

# Chemin vers l'éradication de la poliomyélite en Afrique

Plan d'action régional pour l'éradication de la poliomyélite en Afrique 2024 - 2025



# **Chemin vers l'éradication de la poliomyélite en Afrique**

Plan d'action régional pour l'éradication de la poliomyélite en  
Afrique 2024 - 2025



# Sommaire



**iv** Acronymes et abréviations

**vi** Résumé d'orientation

**1** Introduction

**Objectif 1:**

**6** Intensifier la riposte aux flambées épidémiques

**Objectif 2:**

**21** Améliorer la promptitude de la détection

**Objectif 3:**

**33** Accélérer les progrès grâce à l'intégration

**Objectif 4:**

**37** Susciter un sentiment d'urgence par le biais de la sensibilisation

**38** Coordination, gestion et surveillance

**42** Besoins en ressources

**45** Annexes



# Acronymes et abréviations



PFA	Paralysie flasque aiguë
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
RCA	République centrafricaine
SC	Surveillance communautaire
DD-ITD	Détection directe de la différenciation intratypique
DDNS	Séquençage par détection directe par nanopores
RDC	République démocratique du Congo
COU	Centre d'opérations d'urgence
PEV	Programme élargi de vaccination
ERC	Comité d'experts
SE	Surveillance environnementale
ESARO	Bureau régional pour l'Afrique orientale et australe
eSURV	Surveillance électronique
EV	Enterovirus
SIG	Système d'information géographique
GMG	Groupe sur l'intégration de la dimension de genre
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
GPLN	Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
LMS	Laboratoire mondial de séquençage
MI	monitorage indépendant
IMB	Comité de suivi indépendant
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé

VPI2	Vaccin antipoliomyélitique inactivé (deuxième dose)
DIT	Différenciation intratypique
KPI	Principaux indicateurs de résultats
KPPI	Principaux indicateurs de processus et de résultats
RR	Rougeole-rubéole
CNOU	Centre national des opérations d'urgence
JNV	Journée nationale de vaccination
VPOn2	Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2
PFANP	Paralysie flasque aiguë non poliomyélitique
OPDAD	Organisation des Premières Dames d'Afrique pour le développement
OBR	Riposte aux flambées
OBRA	Évaluation de la riposte aux flambées
ODK	Kit de données ouvertes
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
ORPG	Groupe chargé de la préparation et de la riposte aux flambées épidémiques
PEP	Programme d'éradication de la poliomyélite (OMS)
POB	Conseil de surveillance de la poliomyélite (IMEP)
POSE	Exercice de simulation en cas d'épidémie de poliomyélite
EP	Essai pilote
PCR	Réaction en chaîne par polymérase

DR	Directeur régional
RITAG	Groupe consultatif technique régional sur la vaccination
ROC	Centre régional d'opérations de vaccination contre la poliomyélite
RORG	Groupe régional d'intervention en cas d'épidémie (IMEP)
LRR	Laboratoire régional de référence
EIR	Équipe d'intervention rapide (IMEP)
CSC	changement social et comportemental
CS	Comité stratégique (IMEP)
AVS	Activité de vaccination supplémentaire
SNID	Journée infranationale de vaccination

MON	Modes opératoires normalisés
VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
IV	Isolement de virus
MEV	maladies évitables par la vaccination
WebIFA	Information en ligne pour l'action
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PVS	Poliovirus sauvage
PVS1	Poliovirus sauvage de type 1
FJ	Fièvre jaune
VR	vaccination de routine



# Résumé d'orientation



Le présent **Plan d'action régional pour l'éradication de la poliomyélite en Afrique 2024 - 2025** trace une nouvelle voie pour la riposte aux flambées épidémiques dans la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé. Il représente un changement d'approche consistant à s'attaquer à toute transmission de la poliomyélite, y compris les flambées de variants circulants du poliovirus, comme si les cas ou isolats signalés étaient des poliovirus sauvages (PVS). Plutôt que de s'en tenir à la riposte précédemment prescrite, à savoir l'organisation de deux tournées de campagne, ce plan d'action décrit une approche plus agressive, dans laquelle les pays touchés par la poliomyélite décident d'organiser des campagnes de trois à cinq tournées en fonction des risques qu'ils courent et de l'immunité de leur population.

Ce plan reflète les objectifs d'éradication de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) et énonce les objectifs stratégiques et les mesures clés que la Région africaine de l'OMS prendra pour mettre un terme à la transmission et faire de l'Afrique un continent exempt de toute forme de poliomyélite.

Le plan d'action définit la voie à suivre pour atteindre l'**objectif « zéro poliomyélite »** en Afrique et décline les objectifs et les étapes ci-après :

- déclarer la fin des flambées de poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) d'ici à décembre 2024 et enrayer les flambées de poliovirus de type 1 en cours d'ici décembre 2024 ;
- mettre fin à toute transmission en cours du poliovirus de type 2 d'ici décembre 2025 ; et
- prévenir toute propagation des flambées épidémiques en cours à de nouveaux pays d'ici décembre 2026.

## Priorités pour 2024 - 2025

Pour atteindre ces objectifs et franchir ces étapes clés, le plan d'action a identifié 10 priorités qui ouvriront la voie à la coordination régionale à travers le continent.

Ces priorités reflètent la détermination des administrateurs du programme à en accroître les capacités et à tirer parti de ses atouts pour remplir sa mission. Elles se déclinent comme ci-après :

1. Orienter les ressources vers l'élimination progressive de la poliomyélite dans les zones épidémiologiques.
2. Accorder la priorité à la lutte contre les poliovirus de types 1 et 3 plutôt que celui de type 2 en cas d'importation ou de résurgence dans une nouvelle zone géographique. Compte tenu de la baisse rapide de l'immunité contre les poliovirus de types 1 et 3, toute nouvelle importation ou apparition pourrait entraîner une flambée épidémique à grande échelle si l'on ne s'y attaque pas immédiatement.
3. Déterminer le groupe d'âge cible des campagnes à l'aune des données épidémiologiques et de l'évaluation des risques. La riposte aux flambées épidémiques de poliovirus de type 2 dans de nouvelles zones géographiques continuera à cibler les cohortes nées après le passage du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb) en 2016.
4. Renforcer les opérations du programme dans les zones où persiste la transmission, en particulier la capacité à atteindre les populations qui n'ont jusque-là pas été atteintes, que ce soit du fait de l'insécurité, de l'inaccessibilité, de l'hésitation à se faire vacciner ou de l'inefficacité des opérations.
5. Accorder la priorité à l'investissement dans une micro-planification de haute qualité, en particulier dans les zones géographiques les plus importantes, afin d'interrompre la transmission et de pérenniser les acquis de la lutte contre les flambées épidémiques.

6. Établir des priorités dans l'attribution des vaccins sur la base d'évaluations épidémiologiques et de la capacité de mise en œuvre afin d'atténuer les risques éventuels liés à une interruption de l'approvisionnement en vaccins.
7. Concevoir de nouvelles stratégies de communication pour vaincre l'hésitation à se faire vacciner prévalant au sein des populations à haut risque.
8. Combler les lacunes en matière de surveillance dans les « zones silencieuses » où pourrait se produire une transmission non détectée.
9. Intégrer la mise en œuvre du programme chaque fois que possible et partout où cela ne compromet pas la promptitude et la qualité de la riposte et favoriser l'intégration à d'autres antigènes et d'autres interventions sanitaires.
10. Intensifier les efforts de sensibilisation pour inciter les dirigeants et les donateurs à renouveler leurs engagements en faveur de l'éradication de la poliomyélite sous toutes ses formes.

En adoptant une nouvelle ligne de conduite déterminée par ces priorités, la Région africaine de l'OMS mettra fin aux flambées épidémiques et renforcera la résilience nécessaire pour parvenir à une Afrique exempte de poliomyélite et la maintenir dans cet état.



# Introduction

## Contexte

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a lancé sa *Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022 - 2026* pour lever les dernières entraves sur la voie pour parvenir à l'interruption définitive de toutes les formes de poliomyélite.<sup>1</sup> La Stratégie coordonne les efforts de partenariat avec l'IMEP visant à réaliser deux objectifs principaux, à savoir :

- **premier objectif** : interrompre définitivement la transmission du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dans les pays endémiques ; et
- **deuxième objectif** : arrêter la transmission des variants circulants du poliovirus et prévenir les flambées dans les pays non endémiques.

La stratégie de l'IMEP appelait à un examen rigoureux en 2023, lequel examen a été confié à son Comité de suivi indépendant (IMB). S'agissant du deuxième objectif, le Comité de suivi indépendant a noté qu'une étape importante, à savoir la notification du dernier isolat du variant circulant du poliovirus de type 2 avant fin 2023 ne serait pas possible à la date fixée dans la stratégie. Compte tenu de cette étape manquée, le Conseil de surveillance de la poliomyélite de l'IMEP s'est engagé à intensifier la riposte du programme aux flambées de variants circulants du poliovirus dans le but de parvenir à l'interruption de la circulation des variants circulants du poliovirus de type 2 d'ici fin 2025.<sup>2</sup>

Entre 2021 et 2023, des flambées de variants circulants du poliovirus sont survenues dans cinq des six régions de l'OMS. La Région africaine est confrontée à un environnement particulièrement difficile (se référer à l'annexe A : contexte épidémiologique actuel). Elle a démontré sa capacité à réagir efficacement à l'importation du PVS1.

Après la détection de huit cas en Afrique australe, l'évaluation du programme a conclu qu'il n'y avait aucune donnée probante attestant de la transmission en cours en août 2022. Toutefois, des difficultés de taille ont contribué à la propagation à l'échelle quasi-continentale des flambées de variants circulants du poliovirus. Il s'agit notamment :

- des faibles taux de couverture vaccinale essentielle qui accroissent le risque de flambées du variant circulant du poliovirus ;
- de l'accentuation des lacunes immunitaires par rapport aux différents sérotypes de poliovirus, facteur exacerbant le risque de flambées et de propagation transfrontalière ;
- des perturbations récentes dans l'approvisionnement en VPOn2, le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ;
- des limitations de financement imposant au programme un exercice difficile de priorisation ; et
- des inefficacités opérationnelles qui ont contribué à des retards en matière de détection et à une riposte sous-optimale.

La Région est également confrontée à des défis extérieurs permanents, tels que la méfiance des communautés, l'insécurité et les conflits, l'instabilité politique et les crises humanitaires. Ces défis contribuent à déstabiliser l'environnement. (L'**annexe B** présente un résumé des risques et des défis)

**L'arrêt de la transmission de tous les variants circulants du poliovirus et la prévention de l'apparition de nouvelles épidémies de poliovirus nécessitent que l'on redéfinisse un plan qui permettra d'atteindre le deuxième objectif de la stratégie de l'IMEP pour la Région africaine.**

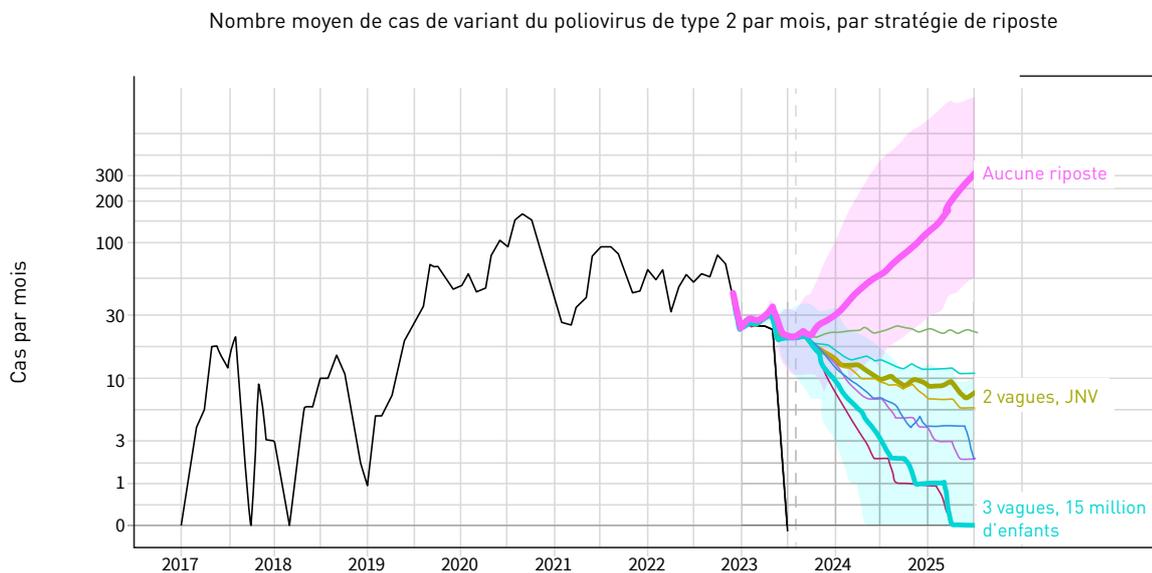
## But

Le présent **Plan d'action régional pour l'éradication de la poliomyélite en Afrique** présente un plan de riposte énergique visant à mettre fin aux flambées épidémiques actives en Afrique d'ici au 31 décembre 2025.

Le Plan a pour but de proposer une nouvelle approche pour lutter contre la transmission de la poliomyélite dans la Région, comme si les cas où les isolats signalés étaient des poliovirus sauvages (PVS). Cette approche nécessite un changement d'état d'esprit. Jusqu'il y a peu, les efforts de lutte contre les épidémies étaient guidés par l'idée qu'il était plus facile d'arrêter les épidémies de variants circulants du poliovirus que les épidémies de poliovirus sauvages. Cette hypothèse a conduit à l'adoption des modes opératoires normalisés (MON) actuels de l'IMEP qui prescrivent deux tournées à portée limitée d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) pour interrompre la transmission dans une zone d'épidémie.<sup>3</sup>

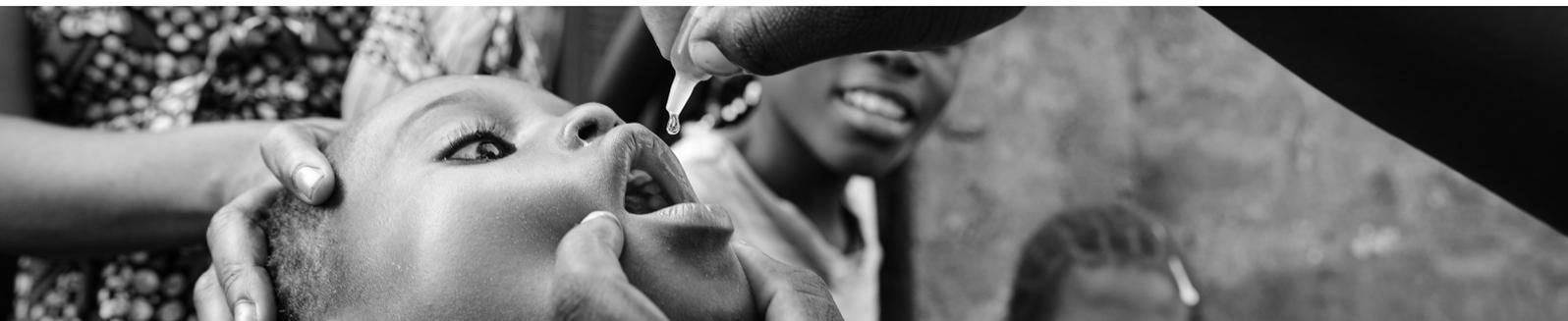
Cependant, les modes opératoires normalisés actuels ne répondent pas suffisamment aux besoins de la Région africaine et doivent être adaptés pour atteindre le deuxième objectif de la stratégie de l'IMEP. Cette proposition n'a pas seulement été faite par le Comité de suivi indépendant (IMB) dans son examen de la stratégie de l'IMEP, mais elle est également mise en évidence par l'épidémiologie. En outre, la modélisation des risques confirme que des interventions de grande envergure au-delà des frontières nationales sont essentielles à l'élimination des variants circulants du poliovirus (**Figure 1**).

**Figure 1 : Modélisation de la propagation simulée des cas sur la base d'une stratégie de riposte stimulée aux flambées épidémiques**



JNV = Journée nationale de vaccination

Source : OMS (2024).



## Buts

Les deux buts de ce plan d'action reflètent ceux du programme de l'IMEP :

- **mettre fin à la transmission du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) en 2024 ; et**
- **mettre fin à toutes les autres transmissions de poliovirus en cours dans la Région d'ici décembre 2025**

## Objectifs

L'on cherche à atteindre les buts de ce Plan d'action à travers quatre objectifs principaux, à savoir :

- **intensifier la riposte aux flambées épidémiques ;**
- **améliorer la promptitude de la détection ;**
- **accélérer les progrès grâce à l'intégration ; et**
- **susciter un sentiment d'urgence par le biais de la sensibilisation.**

## Principes fondamentaux

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS AFRO) a adopté des principes fondamentaux comme cadre pour guider ses efforts pour parvenir à la réalisation de l'objectif « zéro poliomyélite ».

Ces **neuf principes fondamentaux** se déclinent comme suit :

1. veiller à ce que le plan d'intervention soit réaliste en anticipant les difficultés réelles, telles que les retards ou l'inaccessibilité. Il n'y a pas de place pour les vœux pieux ;
2. adapter de manière proactive les plans d'intervention en procédant à des évaluations régionales ou sous-régionales des risques à échéance régulière. Les zones d'épidémie devraient inclure des zones géographiques pertinentes allant au-delà des frontières nationales ;
3. minimiser les erreurs de cadrage (en fonction de la zone géographique ou des groupes d'âge) en utilisant toutes les données disponibles ;
4. mettre l'accent sur les lacunes immunitaires lors de la planification d'une intervention comportant deux à cinq tournées, en fonction de l'ampleur de la transmission, du risque prévalant et de l'immunité antérieure de la population. Pour les nouvelles flambées épidémiques et dans les zones géographiques à risque programmatique très élevé, l'on planifiera au minimum trois tournées et au maximum cinq ;
5. mettre en œuvre des interventions spéciales - notamment au moyen du vaccin antipoliomyélitique inactivé en doses fractionnées (VPIf), des activités entre deux tournées, des interventions de vaccination essentielles, des vaccinations lors de transit prolongé et des camps de santé - dans les zones à haut risque difficiles à atteindre et abritant des populations déplacées ou des communautés nomades ;
6. pour vaincre l'hésitation à se faire vacciner, il faut sans cesse explorer de nouvelles approches de participation communautaire et de mobilisation sociale et innover en la matière ;
7. avoir recours au niveau du terrain à des évaluations de la riposte aux flambées, menées par des responsables compétents, pour évaluer les progrès à échéance périodique et proposer des actions supplémentaires ;
8. intégrer la mise en œuvre du programme chaque fois que possible et partout où cette intégration ne freine pas la promptitude ni ne sape la qualité de la riposte, et favoriser l'intégration à d'autres antigènes et d'autres interventions sanitaires ; et
9. maintenir le dispositif de riposte au moins jusqu'à l'écoulement d'un minimum de six mois depuis la dernière détection.

Il est peu probable que ces principes soient intégralement mis en œuvre dans l'immédiat dans toute la Région, compte tenu des contraintes de ressources auxquelles est confronté le programme. Lorsqu'ils sont envisagés avec les étapes clés prévues pour les zones épidémiologiques, les principes sus-indiqués permettent de mettre l'accent sur l'arrêt de la transmission par phases dans la Région.

## Zones épidémiologiques

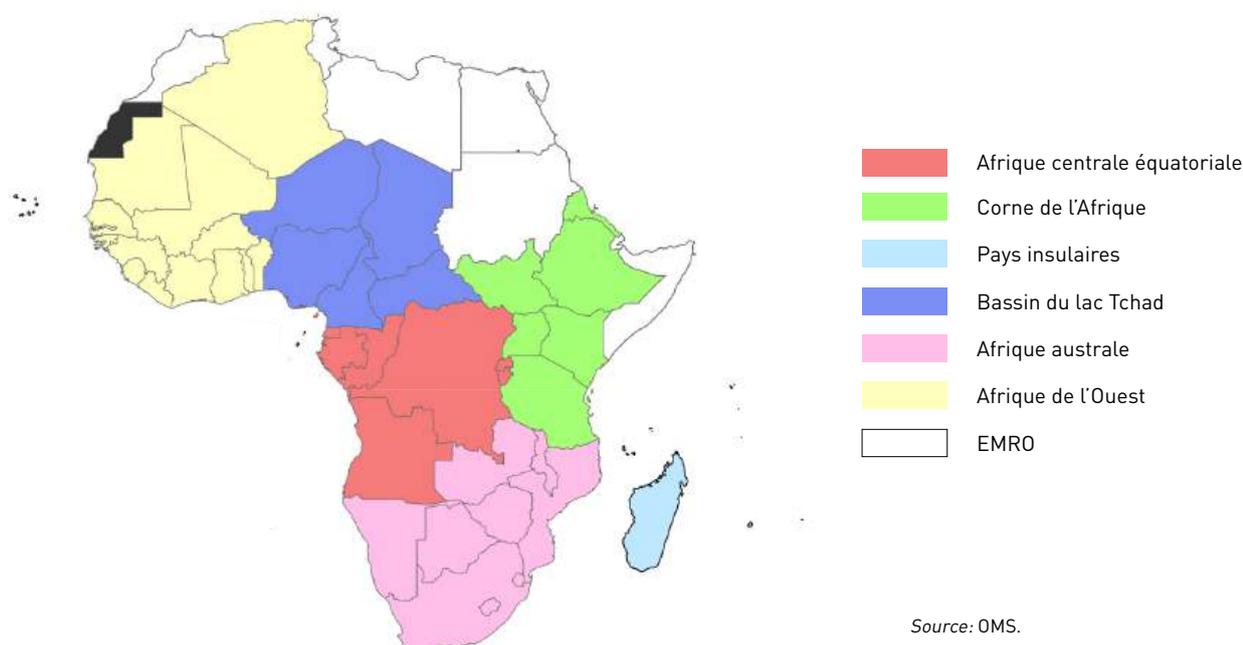
Le programme a défini six zones en se fondant sur des caractéristiques épidémiologiques et des risques similaires. Certes, les épidémies peuvent s'étendre sur plusieurs zones épidémiologiques, mais ces zones ont été définies pour mieux faciliter la coordination et le soutien afin de répondre aux besoins des pays.

Les six zones épidémiologiques détaillées dans le **Tableau 1** sont également décrites à la **Figure 2** de l'**annexe C** qui fournit une analyse approfondie des zones, y compris des plans d'action.

**Tableau 1 : Zones épidémiologiques de la Région africaine de l'OMS, 2024 - 2025**

Zone	Pays
<b>Bassin du lac Tchad</b>	Cameroun, République centrafricaine, Tchad, Niger et Nigéria
<b>Afrique de l'Ouest</b>	Algérie, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mali, Mauritanie, Sénégal, Sierra Leone et Togo
<b>Afrique centrale équatoriale</b>	Angola, Burundi, République du Congo, République démocratique du Congo, Guinée équatoriale, Gabon et Rwanda
<b>Corne de l'Afrique</b>	Éthiopie, Érythrée, Kenya, Soudan du Sud, Ouganda et République-Unie de Tanzanie
<b>Afrique australe</b>	Afrique du Sud, Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Zambie et Zimbabwe
<b>Madagascar et autres pays insulaires</b>	Cabo Verde, les Comores, Madagascar, Maurice, Sao Tomé et Príncipe et les Seychelles

**Figure 2 : Les six zones épidémiologiques de la Région africaine de l'OMS, 2024 - 2025**



## Calendrier

Le calendrier pour atteindre les objectifs du **Plan d'action régional pour l'éradication de la poliomyélite en Afrique** sera structuré par phases pour couvrir les différentes zones épidémiologiques (Figure 3).

**Figure 3 : Étapes clés du Plan régional de riposte aux flambées de poliomyélite en Afrique**

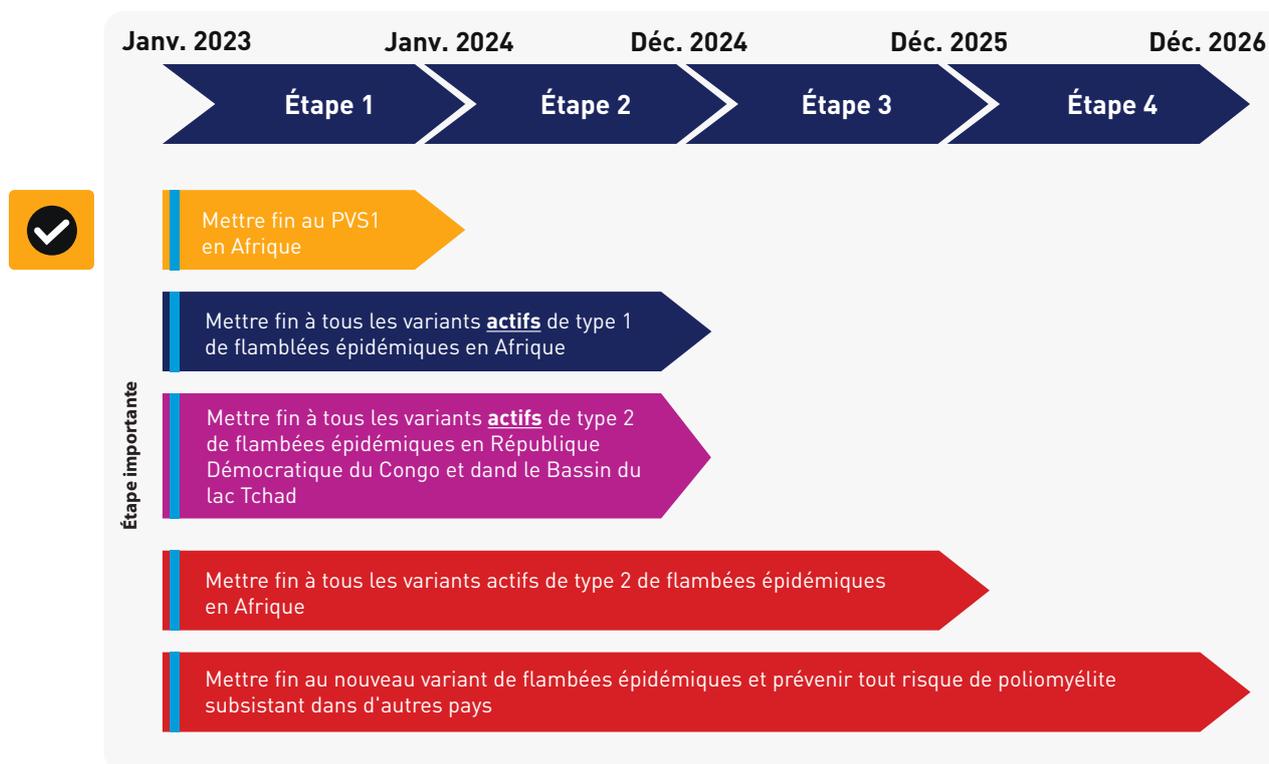


**Priorité n° 1**

Orienter les ressources vers l'**élimination progressive** de la poliomyélite dans les zones épidémiologiques.

## Plan régional de riposte à la flambée épidémique de poliomyélite

Considérant l'épidémiologie et les limitations en ressources, le processus à multiples étapes a été adopté



Source: OMS (2024).

# 1. Objectif 1

## Intensifier la riposte aux flambées épidémiques

### 1.1 Hiérarchisation des risques par pays

Le programme procède à échéance régulière à des évaluations des risques en vue de l'intensification efficace de la riposte aux flambées épidémiques. Ces évaluations portent sur l'épidémiologie en cours, l'immunité de la population et les risques historiques, fournissant ainsi un modèle prédictif du risque dans la Région (**Figure 4**). En classant les pays par ordre de priorité sur la base de ces évaluations des risques, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique peut orienter les ressources et les efforts vers là où ils sont le plus nécessaires.

Pour la période que couvre ce plan d'action, l'OMS AFRO a établi ce qui suit :

- **poliovirus de type 1** : Il existe un risque élevé de propagation du poliovirus de type 1 dans la Région, et ce, d'autant plus que le variant circulant du poliovirus de type 1

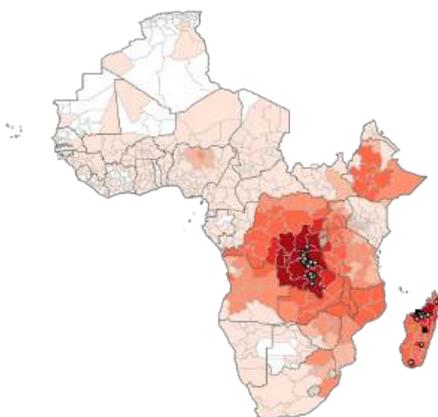


est considéré comme aussi transmissible que le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) ; et

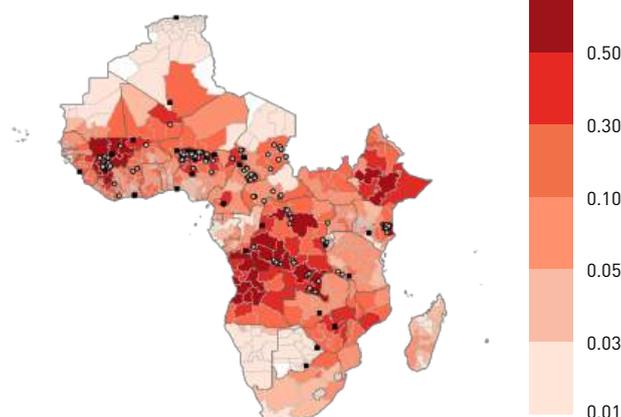
- **poliovirus de type 2** : Le risque de transmission du poliovirus de type 2 est largement répandu dans la Région. Les modèles prévoient un ralentissement initial de la transmission dans les zones de transmission active, mais avec une propagation à de nouvelles zones et à de nouveaux pays. Le nombre de zones infectées commencera probablement à diminuer au deuxième semestre 2024 et au début de l'année 2025, mais seulement après l'exécution de toutes les phases du présent plan d'action.

**Figure 4 : Modèle prédictif des risques de propagation des variants circulants du poliovirus dans la Région africaine de l'OMS**

Risque de propagation du variant circulant du poliovirus de type 1, octobre 2024



Risque de propagation du variant circulant du poliovirus de type 2, octobre 2024



Source: OMS (2024).

Sur la base de cette évaluation du risque, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a regroupé les pays en cinq catégories de risque (**Tableau 2**). Les pays présentant un risque très élevé et un risque élevé de propagation du variant circulant du poliovirus seront considérés comme **prioritaires** pour l'allocation des ressources.

**Tableau 2 : Priorisation des risques pays dans la Région africaine de l'OMS, 2024 - 2025**

Catégorie de risque	Pays
<b>Très haut risque</b>	Tchad, République démocratique du Congo, Madagascar, Mozambique, Niger et Nigéria
<b>Haut risque</b>	Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Kenya, Malawi, Mali et Zambie.
<b>Risque de niveau moyen à élevé</b>	Botswana, Burundi, République du Congo, Guinée équatoriale, Érythrée, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mauritanie, Rwanda, Sénégal, Sierra Leone, Soudan du Sud, République-Unie de Tanzanie, Togo, Ouganda et Zimbabwe.
<b>Risque de niveau moyen à faible</b>	Lesotho, Namibie, Eswatini et Afrique du Sud
<b>Risque faible</b>	Cabo Verde, les Comores, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et les Seychelles

Le programme a également permis d'identifier des **zones géographiques importantes** où l'environnement est difficile et qui nécessiteront une riposte adaptée aux épidémies. Il s'agit des principaux réservoirs et des zones infranationales à haut risque.

La **Figure 5** montre les zones géographiques importantes telles qu'identifiées en décembre 2023. Par ailleurs, l'on corrigera la liste des réservoirs principaux et des zones infranationales à haut risque tous les six mois. Pour la liste la plus récente, voir l'**annexe D : zones géographiques importantes**.

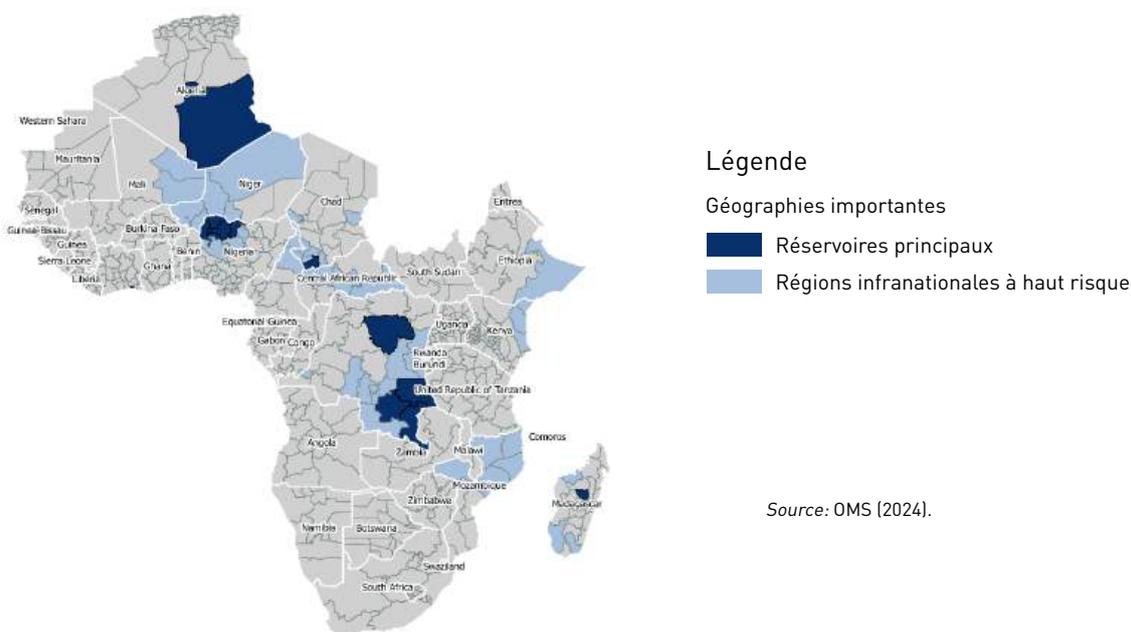
### Les deux types de zones géographiques importantes

Les **réservoirs principaux** sont des provinces (niveau administratif « 1 ») ou des zones géographiques contiguës clairement définies de six provinces au maximum connaissant une transmission locale persistante depuis au moins 24 mois.

Les **zones infranationales à haut risque** sont les provinces avoisinant les réservoirs principaux (dans le même pays ou dans les pays voisins) qui partagent des caractéristiques épidémiologiques et les provinces (ou groupes de provinces contiguës, dans la même zone épidémiologique) dans les pays à très haut risque connaissant une transmission continue d'au moins 12 mois.



Figure 5 : Zones géographiques dans la Région africaine de l'OMS, 2024 - 2025



### 1.2 Plan de vaccination supplémentaire 2024 - 2025

Le Groupe régional d'intervention en cas d'épidémie (RORG) a élaboré un plan provisoire d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) pour 2024 - 2025 sur la base de l'évaluation des risques pays, de l'approvisionnement prévisionnel en vaccins et de l'allocation budgétaire de l'IMEP.

Les **Tableaux 3 et 4** présentent les AVS proposées au moyen du vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb) et du nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (VPOn2), respectivement. Les AVS proposées en 2024 sont assujetties à la disponibilité de ressources. Les AVS proposées en 2025 sont considérées comme provisoires, formulées à des fins de planification et seront confirmées par le groupe régional de liaison au cours du quatrième trimestre 2024.

Tableau 3 : Calendrier proposé pour les activités de vaccination supplémentaire au moyen du VPOb, 2024 - 2025\*

	2024												2025											
	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Madagascar					NID	NID											NID		NID					
DRC			SNID	NID		NID	SNID	SNID		SNID							SNID		SNID			SNID	SNID	
Congo						NID				NID														
Angola											NID			NIG										
Mozambique				SNID	SNID																NID		NID	
Malawi																					NID		NID	
Zambia																					NID		NID	
Kenya																						SNID	SNID	
Ethopia																						SNID	NID	
South Sudan																					NID		NID	
CAR																						NID	NID	
Lake Chad																						NID	NID	
Cameroon																						NID	NID	
Nigeria																						NID	NID	
Niger																						NID	NID	
Mali																						NID	NID	
Burkina Faso																						NID	NID	
Guinea																						NID	NID	

\*Le calendrier provisoire prévoit l'accomplissement de progrès dans la lutte contre le poliovirus de type 2 d'ici le second semestre 2025 et commence à s'attaquer plus largement aux risques liés aux poliovirus de types 1 et 3 en 2025 et en 2026. **Le calendrier est susceptible d'être modifié en fonction de l'épidémiologie et de la disponibilité de ressources.**  
 SNID = Journée infranationale de vaccination

**Tableau 4 : Calendrier proposé pour les activités de vaccination supplémentaire au moyen du VPOn2, 2024 - 2025\***

	2024												2025											
	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
Ethopia			SNID				SNID				SNID		NID	NID			NID		NID					
South Sudan		NID	NID							NID														
Kenya											SNID		NID	NID			NID		NID					
Uganda														NID			NID		NID					
Tanzania												NID	NID		NID		NID							
Mozambique										NID	NID					NID	NID							
Malawi										NID	NID					NID	NID							
Zambia				SNID					NID		NID					SNID	SNID							
Zimbabwe		NID	NID						NID															
Botswana											NID	NID												
Namibia											NID	NID		NID										
Angola				NID			NID			NID														
DRC			SNID				SNID	SNID		SNID														
Congo			NID					NID																
Gabon											NID	NID					NID							
Equatorial Guinea											NID	NID					NID							
Cameroon		NID									NID	NID												
CAR			NID	NID							NID	NID												
Chad				NID			SNID				NID	NID			NID		NID							
Nigeria			SNID	SNID	IBRA	IBRA	SNID	IBRA	IBRA	SNID	SNID			NID		NID								
Niger				NID			SNID				NID	NID			NID		NID							
Algeria				SNID							SNID		SNID											
Mali				SNID							NID	NID			NID		NID							
Burkina Faso				NID							NID	NID			NID		NID							
Benin								NID			NID	NID												
Ghana											NID	NID		NID										
Togo											NID	NID		NID										
CIV				SNID				SNID			NID	NID		NID										
Guinea				NID	SNID			NID			NID													
Liberia				NID	NID			NID																
Sierra Leone				NID	NID			NID																
Gambia								NID		NID		NID												
Guinea-Bissau								NID		NID		NID												
Senegal								NID		NID		NID												
Mauritania			NID	NID				NID																

\* Le calendrier provisoire suppose une disponibilité totale de vaccins et de fonds pour 2024 et la mise en œuvre de toutes les AVS d'ici décembre 2024. Tout retard ou toute inexécution du plan d'AVS proposé pour 2024 est susceptible d'accroître considérablement les besoins en 2025. Le plan prévoit également la persistance de la transmission dans les principaux points chauds jusqu'à la basse saison 2025. Il suppose que les efforts déployés pour améliorer la qualité, l'accessibilité et surmonter l'hésitation à se faire vacciner dans les zones géographiques importantes porteront leurs fruits d'ici le troisième trimestre 2025. Le calendrier est susceptible d'être modifié en fonction de l'épidémiologie et de la disponibilité des ressources.

Pour favoriser la mise en œuvre des AVS dans les délais et améliorer la qualité des opérations au niveau national, le RORG s'est engagé à collaborer avec le programme mondial pour œuvrer à ce que les vaccins et les fonds soient disponibles dans le pays au minimum cinq semaines avant le démarrage des AVS.

Pour les nouvelles épidémies, les deux premières tournées seront financées simultanément à hauteur de 100 et 80 %, respectivement. Ce financement permettra aux pays de finaliser la planification des activités avant, pendant et après la campagne et de mener les campagnes de vaccination sans tarder.



## Priorité n° 2

Compte tenu de la baisse rapide de l'immunité de la population par rapport aux poliovirus de types 1 et 3, toute nouvelle importation ou apparition pourrait entraîner une flambée épidémique à grande échelle, si l'on ne s'y attaque pas immédiatement. En conséquence, la priorité sera accordée à la riposte au poliovirus de type 1 par rapport à celui de type 2, en cas d'importation ou d'apparition dans une nouvelle zone géographique, jusqu'à ce que la période de riposte aiguë soit terminée (>6 mois).

Le mandat du RORG est décliné à l'**annexe E**.

L'on poursuivra l'intensification de la riposte aux flambées épidémiques à travers quatre objectifs déclinés comme suit :

- a) améliorer la qualité des campagnes ;
- b) optimiser la gestion des vaccins ;
- c) accroître l'acceptation des vaccins par le biais de la participation communautaire ; et
- d) renforcer la préparation et le renforcement des capacités.

### 1.3 Objectif 1a - Améliorer la qualité des campagnes

Pour mettre fin à toutes les épidémies actives et en cours dans la Région africaine d'ici décembre 2025, les campagnes doivent être mises en œuvre en temps utile, leur portée et la population cible être correctement mesurées et les bons outils utilisés correctement tout au long de la préparation, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de la campagne.

#### 1.3.1 Écueils rencontrés en 2023

En 2023, bien que la qualité de la campagne se soit améliorée dans certains pays, le programme n'a pas été en mesure d'arrêter la transmission dans les zones géographiques importantes.

La détection continue de cas de flambées et le prélèvement d'échantillons environnementaux positifs dans des zones qui avaient effectué de nombreuses tournées prouvent que la qualité des campagnes n'est pas optimale. Des problèmes ont été constatés tant au niveau de la préparation que de la mise en œuvre des campagnes. Ce sont : les piètres résultats opérationnels obtenus au niveau local du fait du caractère sous-optimal de la

micro-planification, de l'inadéquation de la sélection des équipes, de l'insuffisance de formation des équipes, de la limitation des efforts de mobilisation sociale ou d'un mauvais ciblage et de l'insuffisance de participation des communautés. La couverture vaccinale insuffisante des populations à haut risque, en particulier celles vivant dans des zones d'insécurité, et le faux marquage au doigt ont également été relevés au nombre des écueils.



## Priorité n° 3

Les groupes d'âge cibles des campagnes seront déterminés en fonction de l'épidémiologie et de l'évaluation des risques. La riposte aux flambées épidémiques de poliovirus de type 2 dans de nouvelles zones géographiques continuera à cibler les cohortes nées après le passage, en 2016, du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (Vapota) au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb).

En outre, l'arrivée tardive ou la disponibilité limitée des ressources nécessaires telles que les vaccins et le financement, ont contribué aux retards, à la redéfinition ou à l'annulation des campagnes prévues. Par exemple, fin 2023, les AVS prévues au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Ghana, en Guinée, au Kenya, au Libéria, au Malawi, en Mauritanie, au Mozambique, au Niger, au Sénégal, en Sierra Leone, au Soudan du Sud, en République-Unie de Tanzanie, au Tchad et au Togo ont fait l'objet d'un recadrage, d'un report, ou d'une annulation, faute de ressources. Certains pays ont également rencontré des difficultés en matière d'engagement politique et d'appropriation par leur gouvernement, retardant ainsi les ripostes aux flambées épidémiques.

### 1.3.2 Plan pour 2024 - 2025

L'on parviendra à améliorer la qualité des AVS en vue d'interrompre la transmission du poliovirus en Afrique en atteignant les quatre objectifs énoncés ci-après dans le **(Tableau 5)**

**Tableau 5 : Objectifs d'amélioration de la qualité des campagnes, 2024 - 2025**

Objectifs	Activités	Indicateurs
<b>Instaurer des mesures de gestion et de responsabilisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer un cadre commun de responsabilisation dans tous les pays à très haut risque, y compris des mesures relatives aux résultats tant exemplaires que médiocres.</li> <li>Résoudre les problèmes de personnel en déployant des personnes compétentes et engagées dans les zones géographiques importantes.</li> <li>Revoir la composition des équipes de coordination dans les pays où la qualité des AVS reste médiocre (par exemple, l'Angola et la République du Congo).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaboration et mise en œuvre d'un cadre commun de responsabilisation au Nigéria et en République démocratique du Congo (RDC)</li> </ul>
<b>Assurer la mise à disposition en temps utile des ressources nécessaires aux campagnes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir le financement, les vaccins, les ressources humaines et autres fournitures nécessaires, et veiller à ce que toute la logistique soit préparée au minimum cinq semaines avant le démarrage des AVS. Pour les nouvelles flambées épidémiques, les deux premières tournées doivent être financés simultanément à 100 et à 80 %.</li> <li>Étudier la possibilité de prépositionner des fournitures et du matériel dans un lieu central de la Région afin de faciliter l'expédition rapide vers les pays.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proportion d'AVS planifiées pour lesquelles toute la logistique et le financement nécessaires ont été mis en place à temps</li> <li>Proportion des séries d'interventions prévues en cas d'épidémie mises en œuvre dans les quatre semaines suivant la réception du financement et des vaccins</li> </ul>

Objectifs	Activités	Indicateurs
<b>Cibler l'amélioration de la qualité des campagnes dans les réservoirs principaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réactualiser les micro-plans à l'échelon le plus bas, revoir la sélection des équipes, revoir les outils existants et s'assurer qu'ils sont adaptés, renforcer les capacités et améliorer le suivi à l'échelon le plus bas, y compris par l'utilisation d'outils de systèmes d'information géographique (SIG).</li> <li>Élaborer et mettre en œuvre des interventions spéciales dans les Régions où la sécurité et l'accessibilité sont problématiques (par exemple, au Nigéria, au Mali, au Burkina Faso, en République démocratique du Congo et dans le bassin du lac Tchad).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan d'amélioration de la qualité des campagnes pour les zones géographiques importantes, mis en œuvre et contrôlé après chaque tour</li> <li>Cartographie et suivi des populations inaccessibles pour chaque tournée d'AVS au Nigéria</li> </ul>
<b>Renforcer la coordination transfrontalière pour des campagnes synchronisées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place des mécanismes d'appui à la coordination transfrontalière (par exemple, dans le bassin du lac Tchad et aux frontières communes du Burkina Faso, du Mali et du Niger).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mécanisme de coordination transfrontalière établi et fonctionnel dans les zones géographiques transnationales importantes</li> </ul>
<b>Assurer un suivi et une évaluation systématique des AVS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deux à cinq tournées suivies d'évaluations approfondies de la riposte aux flambées épidémiques assorties de recommandations claires pour des actions supplémentaires.</li> <li>Utiliser de nouvelles lignes directrices pour l'analyse de l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité (LQAS) et le déclenchement des activités de ratissage.</li> <li>Étudier les moyens d'utiliser les équipes locales pour valider la qualité dans les zones où le suivi des campagnes est limité.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'activités de ratissage déclenchées à la suite des constatations du LQAS</li> <li>Méthodes d'évaluation de la qualité des campagnes adaptées aux zones difficiles d'accès</li> <li>Proportion de l'évaluation prévue de la riposte aux flambées épidémiques effectuée en temps voulu</li> </ul>



## Priorité n°4, priorité n°5, priorité n°6

Le resserrement des opérations du programme (priorité n° 4) et l'investissement dans une micro-planification de haute qualité (priorité n° 5) amélioreront la **qualité de la riposte**. La réduction des retards accusés dans l'approbation du budget et le prépositionnement des vaccins (priorité n° 6) amélioreront la **promptitude de la riposte**.

## 1.4 Objectif 1b - Optimiser la gestion des vaccins

En 2023, une contrainte liée à la disponibilité de stocks de VPOn2 au niveau mondial a retardé les ripostes aux flambées épidémiques en Afrique et créé une demande massive d'assistance technique lorsque les campagnes ont repris au deuxième et troisième trimestre. L'intégration de quatre consultants en gestion des vaccins a permis de pallier le problème de recrutement de personnel de renfort au niveau national.

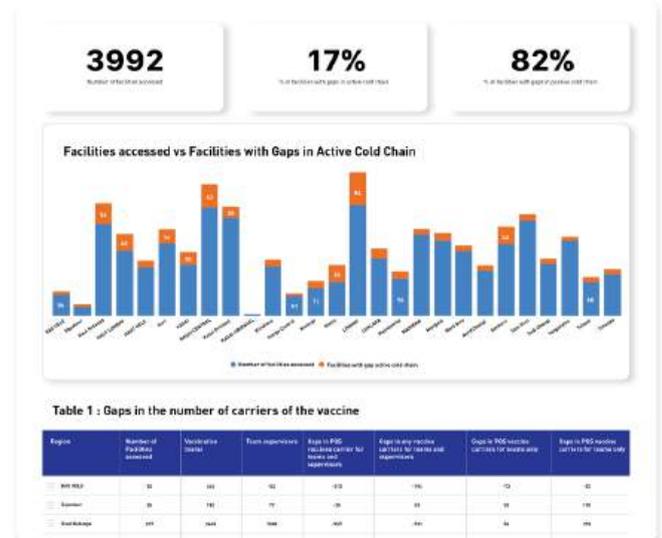
Avant que ne se posent les problèmes de disponibilité des vaccins, le plan pour 2023 était axé sur l'adhésion des pays à l'utilisation d'outils électroniques de gestion des vaccins à tous les niveaux et sur l'appui aux coordinateurs de l'IMEP et aux équipes logistiques pour améliorer la promptitude du retrait des vaccins contre le poliovirus de type 2 après les campagnes. Dans l'ensemble de la Région africaine, environ 9,8 millions de flacons de VPOn2 ont été distribués en 2023 et, grâce au système de gestion des vaccins en place, il a été dénombré 499 flacons manquants.

Le programme a également accordé la priorité au renforcement des capacités en fournissant une assistance technique à 18 pays connaissant des flambées épidémiques, en organisant un atelier de formation à l'intention du personnel national et des consultants internationaux, et en partageant les connaissances grâce à la création d'une communauté de pratique pour les spécialistes de la gestion des vaccins.

En ce qui concerne le renforcement des systèmes, une nouvelle version de la boîte à outils de gestion des vaccins sur papier et des supports de formation connexes ont été élaborés, ainsi qu'un questionnaire sur le kit de données ouvertes (ODK) pour l'inventaire des équipements de la chaîne du froid (**Figure 6**). En outre, des équipements de chaîne du froid passive ont été achetés pour 13 pays d'Afrique (46 500 porte-vaccins, 12 500 glacières et 40 616 packs de glace).

Des stratégies innovantes en matière de suivi indépendant de la gestion des vaccins ont été mises en œuvre. En Guinée, la Croix-Rouge a été recrutée en un temps record pour assurer le suivi indépendant de l'utilisation des vaccins. Cette innovation a permis d'obtenir des résultats plus précis et plus fiables et d'améliorer l'exhaustivité ainsi que l'actualité des données à 95 %.

**Figure 6 : Instantané en temps réel des stocks d'équipements de la chaîne du froid (Portail EIR de la République démocratique du Congo)**



### 1.4.1 Écueils rencontrés en 2023

Malgré les progrès accomplis, le programme a rencontré des difficultés dans la gestion des vaccins. Les plans logistiques nationaux n'ont pas été systématiquement mis à jour, ni des plans d'amélioration élaborés. Des occasions de remédier aux failles de la chaîne du froid ou aux ruptures de stock de vaccins ont ainsi été manquées.

En ce qui concerne la gestion des données, la mise en œuvre limitée du cadre de responsabilisation au titre des vaccins a entraîné des retards dans la fourniture des formulaires requis et des inventaires de stocks, généralement partagés un mois après l'AVS (au lieu de 14 jours), ainsi que des retards dans la fourniture des rapports de destruction, partagés en moyenne deux mois après l'AVS (au lieu de 14 jours). Il a donc été difficile de déterminer les stocks restants au niveau national. En outre, les évaluations des performances des contrôleurs de la responsabilisation au titre des vaccins et les évaluations de l'état de préparation des infrastructures sanitaires ne sont pas entreprises systématiquement.

Il existe également des lacunes dans les capacités de distribution optimale des vaccins aux équipes de vaccination. Certaines équipes ont reçu trop peu de flacons, ce qui leur a fait manquer des occasions de vaccination, tandis que d'autres en ont reçu un trop grand nombre, ce qui a entraîné une exposition inutile des flacons à la chaleur.

#### 1.4.2 Plan pour 2024 - 2025

**Tableau 6 : Objectifs pour la gestion des vaccins, 2024 - 2025**

Objectifs	Activités	Indicateurs
<b>Contrôler la gestion des vaccins en temps réel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser systématiquement des questionnaires ODK, transférer rapidement les données et utiliser des tableaux de bord en ligne en temps réel aux niveaux national, régional et districale déployés lors des AVS.</li> <li>Lancer le portail de gestion des vaccins au niveau régional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Données exhaustives à 60 %</li> <li>Gestion des stocks en ligne par six pays</li> </ul>
<b>Garantir un processus unique de gestion des vaccins lors des AVS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager les pays à utiliser le cadre de responsabilisation et les outils de gestion du VPOn2 pour toutes les AVS utilisant le VPOb, au moins en République démocratique du Congo et au Nigéria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilisation documentée d'outils en République démocratique du Congo et au Nigéria</li> </ul>
<b>Améliorer la préparation des AVS et la riposte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualiser le plan logistique national chaque année.</li> <li>Élaborer un plan d'amélioration entre deux tournées.</li> <li>Fournir aux pays prioritaires des porte-vaccins et des glacières.</li> <li>Examiner de façon exhaustive la chaîne du froid et la chaîne du froid inversée en République démocratique du Congo, en mettant un accent particulier sur la partie méridionale de la République démocratique du Congo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actualisation du plan national pour tous les pays prioritaires</li> <li>Porte-vaccins et glacières alloués aux pays prioritaires</li> </ul>
<b>Développer le suivi indépendant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conclure des accords à long terme avec des contractants tiers pour gérer les cadres de responsabilisation au titre des vaccins (au niveau des pays).</li> <li>Documenter l'expérience de la Guinée et de la République centrafricaine.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contractants tiers dans deux pays</li> <li>L'expérience de la Guinée et de la République centrafricaine documentée</li> </ul>

## 1.5 Objectif 1c : Accroître l'acceptation des vaccins par le biais de la participation communautaire

Dans les pays touchés par une flambée épidémique ou à risque, il est essentiel de susciter une demande de vaccins par le biais d'une participation communautaire adapté au contexte, afin de garantir une couverture vaccinale de qualité. Le programme a utilisé une série de stratégies, allant de la participation communautaire avec les chefs religieux et traditionnels et les communautés de jeunes jusqu'aux forums de plaidoyer de haut niveau, pour favoriser l'acceptation du vaccin (**Tableau 7**). Ces stratégies adaptées au contexte permettent d'améliorer la perception du risque de poliomyélite par les aidants afin de générer une demande de vaccins, tout en favorisant l'appropriation du programme par les communautés et en renforçant l'engagement politique local et national.

**Tableau 7 : Stratégies et activités de participation communautaire, 2023**

Stratégie	Activités	Participants ou public
<b>Formations</b>	Formations nationales en cascade	Médias, journalistes et blogueurs dans les pays touchés par des flambées épidémiques
<b>Campagnes de participation communautaire</b>	Campagne « carton rouge » contre la poliomyélite	41,3 millions de personnes sur trois mois
	Projet Kariya	Initiative menée par des jeunes dans 107 districts sanitaires
	Observateurs du web	Équipes spéciales dans les églises et les écoles au Cameroun
<b>Plaidoyer</b>	Forum sur la poliomyélite et la vaccination de routine	Représentants des partenaires de l'IMEP, leaders religieux et féminins, et gouverneurs au Niger et en République démocratique du Congo.

L'impact de la participation communautaire est mesurable. Des initiatives de numérisation menées par des jeunes dans huit pays ont permis d'atteindre près de 75 000 enfants « zéro dose » et plus de 203 000 enfants sous-vaccinés, ainsi que de faciliter près de 151 400 enregistrements de naissances. Une campagne « Carton rouge » contre la poliomyélite en République démocratique du Congo a contribué à maintenir un niveau de sensibilisation de 90 % chez les parents et chez les aidants. Il sera important, à l'avenir, de documenter et d'évaluer l'impact de ces stratégies innovantes.

### 1.5.1 Écueils rencontrés en 2023

La Région africaine est actuellement confrontée à des taux élevés et persistants de refus au Nigéria, en République démocratique du Congo et en Éthiopie. La désinformation et les rumeurs dans les grandes villes seraient à l'origine de plus de 15 % des refus. Les doctrines religieuses ultra-orthodoxes ont également contribué à l'augmentation de l'hésitation à se faire vacciner et de la méfiance à l'égard de la vaccination. Bien que conscients de ces tendances, les programmes nationaux n'ont pas accordé la priorité à la participation communautaire. Dans les zones à haut risque, on note un manque de

planification des activités au-delà des intervalles entre les campagnes de lutte contre la poliomyélite. En outre, les programmes nationaux n'ont offert qu'une formation limitée en mobilisation sociale, en déploiement et en supervision pendant les AVS, et la micro-planification a souvent manqué d'analyses sur les changements sociaux et comportementaux (CCS), telles que la cartographie sociale et les plans de déplacement des équipes.

### 1.5.2 Plans pour 2024 - 2025

L'un des principaux objectifs des programmes nationaux sera d'accroître l'acceptation des vaccins et de surmonter les refus grâce à diverses activités de mobilisation sociale (**Tableau 8**). L'efficacité de la stratégie sera examinée en accordant une attention particulière aux principaux réservoirs au Nigéria et en République démocratique du Congo. Dans les zones où les refus posent problème, y compris les zones où la concentration de faux marquages au doigt est relativement plus élevée, le programme réorganisera les stratégies pour impliquer les communautés.



## Priorité n° 7

Concevoir de nouvelles stratégies de communication pour susciter la confiance des populations dans les vaccins, accroître la demande de vaccins et, en fin de compte, améliorer la qualité des campagnes.

**Tableau 8 : Objectifs visant à accroître l'acceptation des vaccins par le biais de la participation communautaire, 2024 - 2025**

Objectifs	Activités	Indicateurs
<b>Améliorer l'acceptation des vaccins</b>	<p>Dans l'ensemble des pays prioritaires et des réservoirs principaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Former le personnel du programme et les travailleurs de première ligne aux changements sociaux et comportementaux.</li> <li>Aider les pays à développer des activités visant à opérer des changements sociaux et comportementaux entre deux tournées ; accorder la priorité à la sensibilisation des responsables communautaires et des personnes influentes au niveau local avant les campagnes.</li> <li>Évaluer l'impact des stratégies par l'utilisation et l'analyse systématiques des données.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>80 % des parents sont informés des AVS</li> <li>Toutes les stratégies visant à opérer des changements sociaux et comportementaux sont évaluées et documentées</li> </ul>
<b>Identifier les obstacles et y remédier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les obstacles grâce à une analyse rapide de l'offre et de la demande de vaccination en République démocratique du Congo, en Éthiopie et au Nigéria.</li> <li>Développer un ensemble intégré d'activités sur mesure visant à opérer des changements sociaux et comportementaux en République démocratique du Congo, en Éthiopie et au Nigéria.</li> <li>Procéder à un examen externe de la communication en République démocratique du Congo et au Nigéria.</li> <li>Dans le bassin du lac Tchad : élaborer un plan global pour les activités de coopération transfrontalière, en mettant l'accent sur les questions transfrontalières.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plans élaborés et mis en œuvre</li> <li>Impact documenté</li> <li>Examens externes entrepris</li> </ul>
<b>Améliorer la communication dans le cadre des AVS et au sujet de celles-ci</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre à jour les micro-plans avec les cartes sociales, les plans de déplacement des équipes et d'autres éléments clés pour la mobilisation sociale.</li> <li>Continuer à fournir une assistance technique aux pays pour la préparation et le suivi de la riposte aux flambées épidémiques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les micro-plans ont été mis à jour avant les AVS</li> </ul>

Objectifs	Activités	Indicateurs
<p><b>S'engager au plus haut niveau à maintenir l'élan</b></p>	<p>Dans toutes les zones géographiques importantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer et soutenir les activités de plaidoyer auprès des décideurs, des responsables politiques, communautaires et religieux.</li> <li>• Faire du plaidoyer auprès des partenaires humanitaires pour accroître les investissements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaidoyer mené dans un minimum de trois pays</li> <li>• Accord conclu avec des partenaires dans un minimum de deux zones géographiques importantes</li> </ul>



## 1.6 Objectif 1d : Renforcer la préparation et le renforcement des capacités

Le contexte épidémiologique actuel requiert que tous les pays de la Région africaine exempts de poliomyélite se préparent à une flambée épidémique, car le risque d'épidémie reste présent tant qu'il y aura une transmission du variant circulant du poliovirus. Tous les pays voisins de la République démocratique du Congo et des pays du bassin du lac Tchad doivent renforcer leur capacité de riposte. En outre, toutes les zones voisines de foyers du variant actif circulant du poliovirus de type 1 (variant circulant du poliovirus de type 1) présentant une lacune immunitaire importante de la population contre le poliovirus de type 1 et de type 3 sont vulnérables.

En 2024 et 2025, le programme s'attachera à faire en sorte que tous les pays de la Région soient prêts à réagir aux flambées épidémiques de poliomyélite (**Tableau 9**). Une attention particulière sera accordée au renforcement des capacités tant au niveau régional que national.

**Tableau 9 : Objectifs en matière de préparation et de renforcement des capacités de riposte aux épidémies, 2024 - 2025**

Objectifs	Activités	Indicateurs
<b>Assurer la préparation du VPOn2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Obtenir l'autorisation réglementaire pour l'utilisation du VPOn2 dans tous les pays.</li> <li>Améliorer la surveillance des effets secondaires après la vaccination par une surveillance des effets secondaires d'intérêt particulier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les 47 pays disposent de la documentation et des autorisations nécessaires</li> <li>Appui fourni sur le terrain aux comités d'évaluation des liens de causalité</li> </ul>
<b>Faciliter la formation d'un personnel qualifié</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre des plans systématiques de renforcement des capacités afin d'améliorer durablement les capacités dans un minimum de deux pays à très haut risque.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plans mis en œuvre à Madagascar et en République démocratique du Congo</li> <li>Rapport d'état d'avancement détaillé soumis fin 2024 (Madagascar), fin 2025 (République démocratique du Congo)</li> </ul>
<b>Renforcer les capacités des pays</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser un exercice de simulation en cas d'épidémie de poliomyélite (POSE) dans les pays qui n'en ont pas organisé ou qui n'ont pas mené de riposte à la poliomyélite au cours des deux dernières années.</li> <li>Renforcer les capacités de surveillance intégrée de la paralysie flasque aiguë, y compris la surveillance communautaire (SC) et la surveillance environnementale (SE) dans les pays ciblés.</li> <li>Organiser des cours de recyclage pour certification en ligne à l'intention du comité national de certification, du comité national d'éradication de la poliomyélite et des membres du groupe de travail national.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>POSE réalisé à Cabo Verde, en Érythrée, en Guinée équatoriale, à Maurice et à Sao Tomé-et-Principe</li> <li>Formation à la surveillance intégrée dans plus de cinq pays prioritaires, y compris en matière de surveillance communautaire</li> <li>Formation de recyclage pour certification sur le processus assurée en ligne</li> </ul>

Objectifs	Activités	Indicateurs
<b>Renforcer les capacités régionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créer un pool de formateurs à la riposte aux flambées épidémiques au niveau régional.</li> <li>• Étoffer le pool des coordinateurs de l'IMEP.</li> <li>• Organiser le leadership et le renforcement de l'esprit d'équipe pour tous les coordinateurs de l'IMEP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trois consultants recrutés pour assurer le renforcement des capacités et une liste de dix consultants en surveillance dressée en vue d'un déploiement rapide.</li> <li>• Nombre de coordinateurs de sexe masculin et féminin francophones accrus</li> <li>• Coordinateurs et cadres de l'IMEP formés au leadership et au renforcement de l'esprit d'équipe</li> </ul>
<b>Intégrer le genre dans le renforcement des capacités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veiller à ce que la perspective de genre soit un module essentiel dans toutes les formations.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les cours de formation comportent au moins un module traitant du genre et/ou de la prévention et de la lutte contre l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels</li> </ul>

### Objectif 1: Ce à quoi ressemble le succès

✓ **80 %** des AVS planifiées ont été mises en œuvre en temps utile, ciblant le bon groupe d'âge avec la portée, l'échelle et le type de vaccin appropriés.

✓ **80 %** des AVS dans les réservoirs principaux ont franchi le seuil de réussite du LQAS.

✓ **80 %** des réservoirs centraux sont en passe\* d'arrêter la transmission.

\* Défini comme au moins cinq trimestres consécutifs sans détection.



## 2. Objectif 2

### Améliorer la promptitude de la détection



L'IMEP assure actuellement le financement de la surveillance dans 10 pays de la Région africaine de l'OMS, les 37 autres pays recevant un soutien du budget de base de l'OMS dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies évitables par la vaccination (MEV). Ce processus de transition du financement de la surveillance de la poliomyélite de l'IMEP à l'OMS a débuté en janvier 2022. Tous les pays confrontés à des flambées bénéficient du soutien de l'IMEP pour les activités de renforcement de la surveillance et d'appuis techniques pour l'analyse des échantillons dans les laboratoires accrédités par l'OMS dans le cadre de la riposte aux flambées épidémiques. En raison du nombre élevé de pays ayant des flambées épidémiques en cours, l'impact de la transition sur la capacité à détecter les poliovirus et à y répondre n'est pas encore pleinement compris.

Une surveillance de qualité est essentielle pour éradiquer toutes les formes de poliovirus dans la Région. Au-delà de la riposte aux flambées épidémiques, la période « post-flambée » doit également faire l'objet d'une surveillance et d'une gestion minutieuses. Pour concentrer l'appui sur les zones les plus préoccupantes, le programme a hiérarchisé les interventions de surveillance dans les pays sur la base de profils de risque distincts (**Tableau 10**).

**Tableau 10 : Profils de risque par pays pour la paralysie flasque aiguë et interventions de surveillance environnementale\***

Profil de risque	Pays*
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pays à haut risque sans transmission active, mais présentant des résultats de surveillance sous-optimaux et des lacunes immunitaires, tout en partageant une zone épidémiologique avec un pays touché par une flambée épidémique.</li> </ul>	Angola, Éthiopie, Guinée équatoriale, Gabon, Guinée-Bissau, Liberia, Sierra Leone, Afrique du Sud, Soudan du Sud, Togo et Ouganda.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pays où la transmission du variant circulant du poliovirus est active et où les résultats de la surveillance ne sont pas optimaux (par exemple, virus orphelins).</li> </ul>	Tchad, République démocratique du Congo et Nigéria
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les pays d'Afrique du sud-est où le PVS1 a été transmis récemment, ce qui nécessite des données probantes solides attestant de l'arrêt de la transmission.</li> </ul>	Malawi, Mozambique et zone épidémiologique d'Afrique australe

\* En vigueur en décembre 2023



L'amélioration des délais sera poursuivie au travers de cinq objectifs fondés sur différents systèmes de surveillance et de données, à savoir :

- a) la surveillance de la paralysie flasque aiguë ;
- b) la surveillance environnementale ;
- c) la surveillance des variants du poliovirus associé à l'immunodéficience ;
- d) la surveillance en laboratoire ; et
- e) la gestion des données et de l'information.

## 2.1 Objectif 2a - Surveillance de la paralysie flasque aiguë

Dans l'ensemble, 80 % des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) dans la Région africaine sont signalés dans les sept jours suivant la date d'apparition et 89 % ont deux selles prélevées dans les 11 jours suivant l'apparition. Toutefois, les résultats varient considérablement d'un pays à l'autre. En 2022 et 2023, les taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique (PFANP) au niveau régional étaient supérieurs ou égaux à 6/100 000 et les taux d'adéquation des selles s'élevaient à 90 %. En 2023, hormis l'Érythrée, la Gambie, la Guinée-Bissau et les petits pays insulaires (Les Comores, Maurice, Sao Tomé-et-Principe et les Seychelles), tous les pays ont atteint les cibles de taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique et 22 des 47 pays ont atteint la cible d'adéquation des selles. (se référer à l'**annexe F** pour les données de surveillance de la PFA).

### 2.1.1 Écueils rencontrés en 2023

Les principaux défis auxquels les pays sont confrontés pour atteindre les cibles de promptitude sont l'identification et la déclaration des cas, ainsi que le transport des échantillons vers les laboratoires.

La sensibilité au niveau infranational continue de poser problème, en particulier dans les zones où le réseau de surveillance ne couvre pas suffisamment les populations difficiles à atteindre ou qui sont très mobiles ou vivant des zones où la sécurité pose problème.

Ces zones à haut risque se trouvent souvent dans les zones frontalières communes des pays du bassin du lac Tchad et de la grande région du Sahel. En 2023, 23 virus orphelins ont été détectés dans trois pays (Tchad, République démocratique du Congo et Nigéria), ce qui met en évidence les failles dans la surveillance au niveau infranational. Les évaluations des ripostes aux flambées entreprises dans quatre pays (Éthiopie, Malawi, Mozambique et Nigéria) ont mis en évidence d'importantes failles en matière de surveillance, notamment en ce qui concerne la surveillance active. Certains pays sont également confrontés à des difficultés liées à la forte rotation du personnel, le manque de connaissances devenant un obstacle à l'identification et à la déclaration des cas de PFA.

Les problèmes logistiques peuvent également entraîner des retards dans le transport des prélèvements, en particulier dans les pays ne disposant pas d'un laboratoire national pour la poliomyélite ou dans lesquels les distances et les infrastructures posent problème. Au niveau régional, seuls 49 % de la totalité des selles PFA parviennent aux laboratoires dans les trois jours suivant leur collecte. Malgré certains progrès, accomplis notamment grâce au soutien de VillageReach, il reste encore beaucoup à faire pour remédier à ces retards.

### 2.1.2 Plan pour 2024 - 2025

Le plan d'action pour la surveillance de la PFA s'articulera autour de quatre objectifs (**Tableau 11**). Ceux-ci seront classés par ordre de priorité en fonction des profils de risque nationaux du programme d'interventions de surveillance (se référer au **Tableau 10** ci-dessus).



### Priorité n°8

La résolution des failles en matière de surveillance en améliorant les résultats de la surveillance dans les zones « silencieuses » où la transmission peut passer inaperçue constitue une priorité.

**Tableau 11 : Objectifs d'amélioration de la détection par la surveillance de la paralysie flasque aiguë, 2024 - 2025**

Objectifs	Activités	Indicateurs
<b>Élaborer une stratégie de surveillance intégrée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer la stratégie de surveillance des maladies à prévention vaccinale dans la Région africaine, en décrivant l'approche à adopter pour intégrer pleinement la surveillance du poliovirus dans le système plus large de surveillance des maladies susdites en Afrique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stratégie de surveillance des maladies à prévention vaccinale pour la Région africaine achevée d'ici décembre 2025</li> </ul>
<b>Améliorer la sensibilité de la surveillance infranationale en mettant l'accent sur les « zones silencieuses »</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réaliser des examens documentaires suivis d'examens de surveillance (ciblés) sur le terrain ; mettre l'accent sur les examens de surveillance dans les évaluations de la riposte aux flambées.</li> <li>Mener une enquête détaillée sur les virus orphelins et autres détections suggérant une circulation silencieuse et élaborer une intervention de renforcement de la surveillance.</li> <li>Examiner le réseau de surveillance active tous les six mois en mettant l'accent sur les populations difficiles à atteindre.</li> <li>Actualiser et mettre en œuvre les plans d'amélioration de la surveillance des pays à la suite de l'examen par le Groupe chargé de la préparation et de la riposte aux flambées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examens de la surveillance sur le terrain réalisés dans un minimum de cinq pays chaque année</li> <li>Tous les virus orphelins étudiés et des mesures spécifiques de renforcement de la surveillance mises en œuvre</li> <li>Examen documenté du réseau de surveillance et des données sur les comportements de recherche de santé</li> <li>Mise en œuvre complète des plans de surveillance par pays</li> </ul>
<b>Faciliter la formation d'un personnel qualifié</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des formations en cascade sur la surveillance intégrée de la poliomyélite et des maladies à prévention vaccinale, en mettant un accent particulier sur le renforcement de la surveillance active et la supervision de soutien.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formations à la surveillance intégrée de la poliomyélite et des maladies à prévention vaccinale organisée dans un minimum de cinq pays chaque année.</li> </ul>

Objectifs	Activités	Indicateurs
Mener des activités de suivi et d'évaluation ciblées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrôler à échéance régulière les résultats, notamment en établissant des rapports mensuels sur les principaux indicateurs de résultats et les KKPI, ainsi qu'une synthèse mensuelle des données de surveillance active à l'aide d'indicateurs standard pour les sites à priorité élevée, moyenne ou faible et pour les sites ne faisant l'objet d'aucun rapport.</li> <li>• Procéder à une évaluation trimestrielle approfondie des résultats de la surveillance ; faire un point d'informations trimestriel des progrès réalisés dans la conduite des OBRA et des autres recommandations faisant suite à l'examen de la surveillance sur le terrain.</li> <li>• Identifier les raisons des contre-performances et mettre en place des mesures correctives.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résumé des résultats, y compris les principaux indicateurs de résultats, les KPPI et les données de surveillance active communiqué aux pays tous les mois.</li> <li>• Le point sur les résultats en matière de surveillance approfondie et sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des plans, des recommandations issues des évaluations et des examens entrepris dans le cadre l'évaluation des ripostes aux flambées communiqué chaque trimestre au Groupe régional d'intervention en cas d'épidémie (RORG).</li> <li>• Chaque trimestre, un plan d'action spécifique visant à relever les nouveaux défis présentés au RORG pour examen et approbation.</li> </ul>

KPI = principaux indicateurs de résultats ; KPPI = principaux indicateurs de processus et de résultats ; OBRA = évaluation de la riposte aux flambées épidémiques ; ORPG = Groupe chargé de la préparation et de la riposte aux flambées épidémiques.

## 2.2 Objectif 2b - Surveillance environnementale

En septembre 2023, 42 pays de la Région africaine sur 47 avaient procédé à la surveillance environnementale. Cette surveillance a permis de détecter la transmission dans des zones non détectée par la surveillance de la PFA, par exemple au Botswana et au Zimbabwe, où la surveillance environnementale a permis de détecter la transmission du variant circulant du poliovirus de type 2 avant la détection d'un cas de PFA. Dans d'autres zones, le réseau a apporté des informations précieuses qui ont aidé le programme à évaluer la transmission et à ajuster la riposte.

La Région procède à des examens mensuels et trimestriels des résultats, suivis d'examens sur le terrain des sites contre-performants. En 2023, le programme a examiné des sites de surveillance environnementale dans six pays. Alors que les sites individuels ont accru leur détection des entérovirus (EV) sur 12 mois (47 % de sites sensibles contre 39 % au cours des 12 mois précédents), un nombre moindre de pays dans l'ensemble (sept sur 35) atteignent la cible de 80 % des sites parvenant à un taux d'entérovirus de 50 % sur 12 mois.

Le pourcentage de prélèvements d'échantillons supervisés en 2023 (de janvier à octobre) était de 54 % (cible ≥80 %). Le pourcentage d'utilisation des données électroniques de surveillance environnementale dans la Région était de 74 % en 2023 (troisième trimestre), contre 61 % en 2022. La proportion d'échantillons parvenant aux laboratoires en bon état a toujours été satisfaisante. Cependant, le volume d'échantillons de surveillance environnementale provenant de sites contre-performants alourdit la charge de travail des laboratoires, entraîne un gaspillage des ressources et peut susciter un faux sentiment de sécurité quant à l'absence de circulation du virus. (Se référer à l'**annexe G** pour les données sur la surveillance environnementale).

Le programme surveille également le transport des échantillons vers le laboratoire, l'objectif étant qu'un nombre d'échantillons supérieur ou égal à 80 % parvienne au laboratoire dans les trois jours suivant le prélèvement. En 2023, 66 % des échantillons ont atteint le laboratoire en trois jours,

contre 53 % en 2021 et 2022, respectivement. Les raisons des retards dans le transport des échantillons font l'objet d'une analyse continue et des mesures sont prises lorsque cela est possible.

### 2.2.1 Écueils rencontrés en 2023

Bien que des progrès substantiels aient été réalisés dans l'expansion du réseau de surveillance environnementale, il subsiste des défis au nombre desquels on peut citer les sites enregistrant de mauvais résultats en partie du fait d'un manque de réseau d'égouts formel et représentatif, des contraintes logistiques liées au prélèvement et au transport des échantillons et des préoccupations quant à la durabilité. Pour surmonter certains de ces écueils, le programme a recruté des consultants en 2023 pour fournir un appui technique à l'optimisation des réseaux de surveillance environnementale.

### 2.2.2 Plan pour 2024/2025

Compte tenu de la taille du réseau régional de sites de surveillance environnementale, il importe de l'optimiser. Par exemple, des sites ponctuels limités dans le temps pourraient être appropriés dans les zones à haut risque nouvellement identifiées, telles

qu'une nouvelle zone géographique touchée par une flambée épidémique, tandis qu'un site permanent pourrait convenir pour la surveillance à long terme dans les zones urbaines densément peuplées.

Le plan d'action pour la surveillance environnementale se concentrera sur trois objectifs (**Tableau 12**). Ces objectifs et activités seront classés par ordre de priorité en fonction des profils de risque par pays du programme d'interventions de surveillance (Se référer au **Tableau 10** ci-dessus). Les activités sont tirées du Plan de travail pour la surveillance environnementale 2024 et du Plan stratégique pour la surveillance environnementale 2023 - 2025 et sont conformes au Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022 - 2024 (GPSAP).<sup>4</sup>



**Tableau 12 : Objectifs d'amélioration de la détection par la surveillance environnementale, 2024/2025**

Objectif	Activités principales	Indicateur de résultats
<p><b>Améliorer et optimiser la qualité du réseau de surveillance environnementale</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examiner à échéance régulière les résultats obtenus par les sites en procédant à des examens documentaires mensuels au niveau national et régional.</li> <li>• Des équipes nationales, sous-régionales ou régionales devront mener des examens sur le terrain des sites contre-performants dans les pays prioritaires et les pays comptant moins de 50 % de sites sensibles.</li> <li>• Fermer systématiquement : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TOUS les sites de surveillance environnementale enregistrant 0 % de détection d'entérovirus sur 12 mois (selon les lignes directrices) ;</li> <li>○ TOUS les sites de surveillance environnementale enregistrant moins de 30 % de détection d'entérovirus sur 24 mois ; et</li> <li>○ TOUS les sites de surveillance environnementale enregistrant moins de 50 % de détection d'entérovirus sur 36 mois.</li> <li>○ Le RORG peut accorder des dérogations aux sites qui ont signalé des cas de poliomyélite à prévention vaccinale au cours des 48 derniers mois. Ces sites seront considérés comme des sites ponctuels.</li> </ul> </li> <li>• Identifier les raisons des retards dans le transport des échantillons et mettre en place des actions correctives.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un nombre supérieur ou égal à 80 % de sites enregistrant des taux d'entérovirus supérieurs à 50 %, par pays <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0 % de sites enregistrant 0 % de détection d'entérovirus sur 12 mois</li> <li>○ 0 % de sites enregistrant moins de 30 % de détection d'entérovirus sur 24 mois</li> <li>○ 0 % de sites enregistrant moins de 50 % sur 36 mois</li> </ul> </li> <li>• 100 % des sites nouvellement créés devront être considérés comme des sites ponctuels ; les sites doivent être officiellement confirmés comme étant fonctionnels UNIQUEMENT lorsque les critères de qualité sont remplis.</li> <li>• 100 % des pays enregistrant des résultats sous-optimaux en matière de surveillance environnementale visités</li> <li>• 80 % des échantillons parviennent au laboratoire dans les trois (3) jours suivant leur prélèvement.</li> </ul>

Objectif	Activités principales	Indicateur de résultats
<b>Réviser et rationaliser la surveillance environnementale dans les zones à haut risque et géographiquement diversifiées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encourager l'ouverture de sites ponctuels dans les zones de flambées épidémiques ou à haut risque lorsque cela est possible (par opposition aux sites permanents). Ces sites seront limités dans le temps et pourront être fermés lorsque l'épidémie sera déclarée terminée.</li> <li>Reclasser les sites existants ouverts pour surveiller une flambée épidémique en sites ponctuels limités dans le temps.</li> <li>Tenir un registre de l'emplacement des sites potentiels de surveillance environnementale qui peut être ouvert et fermé en cas de besoin.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de sites permanents et de sites ponctuels à durée limitée</li> <li>Registre de l'emplacement des sites potentiels (avec coordonnées géographiques et données de la « ligne bleue »)</li> </ul>
<b>Faciliter la formation d'un personnel qualifié et promouvoir l'intégration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser des formations sur la surveillance environnementale dans le cadre de la formation sur la PFA ou les maladies à prévention vaccinale ou lors de visites dans le pays.</li> <li>Former les pays à l'utilisation des outils de données électroniques de surveillance environnementale, y compris lors des missions de supervision ou d'examen.</li> <li>Identifier un laboratoire et deux sites pilotes pour la détection de plusieurs agents pathogènes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>80 % des pays à haut risque bénéficiant d'une formation de remise à niveau en matière de surveillance environnementale</li> <li>80 % d'utilisation d'outils de données électroniques par les pays</li> </ul>

### 2.3 Objectif 2c : Surveillance du variant du poliovirus associé à l'immunodéficience

Le démarrage de la surveillance du variant du poliovirus associé à l'immunodéficience remonte dans la Région africaine à 2022, avec des projets pilotes menés au Nigéria et au Sénégal dans le cadre du déploiement du VPOn2. En 2024 - 2025, la Région examinera et évaluera les résultats de ces projets pilotes.

### 2.4 Objectif 2d : Surveillance en laboratoire

Le réseau régional africain de laboratoires pour la poliomyélite compte 16 des 146 laboratoires du réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (GPLN). Sur ces 16 laboratoires, 15 analysent les échantillons de surveillance environnementale et de selles, le dernier laboratoire (Zimbabwe) prévoyant de démarrer à brève échéance la surveillance environnementale. Le nombre d'échantillons de selles PFA traités par le réseau régional de

laboratoires pour la poliomyélite en 2022 et 2023 (troisième trimestre) était respectivement de 33 419 et de 26 313. Le nombre correspondant d'échantillons de surveillance environnementale était, lui, de 8675 et 6190 au cours de la même période.

Sur les 16 laboratoires pour la poliomyélite répartis dans 15 pays de la Région, trois sont des laboratoires régionaux de référence (LRR) basés en République centrafricaine, au Ghana et en Afrique du Sud, mais seuls ceux du Ghana et de l'Afrique du Sud proposent actuellement le séquençage génétique. Deux laboratoires pour la poliomyélite (Niger et Angola) prétraitent leurs échantillons en les concentrant avant de les expédier à un laboratoire national accrédité pour la poliomyélite. Le laboratoire national pour la poliomyélite du Kenya apporte également un appui à certains pays (Djibouti, Somalie et Yémen) de la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS.

### 2.4.1 Écueils rencontrés en 2023

Le délai cible fixé par l'IMEP pour la détection et la riposte entre l'apparition (pour la PFA) ou le prélèvement de l'échantillon (pour la surveillance environnementale) et l'obtention du résultat final du laboratoire est de 35 jours. L'analyse des délais d'exécution des échantillons (PFA et surveillance environnementale) entre leur arrivée au laboratoire et l'obtention des résultats de variants positifs du poliovirus en 2023 (de janvier à octobre) montre qu'aucun des 16 laboratoires n'a systématiquement respecté un délai moyen de 21 jours, ce qui met en évidence un problème persistant de respect des délais escomptés. Cette faiblesse est plus marquée dans les pays où le nombre de cas et d'isolats de variants du poliovirus est élevé, notamment en République démocratique du Congo et à Madagascar (**annexe H**).

Les retards accusés au niveau des laboratoires peuvent résulter du simple nombre d'échantillons, qui excède la capacité des laboratoires, mais aussi de ruptures de stock de réactifs, de la réception de lots importants d'échantillons ou d'ambiguïtés dans les résultats des tests, qui peuvent justifier de nouveaux isolements.

### 2.4.2 Plan pour 2024 - 2025

Pour réduire les retards, le personnel du programme prévoit de contrôler à échéance régulière le respect des délais par les laboratoires et de mettre en place des interventions appropriées, d'agrandir les laboratoires de séquençage et d'introduire des méthodes nouvelles et plus rapides pour la détection directe du poliovirus (**Tableau 13**).

L'extension du séquençage et de la détection directe dans les laboratoires comporte six volets principaux : 1) formation des laboratoires ; 2) essais pilotes/ parallèles ; 3) visites de dépannage des laboratoires de séquençage au niveau mondial ; 4) tests par panels de compétence ; 5) visites d'accréditation ; et 6) mise en œuvre. En décembre 2023, les laboratoires de la Région africaine étaient à différents stades de ce processus de mise en œuvre (**annexe H**).

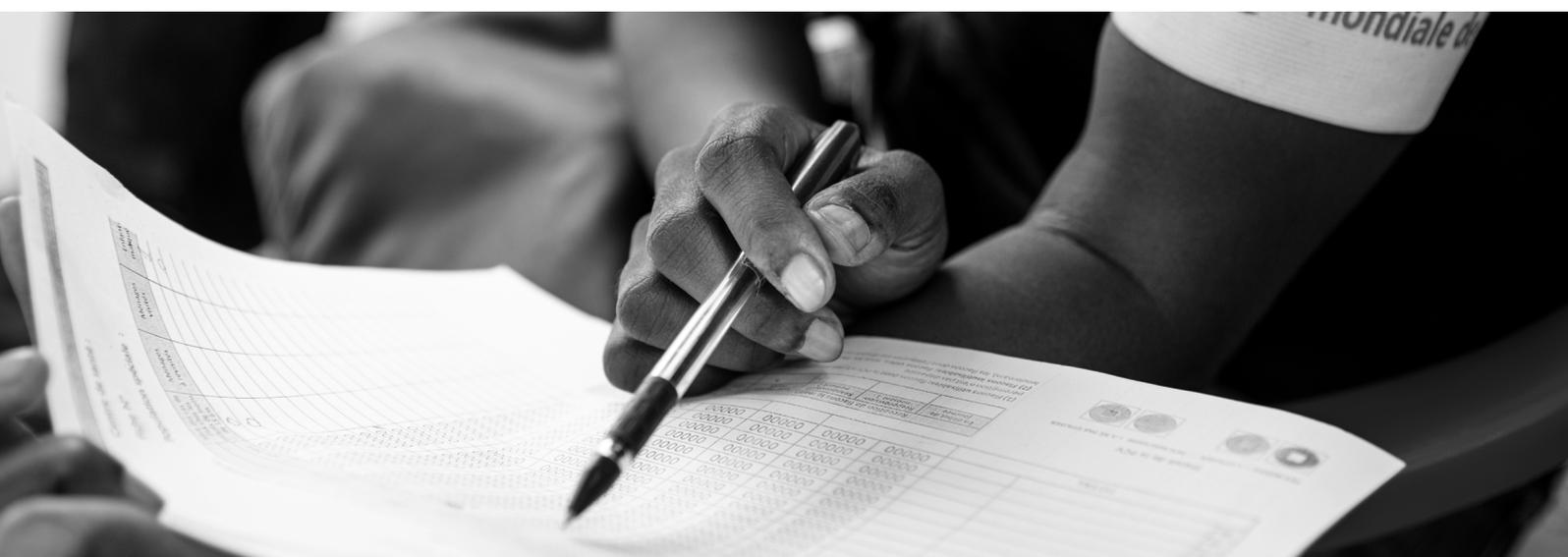
#### Activités clés pour 2024 - 2025

- ✓ Expansion du séquençage, avec un minimum de deux laboratoires de séquençage supplémentaires d'ici mai 2024.
- ✓ Tests d'aptitude développés et partagés avec les laboratoires pour MinION (premier trimestre 2024) et DDNS/DD-DIT (troisième/quatrième trimestre 2024 ; dirige le United Kingdom National Institute for Biological Standards and Control (NIBSC), U.S. Centers for Disease Control and Prevention avec décision (avril 2024 ; novembre 2024).
- ✓ Les résultats positifs des tests DDNS et DD-DIT sont utilisés pour des actions programmatiques ; des données précieuses pour les programmes sont régulièrement partagées par le laboratoire mondial de séquençage (LMS).

**Tableau 13 : Objectifs d'amélioration de la détection par la surveillance en laboratoire, 2024 - 2025**

Objectif	Activité	Indicateur de résultats
<b>Réduire la charge de travail en augmentant la capacité des ressources humaines</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Engager du personnel de laboratoire qualifié supplémentaire (Zimbabwe : 4 ; Algérie : 2 ; Ouganda : 2 ; Madagascar : 2 ; Côte d'Ivoire : 2 ; Ghana : 3 ; République centrafricaine : 2 ; Éthiopie : 2 ; Cameroun : 2 ; Sénégal : 2 ; et Kenya : 2).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'agents de laboratoire engagés</li> </ul>
<b>Acheter et distribuer du matériel de laboratoire, des réactifs et autres fournitures</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apporter un appui aux laboratoires prioritaires en leur fournissant du matériel et des fournitures en Afrique du Sud, au Nigéria (Ibadan), à Madagascar, en Algérie, en Ouganda, en République centrafricaine, en Éthiopie, au Cameroun et au Ghana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de laboratoires bénéficiant d'équipements et de fournitures</li> </ul>

Objectif	Activité	Indicateur de résultats
<b>Former le personnel de laboratoire aux nouvelles technologies et méthodologies (MinION, détection directe par méthode séquençage nanopores (DDNS))</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Former le personnel des laboratoires prioritaires en Algérie, en Côte d'Ivoire, à Madagascar, en République centrafricaine, en Éthiopie, au Nigéria (Ibadan pour la méthode MinION), en Éthiopie, en Zambie, au Zimbabwe, au Mozambique, en Angola, en Tanzanie, en Érythrée, en Afrique du Sud, au Rwanda pour le DDNS et au Ghana pour Sanger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre d'agents formés</li> </ul>
<b>Introduire des capacités de séquençage du génome complet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer une formation et fournir des séquenceurs appropriés aux agents de laboratoire en Afrique du Sud et au Ghana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilité des capacités de séquençage du génome complet dans les laboratoires régionaux de séquençage</li> </ul>
<b>Améliorer les résultats et motiver le personnel grâce à une supervision de soutien et à la rénovation des laboratoires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la supervision des laboratoires en Algérie, à Madagascar, en Côte d'Ivoire, en République centrafricaine, au Mozambique, en Angola, en Érythrée, en Tanzanie, au Rwanda, en Zambie, au Zimbabwe, en Éthiopie, en Afrique du Sud, au Ghana, en République démocratique du Congo, en République centrafricaine, au Sénégal, au Nigéria (Maiduguri et Ibadan) et au Kenya.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de visites de supervision de soutien effectuées</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collaboration avec e-Health Africa pour évaluer et rénover des laboratoires en Éthiopie, au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Sénégal, en Ouganda et en Zambie.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de laboratoires évalués</li> <li>Nombre de laboratoires rénovés</li> </ul>



## 2.5 Objectif 2e - Gestion des données et de l'information

L'équipe chargée de la gestion des données et de l'information a pour objectif de rationaliser les systèmes d'information géographique, la santé mobile (mHealth) et d'autres analyses de données afin d'assurer une coordination efficace et de renforcer le soutien tant au niveau régional qu'au niveau des opérations sur le terrain.

En 2023, des outils et instruments clés visant à renforcer les données sur la PFA, la surveillance environnementale et les campagnes ont été mis à niveau, développés et déployés. Par exemple, une nouvelle application compagnon de surveillance électronique (eSURV) rehausse la qualité de la surveillance active en créant une liste principale des

établissements de santé (indiquant les niveaux de priorité et s'ils ont été visités ou non). L'application a été développée et testée au Gabon et en Ouganda au début de l'année 2023 et est en cours de déploiement en République démocratique du Congo, au Malawi et au Mozambique. En outre, les outils eData qui ont été introduits en 2020 pour renforcer les efforts de surveillance environnementale continuent d'être déployés dans la Région, dans l'optique d'une adoption par 73 % des pays dès fin 2023.

Une autre réalisation importante tient à l'essai pilote du système Web-Information for Action (WebIFA). Ce système permet d'assurer une surveillance intégrée et de fournir des informations de laboratoire sur une plateforme unique et en temps quasi-réel. WebIFA a été testé en Ouganda et au Soudan du Sud pour soutenir la surveillance environnementale. La composante PFA du module, bien que prête à l'emploi, est en attente d'intégration à la plateforme DHIS2. Dans le cadre des activités de déploiement, des formations ont été organisées en Afrique du Sud et au Kenya.

### 2.5.1 Écueils rencontrés en 2023

Le manque de financement a limité le nombre de formations en cascade que le programme a pu offrir au personnel des provinces et des districts sur l'application compagnon eSURV, entravant ainsi son déploiement. La limitation des ressources a également expliqué les retards enregistrés dans l'élaboration de la liste principale des établissements de santé de l'application. En ce qui concerne les outils de surveillance environnementale, un manque de cohérence dans l'utilisation des différents outils eData au niveau du pays et des sites de surveillance environnementale

a été observé, ainsi que des difficultés à suivre les changements sur les sites de surveillance environnementale (statut, coordonnées, nom, code, fréquence de prélèvement).

L'équipe chargée de la gestion des données et de l'information continue d'étudier les moyens d'améliorer la capacité du programme à lever les obstacles sexospécifiques à la vaccination, notamment :

- un cadre de collecte de données permettant de saisir et de ventiler les données par sexe et par âge pour la couverture des campagnes, les enfants oubliés et les enfants « zéro dose », les cas de PFA et l'adéquation des échantillons de selles ;
- des tableaux de bord permettant l'analyse de toutes les données ventilées par âge et par sexe par les équipes d'intervention rapide dans les pays ; et
- l'établissement de rapports permettant de garantir que les nuances sexospécifiques soient prises en compte et communiquées aux parties prenantes.

### 2.5.2 Plan for 2024/2025

La sous-unité « Gestion des données et de l'information » a identifié trois objectifs majeurs pour hiérarchiser les activités, en plus du travail de routine qu'elle effectue (**Tableau 14**).

La **disponibilité** et l'analyse **en temps réel de données** fiables **sur les épidémies et les AVS** permettront d'améliorer la qualité et la promptitude des ripostes aux flambées.

**Tableau 14 : Objectifs d'amélioration de la détection par la gestion des données et des informations, 2024 - 2025**

Objectifs	Activités	Indicateurs
<p><b>Améliorer l'accès à des données de qualité sur les AVS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déployer le système de suivi global dans les pays prioritaires : République démocratique du Congo, Madagascar et Mozambique.</li> <li>• Répertorier tous les établissements dans le nord-ouest du Nigéria et améliorer la micro-planification et la cartographie de la population dans l'est de la République démocratique du Congo.</li> <li>• Procéder à une évaluation approfondie des données d'AVS disponibles à Madagascar afin d'identifier les poches de population non atteintes.</li> <li>• Effectuer des exercices de nettoyage des données pour les pays identifiés comme présentant des lacunes en matière de données de suivi indépendant et LQAS (sept pays prioritaires).</li> <li>• Former les gestionnaires de données aux outils d'AVS et aux méthodes LQAS ainsi que la méthodologie de suivi indépendant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système de géolocalisation déployé dans trois pays sélectionnés</li> <li>• Toutes les localités du nord-ouest du Nigéria cartographiées et vérifiées.</li> <li>• Amélioration de la micro-planification et de la cartographie de la population dans l'est de la République démocratique du Congo et le long des principaux cours d'eau</li> <li>• Évaluation des données de l'AVS pour Madagascar</li> <li>• Nombre de gestionnaires de données formés et de sessions de formation organisées</li> </ul>
<p><b>Faciliter la collecte, la communication et l'analyse des données pour la surveillance</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étendre le déploiement de WebIFA à tous les laboratoires recevant des échantillons de pays prioritaires.</li> <li>• Déployer l'application compagnon eSURV dans 15 pays prioritaires.</li> <li>• Recoder les outils de données électroniques de surveillance environnementale (eData) en intégrant une solution centrée sur la carte, en s'appuyant sur l'application compagnon eSURV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de laboratoires utilisant le système WebIFA pour la PFA et la surveillance environnementale</li> <li>• Nombre de pays disposant d'une liste principale de sites de surveillance et utilisant l'application compagnon eSURV</li> <li>• 80 % d'utilisation des outils eData dans tous les pays exécutant le programme</li> </ul>
<p><b>Renforcer les capacités et l'infrastructure des points focaux SIG et des gestionnaires de données</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir une assistance pour la mise à niveau des systèmes, la migration vers le cloud et la maintenance des serveurs ; migrer le serveur ODK vers le cloud.</li> <li>• Acheter des équipements pour l'équipe de gestion des données, de l'information et des logiciels pour les centres de données.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 90 % de disponibilité des systèmes de serveurs en nuage</li> <li>• Utilisation par tous les membres de systèmes informatiques performants</li> </ul>

## Objectif 2 : ce à quoi ressemble le succès

L'amélioration de la vitesse de détection est démontrée par la communication des résultats finaux de laboratoire pour les PVS et les variants de poliovirus dans les 35 jours suivant l'apparition (pour la PFA) ou le prélèvement (pour la surveillance environnementale).

Les résultats de la surveillance au niveau national sont suffisants pour garantir l'absence de transmission dans les six mois suivant la dernière détection du poliovirus sauvage ou du variant circulant du poliovirus dans plus de 90 % des pays touchés par des flambées.



## 3. Objectif 3

### Accélérer les progrès grâce à l'intégration

La stratégie de l'IMEP souligne la nécessité d'une approche intégrée de prestation de services qui associe la vaccination contre la poliomyélite à d'autres services essentiels de vaccination et de santé afin d'optimiser les résultats et d'atteindre un groupe de population plus large.

Le programme vise à accélérer les progrès par les moyens suivants :

- les campagnes intégrées ; et
- des activités liées au renforcement du système de vaccination.

#### 3.1 Objectif 3a - Campagnes intégrées

Les activités de vaccination supplémentaires intégrées ajoutent une dose de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) à d'autres campagnes de vaccination à faible coût. Compte tenu de la nécessité de combler d'urgence la lacune immunitaire de la Région dans un contexte marqué par des contraintes financières et la suspension des AVS préventives, le groupe consultatif technique régional sur la vaccination a recommandé d'inclure le VPOb dans toutes les AVS et activités de rattrapage non liées à la poliomyélite.

##### 3.1.1 Écueils rencontrés en 2023

La Région africaine a entrepris des AVS intégrées par le passé, mais l'absence d'un cadre bien structuré a rendu difficile la documentation de ces activités. Par exemple, en 2023, la République démocratique du Congo a mené une AVS intégrée d'une durée d'une semaine contre la poliomyélite et la rougeole et le Malawi une AVS intégrée contre la poliomyélite et la rougeole-rubéole combinées, au moyen des vaccins conjugués contre la typhoïde et de la supplémentation en vitamine A.



##### 3.1.2 Plan pour 2024 - 2025

Pour mieux structurer les AVS intégrées, le programme recherchera des possibilités de combinaisons avec la rougeole, la fièvre jaune et d'autres maladies à prévention vaccinale qui bénéficient du soutien financier de Gavi, l'Alliance du vaccin (Gavi) (**Tableau 15**). Cet « ajout » nécessitera une évaluation des coûts par le programme. Compte tenu de la longueur du processus de demande, il est recommandé d'envisager l'intégration du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) aux AVS prévues pour la rougeole et la fièvre jaune une fois que Gavi aura confirmé sa décision de financer les AVS, ce qui se produit généralement cinq mois avant le début des campagnes.



#### Priorité n° 9

Intégrer la mise en œuvre du programme chaque fois que possible et partout où cela ne freine pas la promptitude ni ne sape la qualité la qualité de la riposte et favoriser l'intégration avec d'autres antigènes et d'autres interventions sanitaires. Ainsi, le vaccin antipoliomyélitique oral sera ajouté aux AVS des maladies à prévention vaccinale au cas par cas, en donnant la priorité aux AVS qui contribuent à la riposte aux épidémies de poliomyélite.

**Tableau 15 : Calendrier des AVS pour les maladies à prévention vaccinale, 2024 - 2025**

Pays	AVS contre la rougeole / Fièvre jaune (FJ)	Pays	AVS contre la rougeole / Fièvre jaune (FJ)
Mali	Janvier 2024	Guinée-Bissau	fin 2024 (rattrapage RR)
Tchad	Janvier/février 2024 (rougeole + FJ)	Sierra Leone	fin 2024
Tanzanie	février 2024 (AVS sélectives)	Guinée	début 2025
Burkina Faso	avril 2024	Éthiopie	début 2025
Libéria	mi 2024	Ghana	début 2025
Érythrée	mi 2024 (AVS sélectives)	Kenya	mi 2025
Madagascar	mi 2024	Niger	T3, T4, 2024 (FJ)
Mauritanie	mi/fin 2024	Guinée équatoriale	T3 (FJ)
Mozambique	mi/fin 2024	Ouganda	T1, T4 (FJ)
Rwanda	mi/fin 2024 (AVS sélectives)	République démocratique du Congo	T3, T4, 2024 (FJ)
Nigéria	T3 2024 (dans 24 États) + FJ	<b>L'Angola, le Gabon et la Guinée équatoriale sont encouragés à mener des AVS de suivi de la rougeole à l'échelle nationale en 2024</b>	
Zambie	mi/fin 2024		
Bénin	fin 2024		
Côte d'Ivoire	fin 2024		
Ghana	fin 2024		

RR = rougeole-rubéole ; FJ = fièvre jaune.

Les AVS intégrées constitueront une stratégie essentielle pour atténuer les lacunes immunitaires croissantes enregistrées dans la Région. L'objectif premier du programme sera de promouvoir les AVS intégrées par le biais d'activités coordonnées entre les programmes (**Tableau 16**).

**Tableau 16 : Objectifs pour accélérer les progrès grâce à des AVS intégrées, 2024 - 2025**

Objectif	Activité	Indicateurs
<b>Promouvoir les AVS intégrées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le programme OMS pour l'éradication de la poliomyélite (PEP) de l'OMS et les maladies à prévention vaccinale (MEV) doivent élaborer un calendrier complet des AVS prévues pour la poliomyélite, la rougeole et d'autres MEV, ainsi qu'un tableau de bord dynamique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tableau de bord en ligne dynamique</li> <li>Nombre de campagnes intégrées</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'OMS AFRO doit fournir des estimations sur les besoins en vaccins et en ressources supplémentaires nécessaires à la mise en œuvre des AVS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Campagnes intégrées entièrement documentées</li> </ul>

### 3.2 Objectif 3b : Renforcement du système de vaccination

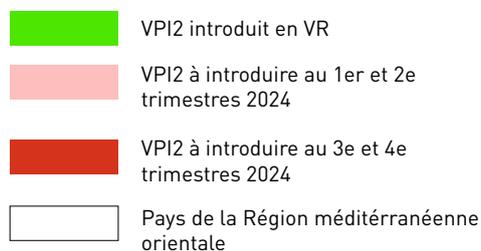
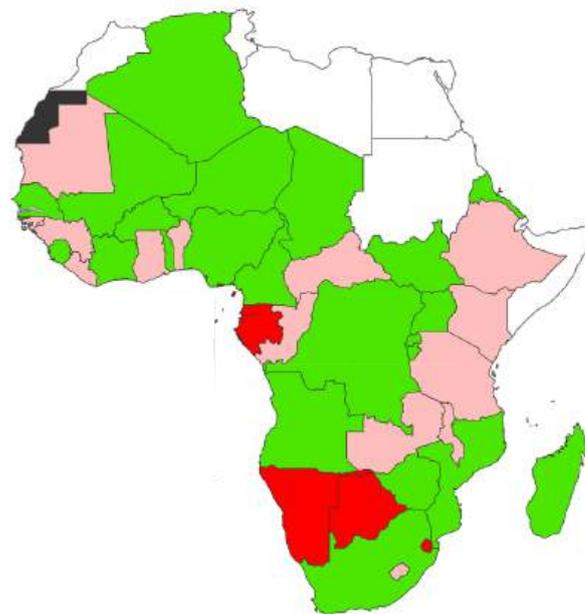
Dans la Région africaine, les faibles taux de couverture au moyen des vaccins essentiels, qui ont d'abord diminué en raison de la pandémie de COVID-19, sont à présent davantage exacerbés par l'émergence d'un conflit dans certains pays. Cette baisse laisse de plus en plus d'enfants non vaccinés et exposés aux maladies, y compris la poliomyélite.

#### 3.2.1 Écueils rencontrés en 2023

Plusieurs épidémies à grande échelle de maladies à prévention vaccinale survenues en 2023 témoignent du nombre très élevé d'enfants non vaccinés. Par exemple, 72 % des cas de flambées explosives de rougeole en République démocratique du Congo en 2023 n'étaient pas vaccinés. L'épidémie de diphtérie au Nigéria met au jour les lacunes immunitaires, puisque seuls 34 % des enfants âgés de cinq à 15 ans sont vaccinés. Les pays où la couverture vaccinale est faible sont également ceux qui sont touchés par les flambées de variants circulants : Le Nigéria, la République démocratique du Congo et Madagascar sont actuellement les foyers de flambées de variants circulants dans la Région.

L'introduction d'une deuxième dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI2) est essentielle pour combler les lacunes immunitaires contre le poliovirus, renforcer et maintenir la capacité d'éradication de toutes les formes de poliovirus. Le taux de couverture actuel pour une première dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI1) dans la Région est de 78 %, avec quelques variations au niveau des pays, et le taux de couverture du VPI2 est de 19 %. Au troisième trimestre 2023, 24 pays de la Région auront introduit avec succès le VPI2 dans leur calendrier de vaccination essentiel, tandis que 23 resteront devoir l'introduire (**Figure 7**).

**Figure 7 : Introduction du VPI2 dans la Région africaine, 2023 - 2024**



Source: OMS.



### 3.2.2 Plan pour 2024/2025

L'introduction du VPI2 sera accélérée en 2024 grâce aux activités énumérées dans le Tableau 17. En outre, pour renforcer la résilience et pérenniser l'interruption après la fin d'une flambée épidémique, le programme expérimentera une nouvelle approche. En collaboration avec les partenaires de la vaccination, de nouvelles mesures de performance et de responsabilité seront mises en place, ainsi qu'un centre d'opérations d'urgence (COU). Les opérations seront maintenues pour faciliter la micro-planification ainsi que pour gérer et suivre les progrès pour parvenir au renforcement du système de vaccination. Cette phase « d'intensification de la routine » sera pilotée au Mozambique (provinces de Tete et de Zambèze), et les résultats sont attendus pour mi-2024 afin de guider les efforts du programme en matière de renforcement du système de vaccination intégré.

**Tableau 17 : Objectifs pour accélérer les progrès grâce au renforcement des systèmes intégrés, 2024 - 2025**

Objectif	Activités	Indicateurs
<b>Accélérer l'introduction du VPI2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organiser un atelier pour les 23 pays restants sur l'introduction du VPI2.</li> <li>Finaliser l'analyse des goulets d'étranglement et des données relatives à l'état de préparation émanant des 23 pays.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de pays participants ; rapport d'atelier complet</li> <li>Analyse complète des goulets d'étranglement</li> </ul>
<b>Renforcer la résilience en renforçant les vaccinations essentielles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer une coordination étroite avec les partenaires du programme élargi de vaccination (PEV) et des vaccinations essentielles dans le pays afin d'identifier les communautés n'ayant reçu aucune dose et celles qui sont sous-vaccinées dans les zones géographiques prioritaires pour la lutte contre la poliomyélite.</li> <li>Accroître l'accès et l'utilisation des services de vaccination essentiels en intégrant des micro-plans opérationnels, en améliorant la supervision de soutien et le suivi des activités de proximité, en harmonisant la mobilisation sociale et en utilisant les nouvelles technologies (telles que l'argent mobile et le SIG) pour soutenir les opérations, si nécessaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tendance à la baisse du nombre d'enfants « zéro dose » contre la poliomyélite</li> <li>80 % de couverture au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral à la naissance</li> <li>Documentation des stratégies innovantes pour atteindre les communautés à accès limité</li> <li>Pourcentage de visites de supervision documentées sur la vaccination essentielle par le personnel chargé de la lutte contre la poliomyélite</li> </ul>

## 4. Objectif 4

### Susciter un sentiment d'urgence par le biais de la sensibilisation

La stratégie d'éradication de la poliomyélite de l'IMEP identifie la nécessité d'une volonté politique forte et d'une hiérarchisation des ressources au niveau national, grâce à un plaidoyer efficace, comme facteur essentiel.

#### 4.1 Écueils rencontrés en 2023

Les principales entraves récentes à la sensibilisation dans la Région africaine sont les suivantes : la concurrence entre les priorités qui détourne les ressources des efforts de lutte contre la poliomyélite et de vaccination essentielle ; la limitation des ressources qui a un impact sur la prise de décision, la planification et la mise en œuvre ; et la lassitude résultant de la multiplicité des campagnes de lutte contre la poliomyélite et d'autres maladies à prévention vaccinale qui amoindrit le sentiment d'urgence de l'éradication de la poliomyélite. Bien que l'OMS AFRO et l'IMEP aient identifié des activités pour lever certains de ces écueils, un soutien solide et une responsabilisation des dirigeants politiques locaux et nationaux sont encore nécessaires pour garantir la bonne mise en œuvre des activités planifiées.

#### 4.2 Plan pour 2024 - 2025

Un cadre régional souple et multiforme a été élaboré pour le plaidoyer en faveur de la lutte contre la poliomyélite. Il souligne l'importance d'une communication adaptée au contexte, de stratégies adaptatives et d'une collaboration entre les parties prenantes (**annexe I**).



Pour mener à bien les activités de plaidoyer politique au niveau régional, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, en coordination avec ses partenaires, tiendra à jour une liste des besoins en matière de plaidoyer proactif et réactif, suivra les résultats des activités de plaidoyer menées et affinera les messages et les possibilités de collaboration pour faire face à ces besoins. Le programme et les partenaires élaboreront des outils de plaidoyer, identifieront les pays prioritaires pour un appui direct en matière de plaidoyer et actualiseront leur plan de plaidoyer, si nécessaire (**annexe I, Tableau I3**). Enfin, la poliomyélite étant l'une des nombreuses préoccupations des États Membres de la Région africaine, l'intégration de la lutte contre cette maladie à d'autres programmes devra être étudiée de façon plus poussée, en tenant compte des autres préoccupations des États Membres.



#### Priorité n°10

L'intensification des efforts de plaidoyer permettra d'atteindre les dirigeants et les donateurs et de les inciter à renouveler leurs engagements en faveur de l'éradication de la poliomyélite. À cette fin, le cadre régional de plaidoyer en faveur de la poliomyélite vise à maintenir l'éradication de la poliomyélite comme priorité dans tous les programmes nationaux (**annexe I**).

# 5. Coordination, gestion et surveillance

## 5.1 Coordination au niveau national

### 5.1.1 Centres nationaux d'opérations d'urgence en matière de poliomyélite et de vaccination

La coordination des activités d'éradication de la poliomyélite dans tous les pays ayant des foyers actifs se fera par le biais d'un **système de gestion des incidents** géré par un **gestionnaire des incidents** désigné par le gouvernement et approuvé par le Ministre de la santé. Les pays touchés par une flambée épidémique qui bénéficient d'un appui direct de l'IMEP auront également un **coordinateur** désigné par l'IMEP.

Un **centre national des opérations d'urgence** (CNOU) dirigé par le gestionnaire des incidents, avec le soutien du coordinateur de l'IMEP, gèrera la riposte quotidienne aux flambées, en prenant des décisions opérationnelles basées sur les données du pays et en coordonnant les actions d'urgence. La structure organisationnelle des CNOU comprendra également des points focaux pour les AVS, les vaccinations essentielles, la surveillance, la gestion des données, la communication, le plaidoyer et d'autres domaines. Dans certains pays à très haut risque et dans les grands pays où la transmission persiste, des centres des opérations d'urgence (COU) infranationaux sont mis en place pour améliorer la coordination. Les centres des opérations d'urgence infranationaux sont placés sous l'autorité du CNOU. Ils sont considérés comme des extensions de celui-ci et disposent de structures adoptées à partir du CNOU et adaptées aux besoins locaux.

Les centres nationaux des opérations d'urgence apporteront également un appui direct au programme élargi de vaccination du pays en vue d'accélérer la mise en œuvre des plans d'amélioration des vaccinations essentielles, en mettant l'accent sur les zones infranationales prioritaires confrontées à d'autres épidémies de maladies à prévention vaccinale.



### 5.1.2 Appui de l'IMEP aux pays

L'appui de l'IMEP aux pays sera coordonné par le Groupe régional d'intervention en cas d'épidémie (RORG) et les facilitateurs désignés pour les blocs de coordination épidémiologique spécifiques. Ces facilitateurs apporteront un appui aux pays pour garantir l'allocation et l'utilisation idoines des ressources.

Un **personnel équilibré sur le plan du genre** est un facteur favorable essentiel pour mettre fin à la transmission du poliovirus. En 2024 - 2025, le programme accordera la priorité :

- à la création d'environnements de travail sûrs, conformes aux normes locales en matière de genre, et à la mise en œuvre de politiques et de pratiques favorisant l'inclusion, le respect et le soutien de tous les membres de l'équipe ;
- à l'offre aux femmes de possibilités de renforcement des capacités afin de leur permettre de participer à la prise de décision au plus haut niveau et de promouvoir la diversité dans le rang des responsables ; et
- au recrutement et à la fidélisation du personnel afin de parvenir à un équilibre entre les sexes au sein des équipes chargées de la mobilisation sociale, de la participation communautaire et d'autres équipes en contact avec le public.

### 5.1.3 Groupe consultatif technique

Au Nigéria, le comité d'experts continuera à se réunir tous les ans ou tous les deux ans pour examiner les progrès accomplis.

Ces experts apportent des idées et formulent des recommandations cruciales pour améliorer la stratégie nationale d'éradication de la poliomyélite et de renforcement des vaccinations essentielles. Le groupe d'experts régionaux travaillera avec le comité national d'éradication de la poliomyélite du pays pour étudier les moyens de réorganiser le comité d'examen des experts et d'en améliorer l'efficacité et l'efficacités. Il étudiera également la nécessité de créer d'autres groupes d'experts techniques nationaux ou multinationaux sur l'éradication de la poliomyélite et la vaccination.

#### 5.1.4 Évaluations et examens au niveau national

Le Groupe régional d'intervention en cas d'épidémie entreprendra des évaluations des ripostes aux flambées dans des pays ciblés chaque année.

Il identifiera également les pays dont la surveillance, la gestion des vaccins et la communication seront assurées par des entités externes et dont la participation communautaire sera examinée. Les décisions de gestion du RORG seront basées sur l'épidémiologie, l'engagement des gouvernements et le retour d'information qualitatif des pays. Ces examens jouent un rôle crucial dans l'évaluation des progrès, la facilitation de la surveillance des programmes et l'offre de propositions par rapport à la méthode pour améliorer les ripostes des pays. Les plans proposés par le RORG seront actualisés tous les six mois. Tous les plans sont soumis à l'examen et à l'approbation des pays. Le **Tableau 18** ci-dessous présente les plans provisoires pour 2024 et 2025.

**Tableau 18 : Calendrier proposé pour les principales évaluations et révisions de programmes**

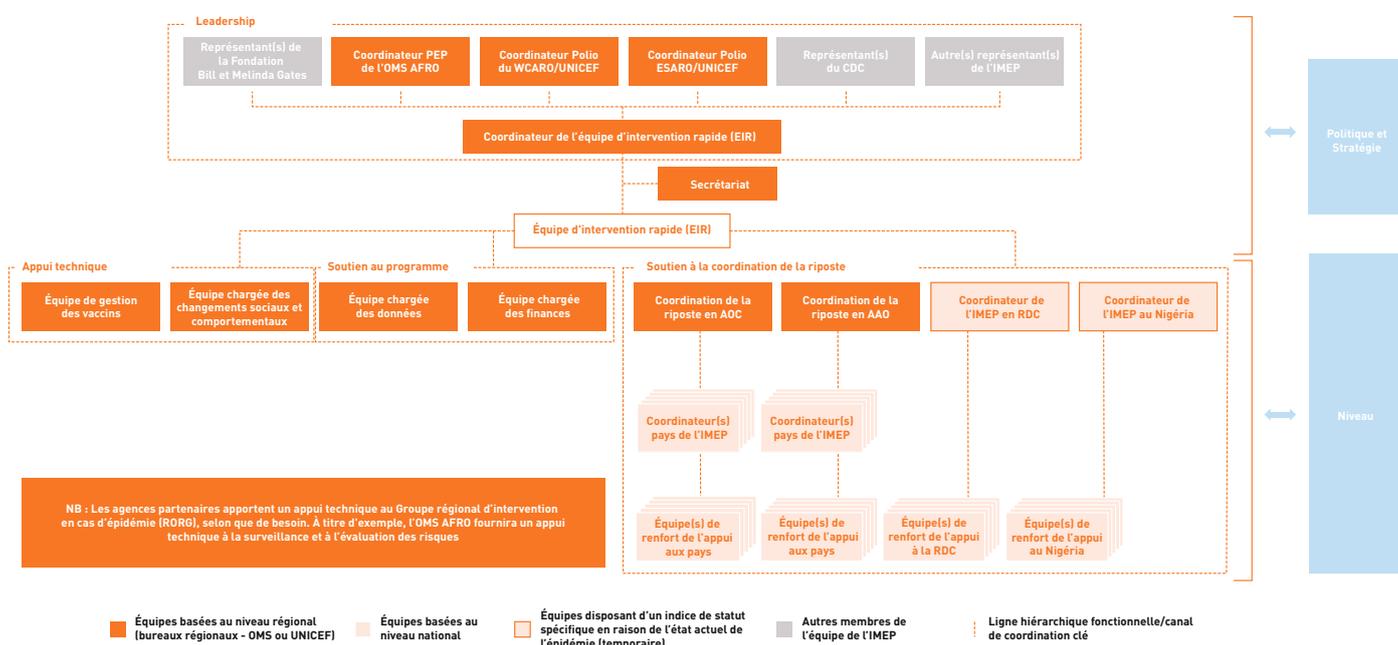
Type d'OBRA	Modalité	Pays	Chronogramme
Pour une correction de trajectoire	Examens documentaires et sur le terrain	Madagascar	mai 2024
	Examens documentaires et sur le terrain	République démocratique du Congo	août 2024
	Examens documentaires et sur le terrain	Algérie	juillet 2024
Pour la déclaration de la fin des flambées épidémiques	Examen documentaire	Mozambique	mai 2024
	Examen documentaire	Malawi	mai 2024
	Examens sur le terrain	Burundi et Rwanda	août 2024

## 5.2 Coordination régionale

Le **Groupe régional d'intervention en cas d'épidémie** supervise la stratégie et la planification des activités régionales de lutte contre les épidémies. Il est composé de tous les partenaires de l'IMEP. Son mandat est décliné à l'**annexe D**.

Les responsables du RORG mettent l'accent sur la politique, la stratégie et la coordination entre les partenaires régionaux et les entités mondiales de l'IMEP. Une **équipe régionale d'intervention rapide** dédiée au sein du RORG accorde, elle, la priorité à l'appui opérationnel au niveau national (**Figure 8**).

**Figure 8 : Structure régionale de coordination de la riposte aux flambées épidémiques**



Source: OMS.

Un **centre régional d'opérations de vaccination contre la poliomyélite (ROC)**, qui soutient le RORG, a été mis en place. Le ROC évalue les besoins des pays et accorde la priorité à une action rapide pour soutenir les opérations au niveau des pays. Il se réunit quotidiennement pour examiner les nouveaux événements, évaluer les implications programmatiques et suivre les progrès dans la réalisation des principaux jalons opérationnels, notamment la préparation de la campagne, la distribution de fonds, la fourniture de vaccins et la coordination du personnel. L'équipe du ROC chargée des opérations est habilitée à contacter toute personne, à tout niveau et à tout moment pour garantir une riposte rapide aux épidémies et une intervention en temps utile au niveau national.



## 6. Besoins en ressources



### 6.1 Vaccins

L'offre mondiale de VPOn2 est actuellement limitée par la capacité de production de BioPharma, qui en est le seul fabricant à l'heure actuelle. Toutefois, ce scénario devrait s'améliorer vers fin 2024, avec l'entrée en production d'un deuxième fabricant, en l'occurrence BioE.

En réponse à la limitation de l'offre, le Groupe chargé de la préparation et de la riposte aux flambées épidémiques et le Groupe régional d'intervention en cas d'épidémie, en consultation avec le Comité stratégique (CS) de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), ont établi un schéma de priorisation pour les campagnes de riposte, spécifiquement dans la Région africaine. Les besoins en VPOn2 sont définis au niveau régional par le biais d'analyses épidémiologiques, d'évaluations des risques et de la modélisation de la portée des campagnes ayant la plus grande probabilité de mettre un terme à la transmission.

L'offre mondiale de VPOb dépend de plusieurs fabricants et de la demande mondiale. L'on n'anticipe actuellement aucune difficulté d'approvisionnement en VPOb.

### 6.2 Finances

Le budget 2024 de l'IMEP pour la lutte contre les flambées épidémiques s'élève à 438 millions de dollars É.U. établi sur la base des données fournies par le Groupe chargé de la préparation et de la riposte aux flambées épidémiques (ORPG), et de la planification régionale et suite à l'examen et à l'approbation par le comité stratégique de l'IMEP (**Tableau 18**). Ce budget couvre tous les coûts liés à l'épidémie mondiale de poliomyélite, y compris des équipes de gestion de la Région africaine et des interventions de campagne. Il n'existe pas d'allocation annuelle pour la riposte régionale africaine. Au travers de discussions régulières entre l'ORPG et le Groupe régional d'intervention en cas d'épidémie (RORG), ainsi que de consultations avec le Comité stratégique, des priorités sont établies pour le budget et le financement disponibles pour les campagnes de riposte dans la Région africaine.

**Tableau 19 : Priorités et ressources budgétaires de l'IMEP, 2024**

Ligne	Catégorie budgétaire pour 2024	Budget en dollars É.U. (millions)	Ressources en dollars É.U. (millions)	Non financé/ (Excédent)
<b>Priorité n° 1</b>				
<b>A</b>	Pakistan	191	191	-
<b>B</b>	Afghanistan	89	89	-
<b>C</b>	Riposte aux flambées épidémiques	388	345	43
<b>D</b>	Achat de vaccins pour la lutte contre les épidémies (VPOn2)	84	84	-
<b>E</b>	AFRO 10 + Somalie : TA, CR de surveillance, laboratoires	69	70	(1)

**Tableau 19 : Priorités et ressources budgétaires de l'IMEP, 2024**

Ligne	Catégorie budgétaire pour 2024	Budget en dollars É.U (millions)	Ressources en dollars É.U (millions)	Non financé/ (Excédent)
<b>Priorité n° 1</b>				
F	Laboratoire mondial et détection directe	2	2	-
G	Surveillance au Siège et aux bureaux régionaux	46	46	-
H	Infrastructure de base : Siège et bureaux régionaux	41	41	(0)
I	Dimension de genre	3	3	0
P	Vaccins - stockage/transfert	10	10	-
Z	Coûts indirects	68	64	4
<b>Sous-total Priorité n° 1</b>		<b>992</b>	<b>945</b>	<b>46</b>
Ligne	Catégorie budgétaire pour 2024	Budget en dollars É.U (millions)	Ressources en dollars É.U (millions)	Non financé/ (Excédent)
<b>Priorité n° 2</b>				
R	Riposte aux flambées épidémiques	50	-	50
N	Achat de vaccins pour la lutte contre les épidémies (VPOn2)	11	-	11
S	Laboratoire mondial et détection directe	2	-	2
T	Dimension de genre	3	-	3
O	Campagnes préventives planifiées d'administration du VPOb	38	-	38
U	Vaccins - stockage/transfert	5	-	5
Z	Coûts indirects	8	-	8
<b>Sub-total Priority 2</b>		<b>117</b>	<b>-</b>	<b>117</b>
<b>Grand Total 2024</b>		<b>1,109</b>	<b>945</b>	<b>163</b>

Même si le déficit se situe dans les limites de moins de 5 % des ressources prévisionnelles disponibles, l'on devrait s'employer à le résorber rapidement compte tenu de sa criticité.

Les activités de la priorité n° 2 ne seront financées que si et quand les fonds le permettront et après approbation explicite par le Comité stratégique.

NB : Même si le déficit se situe dans les limites de moins de 5 % des ressources prévisionnelles disponibles, l'on devrait s'employer à le résorber rapidement compte tenu de sa criticité.

Les activités de la priorité n° 2 ne seront financées que si et quand les fonds le permettront et après approbation explicite par le Comité stratégique.

Dépenses totales prévisionnelles pour l'ensemble de l'année 2023 (établies sur la base des dépenses réelles encourues au troisième trimestre) : 817 à 894 millions de dollars É.U dont :

- Pakistan (ligne A) : 145 millions de dollars É.U. (contre 195 en 2022)
- Afghanistan (ligne B) : 90 millions de dollars É.U. (contre 77 en 2022)
- Flambées épidémiques (lignes C et R) : 365 millions de dollars É.U. (contre 325 en 2022)
- Vaccins (lignes D, P, N, U) : 41 à 113 millions de dollars É.U.

# Références



1. IMEP Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022 - 2026 : Tenir notre promesse. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350556/9789240035300-fre.pdf>, consulté le 24 mai 2024).
2. IMEP Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022 - 2026 : riposte de l'IMEP à l'examen à mi-parcours. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023. (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2024/08/Polio-Eradication-Strategy-2024-GPEI-response-to-the-midterm-review.pdf>, consulté le 24 mai 2024).
3. Les modes opératoires normalisés applicables en cas d'épidémie sont disponibles sur le site web de l'IMEP (<https://www.archive.polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines/>, consulté le 24 mai 2024).
4. Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite, 2022 - 2024. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/05/GPSAP-2022-2024-FR.pdf>, consulté le 24 mai 2024). Révision en cours.

# Annexes

## Annexe A. contexte épidémiologique actuel

### 1.1 Poliovirus de type 1

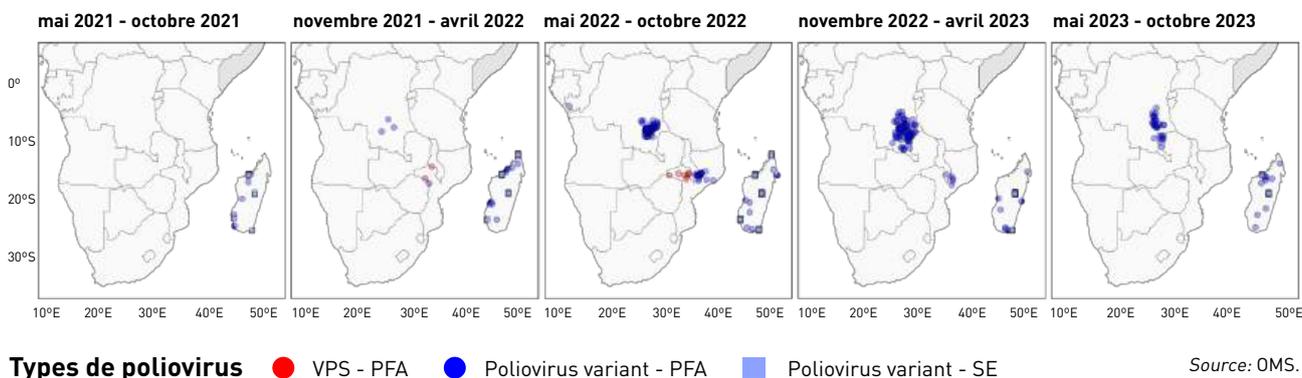
**Poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) :** La Région africaine de l'OMS a été déclarée exempte de poliovirus sauvage autochtone (PVS) en 2020, après que le dernier PVS1 autochtone a été signalé en 2016 au Nigéria. En février 2022, cependant, un cas de PVS1 a été signalé à Lilongwe, au Malawi (avec une apparition de paralysie remontant au 19 novembre 2021). Le séquençage génétique du cas a confirmé des liens avec la circulation en cours en Afghanistan et au Pakistan. Par la suite, huit autres cas ont été signalés dans la province de Tete, au Mozambique voisin, le cas le plus récent ayant connu un début de paralysie le 10 août 2022. Sur les neuf cas de PVS1 signalés, cinq, soit 56 %, étaient des enfants de plus de cinq ans et seulement quatre (44 %) avaient reçu au moins trois doses de vaccin antipoliomyélitique oral dans le cadre d'une vaccination essentielle. Les cas étaient tous regroupés dans des zones à forte mobilité de population et très proches des frontières internationales (**Figure A1**).

**Variant circulant du poliovirus de type 1 :** Le recul de la vaccination essentielle dans les zones à haut risque et l'arrêt du financement par l'IMEP des AVS préventives ont accru le risque d'une nouvelle apparition et d'une propagation de la transmission du variant circulant du poliovirus de type 1. Du 9 mai 2023 au 8 mai 2024, ce sont 67 cas confirmés de paralysie enregistrés dans la Région qui ont été associés au variant circulant du poliovirus de type 1. Cinq pays, à savoir la République du Congo, la République démocratique du Congo, Madagascar, le Malawi et le Mozambique, ont signalé la présence du variant circulant du poliovirus de type 1 au cours des 24 derniers mois. Le séquençage génétique laisse penser que la transmission à Madagascar persiste depuis plus de cinq ans, la dernière circulation du variant du poliovirus de type 1 remontant à septembre 2023.

On estime que la transmission au Malawi et au Mozambique persiste depuis quatre ans, le variant circulant du poliovirus de type 1 le plus récent ayant été détecté au Malawi en novembre 2022 et au Mozambique en novembre 2023. En République démocratique du Congo, après l'apparition initiale du variant circulant du poliovirus de type 1 dans les provinces du sud-est au début de l'année 2022, les flambées se sont rapidement étendues, avec 262 cas signalés dans six provinces (au 9 mai 2024). Le variant circulant du poliovirus de type 1 le plus récent enregistré dans le pays a été trouvé chez un cas de PFA avec apparition d'une paralysie en février 2024. Un seul cas de variant circulant du poliovirus de type 1 a été signalé en République du Congo. Son apparition, remontant au 15 octobre 2022, a été liée à la transmission en République démocratique du Congo, (**Figure A1**).



**Figure A1 : Distribution géographique des poliovirus de type 1 dans la Région africaine, 2021 - 2023**



Après la confirmation de la présence du poliovirus de type 1 au Malawi et au Mozambique, des tournées de riposte multi-pays au moyen du vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb) ont été organisées. Les pays voisins (Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) ont également été inclus dans la riposte globale. De même, Madagascar a intensifié sa riposte à la flambée en cours. Le pays a organisé quatre tournées de vaccination au moyen du VPOb à l'échelle nationale en 2023. La riposte à Madagascar a été étendue à tous les groupes d'âge dans quatre régions et à tous les enfants de moins de 15 ans dans le reste du pays. La République démocratique du Congo a entrepris une tournée infranationale et deux tournées nationales, tandis que la République du Congo et l'Angola voisin (dans le cadre de la riposte multi-pays) ont également organisé deux tournées de riposte à l'échelle nationale. Au cours de la première partie de l'année 2024, d'autres tournées de vaccination au moyen du VPOb sont prévues en République du Congo, en République démocratique du Congo, à Madagascar et au Mozambique (**Figure A2**).

**Figure A2 : AVS en Afrique centrale et australe, 2023/2024**

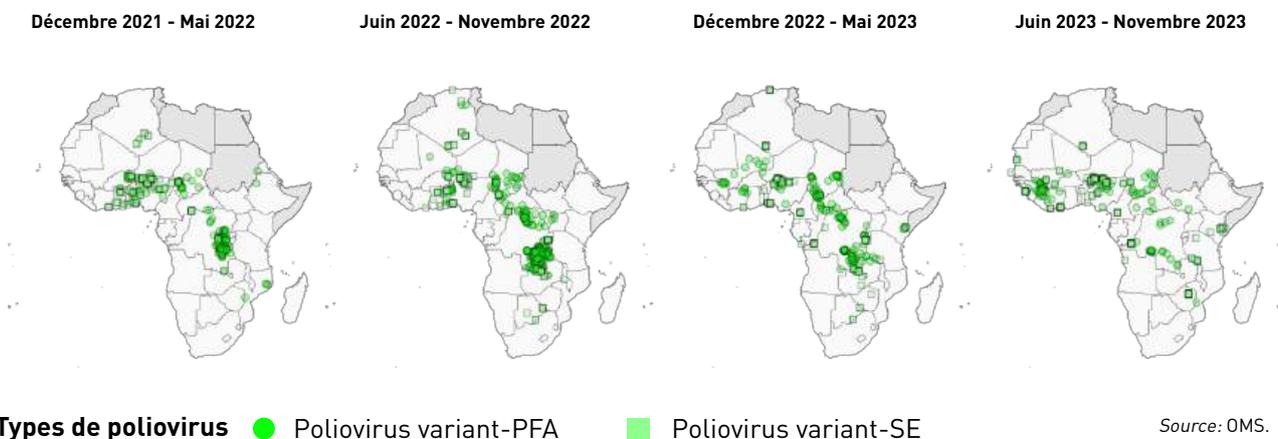


; AVS = Source : OMS. Données au 9 mai 2024

## 1.2 Poliovirus de type 2

Après l'arrêt de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) et le passage au VPOb en 2016, la Région a connu une augmentation significative des flambées du variant circulant du poliovirus de type 2. Depuis 2016, ce sont 2414 cas et 1253 isolats environnementaux positifs du variant circulant du poliovirus de type 2 qui ont été signalés dans 34 pays (au 9 mai 2024). Au cours des 12 derniers mois, 26 pays ont signalé des cas ou des isolats du variant circulant du poliovirus de type 2 (**Figure A3**). Parmi ces 26 pays, 13 pays ont signalé des cas ou des isolats de façon persistante pendant plus de 12 mois, 17 pays connaissent des flambées épidémiques récurrentes après une réimportation ou une résurgence et six (6) pays leur première flambée du variant circulant du poliovirus de type 2.

**Figure A3 : Distribution géographique du poliovirus circulant de type 2 dans la Région africaine, 2021 - 2023**



## Annexe B : évaluation des progrès, des risques et des écueils

### 2.1 Évaluation des progrès

En 2023, les contraintes imposées par un financement limité et une interruption de l’approvisionnement en vaccin VPOn2 ont eu un impact sur la capacité du programme à faire face de manière proactive aux risques dans l’ensemble de la Région africaine de l’OMS.

En conséquence, une approche d’élimination progressive a été adoptée, visant à stopper la transmission du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dès décembre 2023, à stopper la transmission du variant circulant du poliovirus de type 1 au plus tard en décembre 2024 et à stopper la transmission du variant circulant du poliovirus de type 2 d’ici décembre 2025. Les plans d’intervention en cas d’épidémie ont été classés par ordre de priorité en fonction de ces objectifs à court et à moyen terme.

#### Les mesures suivantes ont également été prises :

- des actions de plaidoyer politique et un appui technique ont été fournis aux zones géographiques où l’élimination est ciblée pour décembre 2023 et décembre 2024 ;
- les évaluations régionales des risques et les plans de riposte ont été harmonisés pour tenir compte des risques transnationaux ;
- le leadership et la coordination au niveau national ont été renforcés, en particulier dans les zones de transmission du PVS1 et du variant circulant du poliovirus de type 1, ainsi que dans les points chauds de transmission du variant circulant du poliovirus de type 2 (République démocratique du Congo, Madagascar, Malawi, Mozambique, Nigéria, Zambie et Zimbabwe) ;
- un nouveau processus semestriel d’examen et de planification de la stratégie a été mis en place afin d’évaluer les progrès réalisés par rapport aux cibles et de relever les nouveaux défis ; et
- une préparation renforcée a été assurée dans les pays présentant un risque élevé d’épidémies.

#### Ce changement d’approche a permis d’obtenir quelques succès à court terme.

- La Région africaine est en bonne voie pour atteindre les objectifs liés à la transmission du type 1 : le dernier cas de PVS1 a été signalé en août 2022 et des progrès significatifs ont été réalisés contre le variant circulant du poliovirus de type 1 dans tous les pays où des flambées sont en cours.

- La Région a mis en œuvre 98 % des AVS planifiées et approuvées.
- Des évaluations approfondies ont été menées dans des pays clés tels que l'Éthiopie, le Malawi, le Mozambique, le Nigéria, la Tanzanie et la Zambie.
- En Afrique orientale et australe, 100 % des pays visés par la vérification accélérée de l'utilisation du vaccin VPOn2 ont achevé le processus de vérification et neuf pays ont organisé des exercices de simulation en cas d'épidémie de poliomyélite (POSE).

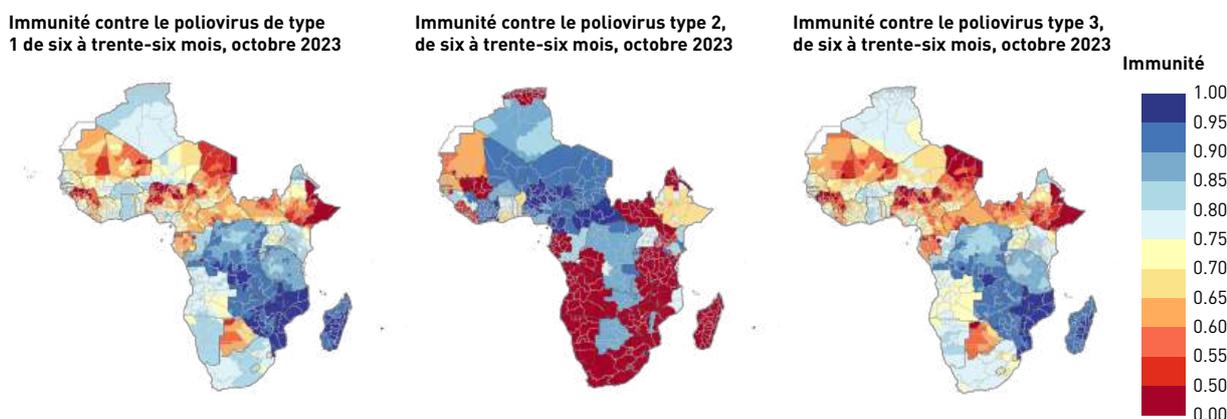
## 2.2 Risques

La Région reste confrontée à deux risques principaux qui menacent d'annihiler ces progrès, à savoir : l'accroissement des lacunes immunitaires au sein de la population à l'échelle des zones épidémiologiques et les problèmes liés à l'approvisionnement en vaccins.

### 2.2.1 Immunité de la population

La lacune immunitaire au sein de la population pour les trois sérotypes de poliovirus connaît une accentuation rapide. La **Figure B1** présente les estimations de l'immunité des muqueuses pour les enfants âgés de six à trente-six mois pour l'ensemble des trois types de poliovirus. L'estimation de l'immunité muqueuse et humorale au niveau de la population se fait en tenant compte à la fois de la couverture au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral dans le cadre des AVS et de la couverture de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral et du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans le cadre du programme élargi de vaccination.

**Figure B1 : Estimations de l'immunité des muqueuses de la population contre l'ensemble des trois sérotypes de poliovirus**



Source: OMS. Données datées d'octobre 2023.

L'**immunité contre le poliovirus de type 1** s'est considérablement accrue en Angola, en République du Congo, en République démocratique du Congo, au Malawi, au Mozambique, en Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe au cours des 12 derniers mois grâce à plusieurs AVS menées au moyen du VPOb. On note, toutefois, dans la ceinture du Sahel, d'importantes lacunes immunitaires pour ce qui est du poliovirus de type 1, notamment en République centrafricaine, au Tchad, en Guinée, au Mali, au Niger, au Nigéria, au Soudan du Sud et dans certaines régions de l'Éthiopie et du Kenya. Les risques d'apparition et de propagation ou d'importation du variant circulant du poliovirus de type 1 augmentent rapidement, notamment en raison des mouvements transfrontaliers considérables de populations.

L'**immunité contre le poliovirus de type 2** s'est accrue dans le bloc de l'Afrique centrale, grâce à une série d'AVS au moyen du VPOn2. Il existe cependant d'importantes lacunes immunitaires au niveau infranational dans les zones où persiste la transmission. Les pays d'Afrique de l'Ouest (Gambie, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Mauritanie, Sénégal et Sierra Leone) présentent un risque accru d'apparition du poliovirus de type 2,

étant donné qu'ils font frontière avec des pays où la transmission du type 2 est active et qu'ils n'ont pas encore comblé leurs lacunes immunitaires face au poliovirus de type 2. Les pays d'Afrique orientale et d'Afrique australe sont également de plus en plus vulnérables.

L'**immunité contre le poliovirus de type 3** reflète étroitement celle du poliovirus de type 1. Malgré la baisse de l'immunité contre le poliovirus de type 3, aucune transmission durable du variant circulant du poliovirus de type 3 n'a été observée dans la Région. Toutefois, le risque d'apparition et de propagation du poliovirus de type 3 augmente rapidement.

### 2.2.2 Approvisionnement en vaccins

L'approvisionnement en vaccins reste un défi majeur. Même si la pénurie mondiale de VPOn2 s'est atténuée au cours du second semestre 2023, la dépendance à l'égard d'un seul fabricant implique la persistance du risque de nouvelles perturbations.

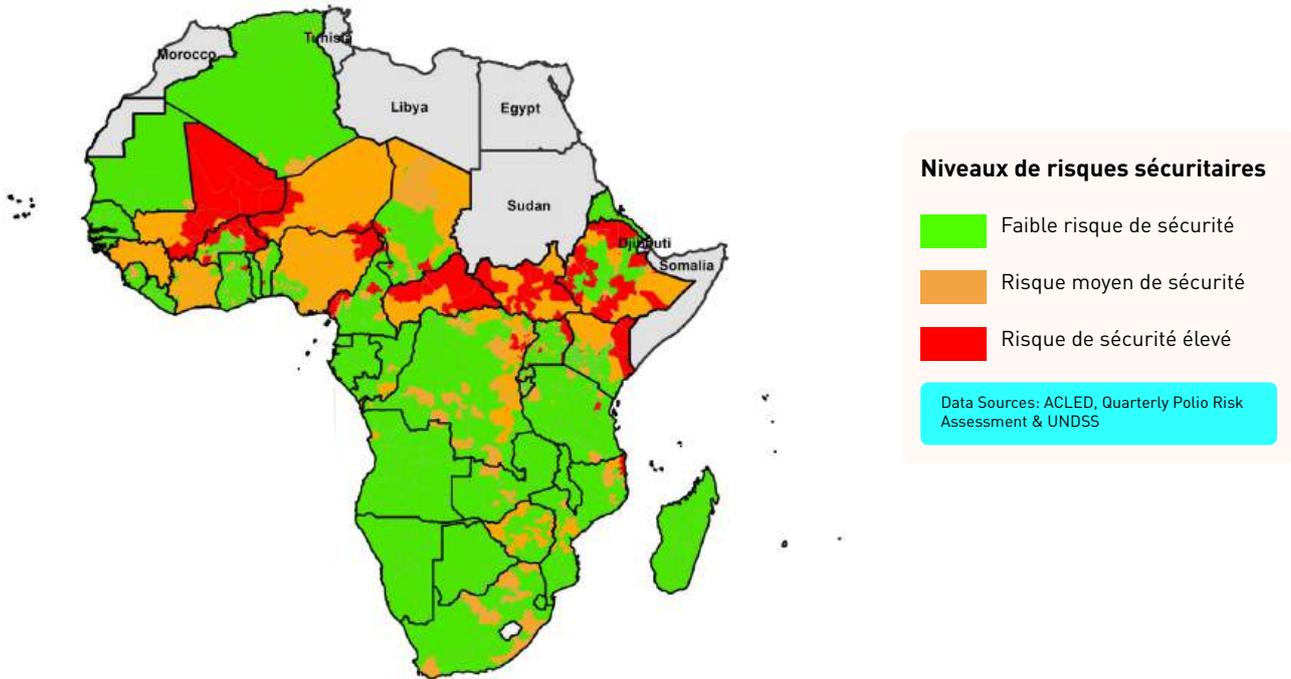
### 2.3 Écueils

Outre les risques liés à l'immunité de la population et à l'approvisionnement en vaccins, la Région se heurte à une série d'écueils.

- **Ressources** : Du fait de la limitation des ressources pour les vaccins et le financement, seuls 38 % des ressources nécessaires étaient disponibles en janvier 2023. Il a donc été difficile d'établir un ordre de priorité pour la riposte aux flambées épidémiques, l'accent étant mis sur l'arrêt de la transmission du poliovirus de type 1.
- **Inefficacités opérationnelles** : Les retards accusés dans la détection et la riposte rapide aux épidémies ont été attribués à la limitation du nombre de laboratoires de séquençage et à l'incapacité du programme à développer rapidement la capacité de séquençage, ainsi qu'à la persistance des lacunes dans la surveillance infranationale de la PFA, en particulier en Afrique de l'Ouest et en Afrique australe.
- **Complaisance et méfiance** : Le programme est confronté, dans toute la Région, à des difficultés liées à la perception de la poliomyélite par le public. Il y a à la fois une réduction marquée de la menace perçue de poliomyélite suite à la déclaration de la Région comme exempte de PVS, et un accroissement de l'hésitation à se faire vacciner due à une exacerbation de la désinformation et des rumeurs, en particulier au sein des communautés religieuses ultra-orthodoxes.
- **Crises multiples** : Des événements climatiques majeurs et des bouleversements politiques dans la Région ont entraîné des crises humanitaires dans de nombreux pays, ce qui a contribué à créer des environnements complexes qui ont une incidence sur la capacité du programme à atteindre les populations à risque.
- **Insécurité et conflits** : De nombreux pays connaissent une instabilité politique extrême (**Figure B2**). Les conflits ethniques et les conflits liés aux ressources sont souvent exacerbés par la présence de groupes armés. Ces conflits ont entraîné des déplacements massifs de populations et la fermeture d'établissements de santé dans plusieurs régions, affectant ainsi l'accès des populations vulnérables aux services de santé.



**Figure B2 : Situation en matière d'accès et de sécurité dans la Région en 2023**



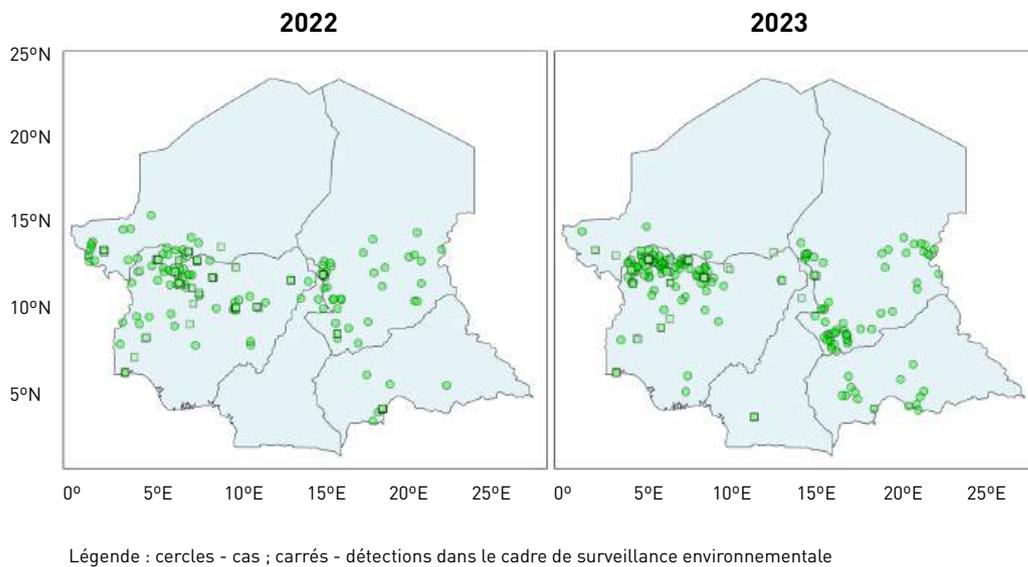
Source: OMS. Données à jour en mai 2023.

## Annexe C : priorités par zones épidémiologiques

### 3.1 Bassin du lac Tchad

Le chemin vers l'objectif « zéro polio » dans la Région africaine de l'OMS est lié à l'élimination de la poliomyélite dans la zone épidémiologique du bassin du lac Tchad, qui se compose de cinq pays : le Cameroun, la République centrafricaine, le Tchad, le Niger et le Nigéria. Ces deux dernières années, la transmission du poliovirus de type 2 a persisté dans les cinq pays, qui représentent désormais le foyer principal de la transmission du poliovirus de type 2 (**Figure C1**).

**Figure C1 : Distribution géographique du poliovirus de type 2 dans les pays du bassin du lac Tchad, 2022 - 2023**



Le principal écueil qui se pose dans cette zone tient à l'insécurité, principalement due à une augmentation des conflits ethniques et des conflits liés aux ressources. La concurrence pour des ressources en diminution, alors que le lac Tchad s'est rétréci du fait des changements environnementaux, exacerbe les tensions. La porosité des frontières de la région a également permis aux groupes armés de se déplacer, la violence entraînant d'importants déplacements de populations. Les fortes augmentations du nombre de réfugiés exercent des pressions sur les ressources et contribuent à l'instabilité régionale.

Le nord-ouest du **Nigéria** est gravement touché par l'insurrection. Les États de Zamfara, de Katsina, de Niger, de Sokoto et de Kaduna sont particulièrement touchés par le banditisme et infestés de gangs. Ces groupes se livrent au vol de bétail et aux enlèvements contre rançon, ainsi qu'à des attaques violentes contre les communautés.

Dans d'autres régions du nord et du centre du Nigéria, les éleveurs nomades et les communautés agricoles sédentaires se disputent les terres et les ressources. La situation en matière de sécurité affecte le développement économique, perturbe les moyens de subsistance et crée des problèmes humanitaires.

Au Nigéria, les pénuries de vaccins au cours du premier semestre 2023 ont limité la capacité du pays à réagir en organisant des AVS. La riposte s'est accélérée au cours du second semestre 2023, avec quatre tournées entreprises en décembre 2023. Pour lutter contre la transmission persistante à Sokoto, à Zamfara et dans d'autres États du nord-ouest, l'équipe pays du Nigéria a élaboré des interventions supplémentaires en travaillant avec des interlocuteurs communautaires et des organisations non gouvernementales tierces pour mener des activités entre deux tournées auprès des populations

difficiles à atteindre. L'on a également eu recours à des interventions multi-antigènes, telles que l'intensification de la vaccination essentielle, le vaccin antipoliomyélique inactivé en doses fractionnées (VPIf) et l'introduction d'un « plus » pour la poliomyélite afin d'accroître la demande. Toutefois, les retards de financement et les difficultés liées à la planification et à l'exécution d'interventions multiples ont contribué à une qualité de campagne sous-optimale.

En 2023, toutes les tournées de riposte prévues ont été mises en œuvre au **Niger** et au **Tchad**.

Au **Cameroun**, deux journées infranationales de vaccination dans la région nord et deux dans la région sud ont été organisées avec succès. Toutefois, la tournée nationale prévue en décembre, pendant la saison de faible transmission, a été reportée pour des problèmes de financement. En **République centrafricaine**, deux tournées de riposte à l'échelle nationale ont été organisées, mais avec difficulté, et les tournées prévues pour les mois de novembre et de décembre ont été reportées à 2024, faute de financements.



### Priorités pour 2024 - 2025

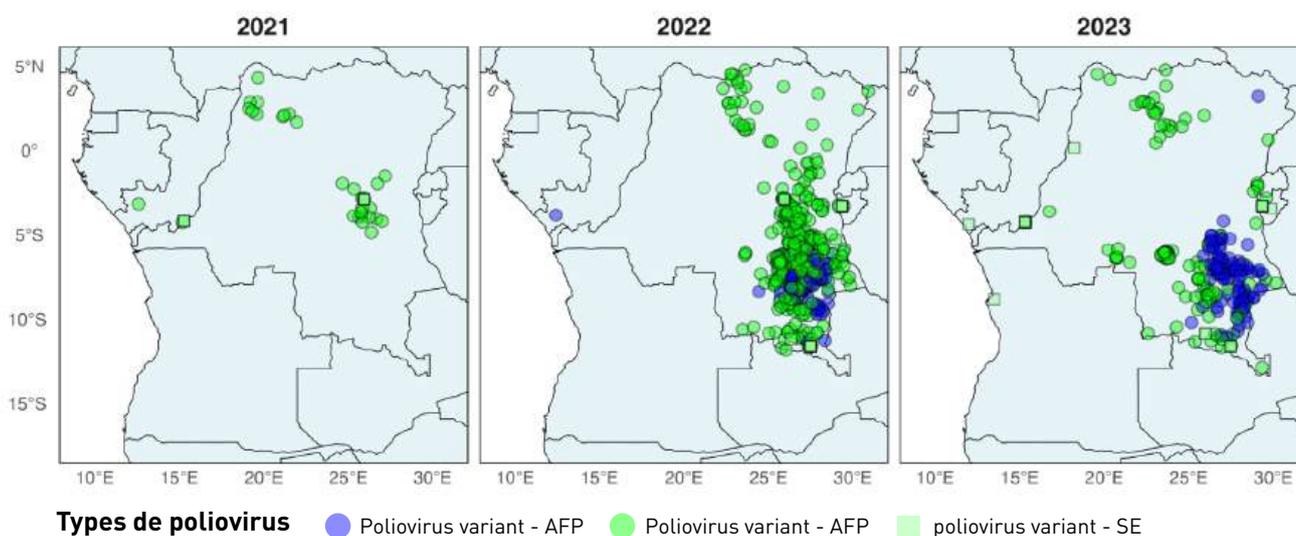
1. Renforcer considérablement l'engagement des gouvernements par une action de plaidoyer cohérente à un haut niveau.
2. Renforcer la coordination et l'appui technique à tous les pays du bassin du lac Tchad.
3. Soutenir des séries d'interventions coordonnées de haute qualité dans les cinq pays.
4. Organiser un minimum de deux tournées à l'échelle nationale et jusqu'à cinq tournées avant la fin de l'année 2024.
5. Mettre en œuvre des interventions spéciales ciblées dans le nord-ouest du Nigéria pour s'assurer qu'au moins 95 % des zones d'habitation sont atteintes plusieurs fois ; évaluer la proportion de zones d'habitation atteintes au moins trois fois sur une période de six mois.
6. Améliorer la qualité de la surveillance en procédant à un examen de haute qualité de la surveillance sur le terrain et en mettant en œuvre les recommandations, y compris les formations.

### 3.2 Afrique centrale et équatoriale

La zone épidémiologique de l'Afrique centrale et équatoriale comprend sept pays : l'Angola, le Burundi, la République du Congo, la République démocratique du Congo, la Guinée équatoriale, le Gabon et le Rwanda (**Figure C2**). Au nombre des défis auxquels cette zone est confrontée, citons les épidémies simultanées de rougeole, de fièvre jaune et de choléra, les pénuries de fonds qui ont empêché l'élaboration d'une micro-planification complète, entraînant une sous-estimation des populations. Citons également les retards accusés dans le règlement de tous les prestataires de services, les retards accusés dans le transport des vaccins et des fournitures et ceux accusés dans le déploiement des superviseurs centraux et provinciaux. S'il est vrai que des progrès ont été réalisés dans l'enrayement des épidémies, la promptitude et la qualité de la riposte aux flambées épidémiques en ont cependant pâti dans la sous-région.



**Figure C2 : Distribution géographique du poliovirus de type 1 et de type 2 en Afrique centrale et Equatoriale, 2021 - 2023**



Légende : cercles - cas ; carrés - détections dans le cadre de la surveillance environnementale Source: OMS.

La **République démocratique du Congo** est confrontée à des difficultés complexes et interdépendantes. Le pays connaît d'importants problèmes de santé, notamment des flambées épidémiques de fièvre jaune, de choléra, de rougeole et de maladie à virus Ebola, qui mettent à rude épreuve les ressources limitées disponibles dans le domaine des soins de santé. La République démocratique du Congo compte de nombreuses milices actives, en particulier dans ses provinces orientales, qui contribuent à l'insécurité. Ces groupes sont impliqués dans divers conflits alimentés par des tensions ethniques, le contrôle des ressources naturelles et des rivalités régionales. Les conflits et les violences en cours ont entraîné d'importantes crises humanitaires, faisant des millions de personnes déplacées internes. L'instabilité a également des implications régionales, occasionnant des effets d'entraînement dans les pays voisins.

Depuis 2017, la République démocratique du Congo connaît une circulation continue du poliovirus de type 2. La riposte à la flambée dans le pays, bien qu'elle ait réussi à éliminer des lignées émergentes spécifiques, n'a jamais suffi, tant en termes de portée que de qualité, pour éliminer l'apparition de nouvelles chaînes de transmission. Depuis 2022, les efforts de riposte ont été davantage compliqués par l'apparition de foyers de poliovirus de type 1 dans le sud-est du pays. La diminution des investissements dans les AVS préventives au moyen du VPOb et les retards accusés dans la riposte aux détections

initiales ont conduit à l'une des plus grandes flambées de poliovirus de type 1 de la Région ces dernières années. En 2023, cependant, le programme national a accompli des progrès substantiels pour mettre fin à toute transmission de la poliomyélite. La coordination de la riposte nationale et infranationale a été renforcée grâce à la redynamisation du Comité national d'action contre la poliomyélite. Grâce à l'amélioration du leadership et de la coordination à tous les niveaux, la capacité de mise en œuvre des activités de riposte s'est accrue. Au cours du second semestre 2023, la République démocratique du Congo a organisé avec succès trois campagnes nationales.

Au-delà de la République démocratique du Congo, les poliovirus de type 1 et de type 2 se sont tous deux propagés à la **République du Congo**. Les détections précoces ont permis une intervention rapide, bien que de qualité sous-optimale. Suite à des détections au **Burundi**, des séries de riposte conjointe ont été organisées avec succès au Burundi, au **Rwanda** et dans la région ouest de la **Tanzanie**. Le leadership des gouvernements de la République du Congo, du Burundi, du Rwanda et de la Tanzanie a permis d'agir rapidement. Bien que le risque de transmission accrue ait considérablement diminué au Burundi et au Rwanda, des mesures supplémentaires sont nécessaires dans toute la zone épidémiologique pour réduire le risque de résurgence et garantir l'élimination.

Certes le **Gabon** et la **Guinée équatoriale** n'ont signalé aucune flambée, mais le risque d'importation reste très élevé, d'autant plus que ces deux pays ont toujours connu une transmission par effet d'entraînement à partir des pays voisins. L'immunité de la population contre la poliomyélite dans ces deux pays a, en outre, considérablement diminué ces dernières années, ce qui les rend encore plus vulnérables.



## Priorités pour 2024 - 2025

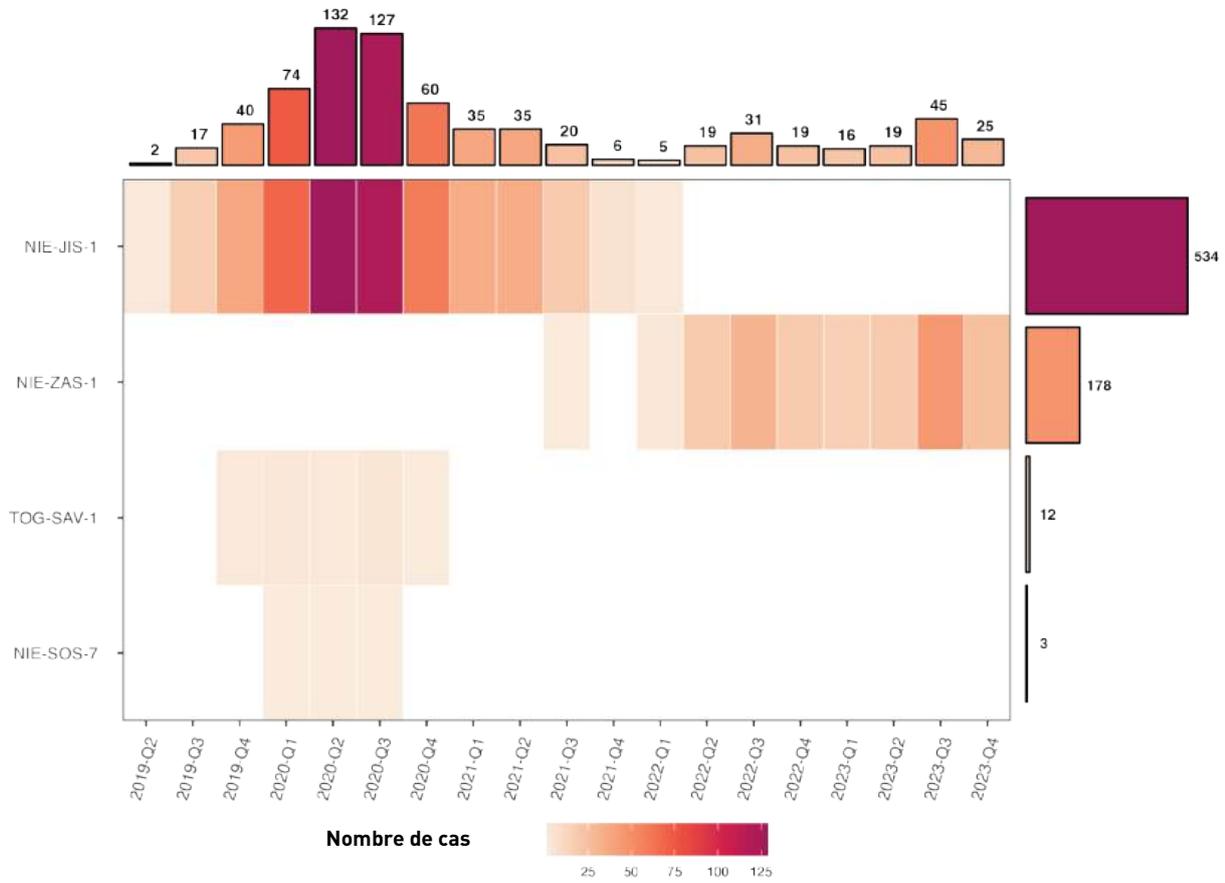
1. S'appuyer sur le plaidoyer politique national et infranational en République démocratique du Congo pour garantir un environnement propice après les élections de décembre 2023. Prévoir un plaidoyer de haut niveau en 2024.
2. Entreprendre un minimum de cinq AVS sur 12 mois en République démocratique du Congo, dont au moins une AVS au moyen du VPOb et une au moyen du VPOn2 à l'échelle nationale ; adapter les journées infranationales de vaccination à des groupes d'âge et à des zones géographiques spécifiques sur la base de données épidémiologiques.
3. Investir dans l'amélioration de la micro-planification et de la cartographie de la population dans l'est de la République démocratique du Congo et le long des grands fleuves.
4. Effectuer des visites d'appui technique en Angola, en Guinée équatoriale et au Gabon, suivies d'un investissement substantiel dans le renforcement de la surveillance.
5. Réaliser un examen complet de la chaîne du froid et de la chaîne du froid inversée, en mettant l'accent sur la partie Est de la République démocratique du Congo.
6. Réaliser des évaluations de la riposte aux flambées au Burundi, en République démocratique du Congo et au Rwanda afin d'examiner les résultats et d'évaluer les besoins.

### 3.3 Afrique de l'Ouest

La zone épidémiologique de l'Afrique de l'Ouest comprend 14 pays, à savoir : l'Algérie, le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Gambie, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Liberia, le Mali, la Mauritanie, le Sénégal, la Sierra Leone et le Togo. Outre les contraintes de ressources partagées par l'ensemble du programme, la zone est confrontée à des défis liés à l'insécurité dans la ceinture du Sahel, à la complexité des mouvements de population, à l'hésitation à se faire vacciner et à des stratégies de riposte de piètre qualité qui n'ont pas pu permettre d'enrayer les flambées.

Ces cinq dernières années, l'Afrique de l'Ouest a connu plusieurs vagues de flambées de poliovirus de type 2. La première vague de transmission s'est produite entre 2018 et 2022 et était liée à un groupe d'apparitions (NIE-JIS-1) détecté pour la première fois à Jigawa, au Nigéria. La deuxième vague - également liée à un seul groupe d'apparitions (NIE-ZAS-1) du Nigéria - se propage vers l'ouest depuis 2021 et a désormais infecté la quasi-totalité des pays de la zone épidémiologique (**Figure C4**).

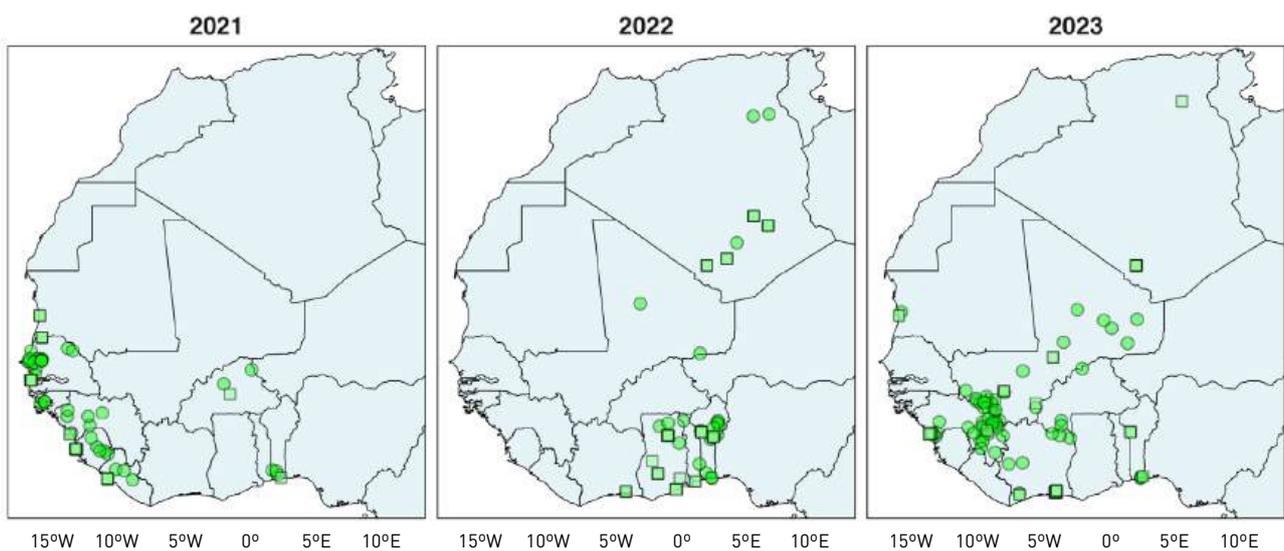
**Figure C3 : Répartition du poliovirus de type 2 par groupe d'apparition, 2019-2023**



Source: OMS.

En 2023, ce sont 75 cas et 111 isolats environnementaux qui ont été signalés dans huit pays. En 2024, deux autres pays, à savoir le Libéria et la Sierra Leone, ont signalé des virus (**Figure C4**).

**Figure C4 : Distribution géographique du poliovirus de type 2 en Afrique de l'Ouest, 2021 - 2023**



Légende : cercles - cas ; carrés - détections dans le cadre de surveillance environnementale

Source: OMS.

Malgré l'organisation de 15 campagnes dans cinq pays en 2023, du fait du manque de ressources adéquates les AVS ont presque invariablement été lancées avec du retard et seulement après la confirmation de la transmission à l'intérieur des frontières des pays touchés. En outre, un plan de riposte pour neuf pays élaboré pour août 2023 n'a pu être que partiellement mis en œuvre pour cause d'insuffisance de ressources. Le Bénin a arrêté les campagnes de vaccination contre la

poliomyélite alors qu'il continuait à signaler des cas de poliovirus. En 2024, les difficultés liées aux vaccins et au financement persisteront probablement et affecteront la capacité à mettre en œuvre une stratégie de riposte proactive. Compte tenu de la baisse rapide de l'immunité de la population contre le poliovirus de type 2 dans de nombreux pays, la propagation du poliovirus de type 2 devrait se poursuivre en 2024.



## Priorités pour 2024 - 2025

1. Intensifier le plaidoyer politique auprès des gouvernements du Bénin, du Burkina Faso et du Mali afin de garantir un engagement total en faveur de l'interruption de la transmission du poliovirus de type 2 en 2024.
2. Instaurer un cadre pour une coordination plus étroite entre le Burkina Faso et le Mali avec le Niger et l'ensemble du bassin du lac Tchad, compte tenu des écueils rencontrés dans les zones frontalières tri-nationales.
3. Renforcer la surveillance communautaire dans la ceinture du Sahel, en particulier dans les zones de conflit.
4. Entreprendre des évaluations de la riposte aux flambées dans un minimum de trois pays d'Afrique de l'Ouest avant fin 2024.
5. Organiser des ateliers sous-régionaux de planification conjointe et adapter la participation en fonction de l'évolution de l'épidémiologie.
6. Organiser au moins deux tournées de vaccination au moyen du VPOn2 dans tous les pays où des flambées sont actives ; compte tenu des difficultés liées aux ressources, il est peu probable qu'une intervention plus énergique soit menée en 2024.
7. Apporter un appui technique sur le terrain aux pays, en l'occurrence le Liberia et la Sierra Leone, pour renforcer la surveillance.

### 3.4 Afrique orientale et australe

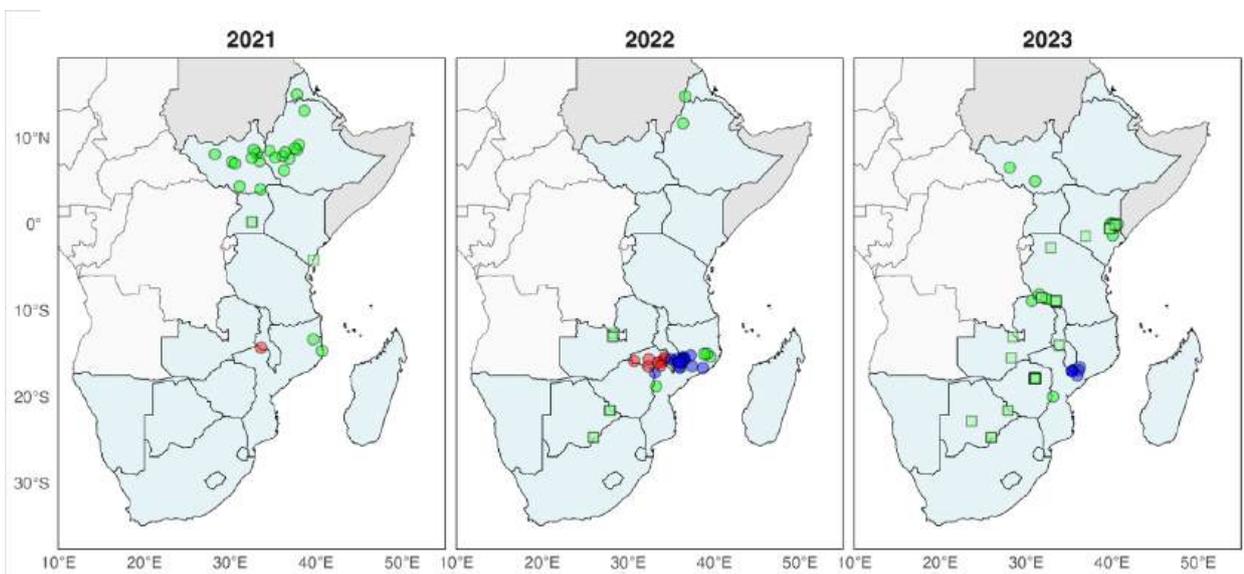
L'Afrique orientale et australe comprend trois zones épidémiologiques :

- la Corne de l'Afrique ;
- l'Afrique australe ; et
- Madagascar et autres pays insulaires.

Les événements climatiques ont entraîné des problèmes de santé publique dans ces zones. De fortes tempêtes tropicales survenues dans le sud de l'Océan Indien ont causé des flambées épidémiques à Madagascar, au Mozambique, au Malawi, en Zambie et au Zimbabwe. Les inondations dans la Corne de l'Afrique ont entraîné des retards dans la riposte. En outre, la pénurie de porte-vaccins a constitué un défi récurrent du fait de l'organisation d'une riposte étendue à des groupes d'âge plus élargis.

Les pays de ces zones ont connu récemment des flambées épidémiques de poliovirus de types 1 et 2 (**Figure C5**). Des progrès importants ont été réalisés en 2023 pour stopper la transmission du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) au Mozambique et au Malawi, arrêter la transmission du variant circulant du poliovirus de type 1 au Mozambique, au Malawi et à Madagascar et pour prévenir la propagation du poliovirus de type 1 dans toute la sous-région. De multiples AVS au moyen du VPOb ont permis de réduire la propagation géographique du virus. Les évaluations des risques biologiques menées au Mozambique, au Malawi, en Zambie et en Tanzanie ont mis en évidence les progrès accomplis dans le renforcement de l'immunité de la population et l'identification de lacunes importantes dans la surveillance afin de renforcer la détection. La sous-région est bien partie pour mettre fin à la circulation du poliovirus de type 1 d'ici décembre 2024.

**Figure C5 : Distribution géographique du poliovirus de type 1 et de type 2 en Afrique orientale et australe, 2021 - 2023**



Légende : cercles - cas ; carrés - détections dans le cadre de surveillance environnementale Source: OMS.

Confronté à une transmission de poliovirus de type 1 qui dure depuis plus de cinq ans, Madagascar a organisé quatre tournées de riposte à l'échelle nationale en 2023, en améliorant substantiellement la qualité des AVS. Le risque de poursuite de la transmission en 2024 reste toutefois très élevé du fait de la persistance de la poliomyélite dans le pays et de la forte présence de populations difficiles à atteindre.

Les flambées de poliovirus de type 2 se sont malheureusement étendues à ces zones en raison d'un approvisionnement en vaccins et d'un financement insuffisant, donnant lieu à une riposte limitée. La transmission s'est propagée des zones endémiques de poliovirus de type 2 du sud de la Somalie au Kenya, et de la République démocratique du Congo et du Burundi à la Tanzanie, à la Zambie, au Botswana, au Malawi et au Soudan du Sud. De nouvelles apparitions ont également été constatées au Zimbabwe et au Botswana.

Compte tenu de la baisse de l'immunité de la population contre le poliovirus de type 2, des mouvements importants de population entre les pays et des insuffisances constantes de ressources (financement et vaccins), il est probable que la transmission du poliovirus de type 2 se propage davantage en Afrique orientale et australe. Tous les pays de ces sous-régions restent à haut risque.



## Priorités pour 2024 - 2025

1. Examiner les résultats de la surveillance au Malawi et au Mozambique et déterminer si la transmission du poliovirus de type 1 persiste. Pour chaque pays, l'OMS AFRO doit vérifier si les seuils de déclaration officielle de la fin des épidémies ont été atteints ou non.
2. Organiser un minimum de deux campagnes de vaccination au moyen du VPOb à l'échelle nationale à Madagascar, avant juillet 2024.
3. Recruter et renforcer les capacités locales pour assurer un appui technique durable à Madagascar.
4. Procéder à une évaluation approfondie des données des AVS pour Madagascar et identifier les populations non atteintes.
5. Organiser des évaluations des ripostes aux flambées à Madagascar, au Zimbabwe, en Zambie et au Botswana avant fin 2024.
6. Renforcer la coordination dans l'ensemble de la Corne de l'Afrique et assurer la planification et la synchronisation des ripostes conjointes.
7. Organiser un minimum de deux tournées de vaccination au moyen du VPOn2 dans tous les pays où des flambées sont actives. Vu l'environnement difficile du fait des problèmes de ressources, la riposte restera probablement focalisée et il est peu probable qu'une intervention plus robuste soit menée en 2024.
8. Améliorer la préparation en Afrique du Sud et en Namibie.
9. Apporter un appui technique sur le terrain aux pays dans l'optique de renforcer la surveillance.

## Annexe D : zones géographiques importantes

Tableau D1 : Zones géographiques importantes dans la Région africaine (en décembre 2023)

Pays	Réservoirs principaux	Zones infranationales à haut risque
<b>Algérie</b>	Tamanghasset	
<b>Côte d'Ivoire</b>	Abidjan	Abidjan
<b>Tchad</b>	Logone Oriental	Lac, Logone Occidental, Mandoul, Mayo-Kebbi Est, Mayo-Kebbi Ouest, Mayo-Kebbi Ouest, N'Djamena, Ouaddaï, Tandjilé
<b>République démocratique du Congo</b>	Haut-Katanga, Haut-Lomami, Tanganyika, Tshopo	Kasai, Kasai-Central, Kasai-Oriental, Kinshasa, Lomami, Lualaba, Maniema, Nord-Kivu, Sud-Kivu
<b>Madagascar</b>	Analamanga	Anosy, Boeni, Sud-Ouest
<b>Nigéria</b>	Katsina, Kebbi, Sokoto, Zamfara	Kaduna, Kano, Lagos, Niger
<b>Cameroun</b>		Grand Nord, Nord
<b>République centrafricaine</b>		Régions sanitaires (RS) : RS3, RS4, RS6, RS7
<b>Éthiopie</b>		Somali
<b>Kenya</b>		Garissa, Mandera, Wajir
<b>Mali</b>		Gao, Kidal
<b>Mozambique</b>		Cabo Delgado, Nampula, Niassa, Tete, Zambezia
<b>Niger</b>		Agadez, Dosso, Maradi, Niamey, Tahoua, Tillabéri

## Annexe E : mandat du groupe régional d'intervention en cas d'épidémie

### 5.1 Objet

Le Groupe régional d'intervention en cas d'épidémie (RORG) est une équipe multipartenaire qui soutient les efforts d'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine de l'OMS. C'est un groupe de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) qui rassemble dans une même plateforme les différentes agences partenaires soutenant les efforts de riposte. Il assure également la détection, la disponibilité des ressources et la riposte en temps utile aux épidémies de poliomyélite dans la Région.

**L'objectif principal du RORG est d'aider les pays touchés par une flambée épidémique à réagir de la manière la plus efficace et la plus efficiente possible**

L'équipe fait office de point de contact principal entre les programmes régionaux d'éradication de la poliomyélite et les structures plus larges de l'IMEP pour faciliter une riposte rapide et veiller à ce que tous les pays de la Région africaine soient préparés à réagir efficacement à d'éventuels événements liés à la poliomyélite. Cette disposition permet également de garantir la durabilité des efforts d'éradication.

### 5.2 Attributions

Les attributions du RORG s'articulent autour de trois domaines d'intervention :

1. la riposte aux flambées épidémiques, y compris les campagnes de vaccination conformément aux plans de riposte régionaux, sous la direction d'une équipe d'intervention rapide (EIR) spécialisée ;
2. la prévention et la préparation aux épidémies ; et
3. la coordination des parties prenantes et des partenaires.

#### 1. 5.2.1 Riposte aux flambées épidémiques sous la direction et la coordination directe d'une équipe d'intervention rapide

Le RORG comprendra une équipe d'intervention rapide (EIR) placée sous la direction d'un coordinateur de l'équipe d'intervention rapide. Cette dernière apportera un appui technique aux pays et les aidera à réagir rapidement et efficacement pour mettre un terme aux épidémies. Sous la direction de son coordinateur, l'EIR :

- aidera à entreprendre l'investigation des cas et organisera les appels nécessaires dès la confirmation de la flambée épidémique ;
- déploiera les équipes d'intervention initiale, leur fournira des avis techniques et en assurera le suivi. Elle en fera de même avec les équipes d'intervention d'urgence qui fournissent un appui de plus longue durée sur le terrain ;
- désignera et déploiera un coordinateur de l'IMEP en coordination avec les responsables pays et régionaux de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ;
- prodiguera des conseils aux pays touchés par une flambée épidémique dans leur riposte et collaborera avec le Ministère de la santé et les équipes de l'IMEP dans le pays pour mettre en place des centres d'opérations d'urgence et élaborer un plan national de riposte à l'épidémie, comportant un budget, un chronogramme des activités et un plan de renforcement des ressources humaines, en ajustant et en adaptant périodiquement le plan, selon que de besoin ;

- dirigera et guidera le coordinateur de l'IMEP et les équipes de renfort par rapport aux stratégies de lutte contre les épidémies ; fournira des conseils techniques, une expertise et assurera la supervision dans tous les domaines thématiques clés ;
- aidera à suivre l'évolution de la flambée épidémique et les progrès accomplis dans la riposte (y compris l'appui technique pour évaluer la riposte à l'épidémie ; assurera la coordination de la correction de la ligne d'action du pays, si nécessaire) ;
- aidera à assurer la coordination avec le programme élargi de vaccination, le programme de soins de santé primaires et d'autres programmes, le cas échéant, tels que l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la nutrition et la protection de l'enfance, afin d'exploiter les possibilités d'intégration, de garantir la durabilité et, surtout, de répondre aux besoins exprimés par le gouvernement national et de s'y aligner ;
- contrôlera la qualité des activités de vaccination supplémentaires à l'aide des données du suivi indépendant et du LQAS afin d'élaborer des plans d'amélioration de la qualité ;
- aidera à réévaluer l'état de la riposte à l'épidémie afin de déterminer le moment opportun pour déclarer la fin de l'épidémie et réduire l'appui apporté. Elle soutiendra les efforts visant à assurer une transition en douceur vers le retour à la surveillance et à la vaccination de routine ;
- représentera l'IMEP dans les pays et assurera la liaison entre les partenaires de l'IMEP aux niveaux national et régional, y compris les organisations de la société civile. Elle fera des rétroactions directes au Groupe chargé de la préparation et de la riposte aux flambées sur les progrès de la riposte aux épidémies, les écueils et les solutions potentielles ;
- aidera les équipes nationales à compiler des points d'information réguliers sur les activités de lutte contre les épidémies (par exemple, des rapports de situation, des bulletins et des lettres d'information) à transmettre aux partenaires concernés ;
- collaborera avec les équipes nationales pour garantir la circulation et l'utilisation en temps utile des données relatives à la riposte et à la préparation aux épidémies ; et
- facilitera la coordination transfrontalière entre les pays de la Région, et ce, en collaboration avec l'équipe de soutien à la gestion des incidents dans les Régions de la Méditerranée orientale ou du Moyen-Orient ou de l'Afrique du Nord.

## **2. 5.2.2 Prévention et préparation aux épidémies sous la direction du RORG, en s'appuyant sur les agences de l'IMEP**

Le RORG est également chargé de veiller à ce que tous les pays de la Région africaine puissent détecter les cas de poliomyélite dans les meilleurs délais possibles et soient en mesure de réagir de manière efficace et efficiente en cas de détection. En tant qu'acteurs principaux de leur organisation, ils veillent à ce que les activités ci-après soient menées :

- fournir des lignes directrices, des outils et du matériel de formation normalisés et veiller à ce qu'ils soient diffusés à l'échelle nationale dans tous les pays ;
- veiller à ce que les pays à haut risque disposent de plans d'intervention actualisés et détaillés en cas d'épidémie, éprouvés, le cas échéant, au moyen d'exercices de simulation d'intervention en cas d'épidémie, y compris des ateliers de formation ;
- assurer le suivi des résultats de la surveillance et des niveaux de préparation, ainsi que la mise en œuvre en temps utile des principales activités au moyen d'outils de suivi ou de tableaux de bord normalisés ;
- veiller à ce que tous les pays disposent de plans de surveillance de la poliomyélite actualisés et détaillés et veiller à ce que ces plans soient conformes à la stratégie et aux lignes directrices régionales ;
- assurer la coordination avec les groupes de l'IMEP au niveau mondial, les équipes de vaccination dans les pays et d'autres parties prenantes (par exemple Gavi, l'Alliance du vaccin) en ce qui concerne les mesures d'atténuation des risques, y compris l'intensification des vaccinations essentielles et des campagnes de prévention intégrées, le cas échéant ;

- renforcer la capacité de riposte régionale par l'identification, l'opérationnalisation et le renforcement des capacités d'appui à la montée en puissance ; et
- veiller à ce que toutes les exigences relatives à l'utilisation du nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 soient satisfaites et maintenues dans tous les pays de la Région.

### 3. 5.2.3 Coordination des parties prenantes autour de la riposte aux flambées épidémiques et de leur prévention

Les responsables du RORG feront office de point de contact principal entre les programmes régionaux de lutte contre la poliomyélite et la/les structure(s) plus large(s) de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Pour ce faire, le RORG mène les activités suivantes :

- veiller, en étroite collaboration avec les groupes de l'IMEP concernés au niveau mondial, à l'élaboration d'un plan stratégique annuel ;
- organiser et abriter des ateliers semestriels d'examen approfondi et en présentiel de la stratégie du programme, ateliers réunissant les trois niveaux du programme et permettant une participation plus élargie des parties prenantes ;
- procéder à une évaluation mensuelle des risques et élaborer des plans d'intervention qui adaptent de manière dynamique les plans régionaux généraux et tiennent compte des problèmes émergents, y compris les changements du profil épidémiologique et la disponibilité des ressources ; hiérarchiser les campagnes en fonction de l'évaluation des risques ;
- faire un solide plaidoyer à tous les niveaux de l'IMEP et veiller à l'apport d'un appui constant aux plans régionaux d'éradication de la poliomyélite ; et
- coordonner toutes les actions de plaidoyer politique de haut niveau visant à soutenir l'effort d'éradication de la poliomyélite dans la Région.

### 5.2.4 Perspective du genre

L'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes (le processus d'évaluation des implications pour les femmes et les hommes de toute action planifiée dans tous les domaines et à tous les niveaux) fait partie intégrante de la réalisation de l'égalité et de l'équité entre les sexes, qui est considérée comme un puissant déterminant des résultats en matière de santé et un facteur majeur dans l'élan vers l'éradication de la poliomyélite. Le RORG est chargé de soutenir l'intégration de la dimension de genre et la stratégie de l'IMEP en la matière au sein du groupe en :

- consacrant du temps à l'élaboration et à la réalisation d'activités visant à intégrer la dimension de genre dans le groupe, en collaboration avec le groupe chargé de l'intégration de la dimension de genre (GMG) chaque année, et en veillant à ce que les activités (telles que la formation par le biais de webinaires, l'accompagnement ou le mentorat) soient menées à bien ;
- tirant parti de l'appui technique du groupe chargé de l'intégration de la dimension de genre, lorsque cela est possible et applicable, tout au long des activités (c'est-à-dire tout au long de la planification, de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du programme) afin de garantir l'application de l'optique de l'égalité des sexes ;
- ayant conscience des principaux indicateurs de résultats de la stratégie de l'IMEP en matière d'égalité hommes-femmes et en menant des actions pour contribuer à atteindre les résultats escomptés, ainsi qu'en tirant parti de l'appui du GMG, si nécessaire ; et
- assurant le suivi et faisant rapport sur la proportion de femmes occupant des postes de responsabilité au sein des équipes d'intervention rapide (y compris les coordinateurs des blocs de riposte et de l'IMEP).

## 5.3 Composition et secrétariat

### 5.3.1 Composition du RORG

L'équipe dirigeante du RORG est composée comme suit :

- le coordinateur du Programme régional OMS pour l'éradication de la poliomyélite en Afrique, qui assurera également la présidence du groupe ;
- les coordinateurs régionaux de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et pour l'Afrique orientale et australe, qui assureront également la coprésidence du groupe ;
- le coordinateur régional de l'équipe d'intervention rapide de l'IMEP pour la lutte contre la poliomyélite ;
- deux autres membres au maximum par agence, issus de la Fondation Gates et des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) des États-Unis ; et
- d'autres membres, issus des rangs des autres partenaires de l'IMEP (Rotary, Gavi), s'ils le souhaitent.

Secrétariat : La Région africaine de l'OMS assurera le secrétariat du RORG.

### 5.3.2 L'équipe d'intervention rapide de l'IMEP

L'équipe d'intervention rapide (EIR) est une équipe régionale spéciale rassemblant les partenaires de l'IMEP au niveau régional. Elle accorde la priorité à l'exécution d'une riposte rapide et de haute qualité au niveau national. L'EIR rendra compte à un coordinateur dédié. Elle disposera également d'un secrétariat spécialisé qui travaillera en étroite collaboration avec les coordinateurs des blocs sous-régionaux et accordera la priorité à l'appui aux pays. Elle est composée :

- d'un coordinateur chargé de la coordination générale de l'appui de l'IMEP aux pays en lutte contre des épidémies de poliomyélite dans la Région. Il dirigera les travaux quotidiens de l'EIR ;
- d'une équipe d'appui à la coordination des ripostes composée :
  - des coordinateurs de blocs (sous-régionaux) chargés de superviser et de soutenir les activités de lutte contre les flambées épidémiques dans leur zone géographique, en travaillant au jour le jour avec tous les coordinateurs pays de l'IMEP dans leur zone. Ils aideront les coordinateurs pays de l'IMEP à assurer une riposte efficace aux épidémies et à coordonner leur action avec celles des autres membres de l'EIR afin de fournir un appui de qualité optimale et de rendre efficacement compte des progrès accomplis ;
  - des coordinateurs pays de l'IMEP sont nommés dans les semaines suivant la détection d'une flambée épidémique pour accompagner le pays dans sa riposte (élaboration d'un plan de riposte à la flambée, d'un budget opérationnel de base et mise en place de mécanismes de coordination). Ils travaillent avec les coordinateurs des blocs sous-régionaux ainsi qu'avec d'autres services fonctionnels de l'EIR afin d'accompagner au mieux le pays et de l'aider à rendre compte de ses progrès ; et
  - des membres de l'équipe de renfort au pays sont déployés tout au long de la flambée épidémique, selon les besoins spécifiques du pays, pour apporter une expertise et des capacités supplémentaires par rapport à des éléments précis de la riposte à l'épidémie. Ils travaillent en coordination avec les coordinateurs pays de l'IMEP, qui sont responsables de l'appui global au pays et de la riposte dans son entièreté.
- d'une équipe d'appui technique pour faciliter les activités de gestion des vaccins et d'induction de changements sociaux et comportementaux pour garantir la réception à temps par les pays d'équipements de chaîne du froid et de vaccins appropriés ainsi que l'exécution en bonne et due forme des activités de communication et de mobilisation sociale pour améliorer la demande de vaccins ; et
- d'une équipe d'appui au programme pour aider aux activités de gestion de données et des finances.

Les autres membres du groupe du Groupe régional d'intervention en cas d'épidémie seront sélectionnés au sein des structures existantes de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'UNICEF et en complément à ceux-ci viendront d'autres membres spécifiques issus de domaines thématiques donnés pour faire face aux besoins critiques. Les organismes partenaires apporteront également un appui technique au RORG Afrique, selon que de besoin. Par exemple, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique apportera un appui technique à la surveillance et à l'évaluation des risques.



## Annexe F : surveillance de la paralysie flasque aiguë

Tableau F1 : Principaux indicateurs de résultats pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë, avril 2023-mars 2024

Pays	Taux de PFANP	Districts comptant un nombre > 100 000 enfants de moins de 15 ans présentant une PFANP >2 (%)	Adéquation des selles avec manque = bonne (%)	Délai de notification* (%)	Rapidité de l'acheminement des selles en cas d'absence = bonne ** (%)	Délai d'exécution des activités sur le terrain et de l'expédition en cas d'absence = bon*** (%)
Algérie	3,3	85	89,1	65,5	47,3	71,9
Angola	2,7	52,3	83,6	70	1,3	7,9
Bénin	5,3	90,9	89,3	80,2	1,8	48,5
Botswana	2,4	0	76	52	0	0
Burkina Faso	10,6	90	94,2	81,8	1	44,3
Burundi	2,8	51,4	81,3	66,3	2,6	28
Cabo Verde				0	0	0
Cameroun	6,9	80,6	88,4	77,6	51,8	83,6
République centrafricaine	6,9	100	80,7	72	64,3	72
Tchad	15,2	96,3	86,6	72	0	17,8
Comores	1,9	0	83,3	83,3	0	0
République du Congo	9	100	96,6	91,9	25,1	85,5
Côte d'Ivoire	8,2	95,9	73,5	87,2	31,7	67,4
République démocratique du Congo	8,2	86,9	82,9	65,7	6,2	28,4
Guinée équatoriale	5,6	100	85	87,5	0	2,5

Pays	Taux de PFANP	Districts comptant un nombre > 100 000 enfants de moins de 15 ans présentant une PFANP >2 (%)	Adéquation des selles avec manque = bonne (%)	Délai de notification* (%)	Rapidité de l'acheminement des selles en cas d'absence = bonne **(%)	Délai d'exécution des activités sur le terrain et de l'expédition en cas d'absence = bon*** (%)
Érythrée	2,2		88,3	74	0	0
Eswatini	1,4	50	77,8	66,7	33,3	77,8
Éthiopie	2,8	66,3	94,6	64,4	91,9	91,4
Gabon	5,7	0	90,6	81,1	1,9	35,8
Gambie	2,4		94,1	85,3	5,9	32,4
Ghana	6	71,4	84,1	77,2	45,8	64,9
Guinée	9,2	100	84	75,1	7,3	55,7
Guinée-Bissau	2,1		67,9	71,4	67,9	60,7
Kenya	3,4	51,6	90,8	76,4	77,1	86,5
Lesotho	2,3	0	100	100	26,3	57,9
Libéria	3		94,2	79,7	0	14,5
Madagascar	10,4	100	93,9	82	25,5	74,7
Malawi	5,5	96	91,2	74,7	35,6	47
Mali	8,4	97,6	94	85,4	0,2	38
Mauritanie	3,1		69,2	66,7	1,3	29,5
Maurice	3,4		100	100	14,3	85,7
Mozambique	4,5	82	84	60,7	17,8	43,9
Namibie	2,8	100	82,5	67,5	0	47,5
Niger	5,6	93,8	77,8	55,9	0,3	26,4
Nigéria	13,3	99,5	97,6	86	81,1	94,6

Pays	Taux de PFANP	Districts comptant un nombre > 100 000 enfants de moins de 15 ans présentant une PFANP >2 (%)	Adéquation des selles avec manque = bonne (%)	Délai de notification* (%)	Rapidité de l'acheminement des selles en cas d'absence = bonne **(%)	Délai d'exécution des activités sur le terrain et de l'expédition en cas d'absence = bon*** (%)
Rwanda	5,1	96,7	98,7	77,1	14	71,3
Sao Tomé-et-Principe				0	0	0
Sénégal	3,4	66,7	85,3	77,5	67,8	81,4
Seychelles				0	0	0
Sierra Leone	4,9	93,8	94,9	82,5	0	5,1
Afrique du Sud	2,5	46,7	80,8	87,7	8,2	11,7
Soudan du Sud	9,6	92,3	95,5	89,9	0	15,6
Togo	7,3	58,3	86,5	76	3,6	42,9
Ouganda	4,7	82,4	87,7	73,3	65,5	81,3
Tanzanie	5,1	92,4	96,7	94,2	0,9	67,6
Sahara occidental				0	0	0
Zambie	7,5	93,3	82,9	58,2	68,4	74,6
Zimbabwe	4,9	90,9	89,2	76,1	59,9	80,7

\* Nombre de cas de PFA signalés dans un délai inférieur ou égal à sept jours après l'apparition de la maladie ou nombre de cas de PFA signalés

\*\* Nombre d'échantillons de selles qui parviennent en bon état à un laboratoire accrédité par l'OMS ET dans un délai inférieur ou égal à trois jours après le prélèvement ou nombre d'échantillons de selles prélevés

\*\*\* Nombre de cas de PFA avec deux échantillons de selles prélevés dans un délai supérieur ou égal à 24 heures d'intervalle ET reçus en bon état dans un laboratoire accrédité par l'OMS ET dans un délai inférieur ou égal à 14 jours après l'apparition de la maladie ou nombre de cas de PFA signalés

PFANP = paralysie flasque aiguë non poliomyélitique Données d'actualité au 9 mai 2024.

## Annexe G : surveillance environnementale

Tableau G1 : Principaux indicateurs de résultats pour la surveillance environnementale, avril 2023 - mars 2024

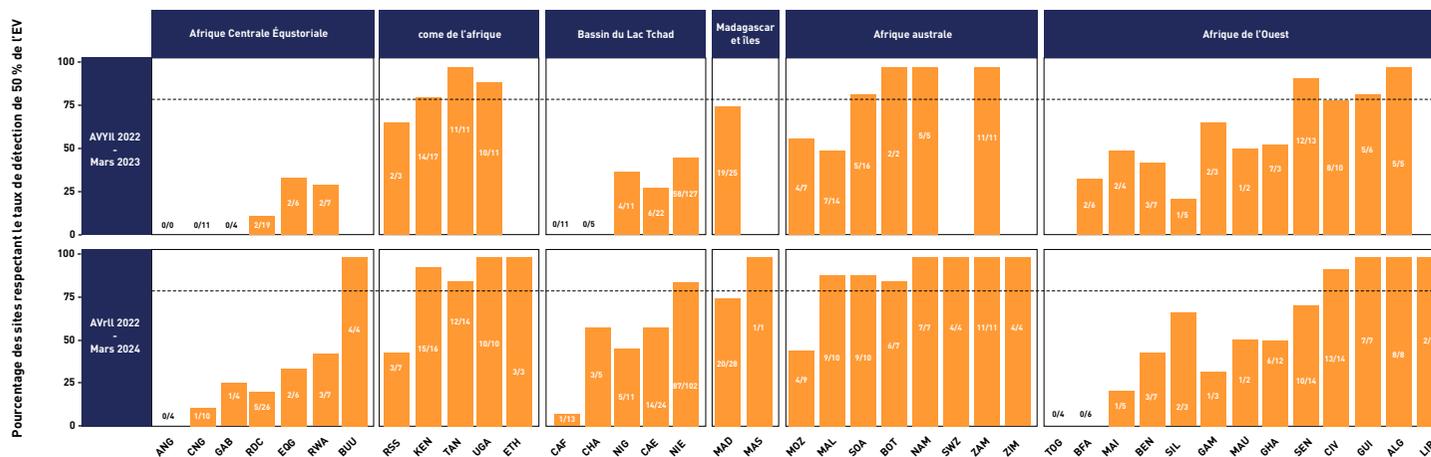
Pays	Sites de surveillance environnementale où se fait au moins un prélèvement	Sites de surveillance environnementale actifs (> 10 échantillons)	Sites de surveillance environnementale actifs où se fait un nombre >50 % de détection d'entérovirus (%)	Sites de surveillance environnementale actifs où se fait un nombre > 80 % de détection d'entérovirus (%)	surveillance environnementale actifs où on enregistre un nombre > 80 % d'échantillons en bon état (%)
Algérie	13	8	100	100	87,5
Angola	23	4	0	0	100
Bénin	7	7	42,9	0	100
Botswana	8	7	85,7	28,6	100
Burkina Faso	6	6	0	0	100
Burundi	5	4	100	50	0
Cabo Verde					
Cameroun	24	24	58,3	29,2	100
République centrafricaine	16	13	7,7	0	100
Tchad	6	5	60	0	100
Comores					
République du Congo	10	10	10	0	100
Côte d'Ivoire	20	14	92,9	57,1	57,1
République démocratique du Congo	26	26	19,2	0	100
Guinée équatoriale	6	6	33,3	0	100

Pays	Sites de surveillance environnementale où se fait au moins un prélèvement	Sites de surveillance environnementale actifs (> 10 échantillons)	Sites de surveillance environnementale actifs où se fait un nombre >50 % de détection d'entérovirus (%)	Sites de surveillance environnementale actifs où se fait un nombre > 80 % de détection d'entérovirus (%)	surveillance environnementale actifs où on enregistre un nombre > 80 % d'échantillons en bon état (%)
Érythrée					
Eswatini	4	4	100	0	100
Éthiopie	5	3	100	33,3	100
Gabon	5	4	25	0	100
Gambie	3	3	33,3	0	100
Ghana	13	12	50	0	100
Guinée	7	7	100	28,6	100
Guinée-Bissau					
Kenya	22	16	93,8	6,2	100
Lesotho					
Libéria	2	2	100	0	100
Madagascar	28	28	71,4	57,1	100
Malawi	10	10	90	60	100
Mali	6	5	20	0	100
Mauritanie	2	2	50	0	100
Maurice	3	1	100	0	100
Mozambique	11	9	44,4	0	100
Namibie	7	7	100	42,9	100

Pays	Sites de surveillance environnementale où se fait au moins un prélèvement	Sites de surveillance environnementale actifs (> 10 échantillons)	Sites de surveillance environnementale actifs où se fait un nombre >50 % de détection d'entérovirus (%)	Sites de surveillance environnementale actifs où se fait un nombre > 80 % de détection d'entérovirus (%)	surveillance environnementale actifs où on enregistre un nombre > 80 % d'échantillons en bon état (%)
<b>Niger</b>	11	11	45,5	0	100
<b>Nigéria</b>	134	102	85,3	14,7	100
<b>Rwanda</b>	7	7	42,9	28,6	71,4
<b>Sao Tomé-et-Principe</b>					
<b>Sénégal</b>	15	14	71,4	14,3	100
<b>Seychelles</b>	2				
<b>Sierra Leone</b>	6	3	66,7	0	100
<b>Afrique du Sud</b>	26	10	90	30	100
<b>Soudan du Sud</b>	7	7	42,9	0	0
<b>Togo</b>	4	4	0	0	100
<b>Ouganda</b>	11	10	100	80	100
<b>Tanzanie</b>	16	14	85,7	71,4	7,1
<b>Sahara occidental</b>					
<b>Zambie</b>	16	11	100	63,6	100
<b>Zimbabwe</b>	4	4	100	100	100

Données d'actualité au 9 mai 2024.

**Figure G1 : Pourcentage de sites de surveillance environnementale par pays atteignant le seuil de sensibilité d'au moins 50 % d'échantillons positifs pour les entérovirus (EV) (Cible ≥80 % des sites), avril 2023 mars 2024**



Note : l'analyse ne porte que sur les sites ayant fourni un minimum de 10 échantillons sur une période de 12 mois.  
 SE = surveillance environnementale ; EV = entérovirus.  
 Source : OMS. Données d'actualité au 8 mai 2024

**Tableau G2 : Résumé de l'examen des sites de surveillance environnementale par pays**

Pays	Dates de la mission	Type of mission	Nombre de sites avant la mission	Nombre de nouveaux sites ouverts	Nombre de sites dont la fermeture est recommandée	Nombre de sites effectivement fermés	Nombre de sites fonctionnels à ce jour
Guinée-Bissau	Du 20 juin au 4 juillet 2022	Examen	6	2	3	3	5
Guinée équatoriale	Du 27 juin au 8 juillet 2022	Examen	6	1	1	0	6
Sénégal	Du 11 au 23 juillet 2022	Examen	6	8	0	0	14
Guinée	Du 21 juillet au 5 août 2022	Examen	5	3	3	2	5

Pays	Dates de la mission	Type of mission	Nombre de sites avant la mission	Nombre de nouveaux sites ouverts	Nombre de sites dont la fermeture est recommandée	Nombre de sites effectivement fermés	Nombre de sites fonctionnels à ce jour
<b>Botswana</b>	Du 25 juillet au 12 août 2022	Lancement	0	7	0	0	7
<b>Tchad</b>	Du 25 juillet au 9 août 2022	Examen	5	1	1	1	5
<b>Soudan du Sud</b>	Du 19 août au 9 septembre 2022	Examen	4	3	1	1	6
<b>Mozambique</b>	Du 11 août au 2 septembre 2022	Examen	6	8	5	5	9
<b>Cameroun</b>	Du 15 au 26 août 2022	Examen	22	2	0	1	23
<b>Tanzanie</b>	Du 5 au 16 septembre 2022	Examen	8	2	0	0	10
<b>Gabon</b>	Du 29 août au 16 septembre 2022	Examen	6	1	2	2	5
<b>République démocratique du Congo</b>	Du 12 au 30 septembre 2022	Examen	19	1	1	1	19
<b>Rwanda</b>	Du 26 septembre au 26 octobre 2022	Lancement	0	7	0	0	7
<b>République centrafricaine</b>	Du 3 au 20 octobre 2022	Examen	15	1	3	3	13
<b>République du Niger</b>	Du 24 octobre au 04 novembre 2022	Examen	10	1	0	0	11
<b>Togo</b>	Du 17 au 28 octobre 2022	Examen	3	1	0	0	4
<b>République du Congo</b>	Du 18 au 29 juillet 2022	Examen	11	0	3	2	8

Pays	Dates de la mission	Type of mission	Nombre de sites avant la mission	Nombre de nouveaux sites ouverts	Nombre de sites dont la fermeture est recommandée	Nombre de sites effectivement fermés	Nombre de sites fonctionnels à ce jour
<b>Burundi</b>	Du 21 novembre au 2 décembre 2022	Lancement	4	1	0	0	5
<b>Bénin</b>	Du 21 novembre au 2 décembre 2022	Examen	7	0	0	0	7
<b>Éthiopie</b>	Du 3 au 14 octobre 2022	Examen	3	4	0	0	7
<b>Ghana</b>	Du 21 novembre au 2 décembre 2022	Examen	14	0	1	1	13
<b>Libéria</b>	Du 28 novembre au 9 décembre 2022	Examen	4	0	2	2	2
<b>Mali</b>	Du 12 au 25 mars 2023	Examen	4	2	0	0	6
<b>Eswatini</b>	Du 12 au 25 mars 2023	Examen	0	4	0	0	4
<b>Zimbabwe</b>	Du 12 au 14 avril 2023	Examen	0	4	0	0	4
<b>Seychelles</b>	Du 15 au 30 mai 2023	Lancement	0	2	0	0	2
<b>Zambie</b>	Du 7 au 23 août 2023	Examen	11	2	0	0	11
<b>Maurice</b>	Du 7 au 20 août 2023	Examen	0	4	0	0	4
<b>République démocratique du Congo</b>	Du 11 septembre au 3 octobre 2023	Examen	19	6	0	0	25
<b>Angola</b>	Du 18 septembre au 14 octobre 2023	Examen	9	11	6	6	14
<b>Namibie</b>	Du 9 au 23 octobre 2023	Examen	7	0	0	0	7

Pays	Dates de la mission	Type of mission	Nombre de sites avant la mission	Nombre de nouveaux sites ouverts	Nombre de sites dont la fermeture est recommandée	Nombre de sites effectivement fermés	Nombre de sites fonctionnels à ce jour
Comores	Du 16 au 27 octobre 2023	Lancement	0	4	0	0	4
Nigéria	Du 24 novembre au 4 décembre 2023	Examen	134	0	32	32	102
Afrique du Sud	Du 4 au 8 décembre 2023	Examen	16	5	0	0	21
			<b>364</b>	<b>98</b>	<b>64</b>	<b>62</b>	<b>395</b>



## Annexe H : surveillance en laboratoire

Figure H1 : Délai (en jours) pour l'obtention des résultats d'analyse des cas de poliovirus du variant à l'origine de la PFA, 2023

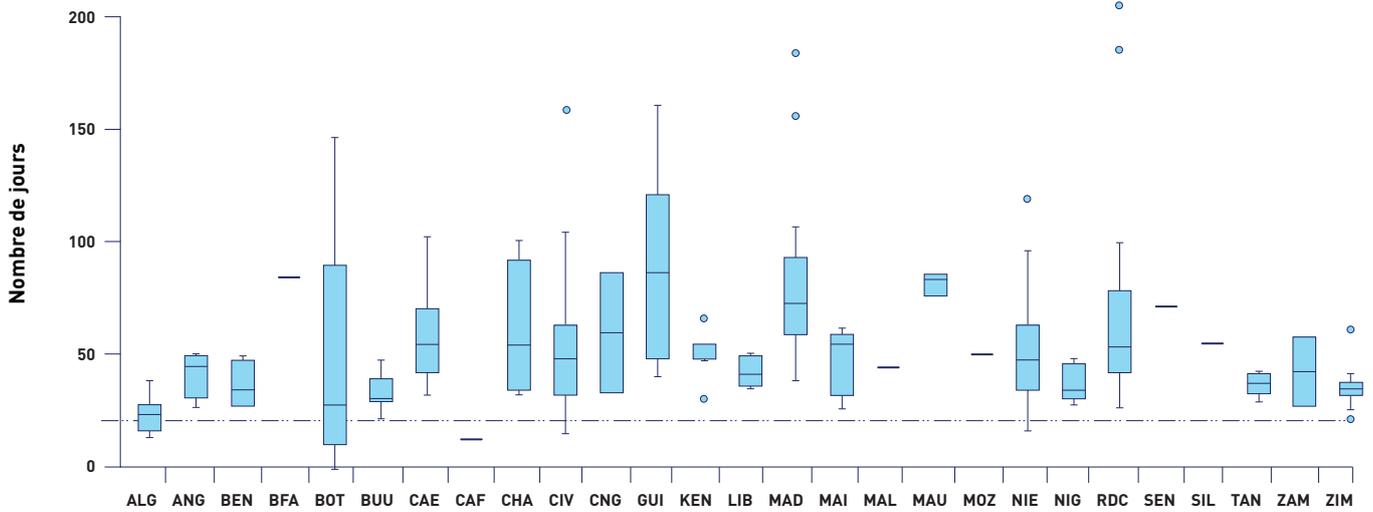
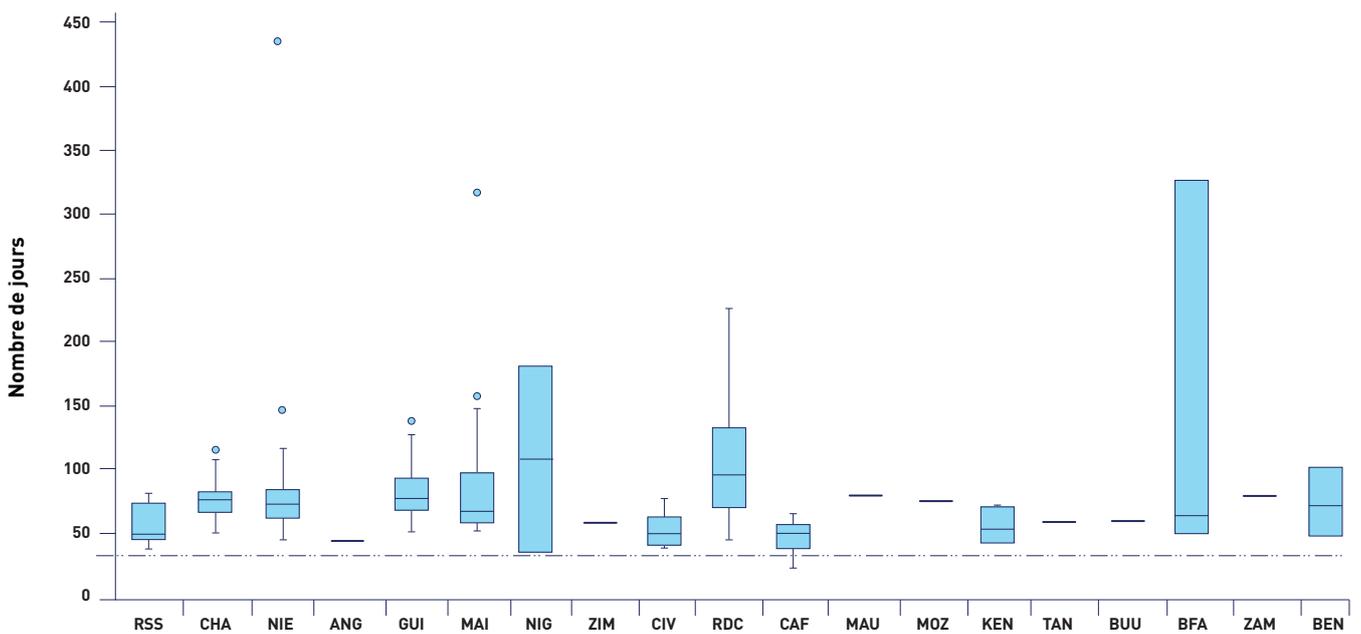


Figure H2 : Délai (en jours) pour l'obtention des résultats définitifs de l'analyse des isolats de variants du poliovirus recueillis par le biais de la surveillance environnementale, 2023



## 8.1 Nouvelles méthodes de laboratoire visant à réduire le délai de détection

### 8.1.1 Séquençage

Tableau H1 : Plan d'expansion du séquençage par la méthode Sanger et du séquençage par nanopores par la méthode MinION

Séquençage par la méthode Sanger		Séquençage par nanopores par la méthode MinION
<b>Afrique du Sud</b>	Existant	Formation et réalisation d'une activité pilote au T4 2024, visite d'un laboratoire mondial spécialisé (LMS) et réalisation d'un essai pilote (EP) au T1 2025
<b>Ghana</b>	Existant	Formation et réalisation d'une activité pilote au T4 2024, visite d'un laboratoire mondial spécialisé (LMS) et réalisation d'un essai pilote (EP) au T1 2025
<b>Ouganda</b>	Formation assurée, réalisation d'une activité pilote en cours, visite d'un LMS en décembre 2023 ; réalisation d'un EP en février 2024	
<b>Nigéria-Ibadan</b>	Formation assurée, réalisation d'une activité pilote en cours, visite d'un LMS en décembre 2023 ; réalisation d'un EP en février 2024	Formation et réalisation d'une activité pilote au T4 2024, visite d'un laboratoire mondial spécialisé (LMS) et réalisation d'un essai pilote (EP) au T1 2025
<b>Nigéria-Maiduguri</b>	Formation assurée, réalisation d'une activité pilote au T1/T2 2024, visite LMS en juillet/août 2024, réalisation d'un EP en juin 2024	
<b>Madagascar</b>	Formation assurée, réalisation d'une activité pilote au T1/T2 2024, visite LMS en juillet/août 2024, réalisation d'un EP en juin 2024	Formation Q2 2024, visite pilote/GSL Q3 2024, PT Q4 Formation au T2 2024, réalisation d'une activité pilote ou visite d'un LMS au T3 2024, réalisation d'un EP au T4 2024
<b>RDC</b>	Formation assurée, réalisation d'une activité pilote au T1/T2 2024, visite LMS en juillet/août 2024, réalisation d'un EP en juin 2024	Formation assurée, réalisation d'une activité pilote en cours, visite d'un LMS au T1 2024, réalisation d'un EP au T1 2024
<b>Kenya</b>	Formation assurée, réalisation d'une activité pilote au T2 2024, visite d'un LMS en juillet/août 2024, réalisation d'un EP en mai 2024	Formation assurée, réalisation d'une activité pilote en cours, visite d'un LMS au T2 2024, réalisation d'un EP au T2 2024, d'une SI au T2 2024
<b>RCA</b>		Formation au T2 2024, réalisation d'un activité pilote ou visite d'un LMS ou réalisation d'un EP au T3 2024
<b>Cameroun</b>	Formation prévue au T2 /T3 2024, reste à déterminer	Formation, réalisation d'une activité pilote au T1 2024, visite d'un LMS au T2 2024, réalisation d'un EP au T2 2024, d'une SI au T3 2024

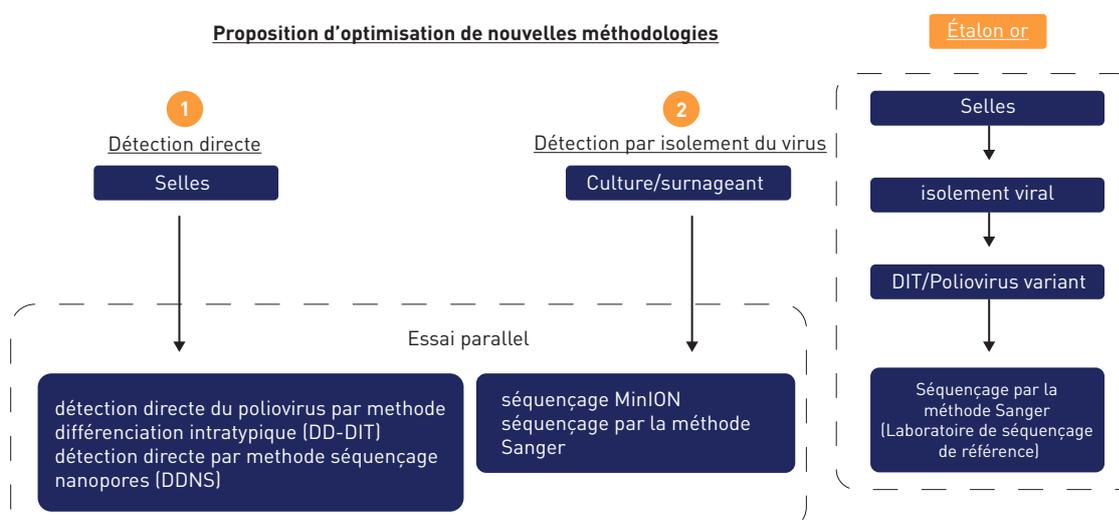
RCA = République centrafricaine ; RDC = République démocratique du Congo ; LMS = laboratoire mondial spécialisé ; SI = mise en œuvre du séquençage.

Séquençage par la méthode Sanger		Séquençage par nanopores par la méthode MinION
<b>Sénégal</b>		Formation, réalisation d'une activité pilote au T1 2024, visite d'un LMS au T2 2024, réalisation d'un EP au T2 2024, d'une SI au T3 2024
<b>Algérie</b>	Formation assurée, réalisation d'une activité pilote au T1/T2 2024, visite LMS en juillet/août 2024, réalisation d'un EP en juin 2024	Formation au T2 2024, réalisation d'une activité pilote ou visite d'un LMS ou réalisation d'un EP au T3 2024
<b>Côte d'Ivoire</b>		Formation et réalisation d'une activité pilote au T4 2024, visite d'un LMS et réalisation d'un EP au T1 2025
<b>Zimbabwe</b>	Formation prévue aux T2 et T3 2024, réalisation d'une activité pilote ou d'une visite d'un LMS ou encore réalisation d'un EP au T4 2024	Formation au T2 2024, réalisation d'une activité pilote ou visite d'un LMS ou encore réalisation d'un EP au T3 2024
<b>Éthiopie</b>	Formation prévue aux T2 et T3 2024, réalisation d'une activité pilote ou d'une visite d'un LMS ou encore réalisation d'un EP au T4 2024	Formation et réalisation d'une activité pilote au T4 2024, visite d'un LMS et réalisation d'un EP au T1 2025
<b>Zambie</b>	Formation prévue aux T2 et T3 2024, réalisation d'une activité pilote ou d'une visite d'un LMS ou encore réalisation d'un EP au T4 2024	Formation au T2 2024, réalisation d'une activité pilote au T3, visite d'un LMS ou réalisation d'un EP au T4 2024

### 8.1.2 Détection directe

Pour remédier aux retards accusés par les laboratoires, la Région introduira deux nouvelles méthodes visant à réduire les délais d'exécution, connues sous le nom de détection directe. La première méthode consiste à extraire l'acide ribonucléique directement à partir d'échantillons de selles, puis à procéder à une différenciation intratypique (ITD) et à un séquençage, ce qui permet d'éviter la phase d'isolement et de culture du virus. Cette méthode est appelée détection directe de la différenciation intratypique (DD-ITD). La seconde méthode consiste à extraire l'acide ribonucléique des échantillons de selles et à procéder à un séquençage direct à l'aide de la technologie des nanopores, connue sous le nom de séquençage par détection directe par nanopores (DDNS). La mise en œuvre de ces méthodes promet une réduction substantielle de la durée totale du traitement (**Figure H3**).

**Figure H3 : Nouvelles méthodes prévues comparées à la méthode traditionnelle d'isolement viral**



Le déploiement de la détection directe est présenté dans le **Tableau H2**. Les essais pilotes du DDNS débuteront au premier/deuxième trimestre 2024 pour ceux qui n'effectuent pas encore d'essais pilotes (EP), et au deuxième/quatrième trimestre pour les laboratoires non spécialisés dans la poliomyélite. La date cible du DDNS pour les essais pilotes est fixé au deuxième trimestre 2024 (premier trimestre pour la République démocratique du Congo) ; la date cible du DD-ITD pour les essais pilotes est fixée au troisième trimestre 2024. Remarque : il est prévu que tous les laboratoires effectuant des tests pilotes ou parallèles passent au système automatisé Kingfisher Duo en janvier 2024, bien que certains laboratoires aient encore besoin de formation.

**Table H2. Plan for expansion of Sanger and MinION nanopore sequencing**

Séquençage par la méthode Sanger		Séquençage par nanopores par la méthode MinION
<b>Afrique du Sud</b>	Formation assurée, détection directe (DD) pilote parallèlement à l'IV	Formation prévue
<b>Ghana</b>	Formation assurée, DD pilote parallèlement à l'IV	Formation en novembre 2023
<b>Ouganda</b>	Formation assurée, DD pilote parallèlement à l'IV	
<b>Nigéria-Ibadan</b>	Formation assurée, DD pilote parallèlement à l'IV	
<b>Nigéria-Maiduguri</b>	Formation assurée, DD pilote parallèlement à l'IV	

Séquençage par la méthode Sanger		Séquençage par nanopores par la méthode MinION
<b>Madagascar</b>		Formation, essais pilotes d'ici fin T2 2024, SI au T4 2024
<b>République démocratique du Congo</b>	Formation assurée, DD pilote parallèlement à l'IV	Essais pilotes, SI au T4 2023
<b>Kenya</b>	Formation assurée, DD pilote parallèlement à l'IV	Analyse d'échantillons par DDNS
<b>République centrafricaine</b>	Formation assurée, DD pilote parallèlement à l'IV	Formation, essais pilotes d'ici la fin du deuxième trimestre 2024, SI troisième trimestre 2024
<b>Cameroun</b>	Formation assurée, DD pilote parallèlement à l'IV	Analyse d'échantillons par DDNS
<b>Sénégal</b>	Formation, essai pilote à déterminer	Analyse d'échantillons par DDNS
<b>Algérie</b>		Formation, essais pilotes d'ici la fin du deuxième trimestre 2024, SI troisième trimestre 2024
<b>Côte d'Ivoire</b>	Formation, essai pilote à déterminer	Formation, essais pilotes d'ici la fin du deuxième trimestre 2024, SI troisième trimestre 2024
<b>Zimbabwe</b>		Formation en novembre 2023, SI au T4 2024
<b>Éthiopie</b>	Formation assurée, DD pilote parallèlement à l'IV	Formation en novembre 2023, SI au T4 2024
<b>Zambie</b>		Formation en novembre 2023, SI au T4 2024
<b>Érythrée**</b>		Évaluation prévue pour le T1 2024, formation au T1 2024
<b>Rwanda**</b>		Formation prévue pour le T1 2024
<b>Tanzanie**</b>		Formation prévue pour le T1 2024
<b>Mozambique**</b>		Formation prévue pour le T1 2024
<b>Angola**</b>		Formation prévue pour le T1 2024
<b>Malawi**</b>		Évaluation prévue pour le T1 2024, formation au T1 2024

\*\*Laboratoires non poliomyélite

DD = détection directe ; DDNS = détection directe par méthode séquençage nanopores



## Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) est une institution spécialisée du système des Nations Unies créée en 1948 qui dirige et coordonne l'action sanitaire internationale et les questions de santé publique. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique est l'un des six bureaux régionaux répartis dans le monde. Chaque bureau régional a son propre programme adapté aux conditions sanitaires spécifiques aux pays qu'il dessert.

### États Membres

Afrique du Sud	Madagascar
Algérie	Malawi
Angola	Mali
Bénin	Maurice
Botswana	Mauritanie
Burkina Faso	Mozambique
Burundi	Namibie
Cabo Verde	Niger
Cameroun	Nigéria
Comores	Ouganda
Congo	République centrafricaine
Côte d'Ivoire	République démocratique du Congo
Érythrée	République-Unie de Tanzanie
Eswatini	Rwanda
Éthiopie	Sao Tomé-et-Principe
Gabon	Sénégal
Gambie	Seychelles
Ghana	Sierra Leone
Guinée	Soudan du Sud
Guinée-Bissau	Tchad
Guinée équatoriale	Togo
Kenya	Zambie
Lesotho	Zimbabwe
Libéria	

### Organisation mondiale de la Santé

#### Bureau régional de l'Afrique

Cité du Djoué

Boîte postale 6, Brazzaville

Congo

Téléphone : +(47 241) 39402

Télécopie : +(47 241) 39503

Courriel : WHOAfricaNews@who.int

Site Web : <https://www.afro.who.int/>