteurs privé et public, de la surveillance à base communautaire (le cas échéant) et d'autres intervenants clés comme les vétérinaires et les pharmaciens.

**Site de notification** : unité de base d'un réseau de notification. Tout établissement ou individu qui détecte et signale des cas suspectés de PFA aux autorités sanitaires. Il peut s'agir d'établissements de santé, de guérisseurs traditionnels et de membres de la communauté tels que l'ancien du village.

**District silencieux** : un district silencieux est le district ou la zone (ou unité administrative) qui n'a pas rapporté un seul cas de PFA dans une période allant de 6 à 12 mois ou plus, selon la taille de la population et le contexte de l'éradication de la poliomyélite (certifié libre de polio, endémique,

épidémie). Ce taux est basé sur un taux de PFA non poliomyélitique de deux pour 100 000 enfants de moins de 15 ans par année.

**Populations particulières** : Groupes ou populations « non desservis ou mal desservis » par le système normal de fourniture de soins. Cela peut être dû au dysfonctionnement du système de santé, au manque d'accès des populations aux systèmes de santé ou à l'absence de comportements de recherche de soins, certaines populations choisissant de ne pas accéder aux systèmes de santé. Les systèmes de santé servent de base aux activités de surveillance, en particulier la surveillance au sein des établissements de santé.

**Caractère adéquat des selles** : deux échantillons de selles prélevés à plus de 24 heures d'intervalle, tous deux dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, et reçus dans un laboratoire accrédité par l'OMS en bon état (c'est-à-dire que l'échantillon doit peser au moins 8 grammes et que la chaîne du froid inverse doit être maintenue au prélèvement et à la réception dans un laboratoire accrédité par l'OMS sans signe de dessiccation ou de fuite).

**Enquête ciblée sur les selles des enfants en bonne santé** : prélèvement et analyse d'échantillons de selles d'enfants en bonne santé à haut risque dans les régions où l'on suspecte fortement la présence d'un virus en circulation. À cette fin, un enfant en bonne santé : 1) ne souffre pas de PFA ; 2) est âgé de moins de 15 ans, de préférence de moins de cinq ans et de moins de deux ans si possible ; et 3) n'est pas en contact étroit avec un cas de PFA.

**Déclaration négative** : notification aux autorités de santé publique par un site de notification qu'aucun cas de PFA n'a été détecté pendant une période donnée, généralement une semaine (rapport « zéro cas »). Méthode utilisée par les autorités sanitaires pour faire la distinction entre les sites de notification qui effectuent une surveillance et ne détectent pas de cas de PFA et les sites de notification qui n'effectuent pas de surveillance du tout.

## Annexe 2. Audit de la surveillance de la PFA

Tous les pays doivent procéder à un audit approfondi de leur performance en matière de surveillance de la PFA, en accordant une attention particulière à l'identification, à la cartographie et à l'estimation de la taille des populations dans les zones à haut risque, dont l'accès est compromis ou difficile. Ces zones et ces populations nécessitent des plans spéciaux ainsi que des stratégies et des ressources supplémentaires. Ces plans doivent également être actualisés régulièrement. L'évaluation, l'identification et la cartographie des risques doivent être élaborées en étroite collaboration avec les ministères de la Santé et les autorités à tous les niveaux du pays, si possible, et adaptées au contexte du pays.

Le processus d'audit de la performance, d'évaluation des risques et de cartographie comprend les étapes suivantes :

1. Revue de la performance de la surveillance de la PFA, en accordant une attention particulière à la surveillance active et passive.
2. Cartographie des ressources humaines (toutes sources confondues) disponibles pour la surveillance et l'évaluation de leur contribution à la surveillance de la PFA.
3. Examen de la capacité et des besoins de formation des ressources humaines disponibles en matière de surveillance.
4. Cartographie de toutes les zones où l'accès et la sécurité sont compromis, les mettre à jour régulièrement à partir de toutes les données disponibles sur l'accessibilité, grâce au Bureau de la coordination des affaires humanitaires (BCAH), le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), les cartes *ReliefWeb*, les organisations non gouvernementales (ONG), et d'autres sources.
5. Cartographie de toutes les zones difficiles d'accès qui peuvent nécessiter une planification logistique spéciale.
6. Cartographie de toutes les populations difficiles à atteindre ou mal desservies : réfugiés, populations déplacées à l'intérieur de leur pays (PDI), migrants économiques, populations nomades, communautés de pêcheurs, communautés minières, communautés frontalières, populations des minorités ethniques, et autres.
7. Cartographie et recensement de toutes les ressources de la région : prestataires et établissements de soins (publics et privés, à but lucratif et non lucratif, militaires et civils), acteurs communautaires clés (dirigeants, guérisseurs traditionnels, chefs religieux), ONG, agences humanitaires et corps médical de l'armée, si nécessaire dans quelques situations particulières.
8. Utiliser des indicateurs distincts pour évaluer les risques, identifier les lacunes et classer les unités administratives, comme les districts et les sous-districts. Cette analyse de risques devrait couvrir les aspects suivants :
  - Risque de rater la transmission du poliovirus
  - Risque d'importation
  - Risque de transmission et de propagation du virus
  - Risque d'émergence d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV)

9. Élaborer des plans pour faire face à ces risques, combler les lacunes et assurer la portée et la représentativité géographique et démographique de la surveillance. Les sections suivantes du présent document mettent en évidence différentes stratégies et activités qui peuvent être incluses dans les plans nationaux, notamment le suivi de la mise en œuvre du plan en examinant des données désagrégées.

## Annexe 3. Populations particulières

<b>Définition</b>	Groupes ou populations « non desservis ou mal desservis » par le système normal de fourniture de soins. Il peut s'agir de populations mobiles ou de personnes résidant dans des zones difficiles d'accès.
<b>Catégories</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Populations mobiles : nomades et migrants saisonniers (par exemple travailleurs agricoles ou miniers, fabricants de briques, ouvriers du bâtiment, etc.).</li> <li>2. a) réfugiés et PDI dans les camps et b) personnes vivant dans les communautés d'accueil</li> <li>3. Populations particulières dans les zones habitées (p.ex., populations transfrontalières, bidonvilles urbains, insulaires, pêcheurs, etc.).</li> <li>4. Populations inaccessibles</li> </ol>
<b>Identification &amp; cartographie</b>	<p>Il est important d'identifier et de dresser le profil de ces populations :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Emplacement géographique, taille de la population, itinéraire des déplacements, chronologie et saisonnalité des déplacements</li> <li>• Accès aux services de santé, propension à se faire soigner, capacité du réseau de surveillance actuel (établissements de santé, au niveau de la communauté) à détecter les cas de PFA au sein des populations particulières</li> <li>• Identification des prestataires de services (publics et privés, y compris les ONG, les organisations confessionnelles, etc.)</li> <li>• Statut d'immunité</li> <li>• Existence d'activités de communication ciblant ces populations particulières</li> </ul>
<b>Raison d'être des activités spéciales pour atteindre des populations particulières</b>	<p>Ces populations peuvent être plus vulnérables à la maladie ; plus grande probabilité d'y rater la transmission et de propager le virus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les populations mal desservies peuvent ne pas être couvertes par le système de surveillance.</li> <li>• L'immunité de la population est probablement plus faible en raison du faible taux de vaccination.</li> <li>• Les nombreux déplacements les rendent susceptibles de propager le virus a des populations vulnérables.</li> </ul>
<b>Stratégies de surveillance</b>	<i>1. Populations vivant dans des zones à sécurité compromise</i>



<p><b>applicables aux populations particulières</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie et analyse de l'accès avec identification des partenaires et des factions clés ainsi que de la dynamique et de l'évolution démographiques</li> <li>• Négociation de l'accès</li> <li>• Sensibilisation et information des forces armées, des partenaires et de la communauté concernés sur la poliomyélite et la notification des cas</li> <li>• Révision du réseau de surveillance, recensement et formation des points focaux appropriés pour la déclaration des cas, c'est-à-dire la surveillance au sein de la communauté, le cas échéant</li> <li>• Activité périodique de recherche active de cas dans les établissements communautaires et de soins</li> <li>• Prélèvement chez les sujets contacts de cas de PFA (un échantillon, trois contacts)</li> <li>• Réalisation d'enquêtes sur les selles d'enfants en bonne santé (annexe 11) et d'une surveillance environnementale ad hoc (annexe 10), à décider en coordination avec les équipes nationales et régionales de l'OMS.</li> <li>• Assurer le suivi de l'accès et l'analyse des données désagrégées</li> </ul>
	<p><i>2. Populations nomades</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographier et dresser le profil de ces populations avec les responsables ou les personnes désignées pour servir de points focaux en matière de surveillance</li> <li>• Déterminer les itinéraires de ces populations et cartographier les établissements et prestataires de soins situés le long de l'itinéraire</li> <li>• Sensibiliser les populations et les prestataires</li> <li>• Entreprendre des activités de sensibilisation des marchés le long de l'itinéraire des nomades et à proximité des points d'eau et des camps</li> <li>• Établir un contact régulier avec le point focal pour les rappels sur l'établissement des rapports et le retour d'information</li> <li>• Effectuer des recherches actives lors des grands rassemblements de groupes nomades pendant les AVS et les services mobiles de sensibilisation</li> <li>• Réaliser le prélèvement d'échantillons chez les sujets contacts des cas de PFA (un échantillon, trois contacts)</li> <li>• Réaliser des enquêtes sur les selles d'enfants en bonne santé (à décider en coordination avec les équipes nationales et régionales de l'OMS)</li> </ul>

	<p>Une approche similaire sera utilisée pour d'autres groupes de population mobiles, le cas échéant - par exemple, les migrants saisonniers tels que les travailleurs agricoles ou miniers, les fabricants de briques ou les ouvriers du bâtiment.</p>
	<p><i>3a. Réfugiés/PDI dans les camps</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identification d'un point focal pour la surveillance de la PFA dans les camps (camps de personnes déplacées ou de réfugiés) à inclure dans le réseau de surveillance</li> <li>• Profil des nouveaux arrivants (origine et statut vaccinal)</li> <li>• Recherche active de cas dans les centres de santé des camps et pendant les AVS</li> <li>• Prélever des échantillons chez les sujets contacts des cas de PFA (un échantillon, trois contacts)</li> <li>• Prélèvement d'échantillons d'enfants en bonne santé (nouveaux enfants de moins de cinq ans)</li> <li>• Mise en place d'une équipe permanente de vaccination/surveillance</li> </ul> <p><i>3b. PDI informels et réfugiés dans la communauté d'accueil :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier les informateurs clés de la communauté à inclure dans le réseau de surveillance</li> <li>• Fournir des outils de sensibilisation</li> <li>• Mise en place d'une équipe communautaire de suivi des personnes déplacées et des réfugiés (équipe de suivi)</li> <li>• Identifier les attitudes vis-à-vis de la recherche de soins de santé</li> <li>• Ajuster le réseau de surveillance</li> <li>• Effectuer des recherches actives de cas pendant les AVS et les activités mobiles</li> <li>• Prélever des échantillons chez les sujets contacts des cas de PFA (un échantillon, trois contacts)</li> <li>• Prélèvement d'échantillons d'enfants en bonne santé (établissements de santé fréquentés par les PDI ou les réfugiés)</li> </ul>
	<p><i>4. Populations particulières dans les zones habitées (populations transfrontalières, bidonvilles urbains, habitants des îles, pêcheurs, miniers, etc.).</i></p> <p><i>Populations transfrontalières</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie des postes-frontière officiels et non officiels</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartographie des mouvements saisonniers</li> <li>• Estimation des moyennes des flux de population</li> <li>• Cartographier et dresser le profil des villages/peuplements, des populations spéciales, de la sécurité et de l'accès, des lieux de rassemblement des deux côtés de la frontière</li> <li>• Cartographier les zones d'un district/pays accessibles uniquement depuis le district ou le pays voisin</li> <li>• Cartographie du réseau de surveillance des deux côtés</li> <li>• Identifier les organisations qui travaillent aux points d'entrée et de sortie de la frontière (par exemple immigration, services de santé portuaires, police).</li> <li>• Orientation et sensibilisation des populations et des prestataires de soins des deux côtés</li> <li>• Recours à d'autres stratégies             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Recherche active de cas des deux côtés dans la communauté (points d'entrée, sites de vaccination permanents, marchés) et dans les formations sanitaires</li> <li>– S'il y existe des zones à sécurité compromise ou des populations particulières comme des réfugiés ou des déplacés internes, mettre en œuvre les activités/stratégies spécifiques proposées</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Bidonvilles urbains</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Établir le profil des communautés et de leur origine</li> <li>• Étude des comportements de recherche de santé et modification du réseau de surveillance</li> <li>• Effectuer des recherches actives de cas</li> <li>• Envisager d'ajouter des sites de SE</li> </ul>
<p><b>Défis et enjeux prévus</b></p>	<p>La surveillance des populations particulières est confrontée à des défis tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficultés de cartographie et d'estimation de la population</li> <li>• Absence de coordination avec les intervenants</li> <li>• Manque d'engagement communautaire</li> <li>• Coût élevé des ressources supplémentaires et de la logistique (formation, transport, supervision, suivi)</li> <li>• Absence de sécurité</li> </ul>
<p><b>Conseils pour réussir</b></p>	<p>La surveillance des populations particulières est facilitée par les faits suivants :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'équipes spéciales dédiées à la surveillance au sein des populations particulières</li> <li>• Collaboration étroite avec les partenaires (HCR, OIM, ONG, société civile, services vétérinaires, etc.)</li> </ul>
<b>Suivi et évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer une analyse désagrégée pour garantir la couverture et la qualité de la surveillance par groupes de population (en commençant par une collecte de données appropriée)</li> <li>• Effectuer régulièrement une cartographie et une évaluation des risques</li> <li>• Examiner/évaluer la mise en œuvre des plans</li> <li>• Impliquer les partenaires dans le monitoring indépendant</li> </ul>

## Annexe 4. Recherche active ad hoc de cas de PFA

<b>Définition</b>	<p>La recherche active ad hoc de cas (RAC) est une activité de surveillance extraordinaire et ad hoc menée pour repérer les cas de PFA non notifiés.</p> <p>Cela se fait au moyen d'une recherche rétrospective dans les dossiers des établissements de santé et par des entretiens avec les prestataires de soins de santé (dans les établissements) et avec les responsables des communautés et les parents (au sein de la communauté). Il s'agit d'une activité ad hoc qui renforce les activités de surveillance active de routine à court terme en fonction de certains critères, tels qu'un nouvel événement ou une épidémie ou lorsque d'autres lacunes en matière de surveillance sont identifiées.</p>
<b>Raison d'être et indications</b>	<p>Ce type de recherche vise à accroître la sensibilité de la détection des cas de PFA dans les régions qui font l'objet d'une surveillance sous-optimale ou qui connaissent de nouveaux risques épidémiologiques. Cette activité peut aider à détecter les lacunes du système de surveillance de la PFA lorsque de nouveaux événements ou épidémies surviennent - et elle peut aider à compléter les activités au début d'un plan d'intervention.</p> <p>Les conditions qui peuvent justifier une telle recherche sont les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Activités pour lesquelles une opportunité se présente de rechercher des cas de PFA, par exemple en faisant du porte-à-porte lors de prospections visant à recueillir des données géospatiales, lors de la vaccination de populations nouvellement accessibles (réfugiés ou PDI provenant de régions inaccessibles) ou lors d'AVS dans le cadre d'un examen des dossiers cliniques.</li> <li>2. Événements, épidémies et autres déclencheurs       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) En cas d'événement ou d'épidémie de poliomyélite           <ol style="list-style-type: none"> <li>i) Dans le cadre de l'enquête, des recherches rétrospectives de cas et des recherches ad hoc actives de cas sont effectuées dans les établissement de santé.</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>ii) Dans le cadre d'une surveillance accrue par l'activation de la recherche de cas et l'examen des dossiers de la PFA</li> <li>b) Autres éléments déclencheurs             <ul style="list-style-type: none"> <li>i) Incohérence entre les résultats de la surveillance environnementale (SE) et ceux de la surveillance de la PFA (c'est-à-dire lorsque le PVS ou le PVDV est détecté au travers de la SE et non par la PFA).</li> <li>ii) Grappe de cas compatibles avec la poliomyélite dans le temps et dans l'espace</li> </ul> </li> </ul> <p>Pendant la mise en œuvre ou l'amélioration de la surveillance de la PFA, la RAC peut combler une lacune en matière de surveillance à court terme :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) L'arrivée et l'installation de populations importantes, telles que des déplacés internes, des réfugiés et des nomades venant de zones à haut risque ayant récemment connu une épidémie ou un cas de poliomyélite</li> <li>b) Nouvel accès à des zones auparavant inaccessibles</li> <li>c) Zones ou districts silencieux</li> <li>d) Zones de surveillance peu performantes*</li> <li>e) Lorsque l'analyse de la surveillance révèle des lacunes dans la performance de l'activité</li> </ul> <p>* Bien qu'une recherche de cas dans les établissements de santé puisse être recommandée dans de telles situations, une recherche de cas au sein de la communauté n'est pas recommandée à moins qu'elle ne soit justifiée par un examen plus poussé.</p>
<p><b>Procédure (Étapes)</b></p>	<p>La mise en place d'une RAC peut nécessiter des ressources importantes ; il est donc crucial de définir des paramètres clairs, notamment la portée géographique, la population cible et la période d'intérêt (habituellement les six derniers mois). Par exemple, la portée géographique de la RAC sera définie en fonction de l'examen de l'information provenant des évaluations des risques liés aux épidémies, de l'épidémiologie actuelle et de la génétique des nouveaux cas de poliomyélite ou d'autres facteurs de risque importants afin d'identifier les cas non notifiés. Lorsque</p>

	<p>des échantillons positifs de surveillance environnementale existent, mais pas de cas de PFA, la portée géographique peut être plus complexe en raison de la zone couverte, ce qui entraîne des considérations supplémentaires en matière de planification.</p> <p>Selon la situation, la RAC comprend l'ensemble ou un sous-ensemble des activités suivantes. Les étapes ci-dessous peuvent être prises en compte dans la mise en place des activités de la RAC, mais il est important de les circonscrire afin que la recherche ne devienne pas plus vaste et plus exigeante en ressources que de raison. Les activités devraient être systématiquement documentées tout au long du processus.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Effectuer une analyse des indicateurs de surveillance de la PFA</li> <li>2. Décider si la recherche se fera dans un établissement de santé ou au sein de la communauté (habituellement les deux)</li> <li>3. Élaborer des outils (par exemple liste de contrôle, formats de rapport) pour consigner le processus et les résultats de la recherche active</li> <li>4. Effectuer une analyse de sous-groupe pour déterminer si la surveillance touche tous les sous-groupes d'une population</li> <li>5. Envisager de demander l'aide d'ONG pour les zones inaccessibles</li> <li>6. Former ceux qui effectueront les recherches</li> <li>7. Définir des mécanismes de notification pour les cas de PFA identifiés</li> <li>8. Mettre en place un solide mécanisme de supervision et de suivi sur le terrain</li> </ol> <p><i>Étapes supplémentaires de RAC dans les établissements de santé</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Répertoire et dresser le profil de tous les établissements de santé au sein et en dehors du réseau de notification (public, privé, traditionnel)</li> <li>2. Les recherches rétrospectives devraient porter sur les cas de PFA non notifiés jusqu'à six mois avant le début de la</li> </ol>
--	--

	<p>recherche. (Interroger les prestataires de soins, examiner les registres des formations sanitaires, se rendre dans les services)</p> <p><i>Étapes supplémentaires de RAC au sein de la communauté</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cartographier et dresser le profil des zones et des populations et identifier les leaders ou les personnes-ressources</li> <li>2. S'assurer de la collaboration de la communauté pour la collecte et la facilitation de l'information (par exemple, PDI/réfugiés : identifier les anciens parmi les PDI/réfugiés, Comité de gestion des camps, informateurs dans la communauté d'accueil des PDI, etc.)</li> <li>3. Recherche de cas de porte-à-porte, recherche de cas dans la communauté</li> </ol> <p>Tous les cas de PFA identifiés par la RAC doivent être ajoutés à la liste des cas de PFA et doivent suivre les directives relatives aux investigations de cas de PFA, notamment le prélèvement d'échantillons de selles dans les 60 jours suivant l'apparition de la paralysie et les directives relatives au prélèvement d'échantillons des sujets contacts.</p> <p><i>Fréquence</i></p> <p>Il s'agit généralement d'une activité ponctuelle qui doit être effectuée lorsque de nouveaux événements ou de nouvelles épidémies sont déclarés dans le cadre de la réponse initiale.</p> <p>Autres situations où cette activité pourrait être envisagée, si elle ne constitue pas une charge supplémentaire pour les ressources/programme :</p> <p>Lorsque l'occasion se présente dans des zones totalement ou partiellement inaccessibles</p> <p>Tous les trois à six mois dans les zones récemment accessibles où les services de santé sont perturbés.</p>
--	---



<b>Défis et enjeux prévus</b>	<p>La RAC est confrontée à divers problèmes, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de ressources : personnel ou superviseurs non formés, documentation insuffisante ou ressources financières insuffisantes</li> <li>• Questions liées à la sécurité</li> <li>• Manque d'accès, mauvaise qualité ou non-disponibilité des dossiers des formations sanitaires</li> <li>• Contraintes logistiques pour atteindre les communautés et les établissements de santé</li> </ul>
<b>Facteurs habilitants et conseils pour réussir</b>	<p>La RAC est facilitée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La participation de la communauté</li> <li>• La présence d'ONG dans des zones inaccessibles</li> <li>• Une analyse minutieuse et approfondie pour classer par ordre de priorité (selon les besoins) les zones, les populations ou les établissements de santé appropriés en fonction des modèles de notification</li> <li>• Personnel de terrain compétent et motivé, superviseurs expérimentés</li> <li>• Bonne documentation de la recherche active de cas</li> </ul>
<b>Interprétation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La détection des cas de PFA non notifiés révèle des lacunes dans le réseau de notification des PFA.</li> <li>• L'examen rétrospectif des dossiers des formations sanitaires du réseau de notification permettra de déterminer si les sites désignés ont fait l'objet d'une surveillance active régulière.</li> <li>• Les entretiens avec les prestataires de soins de santé traditionnels ou les praticiens du secteur privé permettront de savoir si l'équipe de surveillance locale les a orientés et les a contactés. Ils peuvent également mettre en évidence la nécessité de revoir le réseau de notification.</li> </ul>
<b>Suivi et évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de cas de PFA non notifiés détectés par la RAC 1) dont l'apparition est inférieure à 60 jours et 2) dont l'apparition est supérieure à un délai compris entre 60 jours et six mois (ou plus)</li> <li>• Nombre de communautés et d'établissements de santé où des cas de PFA non notifiés ont été découverts au cours du processus</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Évaluer l'impact de cette activité sur l'ensemble du système de surveillance, documenter tout changement apporté aux réseaux de surveillance active ou de notification de routine, et élaborer et mettre en œuvre des plans d'amélioration, au besoin</li></ul>
--	---

## Annexe 5. Surveillance à base communautaire

<b>Définition</b>	<p>La surveillance à base communautaire (SBC) est une approche de surveillance dans laquelle des membres formés de la communauté sont recrutés pour signaler des cas suspectés de PFA, selon la définition simple de cas à un point focal désigné. À ce titre, la surveillance à base communautaire assure un lien supplémentaire entre les collectivités et le système de surveillance des établissements de santé.</p> <p>Il est important de noter que les activités de détection des cas au titre de la surveillance à base communautaire se déroulent à l'extérieur d'un établissement de santé, et les personnes qui les réalisent sont des membres de la communauté et non des professionnels de la santé.</p>
<b>Raison d'être et indications</b>	<p>La surveillance à base communautaire peut accroître la sensibilité et la rapidité de la détection des cas de PFA. Elle peut aussi accroître la participation et l'adhésion de la communauté.</p> <p>La surveillance à base communautaire est recommandée au cas par cas lorsque la surveillance dans les établissements de santé ne peut être effectuée ou ne fonctionne pas de façon optimale, particulièrement dans les populations à risque élevé ou dans les régions où les risques de transmission, d'importation ou d'émergence de poliovirus non détectés sont élevés. Il s'agit des situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zones à sécurité compromise</li> <li>• Populations particulières (réfugiés, personnes déplacées, migrants économiques, bidonvilles urbains, communautés de pêcheurs, communautés minières, communautés religieuses, nomades, minorités ethniques et linguistiques, populations éloignées ou dispersées)</li> <li>• Populations qui font confiance à la médecine traditionnelle et qui sont moins susceptibles de se faire soigner dans un établissement de santé</li> </ul>
<b>Procédure (Étapes)</b>	<p>La surveillance à base communautaire intègre les activités suivantes :</p>

	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cartographier les zones et les populations à haut risque et évaluer dans quelle mesure le système actuel de surveillance de la PFA couvre bien ces populations.</li><li>2. Pour toutes les zones à haut risque, répertorier et dresser le profil de tous les établissements de santé et les prestataires de soins (publics et privés), toutes les agences humanitaires (institutions du système des Nations Unies, etc.), et toutes les ONG.</li><li>3. Identifier les principaux acteurs de la communauté (chefs locaux et religieux, guérisseurs traditionnels) pour les encourager à soutenir la surveillance à base communautaire. Les sensibiliser et les informer sur la poliomyélite et sur la détection et la notification des cas de PFA.</li><li>4. Conjointement avec les dirigeants de la communauté, choisir des bénévoles en fonction de leur niveau d'éducation, de leur connaissance de la région, de leur affiliation à certaines communautés et groupes de population, de leur résidence dans la communauté assignée, de leur âge et de leur sexe en fonction de la culture et des normes de la communauté, de leur franc-parler et de leur bonne réputation, de la confiance qu'ils inspirent à la communauté et de leur acceptation par celle-ci.</li><li>5. Former les bénévoles de la communauté à l'aide de matériel didactique simple axé sur la définition de cas, les politiques d'enregistrement et de notification, les procédures de prélèvement et de manipulation des selles, et les rôles et responsabilités.</li><li>6. Les bénévoles de la communauté rechercheront activement des cas de PFA dans la communauté grâce aux rumeurs, aux visites à domicile ou aux guérisseurs traditionnels et aux chefs religieux. Ils conserveront également, dans la mesure du possible, des dossiers sur l'état vaccinal et les données démographiques de base pour chaque famille et chaque enfant visité.</li></ol>
--	--

	<p>7. Une fois que le bénévole de la communauté a recensé un cas de PFA, il/elle le signalera au point focal désigné. Le responsable de la surveillance fera un suivi pour confirmer que le cas de PFA correspond à la définition de cas. Il démarre une investigation, prélève des échantillons et notifie l'autorité sanitaire du district. Si le responsable de la surveillance ne peut pas terminer l'investigation en temps voulu, le bénévole de la communauté devra peut-être l'appuyer et interviewer [interroger] le cas de PFA, puis prélever et transporter les échantillons de selles pour analyse.</p> <p>8. Mettre en place une structure de surveillance qui appuie les bénévoles en effectuant régulièrement des visites de supervision et leur fournissant des conseils.</p> <p>9. Organiser périodiquement des cours de recyclage à l'intention des bénévoles pour consolider leurs connaissances et leurs compétences.</p> <p>N.B : Dans les régions difficiles d'accès, il faut choisir bien à l'avance des sites d'entreposage appropriés avant de mettre en place la surveillance à base communautaire. De même, il conviendrait d'étudier les possibilités de transport des échantillons de selles vers un établissement de santé désigné ou un point focal pour la poliomyélite.</p>
<p><b>Défis et enjeux prévus</b></p>	<p>La surveillance à base communautaire est confrontée aux défis suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coût : la surveillance à base communautaire peut être onéreuse au regard des niveaux de rémunération des bénévoles. Sa durabilité doit être prise en compte dès le début du projet.</li> <li>• Difficulté à trouver les « bons » bénévoles. De nombreux programmes locaux, nationaux et mondiaux se disputent les bénévoles compétents et peuvent proposer des niveaux de rémunération différents.</li> <li>• Capacité limitée ou incapacité à assurer le suivi et une supervision d'appui.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difficulté pour les responsables de la surveillance de mener rapidement des enquêtes sur les cas de PFA dans des régions inaccessibles et au sein de certaines populations particulières.</li> </ul> <p>Autres considérations à prendre en compte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La nécessité d'une approche coordonnée entre le personnel de surveillance sur le terrain et le laboratoire en prévision de la charge de travail attendue.</li> <li>• De même, le besoin de maintenir une relation constante entre la surveillance à base communautaire et le système formel de santé publique.</li> <li>• Le bénévole doit disposer de moyens pour communiquer avec le responsable de la surveillance (téléphone, « petite caisse », ou autres moyens).</li> <li>• Le bon fonctionnement de la surveillance à base communautaire nécessite un système de suivi des activités des bénévoles et de la notification des cas de PFA au système de santé publique.</li> <li>• La surveillance à base communautaire nécessite des formulaires, des protocoles et des formations adaptés aux utilisateurs peu alphabétisés.</li> </ul>
<p><b>Facteurs habilitants et conseils pour réussir</b></p>	<p>La surveillance à base communautaire est facilitée par :</p> <p><i>D'un point de vue général</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le renforcement de la confiance de la communauté (par la participation au processus de sélection des bénévoles, la reconnaissance et la motivation des bénévoles, le retour d'information, le respect des normes sociales et culturelles locales) et la collaboration des acteurs locaux et des partenaires bénéficiant de la confiance de la communauté</li> <li>• la diffusion de messages par le biais des médias locaux populaires (radio, messagerie mobile)</li> </ul> <p><i>Bénévoles de la communauté :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilisation d'une définition de cas simple et recyclage périodique</li> <li>• Souplesse nécessaire pour appuyer les enquêtes de cas de PFA en dehors de leur région de résidence (frais de transport pour les examens ou les prélèvements d'échantillons)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise à disposition d'une structure de supervision solide et de retro-information régulière</li> <li>• Maintien du soutien et non-découragement si les personnes suspectées de PFA ne répondent pas à la définition de cas</li> </ul>
<p><b>Suivi et évaluation</b></p>	<p>Les activités de suivi peuvent se faire avec l'aide des partenaires et des réseaux communautaires existants (par exemple, les agents mobilisateurs dans les communautés) et avec la participation des autorités locales.</p> <p>Évaluer la performance initiale de la surveillance à base communautaire en examinant les changements apportés à la notification des cas de PFA quatre mois avant et quatre mois après la mise en œuvre de la surveillance à base communautaire</p> <p>Nombre de cas de PFA notifiés au niveau de la plus petite unité administrative</p> <p>Pourcentage des cas de PFA notifiés grâce à la surveillance à base communautaire par rapport aux autres sites de notification</p> <p>Évaluer de façon continue la performance de la surveillance à base communautaire</p> <p>Complétude et promptitude des rapports hebdomadaires ou mensuels, y compris les rapports « zéro-cas »</p> <p>Pourcentage des cas de « PFA réelle » par rapport aux cas de « PFA non réelle » notifiés par la surveillance à base communautaire</p> <p>Pourcentage des cas de PFA notifiés dans les sept jours suivant l'apparition de la paralysie</p> <p>Pourcentage des cas de PFA ayant fait l'objet d'une enquête dans les 48 heures suivant la notification</p> <p>Pourcentage des cas de PFA pour lesquels des échantillons de selles adéquats ont été prélevés</p>

## Annexe 6. Innovation

<b>Définition</b>	La définition générique de l'innovation est « l'application de meilleures solutions pour répondre aux exigences nouvelles/existantes ». Dans le contexte de la surveillance de la poliomyélite, la définition de l'innovation peut s'étendre aux méthodes « non conventionnelles » et éventuellement aux technologies permettant d'améliorer les processus de surveillance lors de situations difficiles dans des zones inaccessibles ou présentant des risques pour la sécurité. Par innovation on entend aussi l'obtention de résultats probants grâce à de bonnes idées.
<b>Raison d'être et indications</b>	<p>En raison des difficultés rencontrées dans les zones ou populations à haut risque, de nouvelles approches méthodologiques devront être appliquées pour assurer la prestation des services et la consommation régulière des ressources disponibles. Toutefois, cela ne devrait pas empêcher les responsables du programme de s'assurer d'abord que les approches traditionnelles de surveillance ont été pleinement exploitées.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'innovation en matière de surveillance a été utilisée spécifiquement pour améliorer la rapidité de la collecte, du stockage et de la diffusion des données et pour améliorer les activités de suivi et de supervision.</li> </ul>
<b>Exemples</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Applications mobiles et collecte de données mobiles pour améliorer la qualité des données et assurer une documentation en temps réel de la transmission avec géolocalisation et suivi : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Collecte d'informations et géolocalisation des cas de PFA (formulaire d'enquête de cas)</li> <li>– Documentation et suivi des visites de surveillance active et des visites de supervision</li> <li>– Documentation et suivi de la surveillance à base communautaire (système de détection et de déclaration auto-visuelle des cas de PFA ou AVADAR)</li> <li>– Suivi des échantillons de selles, du prélèvement à l'arrivée au laboratoire (Somalie)</li> </ul> </li> <li>• Cartographie SIG pour localiser les zones d'intérêt et les populations</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Utilisation de cartes altimétriques numériques pour localiser le meilleur site pour la surveillance environnementale</li> <li>– Utilisation des SIG et de l'imagerie satellite pour cartographier de réseau de surveillance et les cas de PFA afin de s'assurer que toute la population est couverte par le réseau de surveillance (Nigeria et Somalie)</li> <li>• Surveillance par SMS             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Envoi d'un message par téléphone mobile ou SMS aux informateurs pour stimuler la notification de PFA</li> <li>– SMS et Données de service supplémentaires non structurées (USSD) pour la notification des cas de PFA</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Procédure (Étapes)</b></p>	<p>L'innovation comporte les étapes suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Définir le problème</b> – Identifier le but à atteindre, les problèmes ou les défis qui empêchent d'atteindre le but et les ressources nécessaires pour atteindre le résultat souhaité avec le moins de résistance possible</li> <li>2. <b>Exemples de cas d'utilisation</b> – Recenser les défis similaires auxquels font face les autres équipes et les solutions utilisées pour les relever</li> <li>3. <b>Explorer le contexte</b> – Grâce à une bonne maîtrise du contexte, définir une solution sur mesure pour le problème en question</li> <li>4. <b>Sensibiliser et tester</b> – Mener une phase pilote tout en impliquant pleinement la communauté et les autres acteurs de la région. Suivre de près pour évaluer la réaction, l'impact et les points à améliorer</li> <li>5. <b>Déploiement</b> - Après une phase pilote réussie, noter tous les points d'amélioration et déployer le projet dans le reste de la zone de surveillance</li> <li>6. <b>Suivre et évaluer l'impact</b> – Examiner et comprendre l'impact de l'innovation et tout documenter</li> </ol>
<p><b>Défis et enjeux prévus</b></p>	<p>L'innovation est confrontée à divers problèmes, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il n'existe pas de solution standard, ni de stratégie universelle.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les partenaires, la communauté ou les superviseurs du programme peuvent ne pas accepter l'innovation proposée.</li><li>• La résolution d'un problème peut en créer un autre.</li><li>• Manque de ressources, en particulier pour les outils</li><li>• Manque de durabilité de la nouvelle approche</li><li>• Compréhension incomplète du problème</li><li>• Capacité limitée du personnel à utiliser la nouvelle approche</li></ul>
--	---

<b>Facteurs habilitants et conseils pour réussir</b>	<p>L'innovation est facilitée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analyse ascendante (bas vers le haut) de la situation : comprendre pleinement les problèmes qui se posent sur le terrain</li> <li>• Réalisation d'essais à petite échelle</li> <li>• Impliquer la communauté et les partenaires</li> <li>• Envisager différentes solutions à un même problème</li> <li>• S'adapter à un environnement spécifique</li> <li>• Penser de façon créative, faire preuve de souplesse et prendre des risques</li> <li>• Recevoir régulièrement des conseils d'un mentor</li> <li>• Garantir l'utilisation des produits [résultats]</li> <li>• Promotion du produit et désignation d'un défenseur/champion</li> </ul>
<b>Suivi et évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comparer l'impact avant et après les nouvelles méthodes <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pourcentage de changement positif (si mesurable)</li> <li>– Contribution au programme</li> </ul> </li> <li>• Évaluer les résultats par rapport aux objectifs</li> <li>• Résultats de sondage auprès de la communauté</li> <li>• Suivi et documentation <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nombre de nouvelles idées mises en œuvre</li> <li>– Nombre de projets abandonnés</li> <li>– Rapidité de mise en œuvre</li> <li>– Enseignements tirés des échecs et des réussites</li> </ul> </li> </ul>

## Annexe 7. Prélèvements d'échantillons chez les contacts des cas de PFA

<b>Définition</b>	Prélèvement et analyse d'échantillons de selles provenant de sujets contacts de cas de PFA. Un contact avec un cas de PFA est défini comme un enfant (de préférence de moins de cinq ans) qui a eu un contact direct avec le cas de PFA dans la semaine précédant l'apparition de la paralysie ou dans les deux semaines suivant l'apparition de la paralysie.
<b>Raison d'être et indications</b>	<p>Le prélèvement d'échantillons chez les sujets contacts de cas de PFA vise à accroître la sensibilité du système de surveillance pour détecter les poliovirus en circulation (sauvages ou dérivés de souche vaccinale) et, pendant une épidémie, pour mieux circonscrire la portée géographique de la transmission.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les personnes en contact direct avec des cas de PFA sont plus susceptibles d'avoir une infection asymptomatique que les personnes n'ayant pas de contact avec un cas de PFA, si le poliovirus est en circulation. Une personne asymptomatique infectée peut porter et excréter le virus jusqu'à deux mois et parfois plus longtemps.</li> <li>• L'analyse des données provenant des pays mettant en œuvre cette stratégie a mis en exergue l'avantage du système pour l'identification précoce de la circulation des nouveaux virus ou des virus existants.</li> <li>• Il existe des cas de PFA pour lesquels les échantillons de selles n'ont pas pu être prélevés ou n'ont pas été prélevés à temps, notamment dans les zones où la surveillance de la PFA est peu efficace ou dans les zones difficiles d'accès et touchées par un conflit.</li> <li>• Il existe également une petite proportion de cas de PFA dus à une infection par un poliovirus, mais pour lesquels, les échantillons, pourtant adéquats, ne présentaient aucune trace de poliovirus.</li> </ul> <p><i>Indications</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les échantillons de selles doivent être prélevés sur des contacts de cas de PFA dont les échantillons de selles étaient inadéquats (c'est-à-dire qui ne correspondaient pas à la définition d'échantillons de selles adéquats, soit deux</li> </ul>

	<p>échantillons de selles prélevés dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, à au moins 24 heures d'intervalle, tous deux reçus dans un laboratoire agréé par l'OMS en bon état (température inférieure à 8°C, volume égal ou supérieur à 8 g, aucune dessiccation ou fuite, et documentation appropriée).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les zones où la sécurité est compromise ou difficiles d'accès, les échantillons des contacts doivent être prélevés pour tous les cas de PFA notifiés en raison de la difficulté d'atteindre ces groupes.</li> <li>• Dans les populations où la transmission du poliovirus est fortement suspectée, les échantillons des contacts peuvent être prélevés pour tous les cas de PFA notifiés, en étroite coordination et en accord avec le laboratoire pendant une période limitée à six mois.</li> <li>• En cas de flambée de poliomyélite ou dans un contexte d'épidémie, l' des contacts de tous les cas notifiés de PFA peut être justifié pour des zones géographiques spécifiques ou pour une durée limitée. Cela peut s'avérer nécessaire pour accroître la probabilité de détecter d'autres cas qui ne seraient peut-être pas autrement identifiés, ou pour mieux documenter l'étendue géographique et la durée d'une épidémie. La décision d'élargir le prélèvement d'échantillons chez les contacts devrait être prise en étroite consultation avec le laboratoire et avec son accord pour une période limitée à six mois.</li> </ul>
<b>Procédure (Étapes)</b>	<p>Le prélèvement d'échantillons chez les sujets contacts de cas de PFA devrait être effectué dans les sept jours suivant la notification du cas de PFA et devrait être effectué jusqu'à deux mois après l'apparition de la paralysie.</p> <p>Le prélèvement d'échantillons des contacts de cas de PFA comprend les activités suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expliquer le but du prélèvement d'échantillons de selles aux parents/tuteurs du contact.</li> <li>2. Identifier les contacts potentiels. La priorité de sélection devrait être accordée aux contacts suivants :</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Les enfants en contact direct et fréquent avec le cas de PFA, comme les frères et sœurs, les membres du ménage, les camarades de jeu et les jeunes parents voisins ; et</li> <li>b. des enfants plus jeunes (de préférence de moins de cinq ans)</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Prélever un échantillon de selles de trois contacts différents.</li> <li>4. Respecter les protocoles de surveillance de la PFA pour le prélèvement, l'entreposage et le transport des échantillons de selles.</li> <li>5. Remplir un formulaire de demande d'analyse distinct pour chaque contact. Comme pour les cas de PFA, ce formulaire est transmis au laboratoire avec l'échantillon et une copie est conservée dans le dossier de surveillance de la PFA du cas de PFA. Chaque spécimen doit être clairement étiqueté comme contact du cas de PFA. Le numéro d'identification unique devrait être le même que celui du cas PFA avec un suffixe de numéro de contact ajouté, par exemple C1, C2 ou C3.</li> </ol> <p>N.B : La collecte, la gestion et le suivi des données issues du Le prélèvement d'échantillons des contacts font partie intégrante du système de surveillance de la PFA afin d'en assurer la qualité et la pertinence. ** Si des échantillons de selles ont été prélevés plus de 14 jours après le début de la paralysie, mais qu'ils arrivent au laboratoire en mauvais état, le personnel de terrain doit en être avisé et les échantillons de contact prélevés à nouveau.</p>
<p><b>Défis et enjeux prévus</b></p>	<p>Les difficultés liées aux prélèvements des échantillons chez les sujets contacts de cas de PFA sont les suivantes :</p> <p><i>D'un point de vue général</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retard ou absence d'information sur l'état des échantillons de cas de PFA entre le laboratoire et le terrain</li> <li>• Forte propension à refuser de prélever des échantillons de selles dans certaines régions</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nécessité pour le personnel de terrain et le personnel de laboratoire de faire preuve de souplesse afin d'établir un ordre de priorité pour le prélèvement et l'analyse des échantillons</li> <li>• Contraintes financières</li> <li>• Accord pour la durabilité des activités</li> </ul> <p><i>Zones difficiles d'accès</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'accessibilité réduite peut également limiter l'accès de l'équipe de surveillance à la zone touchée. Des solutions innovantes devraient être étudiées, y compris le déplacement des cas de PFA et de leurs contacts vers des sites voisins et accessibles et la possibilité de recueillir les selles d'enfants plus âgés.</li> <li>• Les problèmes de transport et d'entreposage peuvent être réglés grâce à des solutions locales, comme la négociation avec les chauffeurs d'autobus locaux, les ONG locales et d'autres groupes actifs dans ces régions.</li> </ul>
<p><b>Facteurs habilitants et conseils pour réussir</b></p>	<p>Le prélèvement d'échantillons des sujets contacts de cas de PFA est facilité par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La coordination avec le laboratoire en prévision de l'augmentation de la charge de travail</li> <li>• Répertorier et dresser le profil des agences humanitaires (institutions du système des Nations Unies, etc.) et des ONG dans les zones difficiles d'accès, car elles peuvent assister dans les activités de prélèvement, d'entreposage ou de transport des échantillons de selles, en particulier dans les zones à sécurité compromise.</li> <li>• Lancer des activités intensives d'éducation à la santé des collectivités, en particulier dans les situations d'épidémie, pour aider à sensibiliser la communauté à la poliomyélite et à accepter le principe de prélèvement d'échantillons chez les contacts</li> </ul>
<p><b>Interprétation des résultats</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des résultats négatifs des sujets contacts de cas de PFA n'excluent pas la possibilité que le poliovirus circule dans la communauté.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'isolement d'un PVS d'un contact confirme que le cas de PFA est un cas de PVS si le cas de PFA indexe avait des selles négatives à la présence de PVS.</li> <li>• L'isolement d'un PVDV d'un contact confirme que le cas de PFA est un cas de PVDV si le cas de PFA indexe avait des selles négatives à la présence de PVDV.</li> <li>• En cas d'isolement d'un PVS ou d'un PVDV d'un contact de PFA avec des selles positives au poliovirus, le contact positif ne sera pas inscrit comme un cas de poliomyélite, mais l'isolat sera ajouté au compte de PVS/PVDV.</li> </ul>
<p><b>Suivi et évaluation</b></p>	<p><i>Indicateurs du processus</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promptitude de prélèvements des sujets contacts de cas de PFA : pourcentage des échantillons des contacts de PFA prélevés dans les sept jours suivant la date de notification du cas de PFA. Objectif : minimum 80 %.</li> <li>2. Complétude de prélèvements des sujets contacts de cas de PFA : pourcentage des cas de PFA admissibles pour lesquels trois échantillons de contact ont été prélevés. Objectif : minimum 80 %.</li> </ol> <p><i>Indicateurs de résultats</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pourcentage de cas de PFA confirmés comme étant des cas de poliomyélite à la suite de l'isolement du PVS ou du PVDV chez des contacts</li> <li>4. Identification des unités administratives nouvellement infectées - par exemple les districts</li> </ol> <p><i>Autres indicateurs (qualité)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Répartition par âge des contacts : au moins 80 % des contacts doivent être âgés de moins de cinq ans.</li> <li>6. Rapidité d'expédition des échantillons au laboratoire : pourcentage d'échantillons de contact envoyés à un laboratoire accrédité par l'OMS dans un délai <math>\leq</math> à trois jours</li> <li>7. Bon état : 90 % des échantillons de selles reçus en bon état, tel que rapporté par le laboratoire pour tous les échantillons prélevés chez des contacts</li> </ol>



	8. Isolement de l'entérovirus non poliomyélitique (EVNP) et du virus de type Sabin
--	--

### Annexe 8. Améliorer la qualité et l'analyse des données grâce à des activités spéciales de suivi et d'évaluation.

<b>Définition</b>	La qualité des données et des analyses peut être améliorée en procédant régulièrement à un examen critique des données et en prenant des mesures pour y apporter des améliorations. Les activités spéciales de suivi et d'évaluation sont des outils qui aident à identifier les lacunes de la surveillance et complètent les indicateurs classiques de surveillance.
<b>Raison d'être et indications</b>	<p>La réalisation de contrôles et d'analyses de la qualité des données améliore la qualité globale des données et des indicateurs connexes grâce à une analyse approfondie de tous les processus de surveillance de la PFA, tout en explorant des approches novatrices pour analyser les données afin de fournir une nouvelle vision et interprétation des données.</p> <p>Les activités spéciales de suivi et d'évaluation ont pour but de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• recenser les lacunes dans la surveillance qui peuvent ne pas être observables à l'aide des indicateurs de surveillance classiques</li> <li>• renforcer la confiance dans la qualité des données liées à la surveillance</li> <li>• fournir des données supplémentaires aux commissions de certification</li> </ul> <p><i>Indications</i></p> <p>Ces activités de suivi et d'évaluation devraient faire partie du suivi général de la surveillance partout, mais spécifiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour toutes les régions ou populations confrontées à des difficultés d'accès ou qui sont difficiles à atteindre</li> <li>• Pour les groupes de populations particulières à haut risque</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les populations ou les zones où, pour quelque raison que ce soit, une confiance accrue dans la surveillance est nécessaire</li> </ul>
<b>Procédure (Étapes)</b>	<p>L'assurance d'une qualité élevée et d'une bonne analyse des données commence par le réexamen des analyses traditionnelles. Le cas échéant, des stratégies spéciales de suivi et d'évaluation peuvent être mises en œuvre pour combler les lacunes.</p> <p>Les thèmes qui sont l'objet des plus grandes préoccupations devraient être prioritaires lors de la mise en œuvre de ces stratégies.</p> <p>Les stratégies spéciales de suivi et d'évaluation couvrent les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Validation de cas</li> <li>B. Rajustement en fonction de la population</li> <li>C. Réexamen des analyses traditionnelles</li> <li>D. Indicateurs du processus</li> <li>E. Contrôle de la qualité des données</li> <li>F. Exploration des approches novatrices</li> <li>G. Suivi des zones silencieuses et évaluation de la surveillance dans les zones à faible densité de population</li> <li>H. Analyse désagrégée/spécifique au groupe</li> <li>I. Suivi de l'accès et de l'action au niveau le plus bas</li> <li>J. Revues de surveillance ciblées</li> </ul> <p>Des procédures spécifiques sont établies pour chacun d'eux, comme indiqué ci-dessous.</p>
<b>A. Validation de cas</b>	<p>Des procédures de validation des cas de PFA notifiés dans les zones critiques doivent être mises en place par chaque pays.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cibler au moins 80 % des cas.</li> <li>• Proportion de cas validés/vérifiés</li> <li>• La validation des cas devrait être effectuée par de hauts responsables et régulièrement par des superviseurs de deuxième et troisième catégorie.</li> <li>• Les cas devraient être validés dans les 14 jours suivant la déclaration sans tenir compte de l'enquête de cas.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'accent devrait être mis sur les données critiques : date du début de la paralysie, lieu d'apparition de la paralysie et régions visitées avant l'apparition, dates et processus de prélèvement des selles, doses de vaccination systématique (RI) et d'AVS, antécédents en matière de recherche de soins de santé et collecte des échantillons de sujets contacts appropriés.</li> <li>• Les données de surveillance de la PFA doivent être mises à jour en fonction des résultats de la validation et les écarts doivent être systématiquement enregistrés.</li> <li>• La validation ne devrait pas avoir d'incidence indue sur la notification des cas.</li> <li>• Dans les zones difficiles d'accès, le programme devrait permettre de prélever des échantillons de selles pour examen en laboratoire, même si un cas de PFA notifié peut être déclaré non-PFA grâce au processus de validation.</li> <li>• Le personnel de surveillance doit consulter un pédiatre ou un clinicien avant de déclarer un cas de PFA comme non-PFA.</li> <li>• Les cas exclus doivent être correctement documentés et inclus dans la base de données de la PFA avec la classification non PFA.</li> </ul>
<p><b>B. Ajustement démographique</b></p>	<p>Il est important de réaliser ce qui suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obtenir des estimations démographiques pour les circonscriptions administratives ainsi que pour les collectivités et les populations particulières.</li> <li>• Évaluer la validité des chiffres de la population utilisés pour la surveillance de la PFA, examiner différentes sources de données et utiliser les plus fiables : autorités nationales (recensement, élections), institutions du système des Nations Unies ou institutions faisant quasiment partie du système des Nations Unies (BCAH, Programmes de développement des Nations Unies [PNUD], HCR, OIM), population cible des AVS, extraction des images satellites. Il peut être nécessaire d'utiliser les mouvements de population (réfugiés, déplacés internes, rapatriés) pour actualiser les populations disponibles.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compte tenu de la difficulté d'obtenir un consensus entre les divers intervenants, un effort particulier devrait être fait pour obtenir une approbation pour une utilisation opérationnelle uniquement. Des négociations et des consultations avec de hauts fonctionnaires devraient être entamées au besoin.</li> </ul>
<p><b>C. Réexamen des analyses traditionnelles</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer la répartition des réseaux de notification pour s'assurer qu'ils saisissent adéquatement les populations sous surveillance</li> <li>• Déterminer la fréquence des revues de surveillance des PFA au niveau national</li> <li>• Évaluer la complétude et la promptitude de la notification des cas de PFA</li> <li>• Parmi les cas de PFA déclarés par les établissements de santé, le nombre de cas déclarés par le premier contact de santé</li> <li>• Délai d'expédition des selles entre le prélèvement et l'arrivée au laboratoire</li> <li>• La proportion de cas notifiés de PFA dont les échantillons de selles sont inadéquats en attente de classification 90 jours après le début de la paralysie</li> <li>• Complétude et promptitude des prélèvements des sujets contacts</li> <li>• Qualité de la surveillance au niveau infranational, y compris dans les districts à faible performance de façon constante. Les districts dont la performance est faible de façon constante sont ceux qui ne répondent pas aux deux indicateurs clés pendant deux années consécutives ou plus.</li> <li>• L'existence de la circulation persistante de virus orphelins détectés dans l'environnement sans cas de PFA confirmé.</li> </ul>
<p><b>D. Indicateurs du processus</b></p>	<p>Il est important d'évaluer le processus de mise en œuvre des activités dans les zones et les populations ayant des difficultés d'accès, en particulier lorsque les indicateurs de surveillance standards rendent difficile l'évaluation de la surveillance au sein de groupes de populations peu nombreuses ou sur de courtes périodes de temps. En voici quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources humaines <ul style="list-style-type: none"> <li>– % de chaque unité administrative ou opérationnelle concernée disposant d'un point focal pour la surveillance</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– % de points focaux formés au cours des 24 derniers mois</li> <li>– Points focaux par population, ou par cas de PFA</li> <li>– Taux de rétention</li> <li>• Réunions mensuelles de revue de la surveillance       <ul style="list-style-type: none"> <li>– % de réunions tenues et de comptes rendus transmis à l'entité de coordination pertinente au niveau national (ou, le cas échéant, multipays)</li> </ul> </li> <li>• Visites de sites de la surveillance active       <ul style="list-style-type: none"> <li>– % de plans de travail soumis pour des visites de sites de la surveillance active avec une carte montrant la répartition des sites et l'établissement des priorités</li> <li>– % de visites planifiées réalisées (chaque semaine)</li> <li>– De façon régulière, les hauts responsables qui sont en mesure d'accéder aux zones à risque devraient examiner certaines visites pour s'assurer de leur qualité. Une liste de contrôle pour la supervision devrait être remplie et soumise.</li> </ul> </li> <li>• Rapports négatifs ou « zéro cas » hebdomadaires       <ul style="list-style-type: none"> <li>– Une carte claire indiquant le nombre et la répartition des sites</li> <li>– Promptitude et complétude des rapports « zéro cas »</li> <li>– Les hauts responsables doivent évaluer l'authenticité des données soumises</li> </ul> </li> <li>• Pour la surveillance active et la déclaration négative, dans les zones où cela est possible, l'utilisation de la collecte électronique de données au moyen du GPS devrait être encouragée</li> <li>• Visites de supervision       <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nombre et répartition des visites de supervision d'appui effectuées</li> <li>– % de visites d'inspection planifiées effectuées</li> <li>– % d'enquêtes/validations menées par des superviseurs de deuxième et troisième catégorie.</li> </ul> </li> <li>• Laboratoire       <ul style="list-style-type: none"> <li>– % d'échantillons avec retour d'information du laboratoire sur l'état des selles</li> <li>– Rapidité de la communication des résultats</li> </ul> </li> </ul>
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance environnementale <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nombre de sites de SE appropriés dans la zone à risque</li> <li>– Nombre et proportion de visites de sites où les prélèvements dans l'environnement ont été supervisés par un haut responsable</li> </ul> </li> <li>• Le comité d'experts (CE) ou son équivalent a tenu au moins une réunion par mois pour examiner les cas indéterminés</li> <li>• Surveillance communautaire <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fréquence des rapports (selon le plan)</li> <li>– Répartition géographique</li> <li>– Nombre de visites et proportion de visites effectuées (selon le plan)</li> <li>– Connaissances : pourcentage de personnes formées</li> </ul> </li> </ul>
<b>E. Qualité des données</b>	<p>Il existe au moins trois raisons pour lesquelles les données sont insuffisantes ou inexactes</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Les données ont été recueillies de façon inexacte ou incomplète</li> <li>2. Mauvaise documentation, mauvaise tenue des dossiers ou mauvaise gestion des données</li> <li>3. Falsification de données</li> </ol> <p>Les problèmes liés à la qualité des données peuvent être identifiés grâce aux revues documentaires ou aux revues de terrain. Parmi les indicateurs de problèmes liés à la qualité des données figurent les éléments ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Données manquantes : des formulaires d'investigation des cas (FIC) incomplets ou mal remplis peuvent entraîner la désinformation. Les superviseurs doivent donc examiner chaque FIC produit.</li> <li>• Indicateurs de surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>– Trop beau pour être vrai ? Rechercher les indicateurs de résultats irréalistes</li> </ul> </li> <li>• Doses de VPO AVS, doses de VPO VS : comparer avec les données AVS, les données VS, d'autres sources de données (selon l'utilité) et comparer avec l'âge de l'enfant</li> <li>• Grappes de cas de PFA</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Peuvent être associées à un événement, mais peuvent être un signe de lacunes sous-jacentes dans la surveillance</li> <li>– Les grappes articulées autour des dates de notification devraient être examinées avec soin</li> <li>• Rapports sur les faiblesses résiduelles (FR) : quelle proportion de cas de PFA présente des problèmes de faiblesse résiduelle, et combien ont obtenu un diagnostic final, combien ont été orientés vers le comité d'experts ? Combien ont été rejetés par ledit comité ?</li> <li>• Nombre élevé de cas « compatibles » dans une zone par ailleurs exempte de poliomyélite, très faible nombre de cas « compatibles » dans les zones où la transmission se poursuit</li> </ul>
<b>F. Exploration des approches novatrices</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager l'utilisation des anciennes données de surveillance disponibles pour construire et valider des modèles qui peuvent être utilisés pour détecter automatiquement et notifier toute détérioration possible du rendement de la surveillance ou toute aberration dans les données de surveillance</li> <li>• Utiliser des approches novatrices pour identifier les grappes de cas de PFA. Dans les régions où la totalité ou la plupart des cas de PFA sont géolocalisés, l'utilisation d'outils d'évaluation des grappes temporelles et spatiales, par exemple <i>SatScan</i>, peut être envisagée.</li> </ul>
<b>G. Zones silencieuses</b>	<p>Un district silencieux ou une zone silencieuse est le district ou la zone qui n'a pas déclaré un seul cas de PFA au cours d'une période allant de 6 à 12 mois ou plus, en fonction de la taille de la population et de la notification prévue de cas de PFA et compte tenu du fait que le taux de PFA non poliomyélitique est de 2/100 000 ou plus selon la situation de l'éradication de la poliomyélite (zone certifiée sans polio, endémique ou épidémique).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer et suivre le nombre de plus petites unités administratives jugées silencieuses</li> <li>• Estimer le nombre prévu de cas : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Utiliser les chiffres des PFA non poliomyélitiques de la province ou de l'État local pour estimer le nombre de cas</li> </ul> </li> </ul>

	<p>prévus et non le « nombre standard de deux pour 100 000 »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tendances dans la notification dans la zone critique (au regard des données passées)</li> <li>– Examiner les mouvements de population</li> <li>• Dans les régions où la population est peu nombreuse, il y aurait lieu de : :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ajuster l'échelle de temps - par exemple, si le district est resté silencieux pendant 12 mois (et compte une petite population), revoir les données pour 24 mois, 36 mois, etc.</li> <li>– Combiner les données des districts voisins</li> </ul> </li> <li>• Cartographier les zones silencieuses et les examiner de près pour déterminer si elles cachent des grappes ou si elles sont contiguës</li> <li>• Les mesures à prendre devraient inclure les suivantes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diffuser une alerte ou une autre communication qui met en évidence la lacune potentielle identifiée en matière de surveillance</li> <li>– Revoir le fonctionnement et le processus de surveillance (y compris la surveillance active) et sensibiliser le réseau de surveillance</li> <li>– Effectuer une revue de surveillance exhaustive (au besoin)</li> <li>– Déclencher une recherche active de cas pour combler une lacune en matière de surveillance à court terme</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>H. Analyse propre à un groupe</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajuster tous les outils de collecte de données, les outils de collation et les systèmes de données électroniques afin de faciliter le processus d'analyse des données pour des régions géographiques ou des groupes de populations particulières</li> <li>• Obtenir les données de dénominateur requises pour :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Chaque domaine de préoccupation</li> <li>– Chaque groupe de populations particulières</li> </ul> </li> <li>• Fournir une analyse             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Par accessibilité</li> <li>– Pour les zones difficiles d'accès</li> <li>– Par type de population</li> </ul> </li> <li>• Effectuer une analyse des tendances</li> </ul>



<b>I. Suivi de l'accès et des mesures prises au niveau le plus bas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer des feuilles de calcul pour les régions difficiles d'accès ou pour des populations particulières</li> <li>• Quantifier la population, les ressources, les mesures prises et le rendement au niveau le plus bas</li> <li>• Mettre à jour les informations sur la population/les ressources, tous les trois mois ou deux fois par an.</li> </ul>
<b>J. Revues de surveillance ciblées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déclencheurs des revues: silence, indicateurs de qualité des données, risque virologique (par exemple suspicion de circulation silencieuse ou l'isolement de virus orphelins), et exigences de la certification.</li> <li>• Effectuer des revues de surveillance en mettant l'accent sur les zones critiques et les populations d'intérêt</li> <li>• Il peut s'agir de revues documentaires simples, de revues documentaires approfondies ou de revues complètes (revue documentaire et descentes sur le terrain).</li> <li>• Les revues peuvent être effectuées par une équipe locale (district ou province) ou par une équipe externe (nationale ou internationale).</li> <li>• En plus (ou en remplacement) des revues, prévoir des missions d'appui.</li> <li>• Dans les pays et les zones qui connaissent des conflits et des problèmes d'accès, on fait appel à des groupes nationaux indépendants issus des zones critiques et en dehors d'une zone accessible pour la formation et le débriefing à la fin de la revue.</li> </ul>
<b>Défis et enjeux prévus</b>	<p>Les activités spéciales de suivi se heurtent à des défis tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intérêt variable de la part de nombreux intervenants</li> <li>• Ce qui fait qu'une population suscite des préoccupations particulières peut également entraver la capacité du programme à mener des activités spéciales de suivi</li> <li>• Difficulté à obtenir des cibles démographiques fiables</li> <li>• Systèmes de données mal configurés <ul style="list-style-type: none"> <li>– Variables manquantes (supervision, revues de la surveillance, validation des données)</li> <li>– Absence de normalisation des niveaux administratifs</li> <li>– Incapacité à déterminer les sous-populations ou les populations spéciales</li> </ul> </li> </ul>

<b>Facteurs habilitants et conseils pour réussir</b>	<p>Les activités spéciales de suivi sont facilitées par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Réunions régulières de revue de la surveillance</li> <li>• Lors de chaque réunion, examen minutieux des données de surveillance des zones critiques et des populations particulières.</li> <li>• Aller au-delà des indicateurs pour détecter des signes négatifs potentiels afin de s'assurer que « ce qui est vert l'est effectivement ». Les « bons indicateurs de surveillance » ne sont pas toujours équivalents à une « bonne surveillance » et il est particulièrement difficile de détecter les zones ou les sous-groupes de population dont le système de surveillance est mauvais si tous les indicateurs indiquent un « système solide ». Envoyer des équipes pour évaluer la zone, si possible.</li> <li>• Utiliser des systèmes électroniques de collecte de données, si possible.</li> <li>• Tolérance zéro pour la falsification de données.</li> </ul>
<b>Interprétation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'objectif de tout suivi supplémentaire est de s'assurer que le programme est capable d'aller au-delà des indicateurs et de vérifier la véritable qualité de la surveillance grâce à des processus d'évaluation supplémentaires.</li> <li>• Les résultats devraient être utilisés pour aider à prendre une décision sur la fiabilité du système de surveillance afin de confirmer l'absence de circulation de PVS ou de PVDV dans la zone évaluée.</li> </ul>
<b>Suivi et évaluation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les indicateurs de processus (voir ci-dessus) doivent être évalués et faire l'objet d'un rapport pour les zones géographiques critiques et les populations particulières (analyse désagrégée [séparée]).</li> <li>• Validation de cas : proportion de cas validés par le superviseur de deuxième ou de troisième catégorie ; proportion de cas où les données critiques ont été actualisées suite au résultat de la validation.</li> <li>• Nombre de revues de surveillance ciblées effectuées par l'équipe de surveillance nationale ou régionale.</li> <li>• Nombre de zones silencieuses qui ont été évaluées.</li> <li>• Examiner régulièrement la qualité des données pour signaler les problèmes potentiels d'intégrité des données.</li> </ul>



## Annexe 9. Surveillance environnementale

<b>Définition</b>	La surveillance environnementale (SE) du poliovirus est la collecte et l'analyse systématiques d'échantillons environnementaux (eaux usées) prélevés dans des endroits désignés drainant les populations cibles.
<b>Raison d'être et indications</b>	<p>Les personnes infectées peuvent excréter le poliovirus dans les selles pendant plusieurs mois, souvent en l'absence de symptômes cliniques d'infection de poliomyélite. Un grand nombre de particules excrétées de poliovirus demeurent infectieuses dans l'environnement pendant des périodes de temps variables, selon les conditions du moment (par exemple température ambiante).</p> <p>La SE peut aider à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter la sensibilité dans la détection de la circulation du poliovirus</li> <li>• Documenter la persistance de la transmission du poliovirus</li> <li>• Fournir des documents complémentaires à l'appui de la certification de l'éradication de la poliomyélite</li> </ul> <p>Indications</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les régions où la poliomyélite est endémique, la SE complète la surveillance de la PFA en détectant la circulation du poliovirus, en identifiant la transmission résiduelle du poliovirus et en fournissant des preuves de l'interruption de la circulation du poliovirus.</li> <li>• Dans les pays où des épidémies ont éclaté après l'importation de PVS ou l'émergence de PVDV       <ul style="list-style-type: none"> <li>– Au sein de communautés infectées connues :           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Évaluer la transmission des PVDV ou des PVS</li> <li>○ Évaluer la persistance de la transmission et la suffisance des activités de riposte à l'épidémie</li> <li>○ Si le VPOM2 est utilisé lors de la riposte, surveiller la persistance et la transmission potentielle du virus de souche Sabin 2</li> </ul> </li> <li>– En dehors des communautés infectées connues :</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Détecter incidemment les transmissions potentielles (par exemple propagation à partir de communautés infectées) et orienter la portée de la riposte</li> <li>○ Si le VPOm2 est utilisé dans la riposte, détecter accessoirement l'exportation de virus dérivés de souche vaccinale</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans les pays exempts de poliomyélite, la SE est utile dans les zones où le risque d'importation (ou d'émergence du PVDV) et de propagation du PVS est le plus élevé ; où la surveillance de la PFA est faible et où le risque de ne pas détecter une importation du PVS ou une émergence du PVDV est élevé.</li> <li>• Après le retrait des composantes du VPO (passage du VPOT au VPOb et arrêt du VPOb), la SE contribue à la détection précoce de l'émergence d'un nouveau PVDV, à la documentation de l'élimination des virus de souche Sabin et à la surveillance de l'efficacité du confinement dans les installations accréditées.</li> </ul>
<b>Procédure (Étapes)</b>	<p>La SE doit être lancée en pleine coordination avec les équipes des bureaux régionaux de l'OMS, le siège de l'OMS et les équipes du RMLP, après une évaluation minutieuse des avantages de la surveillance environnementale dans le contexte des objectifs mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance.</p> <p>La SE intègre les activités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Choisir une zone au sein d'un pays en fonction de l'épidémiologie et du risque.</li> <li>• Évaluer la pertinence des sites de SE dans la zone ciblée. Les sites de collecte devraient être choisis avec soin, de façon optimale à partir de réseaux d'égouts convergents et d'eaux courantes situés en amont et à l'écart des sites industriels. Les latrines à fosse ne devraient pas être considérées comme des sites de SE.</li> <li>• Élaborer un plan exhaustif de SE couvrant tous les aspects : calendrier de prélèvements, détails des sites, responsabilités en matière de prélèvements, logistique, besoins des laboratoires (espace, personnel, équipement et réactifs, procédures de laboratoire), gestion et communication des</li> </ul>

	<p>données, formation et assurance qualité, et conséquences envisagées des résultats possibles de laboratoires.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lorsque la SE est possible, organiser un prélèvement mensuel ou bihebdomadaire.</li></ul> <p>La SE peut être mise en place de façon permanente ou ponctuelle. Les déploiements permanents sont généralement guidés par les plans d'expansion de SE à l'échelle régionale et mondiale. Les déploiements ponctuels sont justifiés dans certaines circonstances particulières et sont décrits plus en détail à l'annexe 10.</p>
--	--

<b>Défis et enjeux prévus</b>	<p>La SE est confrontée à divers problèmes, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des échantillons représentatifs peuvent être difficiles à trouver en l'absence d'un réseau d'égouts confluents et d'emplacements géographiques des populations ciblées.</li> <li>• Difficulté à trouver des sites de prélèvements appropriés - par exemple, absence de réseau d'égouts et utilisation de latrines à fosse dans de nombreuses zones difficiles d'accès.</li> <li>• Accès limité pour la collecte régulière des eaux usées dans les zones inaccessibles</li> <li>• La collecte, le maintien de la chaîne du froid inverse et le transport d'échantillons de SE peuvent nécessiter de faire preuve de créativité</li> <li>• Coûts liés au prélèvement et au traitement</li> <li>• Nécessité d'une coordination optimale entre l'équipe de surveillance et l'équipe du laboratoire</li> <li>• Difficulté à suivre la source de l'infection et à organiser la riposte</li> </ul>
<b>Facteurs habilitants et conseils pour réussir</b>	<p>La SE est facilitée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'existence d'un plan (national) de SE, y compris la définition des rôles et responsabilités de tous les acteurs</li> <li>• la sélection de sites appropriés</li> <li>• l'implication et la coordination avec le laboratoire</li> <li>• l'identification et la formation de préleveurs d'échantillons dédiés</li> <li>• la supervision d'appui et responsable pour la collecte d'échantillons</li> <li>• l'affectation de ressources adéquates sur le terrain et en laboratoire</li> <li>• l'identification de mécanismes et de moyens de transport fiables des échantillons au laboratoire</li> <li>• Mise en place adéquate du laboratoire pour la SE, y compris l'utilisation de procédures validées.</li> <li>• Analyses prioritaires d'échantillons provenant de zones inaccessibles ou difficiles d'accès</li> </ul>
<b>Interprétation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats sont limités à la portée géographique de la zone couverte.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le prélèvement répété d'échantillons augmente la probabilité de détecter une transmission de faible intensité de PVS ou de PVDVc dans une population.</li> <li>• Les résultats positifs indiquent une excrétion virale dans la communauté, mais ne permettent pas de déterminer la source exacte du virus (individus ou sous-communautés infectés).</li> <li>• Comme c'est le cas pour la surveillance de la PFA, les résultats négatifs (PVS et PVDV) d'un site de SE n'excluent pas la circulation dans la communauté. Des échantillons négatifs n'appuient la confirmation de l'absence de circulation du poliovirus dans la zone de desserte qu'en fonction de la qualité et de la sensibilité du site (voir la section Suivi et évaluation).</li> <li>• Des résultats de laboratoire négatifs (pour tous les virus, y compris l'ENVP) peuvent être utilisés pour évaluer la pertinence des sites de prélèvements de la SE sélectionnés et la qualité de la chaîne du froid inverse, ainsi que l'efficacité des procédures de laboratoire.</li> </ul>
<b>Suivi et évaluation</b>	<p>Tous les sites doivent être géolocalisés et les zones drainées définis (taille et caractéristiques de la population).</p> <p><i>Indicateurs de processus, spécifiques aux sites de prélèvements</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>\geq 80</math> % des échantillons prévus sont prélevés (au minimum un échantillon par site)</li> <li>– <math>\geq 80</math> % des échantillons prévus sont prélevés à la date fixée</li> <li>– <math>\geq 80</math> % des échantillons prévus sont prélevés à l'heure fixée</li> <li>– <math>\geq 80</math> % des échantillons doivent arriver au laboratoire dans les 3 jours suivant la collecte ; et dans les 7 jours suivant la collecte si l'envoi au laboratoire est international.</li> <li>– <math>\geq 80</math> % des échantillons arrivent au laboratoire en bon état (pas de fuite d'échantillon, avec une quantité adéquate d'échantillon)</li> <li>– Détection d'EV dans des échantillons de SE (<math>\geq 50</math> %)</li> <li>– Dans les populations immunisées avec le VPO, la surveillance environnementale devrait également</li> </ul>



	<p>permettre de détecter les souches de type Sabin dans les 6 semaines suivant les AVS dans la zone de desserte.</p> <p><i>Indicateurs spécifiques aux laboratoires (promptitude)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– <math>\geq 80</math> % des résultats d'isolement du virus dans les 21 jours suivant la réception de l'échantillon au laboratoire</li><li>– <math>\geq 80</math> % des résultats de DIT dans les 7 jours suivant la réception de l'isolat au laboratoire</li><li>– <math>\geq 80</math> % des résultats du séquençage dans les 14 jours suivant la réception de l'isolat au laboratoire de séquençage</li></ul>
--	--

**Annexe 10. Surveillance environnementale ad hoc :**

<b>Définition</b>	La surveillance environnementale ad hoc est le prélèvement et l'analyse ciblés d'échantillons environnementaux (eaux usées) provenant de sites désignés dans différentes villes ou régions dans des circonstances particulières et pour une période limitée.
<b>Raison d'être et indications</b>	<p>Les personnes infectées peuvent excréter le poliovirus dans les selles pendant plusieurs mois en l'absence de symptômes cliniques d'infection de poliomyélite. Un grand nombre de particules excrétées de poliovirus demeurent infectieuses dans l'environnement pendant des périodes de temps variables, selon les conditions du moment (par exemple température ambiante, etc.).</p> <p>La SE ad hoc peut contribuer à accroître la sensibilité dans la détection de la circulation du poliovirus, en particulier en renforçant la surveillance dans les zones à sécurité compromise et difficiles d'accès, dans les zones nouvellement accessibles lorsqu'il existe un indice élevé de suspicion de transmission du virus et lors de l'arrivée de nouvelles populations dans des lieux plus sûrs (comme les camps de déplacés internes).</p> <p>La SE ad hoc ne devrait pas remplacer la surveillance de la PFA, et les efforts visant à renforcer la surveillance de la PFA devraient être la priorité. Toutefois, une SE ad hoc ne peut être envisagée que dans des circonstances particulières et après un examen attentif de la situation.</p>
<b>Procédure (Étapes)</b>	<p>La SE devrait être lancée en pleine coordination avec les équipes des bureaux régionaux de l'OMS, le siège de l'OMS et les équipes du RMLP, après une évaluation minutieuse des avantages de la surveillance environnementale ad hoc dans le contexte des objectifs mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance.</p> <p>La surveillance environnementale ad hoc intègre les activités suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Effectuer une évaluation des sites possibles de prélèvement appropriés dans les zones inaccessibles et difficiles d'accès (comme l'eau courante contaminée par les eaux usées domestiques). Les caractéristiques du site</li> </ol>

	<p>doivent être semblables à celles des déploiements d'une SE normale.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Approvisionnement de la logistique et augmentation de la capacité des laboratoires</li> <li>3. Identification et formation des préleveurs</li> <li>4. Prélèvement d'un échantillon par site sélectionné</li> <li>5. Répétition des rondes de prélèvement - deux fois par semaine ou une fois par mois</li> <li>6. Détermination de la durée des prélèvements, au minimum 6 mois</li> </ol>
<p><b>Défis et enjeux prévus</b></p>	<p>La surveillance environnementale ad hoc se heurte à bon nombre des mêmes défis que les déploiements traditionnels de SE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Des échantillons représentatifs peuvent être difficiles à trouver en l'absence d'un réseau d'égouts confluents.</li> <li>• Difficulté à trouver des sites de prélèvements appropriés - par exemple indisponibilité du réseau d'égouts.</li> <li>• La collecte, le maintien de la chaîne du froid inverse et le transport d'échantillons de SE peuvent nécessiter de faire preuve de créativité.</li> <li>• Nécessité d'une coordination optimale entre l'équipe de surveillance et l'équipe du laboratoire.</li> </ul> <p>D'autres problèmes logistiques peuvent se poser pendant le prélèvement et le transport des échantillons dans les zones dont l'accès est compromis ou difficile.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès limité pour la collecte régulière des eaux usées dans les zones inaccessibles</li> <li>• Nombre limité de sites de prélèvements appropriés - par exemple latrines à fosse utilisées dans de nombreuses zones difficiles d'accès</li> <li>• Population limitée dans la zone d'étude.</li> </ul> <p>Pour les déploiements ponctuels, la qualité du site est difficile à établir, ce qui peut compliquer l'interprétation des résultats négatifs.</p>

<b>Facteurs habitants et conseils pour réussir</b>	<p>La surveillance environnementale ad hoc est facilitée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• la sélection des sites appropriés</li> <li>• des préleveurs d'échantillons bien motivés qui sont identifiés avant l'activité et qui sont pris en compte dans la sélection du site</li> <li>• la collaboration et la discussion avec les intervenants, y compris le laboratoire</li> <li>• le plan détaillé des travaux sur le terrain et des analyses de laboratoire, y compris le budget</li> <li>• la supervision du prélèvement d'échantillons</li> <li>• l'affectation de ressources adéquates sur le terrain et en laboratoire</li> </ul>
<b>Interprétation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les résultats sont limités à la portée géographique de la zone couverte.</li> <li>• Les résultats positifs indiquent l'excrétion ou l'importation du virus dans la communauté</li> <li>• Comme c'est le cas pour la surveillance de la PFA, les résultats négatifs (PVS et PVDV) d'un site de SE ad hoc n'excluent pas la circulation dans la communauté. Des échantillons négatifs ne confirment l'absence de circulation du poliovirus dans la zone couverte qu'en fonction de la qualité et de la sensibilité du site (voir la section Suivi et évaluation).</li> </ul>
<b>Suivi et évaluation</b>	<p>Tous les sites doivent être géolocalisés et les zones drainées définies (taille et caractéristiques de la population).</p> <p><i>Indicateurs de processus, spécifiques aux sites de prélèvements</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>\geq 80</math> % des échantillons prévus sont prélevés (au minimum un échantillon par site)</li> <li>– <math>\geq 80</math> % des échantillons prévus sont prélevés à la date fixée</li> <li>– <math>\geq 80</math> % des échantillons prévus sont prélevés à l'heure fixée</li> <li>– <math>\geq 80</math> % des échantillons doivent arriver au laboratoire dans les 3 jours suivant la collecte ; et dans les 7 jours suivant la collecte si l'envoi au laboratoire est international.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>\geq 80</math> % des échantillons arrivent au laboratoire en bon état (pas de fuite d'échantillon, avec une quantité adéquate d'échantillon)</li> <li>– Détection d'EV dans des échantillons de SE (<math>\geq 50</math> %)</li> <li>– Dans les populations immunisées avec le VPO, la surveillance environnementale devrait également permettre de détecter les souches de type Sabin dans les 6 semaines suivant les AVS dans la zone de desserte.</li> </ul> <p><i>Indicateurs spécifiques aux laboratoires (promptitude)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <math>\geq 80</math> % des résultats d'isolement du virus dans les 21 jours suivant la réception de l'échantillon au laboratoire</li> <li>– <math>\geq 80</math> % des résultats de DIT dans les 7 jours suivant la réception de l'isolat au laboratoire</li> <li>– <math>\geq 80</math> % des résultats du séquençage dans les 14 jours suivant la réception de l'isolat au laboratoire de séquençage</li> </ul>
--	--

## Annexe 11. Enquêtes ciblées sur les selles des enfants en bonne santé :

<p><b>Définition</b></p>	<p>Les enquêtes ciblées sur les selles d'enfants en bonne santé sont le prélèvement et l'analyse d'échantillons de selles d'enfants en bonne santé exposés à un risque élevé dans les régions où l'on suspecte fortement la présence d'un poliovirus en circulation. À ce titre, un enfant en bonne santé est considéré comme un enfant qui :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ne souffre pas de PFA</li> <li>• est âgé de moins de 5 ans et de moins de 2 ans si possible, et</li> <li>• n'est pas un contact proche d'un cas de PFA.</li> </ul>
<p><b>Raison d'être et indications</b></p>	<p><b>N.B :</b> Cette stratégie supplémentaire ne remplace pas une bonne surveillance et <b>n'est pas</b> destinée à être utilisée dans les districts silencieux.</p> <p>Des enquêtes ciblées sur les selles d'enfants en bonne santé peuvent faciliter la détection de la circulation du poliovirus dans un contexte de circulation silencieuse et lorsqu'il y a un degré élevé de suspicion de transmission.</p> <p>Des enquêtes ciblées sur les selles d'enfants en bonne santé sont menées soit dans une zone spécifique, soit dans des populations spécifiques présentant un risque élevé de circulation du poliovirus. Elles peuvent être mises en œuvre dans les circonstances suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En tant qu'outil de dépistage pour les enfants déplacés à l'intérieur de leur propre pays et les enfants réfugiés qui quittent des zones où la circulation du virus est connue ou soupçonnée</li> <li>• Lors d'un événement de poliomyélite ou d'une flambée épidémique, et dans le cadre des enquêtes initiales effectuées pour tous les événements liés à la poliomyélite : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prélever 20 échantillons sur des enfants en bonne santé du même groupe d'âge vivant dans la communauté, dans une autre partie du village ou dans un village voisin (et non en contact étroit avec le cas confirmé)</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Investigation suite a un échantillon environnemental positif : prélèvement de 20 à 40 échantillons de selles au sein de la communauté concernée</li> </ul>
<b>Procédure (Étapes)</b>	<p>Les enquêtes ciblées sur les selles d'enfants en bonne santé portent sur les activités suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Définir une population source : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prélèvement dans un établissement de santé (lorsqu'un enfant de la région ou du groupe cible se rend dans un établissement de santé pour toute raison autre que la PFA)</li> <li>• Prélèvement au sein de la communauté à partir des ménages ou des camps</li> </ul> </li> <li>2. Sensibiliser et informer les dirigeants de la communauté sur la poliomyélite et l'importance du prélèvement d'échantillons</li> <li>3. Décider des critères de recrutement : l'enfant doit appartenir aux communautés les plus vulnérables à l'infection parmi les groupes de population décrits ci-dessus - les jeunes enfants (de préférence de moins de 5 ans et sous-immunisés ou non vaccinés)</li> <li>4. Déterminer le nombre d'enfants dont les selles vont servir d'échantillons (20 à 40)</li> <li>5. Prélèvement d'un seul échantillon de selles par enfant en bonne santé</li> <li>6. Prélèvement, stockage et transport des échantillons de selles de la même manière que pour les cas de PFA.</li> <li>7. Remplir pour chaque enfant un formulaire spécifique relatif à « l'enquête ciblée sur les selles d'enfants en bonne santé » et le transmettre au laboratoire avec l'échantillon. Chaque spécimen doit être clairement étiqueté comme étant une « enquête sur les selles d'enfants en bonne santé » avec un numéro d'identification unique et spécifique.</li> </ol>
<b>Défis et enjeux prévus</b>	<p>Les enquêtes sur les selles d'enfants en santé sont confrontées à de nombreux défis, notamment :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'inaccessibilité peut limiter la capacité de l'équipe de surveillance à atteindre la zone touchée ou à transporter des échantillons.</li> <li>• Le manque de sensibilisation de la communauté peut susciter des soupçons quant à aux objectifs poursuivis par l'enquête et, par conséquent, entraîner un nombre élevé de refus.</li> <li>• Le personnel de santé non officiel peut éprouver des difficultés à prélever des échantillons de selles, surtout s'ils sont prélevés dans les communautés.</li> <li>• L'augmentation du nombre d'échantillons de selles peut affecter la charge de travail du laboratoire.</li> </ul>
<b>Facteurs habilitants et conseils pour réussir</b>	<p>Les enquêtes sur les selles des enfants en bonne santé sont facilitées par les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordination avec le laboratoire en prévision de l'augmentation de la charge de travail</li> <li>• Recensement et établissement de profil des agences humanitaires (ONU, etc.) et des ONG, car elles peuvent aider au prélèvement des échantillons dans de nombreux cas, en particulier dans les situations où la sécurité est compromise.</li> <li>• Sensibilisation de la communauté avant le prélèvement des selles d'enfants en bonne santé</li> </ul>
<b>Interprétation des résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un résultat positif (PVS ou PVDV) est considéré comme une preuve de transmission dans la zone spécifiée et déclenche la prise de mesures programmatiques conformément aux directives sur la riposte en cas d'épidémie.</li> <li>• Les enfants séropositifs en bonne santé ne seront pas inscrits comme cas de poliomyélite, mais l'isolat sera ajouté au décompte des PVS/PVDV et utilisé pour toutes les analyses, y compris le séquençage génétique et l'analyse de la diversité génétique effectuée par le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP).</li> <li>• Un résultat négatif ne peut être interprété comme l'absence de poliovirus. Il indique simplement qu'au moment du prélèvement, il n'y avait pas eu de transmission du virus par les enfants dont les échantillons ont servi.</li> </ul>
<b>Suivi et évaluation</b>	<i>Indicateurs du processus</i>



	<ul style="list-style-type: none"><li>- Pourcentage d'échantillons prélevés par rapport à ceux prévus</li><li>- Arrivée au laboratoire dans les trois jours et selles en bon état</li></ul> <p><i>Indicateurs de résultats</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Taux d'isolement des EVNP et de type Sabin</li><li>- Isolement des PVS ou des PVDV</li><li>- Identification d'unités administratives nouvellement infectées - par exemple les districts</li></ul>
--	--

## Annexe 12. Bibliographie

### Informations sur le programme

- Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (site Web) <http://polioeradication.org/>  
Le site Web comprend une mise à jour du décompte mondial des poliovirus sauvages et des poliovirus dérivés de souche vaccinale.
- Pour d'autres publications sur la poliomyélite, notamment sur l'état actuel, la surveillance, les épidémies et les analyses, ainsi que sur des sujets spéciaux concernant le confinement, prière de consulter le site Web suivant :
  - Rapport hebdomadaire sur la morbidité et la mortalité (MMWR) : <https://www.cdc.gov/mmwr/index.html>
  - Relevé épidémiologique hebdomadaire (WER) : <http://www.who.int/wer/en/>

### Poliovirus et vaccins antipoliomyélitiques

Vaccins antipoliomyélitiques : Position de l'OMS. Mars 2016. Weekly Epid Record, 2016, No. 12(9)145-68.

Sutter RW, Kew OM, Cochi SL, Aylward RB. 2018. Poliovirus vaccine—live. In Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, Edwards KM. *Vaccines*, 7th ed, Elsevier, Philadelphia, PA; 866-917.

Vidor E. 2018. Poliovirus vaccine—inactivated. In Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, Edwards KM. *Vaccines*, 7th ed, Elsevier, Philadelphia, PA; 841-65.

### Poliovirus dérivés de souche vaccinale

Burns CC, Diop OM, Sutter RW, Kew OM. Poliovirus dérivés de souche vaccinale J Infect Dis. 2014;210(Suppl.1):S283–93.

Henderson DA, Witte JJ, Morris L, Langmuir AD. Paralytic disease associated with oral polio vaccines. JAMA. 1964;190:41-8

Kew OM, Morris-Glasgow V, Landaverde M, Burns C, Shaw J, Garib Z, et al. Outbreak of poliomyelitis in Hispaniola associated with circulating type 1 vaccine-derived poliovirus. Science. 2002;296:356-9

Kew OM, Sutter RW, de Gourville EM, Dowdle WR, Pallansch MA. Vaccine-derived polioviruses and the endgame strategy for global polio eradication, Annu Rev Microbiol, 2005;59:587-635.

### Analyse des poliovirus

Department of Immunization, Vaccines, and Biologicals (2004) WHO Polio Laboratory Manual 4th ed. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé. WHO/IVB/04.10.

### Stratégies complémentaires présentées dans les annexes

Curry D, Bisrat F, Coates E, and Altman P. Reaching beyond the health post: Community-based surveillance for polio eradication. Development in Practice. 2013. 23;1:69-78

Desphande JM et al. Prevalence of antibodies to polioviruses and enteroviruses excreted by healthy children in Bombay. Indian Journal of Medical Research 1995; 158:707-12.

IMEP, Groupe de travail sur la surveillance environnementale et la mise en œuvre (ESIWG). Polio Environmental Surveillance Enhancement Following Detection of Vaccine-Related Type-2 Poliovirus. Version 9.1. Mai 2018.

IMEP. Directives sur la surveillance environnementale pour la détection des poliovirus. Mars 2015 ([polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPLN\\_GuidelinesES\\_April2015.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPLN_GuidelinesES_April2015.pdf)).

IMEP, Groupe de travail sur la surveillance environnementale et la mise en œuvre (ESIWG). Polio Environmental Surveillance Enhancement Following Detection of Vaccine-Related Type-2 Poliovirus. Version 9.1. Mai 2018.

IMEP. Modes opératoires normalisés : Riposte à un évènement ou à une épidémie de poliomyélite. Version 2.3. Mai 2017. (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/05/POL-SOPs-Part-2-260517-.pdf>). Une nouvelle version de ce document est en cours de préparation.

Kazia, AM, Ashraf, L. Jafria. The use of mobile phones in polio eradication. Bulletin of the World Health Organization. 2016 ; 94:153-4.

Ojabo, D. eHealth Africa Pilots AVADAR Surveillance System to Track Progress Toward Polio Eradication. eHealthAfrica (website). 16 janvier 2017

Desphande JM et al. Outbreak of paralytic poliomyelitis in Oman: Evidence for widespread transmission among fully vaccinated children. 1991 ; 338 :715-20

Takane M, Yabe S, Tateshita Y, Kobayashi Y, Hino A, Isono K, Okayasu H, Diop OM, Tadono T. Satellite imagery technology in public health: analysis of site catchment areas for assessment of poliovirus circulation in Nigeria and Niger. Geospat Health. 21 novembre 2016 ; 11(3):462.

Touray K, Mkanda P, Tegegn SG, et al. Tracking Vaccination Teams during Polio Campaigns in Northern Nigeria by Use of Geographic Information System Technology : 2013-2015 J Infect Dis. 2016; 213(Suppl 3): S67-72

Tambini G Et al. Direct detection of wild poliovirus circulation by stool surveys of healthy children and analysis of community wastewater. J Infect Dis 1997;168:1510-4. 32.