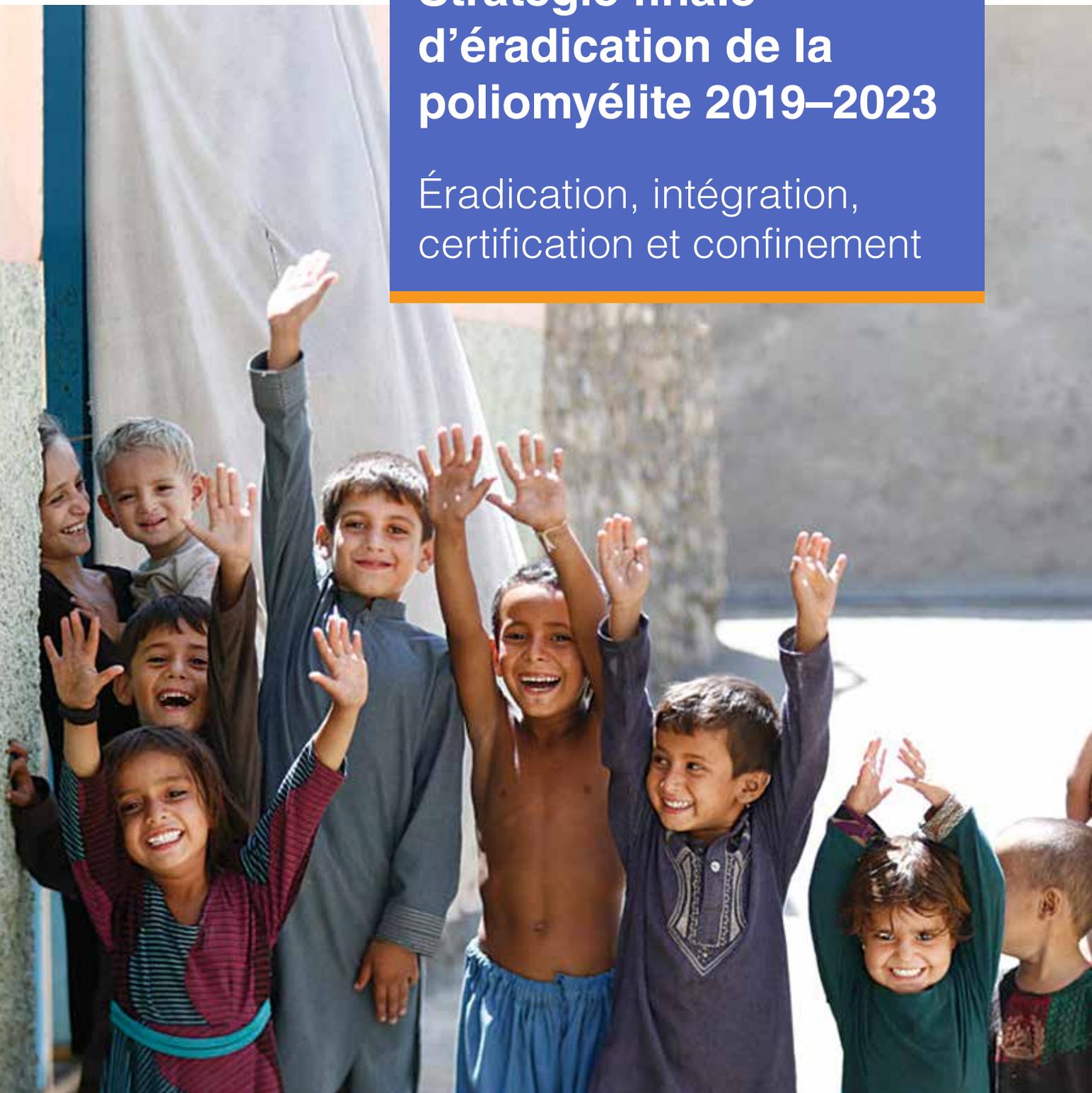


# Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023

Éradication, intégration,  
certification et confinement



WHO/Polio/19.04

Publié par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au nom de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Ce rapport reflète les contributions apportées lors d'un processus mené par les agences partenaires de l'IMEP: le Rotary International, l'OMS, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (CDC), l'UNICEF et la Fondation Bill et Melinda Gates.

© Organisation mondiale de la santé 2019

Certains droits réservés. Ce rapport est disponible sous la licence Creative Commons Attribution - Pas d'utilisation commerciale - Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>). Selon les termes de cette licence, vous pouvez copier, redistribuer et adapter le rapport pour un usage non commercial, dans la mesure où vous citez ce rapport, comme indiqué ci-dessous. Dans toute utilisation de ce rapport, il ne doit pas être suggéré que l'OMS soutient une organisation, un produit ou un service spécifique. L'utilisation du logo de l'OMS n'est pas autorisée. Si vous adaptez ce rapport, vous devez appliquer une licence à votre travail, identique ou équivalente à celle de Creative Commons. Si vous traduisez ce rapport, vous devez ajouter l'avis de non-responsabilité suivant, joint à la citation suivante: «Cette traduction n'a pas été faite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'OMS n'est pas responsable du contenu ou de la précision de cette traduction. La version originale en anglais restera la version authentique et contraignante.»

Toute médiation en cas de conflit survenant dans le cadre de la licence doit être réalisée conformément aux règles de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

**Citation suggérée.** Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023: Éradication, intégration, certification et confinement. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019 (WHO/Polio/19.04). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Données du Catalogage avant publication (CIP).** Les données CIP sont disponibles à l'adresse suivante: <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

**Ventes, droits et octroi de licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, consultez le site <http://apps.who.int/bookorders>. Pour toute demande d'usage commercial ou toute question concernant les droits et l'octroi de licences, consultez le site <https://www.who.int/about/licensing/fr/>.

**Contenu provenant de tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du contenu de ce rapport attribué à un tiers, tel que les tableaux, figures ou images, vous êtes chargé de déterminer si une autorisation est nécessaire pour cette réutilisation et d'obtenir l'autorisation du titulaire du copyright. Le risque de réclamations résultant d'une violation du contenu du rapport détenu par un tiers repose intégralement sur l'utilisateur.

**Cartes.** Les frontières et les noms indiqués ainsi que les désignations utilisées sur toutes les cartes n'impliquent pas l'expression de quelque opinion de la part de l'OMS quant au statut juridique de chaque pays, territoire, ville ou région, ou de ses autorités, ni concernant la délimitation de leurs frontières ou limites. Les lignes pointillées ou discontinues sur les cartes représentent les frontières approximatives pour lesquelles un accord complet n'a peut-être pas encore été convenu.

**Avis de non-responsabilité générale.** Les désignations utilisées et la présentation du contenu de cette publication n'impliquent pas l'expression de quelque opinion de la part de l'OMS quant au statut juridique de chaque pays, territoire, ville ou région, ou de ses autorités, ni concernant la délimitation de leurs frontières ou limites. Les lignes pointillées ou discontinues sur les cartes représentent les frontières approximatives pour lesquelles un accord complet n'a peut-être pas encore été convenu.

La mention d'entreprises particulières ou de produits de fabricants n'implique pas le soutien ou la recommandation par l'OMS par rapport à d'autres entreprises ou produits de nature similaire non mentionnés. À l'exception des erreurs ou omissions, les noms des produits exclusifs commencent par une majuscule. Des précautions raisonnables ont été prises par l'OMS afin de vérifier les informations contenues dans cette publication. Cependant, le contenu publié est distribué sans aucune garantie explicite ni implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation du contenu repose sur le lecteur. En aucun cas l'OMS ne devra être tenue responsable de dommages survenant de l'utilisation de ce contenu.

**Photo de couverture:** OMS / Jawad Jalali (Afghanistan)

Imprimé en Suisse

# Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023

Éradication, intégration, certification et confinement

UNICEF



# Table des matières

<b>Avant-propos</b> .....	<b>v</b>
<b>Acronymes et abréviations</b> .....	<b>vi</b>
<b>Synthèse x</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>7</b>
<b>Objectif 1: Éradication</b> .....	<b>11</b>
1. Interrompre la transmission du poliovirus sauvage .....	11
2. Stopper les flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale: prévention/vigilance, détection et intervention .....	16
<b>Objectif 2: Intégration</b> .....	<b>21</b>
1. Contribuer au renforcement des systèmes de vaccination et de santé afin d'éradiquer la poliomyélite de façon durable .....	21
2. Assurer une surveillance efficace du poliovirus grâce à l'intégration aux systèmes de surveillance des maladies à prévention vaccinale et des maladies contagieuses.....	24
3. Se préparer et répondre aux futures flambées et urgences.....	25
<b>Objectif 3: Certification et confinement</b> .....	<b>29</b>
1. Certifier l'éradication du poliovirus sauvage .....	29
2. Confiner tous les poliovirus.....	31
<b>Domaines d'activation</b> .....	<b>35</b>
Égalité et équité des sexes.....	35
Gouvernance et gestion .....	35
Recherche .....	36
Ressources financières .....	38
<b>Préparation à la mise en application de la Stratégie post-certification</b> .....	<b>43</b>
<b>Épidémiologie actuelle</b> .....	<b>46</b>
<b>Annexe A</b> .....	<b>48</b>
<b>Annexe B</b> .....	<b>51</b>
<b>Annexe C</b> .....	<b>54</b>
<b>Annexe D</b> .....	<b>56</b>
<b>Annexe E</b> .....	<b>58</b>
<b>Annexe F</b> .....	<b>59</b>

# Avant-propos

Depuis sa création, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) est guidée par le principe de protéger «chaque enfant, jusqu'au dernier». Grâce à l'engagement indéfectible de plusieurs pays, partenaires, parties prenantes, donateurs et d'innombrables professionnels de santé partout dans le monde, le poliovirus sauvage ne survit plus que dans une poignée de districts dans deux pays seulement.

Avec le recul, le [Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite 2013–2018](#) a permis au monde de remporter d'importantes victoires sur la maladie, en poursuivant parallèlement le poliovirus sauvage et le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale. De la chaîne du froid à la surveillance, en passant par le développement de nouveaux vaccins ou encore la collaboration accrue au sein des communautés, les actions d'éradication de la poliomyélite ont poussé les systèmes et les pratiques de vaccination à innover.

On estime que 18 millions de personnes aujourd'hui valides auraient pu être paralysées par la poliomyélite sans le programme d'éradication. Pourtant, il reste encore des personnes affectées par cette maladie, c'est pourquoi notre mission de protéger chaque enfant jusqu'au dernier est toujours aussi urgente. Si nous mettions un terme à nos actions aujourd'hui, on estime qu'il y aurait en 10 ans jusqu'à 200 000 nouveaux cas par an à travers le monde. Autrement dit, jusqu'à son éradication totale, la poliomyélite continue à menacer les enfants du monde entier.

La Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023 va nous accompagner à relever les derniers défis posés par l'éradication, et va poser les bases d'un avenir durable sans poliomyélite.

À partir des enseignements tirés, la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023 fait l'inventaire des connaissances, outils et approches développés par le programme au fil des années. La stratégie est une évaluation critique et introspective qui s'intéresse aux défis en cours, prépare les pays à répondre aux défis imprévus lorsqu'ils se présentent, et recherche les perspectives qui se dessinent. Tout cela, alors que nous continuons à adapter nos stratégies dans le but d'éradiquer ce virus.

Nous avons les moyens de l'éradication, et le travail effectué a déjà permis de réduire l'incidence de la poliomyélite de 99% dans le monde. La Stratégie 2019–2023 se fonde également sur des outils et des tactiques éprouvés pour se recentrer sur l'innovation, qu'elle soit d'ordre technologique, social, organisationnel ou encore de gestion.

D'autre part, la Stratégie 2019–2023 nous invite à collaborer davantage avec les autres acteurs de la santé afin de renforcer les systèmes de vaccination et de répondre aux besoins plus généraux des communautés privées des services de base au-delà de la vaccination contre la poliomyélite. Cela s'inscrit dans le cadre d'efforts visant à accompagner les pays touchés par la poliomyélite vers une couverture sanitaire universelle. Nous nous sommes engagés à faire un usage commun des bonnes pratiques, des améliorations apportées au programme et des innovations sur l'ensemble du partenariat, notamment avec Gavi, l'Alliance du vaccin, les gouvernements et nos partenaires issus de la société civile.

La mise en œuvre et le financement total de la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023 doit nous permettre de renvoyer la poliomyélite aux livres d'histoire. Pour cela, chacun d'entre nous, pays, partenaires de l'IMEP, donateurs, autorités communautaires, parents, vaccinateurs, doit s'engager pleinement et irrévocablement pour l'accomplissement d'un objectif très clair: un monde sans poliomyélite pour tous les enfants.

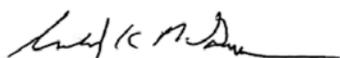
Enfin, la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023 étant le fruit d'un procédé consultatif, nous avons le plaisir de vous annoncer qu'elle tient compte de votre participation à vous, les parties prenantes de l'éradication.

Nous sommes prêts à redoubler d'efforts ensemble pour l'éradication de la poliomyélite, avec, cette fois encore, un sentiment d'urgence et un esprit de collaboration, d'investissement et d'innovation. Ensemble, nous pouvons éradiquer cette maladie une fois pour toute. Nous pouvons remporter cette victoire décisive et définitive pour l'humanité, et vivre dans un monde où plus aucun enfant n'ait à craindre d'être paralysé par la poliomyélite.

## Le Conseil de surveillance de la poliomyélite de l'IMEP



**Tedros Adhanom Ghebreyesus**  
Directeur général de l'OMS et Président du Conseil de surveillance de la poliomyélite 2019



**Mike McGovern**  
Président du Comité international PolioPlus,  
Rotary International



**Chris Elias**  
Président, Développement global,  
Bill & Melinda Gates Foundation



**Robert R. Redfield**  
Directeur du Centre pour le contrôle et la prévention  
des maladies des États-Unis



**Henrietta Fore**  
Directrice générale de l'UNICEF



**Seth Berkley**  
Président-directeur général de Gavi, l'Alliance du vaccin

# Acronymes et abréviations

ANC	Autorité nationale pour le confinement	ONG	Organisation non gouvernementale
AVS	Activité de vaccination supplémentaire	OSC	Organisation issue de la société civile
CCI	Comité de coordination interinstitutions	PAMV	Plan d'action mondial pour les vaccins
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis	PàP	Porte-à-porte
CMC	Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite	PAUN	Plan d'action d'urgence national
CNOU	Centre national d'opérations d'urgence	PDI	Personnes déplacées internes
COU	Centre d'opérations d'urgence	PEF	Établissement essentiel chargé de conserver les poliovirus
CPD	Communication pour le développement	PEV	Programme élargi de vaccination
CRC	Comité régional de certification	PFA	Paralysie flasque aiguë
CROU	Centre régional d'opérations d'urgence	PGSUS	Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS
CSI	Comité de suivi indépendant	POB	Conseil de surveillance de la poliomyélite
CSU	Couverture sanitaire universelle	POLIS	Système d'information sur la poliomyélite
DCC	Dispositif de certification du confinement	POS	Procédure opérationnelle standard
DTC3	Troisième dose de vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux	POSE	Exercice de simulation en cas d'épidémie de poliomyélite
EAH	Eau, assainissement et hygiène	PPAV	Poliomyélite paralytique associée au vaccin
EILF	Évaluation des interventions de lutte contre les flambées	PSFEP	Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite 2013–2018
EIR	Équipe d'intervention rapide	PV2, 3	Poliovirus de types 2, 3
EMP	Évaluation à mi-parcours	PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
EPC	Évaluation post-campagne	PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
GAPIII	Plan d'action mondial visant à minimiser les risques post-éradication associés à la propagation des poliovirus (3ème édition)	PVDVc1	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1
GCR	Groupe de cessation des risques	PVDVc2	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2
GCT	Groupe consultatif technique	PVDVc3	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 3
GER	Groupe d'évaluation des risques	PVDVi	Poliovirus dérivés d'une souche vaccinale associés à une immunodéficience
GPSAP	Plan d'action mondial de surveillance de la poliomyélite 2018–2020	PVS	Poliovirus sauvage
GS	Groupe de surveillance	PVS1	Poliovirus sauvage de type 1
GTC-CMC	Groupe de travail sur le confinement de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite	PVS2	Poliovirus sauvage de type 2
IEP	Initiative d'éradication de la poliomyélite	PVS3	Poliovirus sauvage de type 3
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	RCV	Réseau de communication sur la vaccination
IP	Immunodéficience primaire	RES	Reaching Every Settlement
IPVS	Intensification périodique de la vaccination systématique	RIC	Reaching Inaccessible Children
JSNV	Journées sous-nationales de vaccination	RMLP	Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
LQAS	Sondage par lots appliqué à l'assurance qualité	RSI	Réglementations sanitaires internationales
MPV	Maladie à prévention vaccinale	RSS	Renforcement des systèmes de santé
NERICC	Centre national de coordination de la vaccination systématique d'urgence	SAGE	Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination
nVPO	Nouveau vaccin antipoliomyélique oral	SE	Surveillance environnementale
nVPO2	Nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2	SIG	Système d'information géographique
OMS	Organisation mondiale de la santé	SIRM	Surveillance intégrée et réponse aux maladies

SPC	Stratégie post-certification	VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
SPC	Suivi post-campagne	VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
STOP	Programme Stop Transmission of Polio	VPOm	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent
TDR	Termes de référence	VPOm1, 2, 3	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent, types 1, 2, et 3
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance	VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
USPPI	Urgence de santé publique de portée internationale	WIISE	Système d'information sur la vaccination de l'OMS
VDC	Vaccination des communautés		
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé		



Les risques majeurs de l'éradication ne concernent ni la science, ni la biologie, ni la virologie. Ils relèvent plutôt de la réorientation des efforts vers les réalités actuelles qui empêchent les interventions sanitaires essentielles, afin de permettre à l'IMEP de s'adapter et d'avoir les moyens d'agir en urgence et de façon efficace pour réaliser cet objectif historique.

# SYNTHÈSE X

Le monde est sur le point de connaître un exploit historique: l'éradication du poliovirus sauvage (PVS).

En 1988, au moment de la prise d'engagement de l'Assemblée mondiale de la santé pour l'éradication et de la création de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) pour répondre à cet objectif, on comptait 350 000 cas annuels de PVS dans 125 pays. Fin 2018, on ne comptait plus que 33 cas identifiés, tous situés dans deux pays voisins, l'Afghanistan et le Pakistan.

Les exploits de l'IMEP ne s'illustrent pas seulement par le recul du PVS dans certaines régions du monde, mais aussi par l'élimination successive des différents types de PVS. Le PVS de type 2 a été officiellement éradiqué en 2015; le PVS de type 3 n'a pas été observé depuis 2012; et, bien que la propagation du PVS de type 1 n'ait pas encore été interrompue, son incidence a été réduite de plus de 90 % depuis 2014 (voir **Annexe A**).

## La promesse d'un monde sans poliomyélite

Dans une déclaration commune, les présidents des comités consultatifs indépendants chargés de conseiller et de superviser l'IMEP ont affirmé avec audace qu'il n'y avait «aucune raison pour que la poliomyélite persiste où que ce soit dans le monde.»<sup>1</sup> Cette déclaration fait écho à l'ambition singulière de l'IMEP, laquelle repose sur une vision d'équité en matière de santé partout dans le monde, où aucun pays ni aucun enfant ne devrait être menacé par la poliomyélite. La déclaration reflète également le principe simple de l'éradication: distribuer des vaccins capables de sauver des vies à tous les enfants. Ce principe fonctionne, en témoigne l'élimination du virus dans plus de 200 pays et territoires.

## Risques

Les risques majeurs de l'éradication ne concernent ni la science, ni la biologie, ni la virologie. Ils relèvent plutôt de la réorientation des efforts vers les réalités actuelles qui empêchent les interventions sanitaires essentielles, afin de permettre à l'IMEP de s'adapter et d'avoir les moyens d'agir en urgence et de façon efficace pour réaliser cet objectif historique.

Le principal défi de la dernière ligne droite vers l'éradication du PVS est de ne manquer aucun enfant lors de l'administration du vaccin contre la poliomyélite.

Dans les deux derniers pays où la transmission du PVS est encore d'actualité, le programme n'a pas réussi à vacciner tous les enfants pour plusieurs raisons. Les travailleurs en première ligne sont souvent confrontés à d'importants défis dans les zones difficilement accessibles en raison de l'isolement géographique. La mobilité et la migration de masse, en particulier entre les frontières de ces deux pays voisins, réduisent la capacité du programme à atteindre les enfants lors d'activités de vaccination supplémentaires (AVS) et de campagnes de porte-à-porte. En Afghanistan, l'interdiction des campagnes de porte-à-porte en 2018 est venue s'ajouter au problème de l'inaccessibilité. Au Nigéria, certaines zones de l'état du Borno restent entièrement inaccessibles aux vaccinateurs. Cependant, même dans les régions accessibles, il existe des poches où les soignants refusent l'aide des vaccinateurs. De plus en plus fréquents, ces refus sont causés par la désinformation, la méfiance, les croyances culturelles, la fatigue ou encore d'autres priorités.

La *Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023* relève trois risques majeurs susceptibles de compromettre l'éradication mondiale du PVS:

- 1. L'insécurité et les conflits:** Les dernières régions affectées par la poliomyélite sont en proie à des conflits récurrents. L'insécurité peut pousser les familles à se déplacer en masse vers des camps de réfugiés ou de déplacés internes. De tels déplacements peuvent les rendre plus accessibles, ou, au contraire, poser de nouveaux défis. Les conflits persistants compliquent l'accès des interventions sanitaires aux personnes restées sur place au point de les rendre parfois dangereuses. Sur l'ensemble de ces régions, le programme doit assurer la protection du personnel de santé qui, en s'efforçant d'atteindre tous les enfants, incarne l'effort d'éradication.
- 2. La faiblesse ou la fragilité des systèmes de santé:** De nombreux pays d'endémie et non-endémiques possèdent un système de santé faible ou fragile; les populations vivent dans une extrême pauvreté et les familles n'ont pas accès à des services de base. Dans un tel contexte, d'importantes poches d'enfants ne sont pas, ou sont insuffisamment immunisés. Il existe alors un risque élevé de propagation et de flambées causées par l'importation du poliovirus ou l'émergence d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV). Comme dans les pays d'endémie du PVS, les flambées de PVDV ont tendance à toucher les communautés vulnérables faisant déjà face à divers défis systémiques et parfois peu enclines à prioriser la vaccination contre la poliomyélite.

<sup>1</sup> Voir «To succeed by 2023 – Extraordinary joint statement to polio eradicators», issu par les présidents du Groupe consultatif stratégique (GCT) sur l'immunisation, du Comité de suivi indépendant (CSI), du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) et de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite (CMC), le 23 janvier 2019 (<http://polioeradication.org/news-post/to-succeed-by-2023-extraordinary-joint-statement-to-polio-eradicators/>).

**3. Les risques opérationnels, de gestion et de ressource:** Les risques menaçant le programme concernent également la capacité de l'IMEP à réaliser ses objectifs. Par exemple, sa capacité à maintenir une position d'urgence, à faire preuve de souplesse dans la prise de décision, à maintenir un fonctionnement optimal dans un cadre de responsabilisation clair et en toute transparence, et à garantir la qualité du programme partout et à tout moment. Malgré l'aide apportée au programme à travers les prises d'engagement des plus hautes instances gouvernementales, les représentants de tous niveaux doivent jongler avec des priorités divergentes dans les zones à risques de transmission du poliovirus. Le succès de l'IMEP dépend également de risques opérationnels concernant l'obtention de ressources suffisantes (soutien financier, stocks et approvisionnement en vaccins, ressources humaines).

### Les moyens de réussir

La *Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023* n'a pas été conçue pour remplacer le Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite (PSFEP), puisque les quatre objectifs et les stratégies essentielles d'éradication se sont avérés efficaces partout dans le monde.<sup>2</sup> La stratégie actuelle offre plutôt un résumé des activités devant continuer, des améliorations à apporter et des innovations à introduire pour permettre à l'IMEP de surmonter les risques liés à l'éradication (voir **Tableau 1** et **Figure 1**).

Cette stratégie soutient également le Plan d'action stratégique pour la transition et établit une passerelle vers la *Stratégie post-certification de la poliomyélite* (SPC).<sup>3</sup> Ainsi, il établit les bases à la fois de la transition en cours dans les pays débarrassés de la poliomyélite et de la période post-certification du monde sans poliomyélite à venir.

**Tableau 1. Objectifs de la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023**

<b>Objectif n°1: Éradication</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrompre la transmission de tous les poliovirus sauvages (PVS)</li> <li>• Mettre fin à toutes les flambées causées par un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) dans les 120 jours suivant sa détection et éliminer le risque d'émergence de futurs PVDVc</li> </ul>
<b>Objectif n°2: Intégration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contribuer au renforcement des systèmes de vaccination et de santé afin d'éradiquer la poliomyélite de façon durable</li> <li>• Assurer une surveillance efficace du poliovirus grâce à l'intégration aux systèmes de surveillance des maladies à prévention vaccinale (MPV) et des maladies contagieuses</li> <li>• Se préparer et répondre aux futures flambées et urgences</li> </ul>
<b>Objectif n°3: Certification et confinement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certifier l'éradication du PVS</li> <li>• Confiner tous les poliovirus</li> </ul>

Source: OMS.

### Éléments principaux

La Figure 1 met en avant les principales activités prévues par le programme entre 2019 et 2023 sur l'ensemble des objectifs et des domaines d'activation. Le programme poursuivra de nombreuses activités s'étant avérées efficaces pour l'interruption du PVS, apportera les ajustements nécessaires et mettra en place de nouvelles innovations.

*Principales innovations permettant de centrer les efforts sur les pays d'endémie et de leur apporter un soutien pour prévenir et mettre fin aux flambées en Méditerranée orientale et en Afrique:*

- *Centre Afghanistan–Pakistan:* Un centre de partenariat est actuellement mis en place dans la région Méditerranée orientale afin de consolider le soutien apporté aux Initiatives nationales d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan pour réaliser la planification stratégique et la mise en œuvre des plans d'action d'urgence nationaux (PAUN) en étroite collaboration avec les Centres d'opérations d'urgence (COU) nationaux et sous-nationaux. Le centre permettra une meilleure coordination sur l'ensemble du bloc épidémiologique et entre les deux pays. La concentration de l'effort fourni par le centre augmentera les capacités techniques et d'analyse, permettra une rotation plus souple du personnel, et aidera les actions en temps réel grâce aux données disponibles.

<sup>2</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite 2013–2018. Genève: OMS; 2013 ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP\\_FR\\_A4.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_FR_A4.pdf)).

<sup>3</sup> Plan d'action stratégique pour la transition. Genève: OMS; 2018 (<https://www.who.int/polio-transition/strategic-action-plan-on-polio-transition-may-2018.pdf>), et Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Stratégie post-certification de la poliomyélite. Genève: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>).

- *Partenariats élargis*: Le programme collaborera avec le secteur de la santé et au-delà par le biais d'efforts de développement (santé, nutrition et eau, assainissement et hygiène [EAH]) et de la société civile (organisations non gouvernementales [ONG] et organisations issues de la société civile [OSC]) afin d'augmenter la demande en vaccination de la part des communautés et d'améliorer plus largement la situation sanitaire des zones d'endémie. Pour aider à soutenir l'éradication en renforçant le Programme élargi de vaccination (PEV), en particulier dans d'autres pays et régions à haut risque de propagation du virus après importation d'un PVS ou l'émergence d'un PVDV, l'IMEP va rechercher à élargir ses partenariats à d'autres acteurs du secteur de la santé publique tels que Gavi, l'Alliance du vaccin. Collaborer avec le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS (PGSUS), le Programme de sécurité sanitaire mondiale et d'autres réseaux d'urgence élargis permettra d'augmenter les capacités et l'efficacité de la réponse aux flambées. Dans les

Figure 1. Résumé des éléments principaux de la stratégie

Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023			
CONTINUER	AMÉLIORER	INNOVER	
<b>Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite 2013–2018</b>  1. Détecter et interrompre toute transmission du poliovirus 2. Renforcer les systèmes de vaccination et retirer le vaccin antipoliomyélique oral 3. Confiner le poliovirus et certifier l'interruption de la transmission 4. Planifier la transmission des acquis	<b>Objectif 1: Éradication</b>  Implication auprès des communautés  Campagnes de vaccination  Gestion des stocks  Surveillance environnementale et des PFA	Centre régional de soutien en partenariat avec les équipes des pays d'endémie  Élargissement des tranches d'âge pour les AVS  Implication d'acteurs du développement et de l'humanitaire pour les besoins basiques des communautés  Équipes d'intervention rapide en cas de flambées  Investissement dans des antiviraux et les nouveaux VPI	
	<b>Objectif 2: Intégration</b>  Administration du VPOb et du VPI dans le cadre de campagnes nationales de vaccination	Intégration de la surveillance de la poliomyélite à la surveillance des MPV  Engagement auprès des OSC pour mieux toucher les communautés  Administration conjointe et/ou meilleure coordination entre les AVS contre la poliomyélite et les AVS contre les autres MPV	Cadre commun de responsabilité avec Gavi et les partenaires de vaccination pour une collaboration systématique  MoU formalisé entre le programme de gestion des situations d'urgence de l'OMS et l'IMEP pour harmoniser les interventions de lutte contre les flambées et les urgences  Récupération/renforcement du système de vaccination pour toute intervention de lutte contre les flambées  Systèmes de données harmonisés: POLIS et WIISE
	<b>Objectif 3: Certification et confinement</b>  Processus de certification Processus de certification des établissements essentiels chargés de conserver les poliovirus Enquêtes et inventaires nationaux de confinement	Conseils de confinement  Communication (dont les projets de PVDV)  Critères de qualité des données	Introduction de sources vaccinales génétiquement stables pour éliminer le besoin d'utiliser et de conserver le poliovirus vivant
	<b>Domaines d'activation</b>  Augmenter le nombre d'employées et de dirigeantes à tous les niveaux	Promouvoir la rotation du personnel et les avantages  Recentrer le soutien aux activités de transition	
		<b>Stratégie post-certification de la poliomyélite</b>  <b>Détecter et répondre</b>  Détecter rapidement tout poliovirus sauvage présent chez un être humain ou dans l'environnement et intervenir rapidement afin de prévenir la transmission  <b>Protéger les populations</b>  Retirer le vaccin antipoliomyélique oral atténué (VPO) de la circulation et administrer le vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) pour éviter toute ré-émergence du poliovirus  <b>Confiner les poliovirus</b>  Assurer le confinement et le retrait adéquats des sources potentielles de poliovirus	

PFA: paralysie flasque aiguë; AVS: activité de vaccination supplémentaire; VPOb: vaccin antipoliomyélique oral bivalent; MPV: maladie à prévention vaccinale; OSC: organisation issue de la société civile; MoU: protocole d'accord; IMEP: Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite; POLIS: système d'information sur la poliomyélite; WIISE: système d'information sur la vaccination de l'OMS; PVDV: poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.

Source: OMS.



UNICEF

pays non endémiques où l'IMEP garde une forte empreinte, il faudra avoir recours à l'infrastructure de l'IMEP pour soutenir pleinement le PEV national. L'objectif immédiat sera d'augmenter la couverture de vaccination afin de minimiser le risque de flambées de PVDVc, tandis que l'objectif à long terme sera de renforcer le système de santé et développer les capacités à l'échelle locale.

- *Équipes d'intervention rapide*: Afin de répondre plus rapidement et plus efficacement aux flambées épidémiques, l'IMEP a constitué une équipe d'intervention mondiale avec l'OMS et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) à Genève, et va monter une Équipe d'intervention rapide (EIR) de composition similaire pour l'Afrique. Les EIR seront composées de membres expérimentés du personnel de l'IMEP dont l'objectif est d'apporter un soutien supplémentaire en cas d'évènement lié à la poliomyélite dans la région. D'autre part, l'IMEP va continuer à identifier et à former une équipe d'experts dans les pays à haut risque capable de répondre rapidement aux flambées dans leur pays ou les pays proches. Les EIR pourront également aider à prévenir de nouvelles flambées en accompagnant les efforts de renforcement des systèmes nationaux de vaccination.

*Autres activités essentielles qui seront modifiées dans le cadre de la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023:*

- des campagnes de meilleure qualité;
- des plans d'action dédiés aux zones sous-nationales à haut risque;
- une structure de gestion revue et l'élargissement du Conseil de surveillance de la poliomyélite de l'IMEP (POB) avec l'adhésion de Gavi, l'Alliance du vaccin;
- la diversification des vaccinateurs contre la poliomyélite pour renforcer la demande en vaccination essentielle et en autres services sanitaires à l'échelle de la communauté; et
- la contextualisation des stratégies dans les PAUN afin d'orienter les stratégies efficaces vers les défis locaux spécifiques.

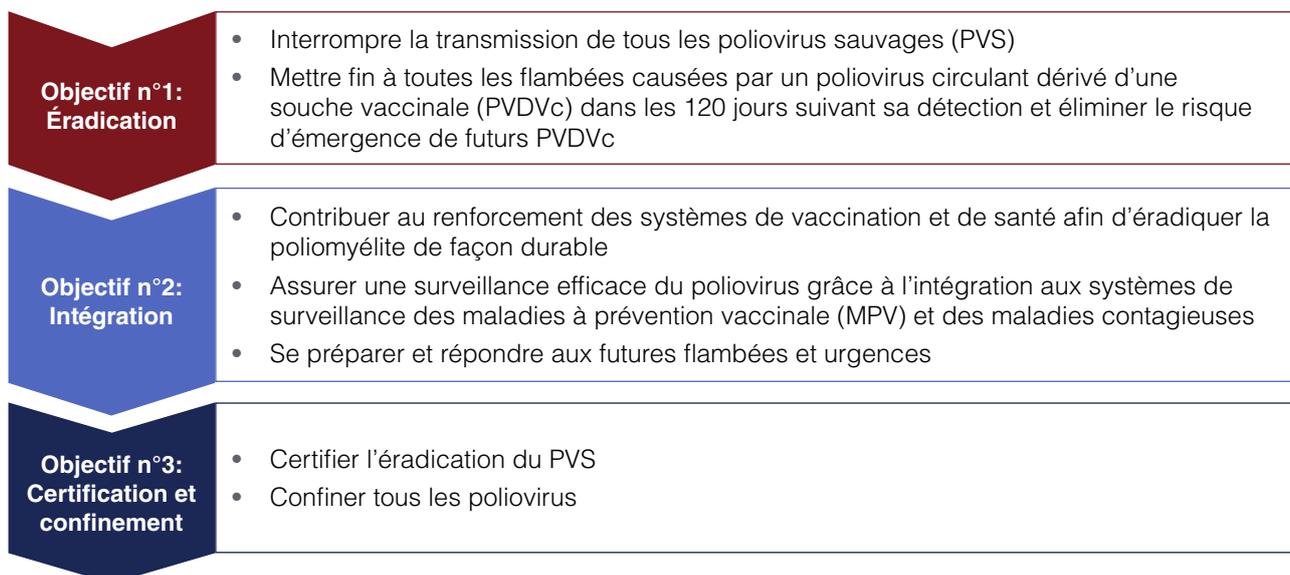
Plus que tout, la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023 reflète le statut d'urgence accordé à l'éradication de la poliomyélite par sa déclaration en 2014 en tant qu'urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) auprès du RSI. La confirmation du statut d'USPPI marque l'importance de l'éradication en tant qu'objectif de santé publique et de sécurité sanitaire mondiale.

### Budget et ressources financières

En septembre 2018, le POB a approuvé un budget pluriannuel définissant les besoins en ressources de l'IMEP de 2019 à 2023. Le budget de l'IMEP s'élève à 4,2 milliards de dollars, dont des frais additionnels de 3,27 milliards de dollars (en plus de ce qui a déjà été obtenu pour la période 2013–2019) à mobiliser pour réaliser l'objectif d'éradication et de certification. En plus du budget de l'IMEP, un montant de 935 millions de dollars sera nécessaire pour garantir un approvisionnement continu en vaccins antipoliomyélitiques inactivés (VPI) jusqu'à 2023 (814 millions de dollars) et la constitution d'un stock de vaccins oraux contre la poliomyélite (VPO) avant 2023 (121 millions de dollars) à utiliser en cas de flambée après la certification et le retrait du VPO à l'échelle mondiale. En cumulant les VPI, les VPO et le budget de l'IMEP, le coût total de la stratégie s'élève à 5,1 milliards de dollars. Les partenaires de l'IMEP se sont engagés à partager le plaidoyer et à lever des fonds pour financer pleinement cette stratégie.

### Étapes suivantes

La *Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023* sera portée à l'attention de la 71e Assemblée mondiale de la santé en mai 2019. Le Comité stratégique commencera la mise en application du planning et suivra les avancements réalisés. En 2021, une évaluation à mi-parcours sera organisée afin d'évaluer les avancements de la stratégie de l'IMEP et de planifier une transition en douceur vers la période post-certification.



La Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023 a pour but de gérer les risques existants, de mettre à profit les bonnes pratiques, d'introduire les améliorations qui sauront impacter la dernière ligne droite, et de proposer des innovations qui, ensemble, permettront d'éradiquer définitivement le PVS et d'interrompre les flambées épidémiques causées par le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale.



# INTRODUCTION

## Contexte

Le *Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite* (PSFEP) s'intéressait au programme de l'IMEP sur la période allant de 2013 à 2018.<sup>4</sup> Il identifiait quatre objectifs pour réaliser l'éradication: (1) détecter tous les poliovirus et interrompre leur transmission; (2) renforcer les systèmes de vaccination et retirer le VPO; (3) confiner les poliovirus et certifier l'interruption de leur transmission; et (4) commencer la planification pour une transmission responsable de l'effort d'éradication de la poliomyélite.

L'IMEP a remporté d'importantes victoires dans le cadre du PSFEP:

- la déclaration de l'éradication du poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) en 2015;
- l'identification du dernier cas de poliovirus sauvage de type 3 (PVS3) en novembre 2012, ce qui laisse présager l'arrêt de sa circulation mondiale;
- la diminution générale des cas de poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) depuis 2013:
  - aucun PVS détecté en dehors des trois pays d'endémie depuis 2014;
  - aucun PVS détecté en dehors de l'Afghanistan et du Pakistan depuis 2016;
- la maîtrise de l'importante flambée de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) en République arabe syrienne malgré la guerre.

Le PSFEP a été mis à jour après une *évaluation à mi-parcours* (EMP) en 2015, et l'échéance de l'éradication a été repoussée à 2019 compte tenu de la circulation actuelle du PVS1.<sup>5</sup>

## Contexte épidémiologique actuel

Début 2019, la transmission du PVS n'est plus signalée que dans deux pays, l'Afghanistan et le Pakistan. La surveillance environnementale (SE) et le séquençage génétique ont révélé la persistance du PVS1 principalement sur deux couloirs traversant la frontière pakistano-afghane: l'un au nord, l'autre au sud. La présence constatée du virus suggère que, si le PVS1 est bien présent dans deux pays distincts, l'Afghanistan et le Pakistan sont si étroitement liés qu'ils ne constituent qu'un seul bloc épidémiologique. Ils doivent coordonner leurs efforts pour relever les défis restants afin d'interrompre la transmission de façon simultanée.

Aucun nouveau cas n'a été constaté au Nigéria depuis septembre 2016. Lorsque le réseau de surveillance sera suffisamment sensible et étendu pour affirmer avec certitude l'interruption au Nigéria et autour du lac Tchad (et plus généralement dans la région), la zone Afrique aura le potentiel d'être certifiée sans PVS.

L'IMEP fait face à une double urgence: interrompre le PVS1 et stopper les flambées de PVDV, des souches rares issues de la mutation génétique du poliovirus contenu dans le VPO. Pour certifier l'éradication mondiale du PVS, il faut au moins trois ans sans qu'aucun isolat du PVS ne soit détecté à l'aide d'une surveillance conforme aux normes de la certification.<sup>6</sup> L'arrêt du VPO étant prévu approximativement un an après la certification de l'éradication mondiale du PVS1, l'absence de flambées causées par le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) sera vérifiée séparément dans le cadre des étapes séquentielles en vue de l'éradication définitive de la poliomyélite (voir **Annexe A**).

## Objet

La *Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023* vise à gérer les risques existants, mettre à profit les bonnes pratiques, introduire les améliorations qui sauront impacter la dernière ligne droite, et proposer des innovations qui, ensemble, permettront d'éradiquer définitivement le PVS et d'interrompre les flambées de PVDVc. La stratégie s'appuie sur le PSFEP en réorientant l'IMEP vers les réalités actuelles susceptibles d'empêcher la vaccination, la surveillance et d'autres interventions sanitaires, et en lui donnant les moyens d'agir avec urgence et de façon efficace.

## Champ d'application

La *Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023* se veut exigeante et cible en particulier les pays et les districts d'endémie, à flambées épidémiques et à haut-risque (voir **Annexe B**). Elle s'adresse à un grand nombre de parties prenantes, dont les agences partenaires, les autorités régionales ou nationales et les donateurs. Ce n'est pas un plan d'action. La planification nationale prévue pour chaque pays d'endémie se trouve dans les Plans d'action d'urgence nationaux (PAUN) élaborés par les Initiatives nationales d'éradication de la poliomyélite (IEP).

<sup>4</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite 2013–2018. Genève: OMS; 2013 ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP\\_FR\\_A4.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_FR_A4.pdf)).

<sup>5</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite et évaluation à mi-parcours. Genève: OMS; 2015 ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-MTR\\_July2015.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-MTR_July2015.pdf)).

<sup>6</sup> Pour en savoir plus sur la surveillance conforme aux normes de la certification, voir Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Indicateurs de surveillance [site Web] (<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/surveillance-indicators/>).



*Des mobilisatrices sociales bénévoles distribuent des moustiquaires dans l'état de Kano, au Nigéria, dans le cadre de leurs visites aux communautés locales visant à engager le dialogue sur l'importance de la vaccination contre la poliomyélite.*

UNICEF

Les activités prévues dans les trois objectifs de la *Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023* (éradication, intégration, et certification/confinement) sont étroitement liées. Les activités de renforcement de la vaccination, traitées dans l'objectif d'Intégration, contribueront également à l'éradication de la poliomyélite et à son maintien après la détection du dernier virus. De même, les efforts réalisés afin de fournir aux populations concernées par les campagnes de vaccination contre la poliomyélite des services de base essentiels, tels que l'eau potable, de bonnes conditions sanitaires et la nutrition, participent à l'objectif d'éradication. Ils requerront une forte intégration avec d'autres programmes, tels que Nutrition, EAH et le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Les efforts de renforcement de gouvernance et de gestion ont été conçus pour améliorer la position d'urgence de l'IMEP et l'efficacité des secteurs des programmes.

La stratégie a été élaborée en consultation avec les parties prenantes à l'éradication de la poliomyélite et les équipes de vaccination, les donateurs, les partenaires, les collègues régionaux et d'autres initiatives de santé, ainsi qu'avec le Conseil exécutif de l'OMS et le POB (voir **Annexe C** pour la liste des parties prenantes).

Enfin, la stratégie 2019–2023 a été élaborée en même temps que deux autres stratégies de santé mondiale émergentes: Gavi 5.0 et le programme de vaccination post-2020, révision du Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV). Le développement en parallèle de ces stratégies cruciales de santé mondiale a permis de poursuivre le type de synergies attendues dans l'objectif d'Intégration de la présente stratégie. En consolidant la collaboration et renforçant l'efficacité, l'impact obtenu sera plus important.

Figure 2. Chronologie du Plan stratégique de l'IMEP



VPO: vaccin antipoliomyélitique oral; IMEP: Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite; PVS: poliovirus sauvage; PAMV: Plan d'action mondial pour les vaccins; VVPB: Vaccination, vaccins et produits biologiques.  
Source: OMS.

Pour relever les défis actuels qui ralentissent la progression vers l'interruption de la transmission du PVS, l'IMEP prévoit de poursuivre ses principales stratégies, de s'appuyer sur des bonnes pratiques et d'adopter de nouvelles approches innovantes. Elle va également recentrer son ciblage géographique en personnalisant ses stratégies à chaque sous-district, chaque communauté et chaque rue à risque.



# Objectif 1: Éradication

## OBJECTIFS

Le but final de l'IMEP est de faire en sorte que plus aucun enfant dans le monde ne soit paralysé par un poliovirus. Pour arriver à cette fin, deux principaux objectifs d'éradication ont été identifiés:

1. interrompre la transmission de tous les PVS;
2. mettre fin aux flambées de PVDVc dans les 120 jours suivant leur détection et éliminer le risque d'émergence de futurs PVDVc.

## 1. INTERROMPRE LA TRANSMISSION DU POLIOVIRUS SAUVAGE

### Défis et solutions

L'IMEP prévoit de s'attaquer aux défis actuels qui ralentissent la progression vers l'interruption de la transmission du PVS. Elle va poursuivre ses principales stratégies d'interruption de la transmission du PVS (par exemple: maintenir la surveillance de la paralysie flasque aiguë [PFA] et la SE; administrer le vaccin contre la poliomyélite dans le cadre d'activités de vaccination supplémentaire [AVS] et du PEV). Elle va également s'appuyer sur des bonnes pratiques et adopter de nouvelles approches innovantes, ainsi que recentrer son ciblage géographique en personnalisant ses stratégies à chaque sous-district, chaque communauté et chaque rue à risque.

Pour interrompre la transmission du PVS au Pakistan et en Afghanistan, il est essentiel d'obtenir la couverture simultanée des principaux réservoirs du bloc épidémiologique par au moins cinq AVS. Au Nigéria/lac Tchad, la couverture vaccinale contre la poliomyélite reste essentielle. Cependant, la certification de l'éradication du PVS passera aussi par les stratégies de surveillance ciblées permettant de confirmer le succès des efforts d'interruption de la transmission du PVS.

Les principaux défis vers l'interruption de la transmission du PVS et leurs solutions proposées sont les suivants:

### DÉFI 1:

*Renforcer le sentiment d'urgence*

La poliomyélite a été déclarée Urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) par le Règlement sanitaire international (RSI) en 2014 suite à la propagation internationale du poliovirus à plusieurs pays exempts de poliomyélite après plus de vingt ans d'efforts d'éradication.<sup>7</sup> En réponse, l'IMEP a rassemblé du personnel et des ressources afin de venir en aide aux pays d'endémie par le biais de Centres nationaux d'opérations d'urgence (CNOU).

Les cas de PVS ont chuté considérablement, et il n'y a pas eu de propagation internationale depuis 2014; cependant, la circulation persiste en Afghanistan et au Pakistan. L'IMEP fait désormais face à une double urgence: interrompre la transmission du PVS et stopper les flambées de PVDVc (voir **Objectif 2. Stopper les flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale**).

Cette persistance du poliovirus, sous ses formes sauvage et circulant, a endommagé la continuité du sentiment d'urgence. Des défis sont apparus concernant le recrutement et la motivation du personnel, l'obtention de ressources financières et le maintien de l'engagement politique. Si l'appropriation des efforts d'éradication de la poliomyélite par les gouvernements nationaux, principe central du programme mondial, reste élevée dans les pays d'endémie, les dirigeants politiques nationaux et subnationaux endossent aussi la responsabilité de nombreuses priorités divergentes, tels que les catastrophes naturelles et les flambées d'autres maladies (par exemple Ebola), les besoins en développement à long terme et les crises politiques en cours.

### Solutions

*Renforcer l'engagement en faveur d'une position d'urgence:*

- en déployant davantage de personnel des partenaires de l'IMEP dans les régions et pays d'endémie, et en restructurant la gouvernance et la supervision pour que les décisions soient prises au plus proche des régions d'endémie. Cet effort passera par la centralisation de la gestion opérationnelle et de l'assistance technique du partenariat au Pakistan et en Afghanistan au sein d'un centre de coordination des résultats en provenance des couloirs de transmission de ces pays (voir la rubrique **Gouvernance et gestion**);
- en priorisant les cadres de responsabilisation pour la mise en œuvre du programme à tous les niveaux, notamment au niveau sous-national;
- en poursuivant la réponse à la déclaration d'USPPI et en communiquant sur sa nature d'urgence mondiale qui requiert une action d'urgence multinationale. Bien que la transmission du PVS ait été limitée à seulement deux pays depuis 2016, le potentiel de propagation internationale constitue une menace constante pour la santé publique internationale.

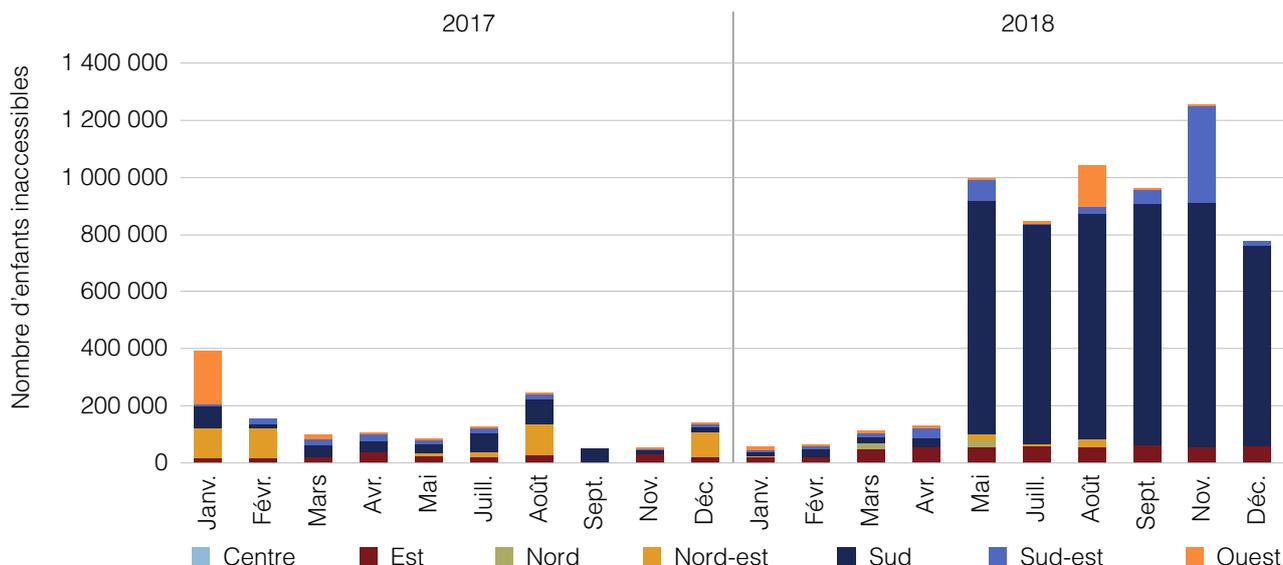
<sup>7</sup> Déclaration de l'OMS suite à la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la propagation internationale du poliovirus sauvage. Genève: OMS; 2014 (<https://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/polio-20140505/fr/>).

**DÉFI 2:**

*Surmonter l'inaccessibilité, l'insécurité et les conflits actifs*

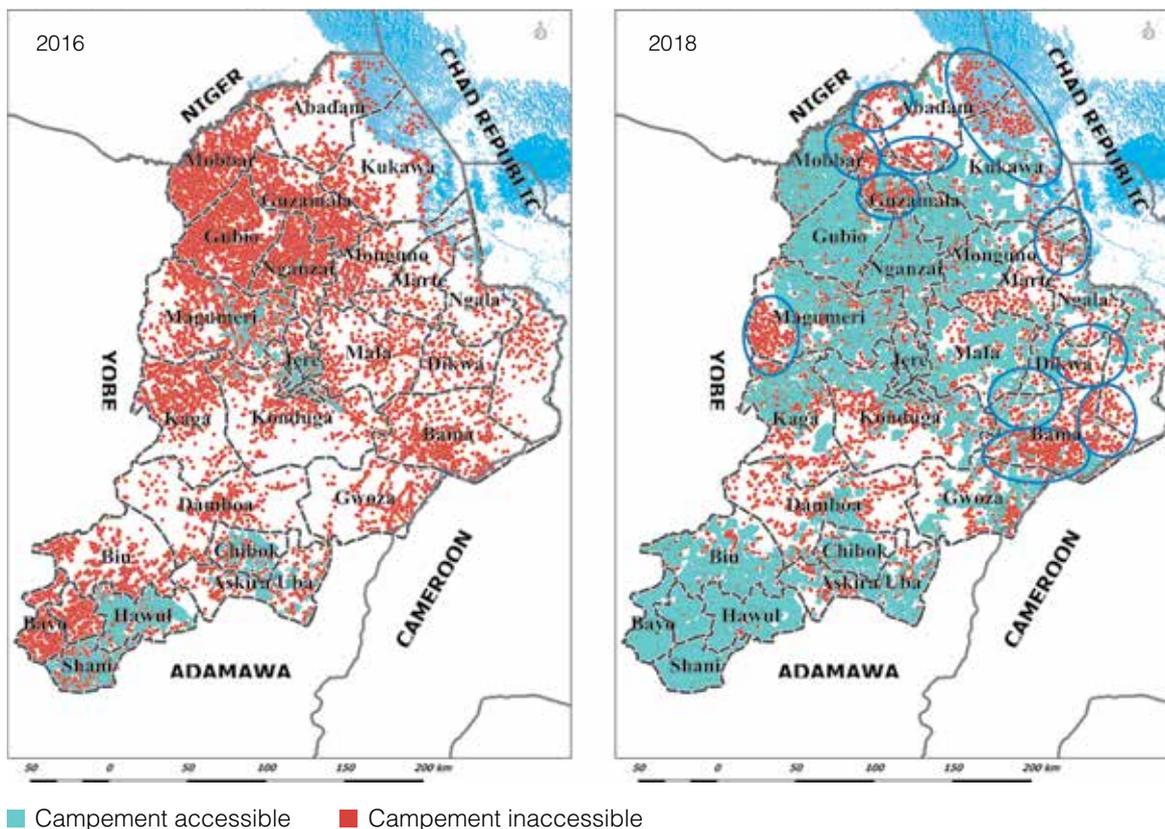
En plus de rendre les populations difficilement accessibles pour la vaccination, la surveillance et le suivi et la gestion du programme, l'insécurité et les conflits posent un défi de sécurité pour les travailleurs en première ligne. Les environnements d'insécurité requièrent également des stratégies de sensibilisation capables de s'adapter rapidement aux conditions changeantes d'accessibilité et d'isolement social ou géographique. Le nombre d'enfants inaccessibles en Afghanistan a considérablement augmenté depuis mai 2018, en particulier dans les zones où les stratégies de porte-à-porte ont été interdites (voir la **Figure 3**). Dans l'état du Borno, au Nigéria, de nouvelles approches ont permis d'atteindre un plus grand nombre de campements (voir la **Figure 4**); toutefois, de nombreuses zones rarement atteintes dans le nord du Nigéria et autour du lac Tchad ne disposent toujours pas d'un reporting constant.

**Figure 3. Enfants inaccessibles en Afghanistan par région, 2017 et 2018**



Source: Centre national d'opérations d'urgence, Afghanistan. Présentation au Groupe consultatif technique; Janvier 2019.

**Figure 4. Campements inaccessibles dans le Borno, Nigéria, août 2016 et décembre 2018**



Remarque: les points bleus représentent des groupements de zones inaccessibles avec un fort potentiel d'habitation.  
 Source: Centre national d'opérations d'urgence, Nigéria.

## Solutions

Garantir la sécurité maximale des travailleurs en première ligne et augmenter l'accès aux zones inaccessibles:

- en générant une volonté politique suffisante de la part de l'ensemble des acteurs concernés dans les zones d'endémie à l'aide d'une stratégie de plaidoyer efficace déployée sous la direction du POB;
- en s'appuyant sur les enseignements tirés afin d'évoluer ou de s'adapter rapidement aux changements des conditions de mise en œuvre des stratégies de sensibilisation sur place (voir l'encadré);
- en améliorant la surveillance en veillant à s'aligner aux *Directives relatives à la mise œuvre de la surveillance de la poliomyélite dans les zones et auprès des populations difficilement accessibles*.<sup>8</sup>

### DÉFI 3:

Atteindre les enfants constamment manqués et insuffisamment vaccinés

La transmission du PVS au Pakistan et en Afghanistan, détectée par les cas de PFA et les échantillons environnementaux positifs, indique que la vaccination de la population n'a pas été suffisamment constante pour obtenir une interruption de la transmission, même dans les zones accessibles. Le suivi post-campagne a montré que, malgré l'amélioration de la qualité des AVS, la couverture n'a pas été maintenue à un niveau supérieur à 95% sur l'ensemble des principaux réservoirs de poliomyélite. Les enquêtes réalisées en 2018 ont révélé que la proportion d'enfants qui continuent à manquer la vaccination contre la poliomyélite (même après un suivi répété) s'élève à environ 6% dans les zones à risque maximal au Pakistan, et à environ 4% dans les zones à haut risque accessibles en Afghanistan.

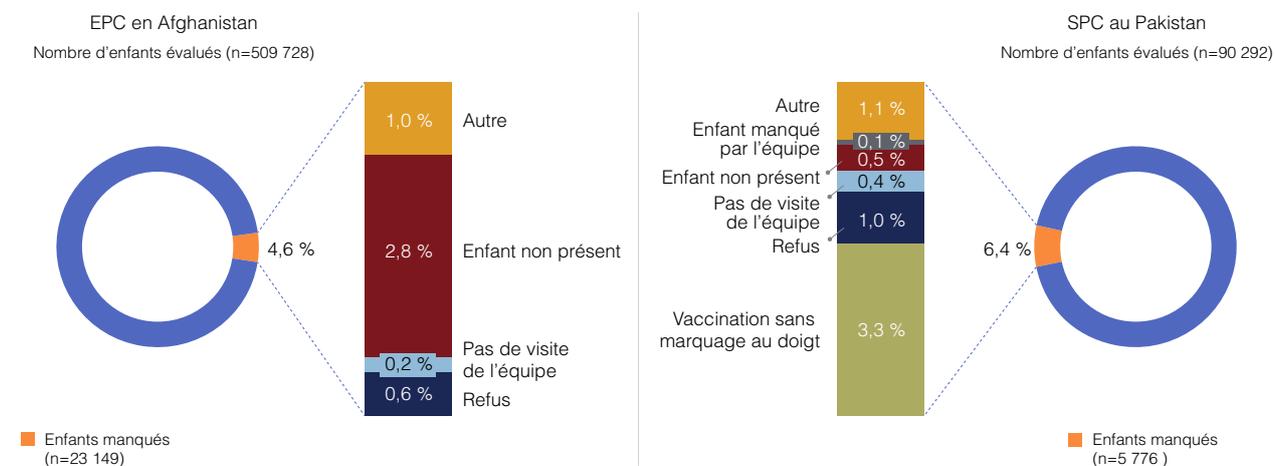
Plusieurs facteurs expliquent pourquoi certains enfants continuent d'être manqués: des lacunes en matière de qualité des AVS, les défis posés par les populations à forte mobilité ainsi que les refus formels ou tacites (voir la Figure 5).

### ENSEIGNEMENTS TIRÉS DANS LES ZONES D'INSÉCURITÉ ET INACCESSIBLES

La planification au niveau du pays a souvent engendré des moyens innovants d'atteindre les enfants et les familles situées dans les zones d'insécurité. Les équipes de chaque pays ont élaboré de nombreuses stratégies:

- en Afghanistan, l'optimisation de la souplesse des négociations et la mise en œuvre de stratégies de contingence innovantes, comme par exemple la vaccination site par site en attendant que les campagnes de porte-à-porte soient à nouveau autorisées;
- au Pakistan, l'élargissement des équipes de vaccination des communautés (VDC) et la collaboration avec les forces de l'ordre pour garantir la sécurité des travailleurs en première ligne et leur permettre l'accès à certains endroits pour le suivi;
- au Nigéria/lac Tchad, l'élargissement des stratégies de sensibilisation, dont les campagnes de porte-à-porte et les interventions Reaching Every Settlement (*Atteindre tous les campements*) et Reaching Inaccessible Children (*Atteindre les enfants inaccessibles*), dans le but d'établir au moins trois contacts par campement.

**Figure 5. Raisons pour lesquelles des enfants ont été manqués dans les zones accessibles à risque maximal en Afghanistan et au Pakistan, 2018**



EPC: évaluation post-campagne; SPC: Suivi post-campagne.

Remarque: Les données de «vaccination sans marquage au doigt» proviennent d'un rapport réalisé par un soignant et n'ayant pas été validé; elles ont donc été comptabilisées en tant qu'enfant manqué.

Sources: Centre national d'opérations d'urgence, Pakistan. Plan d'action d'urgence national pour l'éradication de la poliomyélite 2018/2019. Islamabad: CNOU; septembre 2018 et Centre national d'opérations d'urgence, Afghanistan. Présentation au Groupe consultatif technique; janvier 2019.

<sup>8</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas & Populations. Genève: OMS; 2018.

Les lacunes opérationnelles, comme par exemple les microplans inadaptés, sont causées par un manque de gestion, de supervision et de responsabilisation. Ces problèmes ont été amplifiés par les difficultés de suivi géographique et de vaccination des populations mobiles, en particulier en cas de mobilité transfrontalière, et de suivi des enfants qui ne sont pas chez eux lors des campagnes.

Alors que la majorité des parents acceptent de faire vacciner leurs enfants, ceux qui refusent ont tendance à être regroupés au sein de communautés où la transmission est en cours. Bien qu'il serait possible d'en faire plus pour comprendre les raisons d'une telle résistance à la vaccination contre la poliomyélite, les entretiens réalisés avec des groupes de réflexion et les observations anecdotiques révèlent que les communautés marquées par un grand dénuement et une forte pauvreté expriment une certaine fatigue quant aux AVS à répétition, considèrent que le vaccin n'a aucune conséquence sur leurs besoins basiques et manquent parfois de confiance en leur gouvernement.<sup>9</sup>

## Solutions

*Augmenter la qualité et l'impact des AVS:*

- en mettant en œuvre des plans d'action et des cadres de responsabilisation fondés sur les données pour chaque réservoir principal et chaque sous-zone à haut risque. En plus des PAUN et des principaux plans provinciaux, des plans de performance vont être développés dans les districts où des échantillons positifs persistants de SE ont été retrouvés ainsi que dans les districts sources d'aggravation du poliovirus. Les détections de nouveaux échantillons positifs de SE seront traitées avec la même priorité que les nouveaux cas de PFA. Un renfort supplémentaire sera apporté par les EIR du CNOU pour toute nouvelle détection dans les districts de catégories 2-4 au Pakistan;
- en renforçant la gestion et en synchronisant les plans d'action concernant le couloir transfrontalier entre l'Afghanistan et le Pakistan. La collaboration entre les deux pays s'est améliorée l'année dernière. Il faudra fournir des efforts supplémentaires pour intégrer les activités le long de la frontière et cartographier les migrants et les nomades afin d'anticiper les besoins sanitaires à leur destination. L'actualisation des stratégies concernant les populations mobiles à haut risque (PMHR) permettra de se concentrer sur les nouvelles personnes déplacées internes (PDI) en Afghanistan et de tenir compte de l'éventuelle évolution des tendances de migration entre le Pakistan et l'Afghanistan;
- en augmentant la vaccination de la population dans les zones à haut risque. Le Pakistan et l'Afghanistan vont cibler l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 1 aux AVS de réponse aux flambées et aux journées sous-nationales de vaccination (JSNV). Les stratégies alternatives de vaccination (comme par exemple l'élargissement des tranches d'âge ou l'utilisation du VPI, dont le VPI en doses fractionnées administré par voie intradermique à l'aide de nouveaux injecteurs sans aiguille, sur une plus large zone géographique) seront utilisées au cas par cas dans une sélection de zones et de passages frontaliers à haut risque;
- en priorisant des boucles de rétroaction nationales et sous-nationales sous forme de tableau afin d'identifier et d'agir rapidement en cas de mauvaise performance d'un Union Council ou d'un sous-district. Pour améliorer le suivi post-campagne, il faudra uniformiser les seuils de sondage par lots appliqué à l'assurance qualité (LQAS), actualiser les bases d'échantillonnage et explorer de nouvelles options de surveillance par des tiers. Une assistance technique sera apportée principalement, mais pas exclusivement, par le centre afin d'aider les pays d'endémie à se concentrer sur le recueil de données essentielles, l'automatisation de l'analyse des données et la formation analytique des équipes en première ligne;
- en consolidant les stratégies innovantes. On peut citer notamment la cartographie des Systèmes d'information géographique (SIG) afin de localiser les circonscriptions, le suivi des vaccinateurs afin de veiller à la qualité des campagnes de vaccination et le suivi à distance par téléphone portable afin d'améliorer le suivi des AVS et l'estimation du nombre de personnes vulnérables dans les zones inaccessibles.

*Répondre aux refus:*

- en ayant une meilleure compréhension des facteurs d'acceptation du vaccin contre la poliomyélite et en mettant à profit les stratégies de communication spécifiques à chaque communauté pour augmenter la demande de vaccination. De nouvelles stratégies de communication au Pakistan et en Afghanistan ont permis d'accentuer la coordination des équipes opérationnelles et de mobilisation sociale,<sup>10</sup> qui sera renforcée par l'implication des OSC, en particulier les groupes de femmes et les organisations religieuses (voir la rubrique **Domaines d'activation: Égalité et équité des sexes**);

<sup>9</sup> Voir Centre national d'opérations d'urgence pour l'éradication de la poliomyélite, Pakistan. Plan d'action d'urgence national pour l'éradication de la poliomyélite 2018/2019. Islamabad: CNOU; septembre 2018 (<http://www.endpolio.com.pk/images/Stories/NEAP-2018-2019.pdf>), et Centre national d'opérations d'urgence, Afghanistan. Plan d'action d'urgence national 2019; janvier 2019 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/NEAP-AFG-2019-A4.pdf>), ainsi qu'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Comité de suivi indépendant. «How to cut a long story short: Sixteenth report»; octobre 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/11/20181105-16th-IMB-Report-FINAL.pdf>).

<sup>10</sup> Voir la communication sur les stratégies d'éradication dans Centre national d'opérations d'urgence, Pakistan. Plan d'action d'urgence national pour l'éradication de la poliomyélite 2018/2019. Islamabad: CNOU; septembre 2018 (<http://www.endpolio.com.pk/images/Stories/NEAP-2018-2019.pdf>), et Morry C et al., (Présentation) «Final report: Strengthening evidence-based communication for polio eradication»; décembre 2018.

- en élargissant la programmation par convergence (c.-à-d. utiliser des vaccinateurs contre la poliomyélite pour renforcer la demande de vaccination essentielle et d'autres services sanitaires). Les vaccinateurs continueront à fournir des produits de santé supplémentaires (comme le zinc ou la vitamine A) en réponse à certains problèmes de santé infantile chroniques. Les travailleurs de vaccination dans les communautés (au Pakistan) et les travailleurs du Réseau de communication sur la vaccination (RCV, en Afghanistan) seront formés pour identifier les jeunes enfants, nouveaux-nés et femmes enceintes ayant besoin de services préventifs ou curatifs et pour les rediriger vers les établissements de santé locaux;
- en répondant aux besoins basiques des communautés très vulnérables à la poliomyélite en mettant en place des initiatives de développement. Au niveau national, l'IMEP rencontrera des agences et des ONG de développement pour découvrir comment prioriser les projets de développement dans des domaines de services complémentaires, tels que l'EAH, la nutrition et les premiers soins, au sein de chaque district présentant un risque élevé de transmission de la poliomyélite. Dans les districts les plus vulnérables, l'IMEP entrera en contact avec les autorités locales, les partenaires de développement et les ONG (en particulier celles dirigées par des femmes) pour identifier d'autres ressources privées et publiques ne portant pas sur la poliomyélite et pouvant être intégrées et adaptées aux besoins locaux;
- en collaborant avec des partenaires mondiaux et régionaux de l'humanitaire et du développement pour lever des fonds en dehors du budget consacré à la poliomyélite afin de cibler directement les besoins des communautés à haut risque de transmission du poliovirus. En plus des efforts menés par l'IMEP, l'UNICEF a proposé de conduire des efforts de levée de fonds pour la prestation de services intégrés aux communautés vulnérables à la poliomyélite et plus généralement défavorisées en Afghanistan et au Pakistan.<sup>11</sup> Alors que la réalisation de projets de services tombera sous la responsabilité des autorités locales avec l'appui des OSC et des agences de développement locales, l'IMEP les accompagnera en portant son attention aux besoins des communautés et en contribuant à un soutien basique et infrastructurel durable.

#### DÉFI 4:

*Renforcer l'immunité ou soutenir la protection dans les zones à faible système de santé*

Les services de vaccination fournis par le PEV dans les pays d'endémie ont montré des améliorations progressives. Cependant, d'importantes lacunes d'administration du VPI et du vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb) par le PEV dans les principaux réservoirs ont limité la capacité du programme à renforcer l'immunité et prolongent la dépendance aux AVS.

#### Solution

*Renforcer les synergies entre le PEV et l'Initiative d'éradication de la poliomyélite (IEP) et élargir la collaboration à de nombreux partenaires pour consolider les systèmes de vaccination (voir **Objectif 2: Intégration**).*

#### DÉFI 5:

*Mieux connaître l'épidémiologie du poliovirus dans les principaux réservoirs restants*

De manière générale, les réseaux de PFA et de SE permettent d'obtenir une vision détaillée de la transmission du poliovirus. Cependant, d'autres efforts sont nécessaires pour comprendre pleinement la dynamique de l'épidémiologie du poliovirus, en particulier dans les zones sans cas de PFA où la SE a révélé la transmission du PVS. Outil-clé de la mise en lumière des tendances de transmission et de la diversité génétique en Afghanistan et au Pakistan, l'analyse du séquençage génétique prouve la persistance de plusieurs lignées de poliovirus à travers le bloc épidémiologique, ce qui illustre les difficultés récurrentes d'accès à certains groupes de populations et de confinement du virus. Une transmission prolongée et non détectée du PVS1 au Nigéria/lac Tchad est désormais de plus en plus improbable. Pourtant, établir une surveillance active dans les zones inaccessibles, en particulier dans l'état du Borno, reste un défi de taille.

#### Solutions

Fournir des analyses plus détaillées de l'épidémiologie en cours et améliorer la surveillance au sein de populations très vulnérables:

- en élargissant les études sérologiques et en ajoutant, lorsque cela est possible, de nouveaux sites de SE dans les zones à haut risque, en particulier celles où les échantillons positifs persistent, afin de mieux comprendre la dynamique de la transmission (par exemple le rôle des tranches d'âges plus élevées) et de localiser les quartiers porteurs du poliovirus. Des efforts supplémentaires porteront sur la réalisation de nouvelles analyses génétiques et sur la triangulation avec le suivi de données en provenance de sous-districts à haut risque où se trouvent des populations vulnérables ou à forte mobilité;

<sup>11</sup> Voir UNICEF. «Integrated Services Delivery in selected polio high-risk union councils of polio core reservoir districts»; novembre 2018 (en préparation), et UNICEF. «Integrated Response Plan to support Polio Eradication in Afghanistan – "Getting to Zero"»; octobre 2018 (en préparation).

- en assurant une surveillance conforme aux normes de certification à l'aide des stratégies définies dans les PAUN. Le Pakistan et l'Afghanistan vont se focaliser sur l'identification précoce des cas de PFA grâce au reporting fourni soit par le premier prestataire de services de santé, soit par un contact au sein de la communauté. Le Nigéria va continuer à privilégier la surveillance dans les états présentant des risques sécuritaires et va élargir le suivi des sites de reporting actifs dans d'autres zones à haut risque.

## 2. STOPPER LES FLAMBÉES DE POLIOVIRUS CIRCULANT DÉRIVÉ D'UNE SOUCHE VACCINALE: PRÉVENTION/VIGILANCE, DÉTECTION ET INTERVENTION

### Défis et solutions

La prévention, la détection et les interventions de lutte contre les flambées épidémiques de PVDVc sont confrontées aux mêmes défis que l'interruption de la transmission du PVS. Les flambées de PVDVc émergent souvent dans les états fragiles ou peu sécuritaires caractérisés par les conflits, l'inaccessibilité, les populations à fortes mobilité et la faiblesse de leurs infrastructures de santé, notamment la faible performance des systèmes de PEV. Comme dans les pays d'endémie du PVS, les flambées de PVDVc ont tendance à toucher les communautés vulnérables faisant déjà face à divers défis systémiques et parfois peu enclines à percevoir la vaccination contre la poliomyélite comme une priorité.

Alors que les défis de l'interruption du PVS semblent limités à deux pays, le risque d'émergence du PVDVc existe dans tous les pays utilisant le VPO ayant une couverture de vaccination limitée et un haut risque de transmission féco-orale. Depuis l'abandon du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au profit du VPOb en avril-mai 2016, le nombre d'émergences et d'incidences des cas de PVDVc ont été plus importants qu'anticipé. De plus, en 2017-2018, les cas de PVDVc ont excédé le nombre de PVS.

#### DÉFI 1:

*Maintenir l'efficacité de la prévention et de la vigilance*

Alors que toutes les flambées épidémiques de PVDVc ont comme dénominateur commun la faiblesse des systèmes de vaccination, les futurs risques de nouvelles émergences (et donc les défis liés à l'arrêt des flambées) diffèrent en fonction du type de poliovirus.

Douze des 15 nouvelles flambées de PVDVc (80%) et plus de 75% des cas de PVDVc détectés entre avril 2016 et février 2019 ont été attribués au type 2. L'origine des flambées de PVDVc2 détectées avant le changement de vaccin provient de virus non détectés déjà en circulation au moment du changement. En revanche, certaines flambées récentes proviennent probablement soit de l'utilisation continue et incontrôlée du VPOt, soit de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2 après l'arrêt du VPOt dans le cadre d'une flambée de PVDVc2. Si le risque de nouvelles apparitions reste variable, les pays (ou leurs régions voisines) ayant une faible couverture d'AVS de VPOm2 sont les plus exposés aux risques de futures émergences du PVDV2.

Les flambées de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 1 (PVDVc1) et de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 3 (PVDVc3) ont été largement moins fréquentes, mais trouvent leurs origines dans la faible couverture de VPO. Les AVS préventives de VPOb visant à renforcer l'immunité au poliovirus dans les pays à faible couverture ont généralement porté leurs fruits, mais n'ont pas toujours permis une large couverture (comme en Somalie) ou n'ont pas été menées dans les zones qui se sont avérées vulnérables à l'émergence du PVDVc (comme en Papouasie-Nouvelle-Guinée).

À l'arrêt du VPOt, compte tenu des réserves mondiales limitées du VPI, ce dernier a été distribué en priorité aux pays présentant un risque élevé de transmission du poliovirus. Cependant, des lacunes systémiques chroniques dans les programmes de vaccination essentielle ont empêché d'arriver à une couverture élevée du VPI dans ces pays. Heureusement, il n'y a eu aucune flambée de PVDVc2 dans les pays à risque faible impactés par les restrictions d'approvisionnement, et les réserves mondiale de VPI se sont progressivement améliorées. Jusqu'à ce que les réserves mondiales atteignent un niveau suffisant, la distribution des VPI disponibles sera priorisée en fonction des besoins suivants: (1) renforcement du PEV; (2) interruption de la transmission du PVS et arrêt des flambées du PVDVc dans des zones limitées; (3) vaccination des enfants non vaccinés depuis avril 2016 du fait de l'approvisionnement limité; suivi par (4) d'autres cas exceptionnels.

Les autres défis de gestion du VPO apparus depuis 2016 ont des répercussions sur la prévention et la vigilance face aux PVDVc. Le suivi et l'élimination du VPOt immédiatement après le changement de vaccin ont posé quelques problèmes dans certains pays; d'autre part, un défi semblable de gestion du VPOm2 utilisé dans la lutte contre les flambées continue de présenter un risque d'émergence du PVDVc2 dans certaines zones. Bien que l'approvisionnement en VPOm2 ait pour le moment suffi à répondre à temps à tous les PVDVc2 détectés,

le nombre et la portée des potentielles flambées à venir reste difficilement prévisible, ce qui ne permet pas de garantir un approvisionnement en VPOm2 adéquat à court terme. Il est tout aussi essentiel de prévoir un approvisionnement suffisant de VPOb pour les AVS d'anticipation de l'arrêt et des réserves pour tous les types de VPO en prévision des flambées à venir, étant donné les délais exigés en amont de la fabrication du vaccin, le manque de financement affecté au lancement de la production des vaccins destinés aux réserves et les incertitudes concernant les futures exigences.

## Solutions

*Améliorer la capacité de vigilance à tous les niveaux et mettre en œuvre une stratégie complète de prévention pour éliminer tout risque d'émergence future du PVDVc dans les pays à haut risque:*

- en formant des équipes d'intervention rapide issues de plusieurs agences et basées à Genève et en Afrique, composées de membres expérimentés du personnel de l'IMEP se consacrant uniquement à intervenir rapidement contre toute flambée de PVDV pour soutenir l'évaluation et la planification initiales. L'IMEP va également identifier et former une équipe d'individus dans les pays à haut risque capable de répondre rapidement aux flambées dans leur pays ou les pays proches;
- en agissant pour augmenter les stocks VPOm2 disponibles et pour obtenir un approvisionnement adéquat en vaccins antipoliomyélitiques pour répondre aux futures flambées. En plus d'une action immédiate visant à augmenter les stocks de VPOm2, l'IMEP va mener des évaluations précoces plus rigoureuses des besoins en vaccins, obtenir le financement pour répondre aux besoins d'approvisionnement et continuer les négociations avec les fabricants du vaccin pour garantir un marché sain où les stocks correspondent aux exigences du programme (voir la rubrique **Préparation à la mise en application de la Stratégie post-certification**);
- en apportant un soutien technique ciblé et intensif pour augmenter les initiatives, lancées par plusieurs parties prenantes, de renforcement du PEV dans les districts à haut risque (voir **Objectif 2: Intégration**);
- en focalisant l'évaluation des risques de flambées de PVDVc1 et de PVDVc3 sur les zones sous-nationales pour prioriser les AVS de VPOb de prévention dans le calendrier 2019–2024 aux populations à plus haut risque. Une utilisation rigoureuse des tableaux de vigilance et le renforcement du suivi sur place permettront de garantir la bonne mise en œuvre des AVS de VPOb;
- en vérifiant que les plans nationaux de vigilance concernant les flambées de poliomyélite soient bien à jour et aient bien été testés;
- en mettant en application les mesures visant à éliminer le risque d'émergence future du PVDV à long-terme (voir **Défi 4**).

## DÉFI 2:

*Rendre possible la détection précoce*

Les réseaux de PFA et de SE ont permis de détecter de nombreux cas de PVDV partout dans le monde. Les enquêtes épidémiologiques et le séquençage génétique de suivi réalisés par le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) ont permis d'approfondir les connaissances des dynamiques des émergences de PVDV. Cependant, comme cela a été le cas des récentes flambées en République arabe syrienne et dans la Corne de l'Afrique, un contexte associant une faible prévalence à des transmissions non détectées du fait d'une mauvaise surveillance, a quant à lui retardé l'identification des flambées de virus à longue chaîne dont l'origine a été difficile à établir. Au fur et à mesure que l'immunité de la population décline, la détection tardive, en particulier dans les cas de flambées de PVDVc2, présentera un risque de plus en plus important.

## Solutions

*Favoriser la détection précoce à l'aide d'une meilleure approche de surveillance fondée sur les risques:*

- en focalisant le suivi et la supervision par l'IMEP de la surveillance des pays et des districts à haut risque, en particulier dans les zones difficilement accessibles;<sup>12</sup>
- en élargissant les sites de SE dans tous les pays à haut risque en collaboration étroite avec le RMLP afin d'affiner la capacité de détection et d'améliorer le suivi de la performance des AVS.<sup>13</sup>

## DÉFI 3:

*Intervenir rapidement et efficacement*

Les efforts nationaux réalisés en suivant des procédures opérationnelles standard (POS) et avec le soutien technique et opérationnel de l'IMEP (vaccins, financement, etc.) ont permis de contrôler plusieurs flambées

<sup>12</sup> Pour consulter le détail des stratégies, voir Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Plan d'action mondial de surveillance de la poliomyélite 2018–2020. Genève: OMS; 2019 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020.pdf>), et Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas & Populations. Genève: OMS; 2018.

<sup>13</sup> Voir Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Groupe de travail sur la Surveillance environnementale et la mise en œuvre. «Polio Environmental Surveillance Enhancement Following Detection of Vaccine-Related Type-2 Poliovirus»; 9 mai 2018. Ces consignes sont prévues spécifiquement pour le type 2 mais seront également étendues à d'autres types.

épidémiques de PVDV<sup>14</sup>, souvent en dépit de l'insécurité (République arabe syrienne), de la faiblesse des infrastructures de santé (République démocratique du Congo) ou de la transmission simultanée du PVS (Pakistan). Cependant, peu de flambées ont été maîtrisées dans les 120 jours suivant leur détection. Les interventions initiales de vaccination ont souvent été retardées pour des raisons de manque de responsabilisation et de volonté politique, d'accumulation des priorités de santé ou de gestion inefficace de la flambée. La mauvaise couverture des AVS de réponse et la couverture inadéquate des systèmes de vaccination dans les zones affectées ont entretenu la transmission sur des périodes prolongées ou, dans le cas du VPOm2, ont engendré de nouvelles flambées.

## Solutions

*Améliorer la mise en application efficace des POS et la qualité de toutes les interventions contre les flambées:*

- en veillant à ce que l'urgence nationale soit immédiatement déclarée après la détection d'une flambée et en augmentant la responsabilisation à tous les niveaux (mondial, régional, national). Les EIR nouvellement établies seront déployés sous 48 heures après la détection de la flambée. L'évaluation des interventions de lutte contre les flambées (EILF) va être restructurée afin de se concentrer sur la supervision constructive des lacunes opérationnelles, notamment par l'évaluation critique des premières AVS afin de permettre les ajustements nécessaires pour améliorer la qualité;
- en renforçant et en officialisant les arrangements passés entre l'IMEP et les programmes d'urgence aux niveaux mondial et national afin de mieux prévoir la distribution et de tacler un plus grand nombre de risques (voir **Objectif 2: Intégration**);
- en révisant régulièrement les POS et les stratégies pour faire en sorte que les recommandations (relatives aux AVS ou à la portée de l'intervention) soient actualisées en fonction de l'évolution de l'épidémiologie et des bonnes pratiques;
- En intégrant le suivi et l'élimination du VPOm2 aux mêmes mécanismes de supervision, de suivi et de reporting exigés pour la couverture vaccinale afin d'améliorer la validation de la gestion du vaccin et d'atténuer le risque de mauvaise utilisation du vaccin.

## DÉFI 4:

*Réfléchir aux potentiels défis à long-terme posés par l'émergence du PVDV*

Si une nouvelle flambée épidémique de PVDVc2 causée par l'utilisation du VPOt avant le changement de vaccin semble improbable, la transmission en cours dans le nord du Nigéria, en République démocratique du Congo et en Somalie suscite des inquiétudes quant à de potentielles flambées de PVDVc2 au large de ces zones géographiques dues à l'apparition de nouvelles souches suite au changement de vaccin causée par une mauvaise couverture du VPOm2. Il s'est avéré difficile d'améliorer la qualité des AVS dans les pays caractérisés par la faiblesse de leurs infrastructures, par les conflits et par une multitude de problèmes systémiques.

Améliorer pleinement la cause première de nouvelles flambées de PVDVc, c'est-à-dire une faible couverture vaccinale dans des environnements à faible hygiène, exige des interventions dépassant le cadre de l'IMEP. C'est pourquoi le risque d'émergence du PVDVc persistera tant que l'utilisation du VPO continuera, et celle-ci ne pourra être arrêtée mondialement qu'après l'éradication du PVS.

Générés par des individus atteints d'un syndrome d'immunodéficience primaire, les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale associés à une immunodéficience (PVDVi) présentent un défi à long-terme supplémentaire. Malgré l'absence à ce jour de toute transmission durable des PVDVi à l'échelle d'une communauté, en vue du risque potentiel qu'ils représentent, l'IMEP a commencé à agir pour créer de nouvelles plateformes de surveillance pour détecter le PVDVi et soutenir le développement de thérapies antivirales pour traiter les patients atteints d'une IP et affectés par le poliovirus.<sup>15</sup>

## Solutions

*Réfléchir aux potentielles implications à long-terme des flambées de PVDV:*

- en développant un plan de contingence composé d'actions et de politiques systémiques à moyen-terme capables de répondre aux risques de transmission durable (autrement dit, incontrôlée) du PVDVc2;
- en accélérant la compréhension de l'émergence du PVDVc grâce à des modélisations portant sur la naissance de la souche PVDVc2 et sur les virus semblables au Sabin;

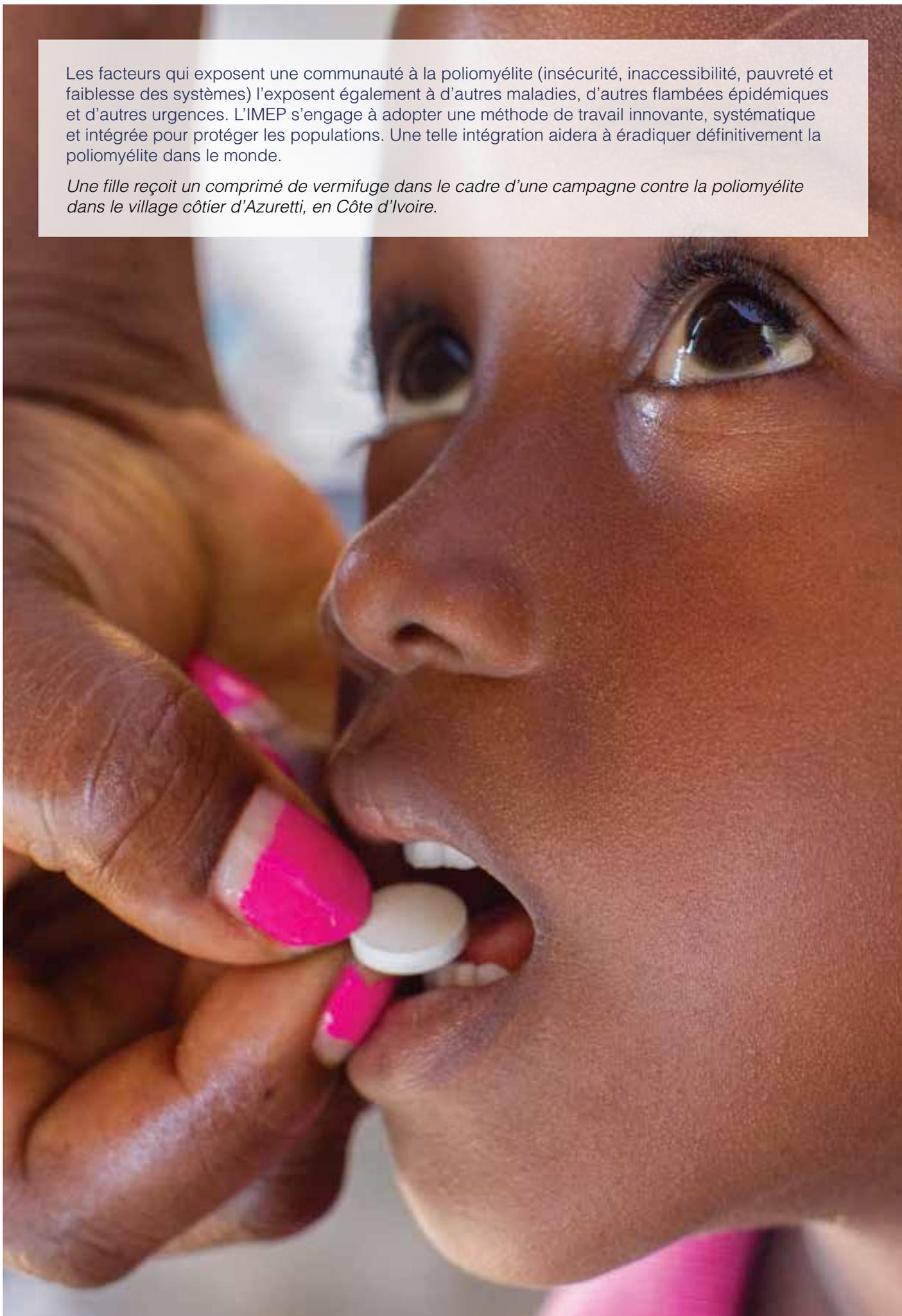
<sup>14</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Procédures opérationnelles standard: «Responding to a poliovirus event or outbreak.» Version 3. Genève: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/sop-polio-outbreak-response-version-3-dec-2018-20181220.pdf>).

<sup>15</sup> Pour en savoir plus ce risque, voir Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Stratégie post-certification de la poliomyélite. Genève: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>).

- en accélérant le développement et l'autorisation réglementaire de nouveaux vaccins présentant un fort potentiel d'arrêt ou de prévention des flambées de PVDV, dont le développement d'un nouveau VPO plus stable génétiquement tel qu'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2), un VPI avec adjuvants pouvant conférer l'immunité mucosale et des médicaments antiviraux pour traiter les personnes immunodéficientes affectées par le poliovirus (voir la rubrique **Recherche**);
- en mettant en place une surveillance mondiale sensible des PVDVi (voir la rubrique surveillance dans **Objectif 2: Intégration**);
- en soutenant des stratégies à court terme et à long terme de renforcement vaccinal (voir **Objectif 2: Intégration**).

Les facteurs qui exposent une communauté à la poliomyélite (insécurité, inaccessibilité, pauvreté et faiblesse des systèmes) l'exposent également à d'autres maladies, d'autres flambées épidémiques et d'autres urgences. L'IMEP s'engage à adopter une méthode de travail innovante, systématique et intégrée pour protéger les populations. Une telle intégration aidera à éradiquer définitivement la poliomyélite dans le monde.

*Une fille reçoit un comprimé de vermifuge dans le cadre d'une campagne contre la poliomyélite dans le village côtier d'Azuretti, en Côte d'Ivoire.*



# Objectif 2: Intégration

Alors que l'IMEP se rapproche de son but d'éradication de la poliomyélite, il devient primordial de jeter les bases d'un avenir durable. Pour cela, la vaccination rigoureuse, les systèmes de santé et de surveillance de la maladie et les capacités d'intervention d'urgence auront un rôle essentiel à jouer, ce qui demandera une collaboration plus étroite avec d'autres programmes de santé. L'IMEP s'engage à adopter une méthode de travail innovante systématique et intégrée pour protéger les populations. Une telle intégration aidera à éradiquer définitivement la poliomyélite dans le monde en capitalisant sur les forces et les mécanismes des programmes de vaccination et d'urgence aux niveaux national, régional et mondial. À son tour, l'IMEP mettra ses ressources, ses connaissances et son expertise au profit de la protection des populations en renforçant les systèmes de vaccination, de santé et de surveillance de la maladie et la capacité d'intervention d'urgence.

## OBJECTIFS

L'intégration est un moyen d'envisager un monde définitivement exempt de poliomyélite. À travers la collaboration systématique avec d'autres acteurs de santé publique, les capacités et les contributions autres que celles de l'IMEP peuvent contribuer à l'éradication et à son maintien; les ressources, les connaissances et l'expertise de l'IMEP, quant à elles, peuvent être mises à profit de la protection des populations en soutenant la vaccination, les systèmes de santé et la capacité d'intervention.

La collaboration systémique portera sur trois objectifs:

1. contribuer au renforcement des systèmes de vaccination et de santé afin d'éradiquer la poliomyélite de façon durable;
2. assurer une surveillance efficace du poliovirus grâce à l'intégration aux systèmes de surveillance des maladies à prévention vaccinale (MPV) et des maladies contagieuses;
3. se préparer et répondre aux futures flambées et urgences.

## 1. CONTRIBUER AU RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE VACCINATION ET DE SANTÉ AFIN D'ÉRADIQUER LA POLIOMYÉLITE DE FAÇON DURABLE

L'infrastructure de l'IMEP contribue déjà à des activités de vaccination plus larges dans de nombreux pays grâce au soutien actif apporté aux programmes de vaccination et aux systèmes de santé nationaux. Le personnel dédié à l'éradication et à la vaccination contre la poliomyélite ne fait souvent qu'une seule et même équipe.

Dans cette nouvelle phase, la coordination entre les équipes d'éradication et de vaccination contre la poliomyélite sera renforcée dans tous les pays. Les interventions deviendront plus ciblées et systématiques grâce à un cadre de responsabilisation permettant de suivre et de mesurer les résultats spécifiques. Cette nouvelle méthode de travail permettra de mutualiser l'impact obtenu dans chaque un pays en vue de l'éradication de la poliomyélite tout en renforçant les systèmes de vaccination et de santé.

Les efforts de collaboration suivront une approche ciblée:

- Dans les **pays d'endémie**, l'attention sera portée sur l'interruption de la transmission du PVS dans les principaux réservoirs.
- Dans les **pays frappés par une flambée épidémique**, la priorité immédiate sera de stopper la flambée de PVDVc, tout en développant une capacité de prévention durable des nouvelles flambées à long terme.
- Dans les **pays non endémiques et non frappés par une flambée mais caractérisés par la faiblesse de leurs systèmes de vaccination**, la priorité immédiate sera d'améliorer la couverture vaccinale dans les districts à risque maximal, tandis que l'objectif à long terme sera de renforcer les systèmes de vaccination et de santé. Cela contribuera également à l'objectif ultime de généraliser les fonctions et les financements relatifs à la poliomyélite au sein des systèmes et des budgets de santé des pays alors que ceux-ci se préparent à la dissolution finale de l'IMEP.

Voir **Annexe D** pour des exemples de collaborations potentielles et de contributions de l'IMEP.

## Défis et solutions

### DÉFI 1:

*Gérer le faible taux de vaccination des populations dans les pays d'endémie*

L'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan font partie des dix pays comptant le plus grand nombre d'enfants non ou insuffisamment vaccinés. La faiblesse de la couverture vaccinale reste un défi de taille dans les trois pays d'endémie, ce qui perpétue la dépendance aux AVS.

## Solutions

*Renforcer les synergies entre l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite (IEP) et le Programme élargi de vaccination (PEV) pour stopper la circulation du poliovirus:*

- Le programme national de PEV, avec l'appui des partenaires de vaccination, se chargera d'augmenter la vaccination des populations dans les principaux réservoirs et de sélectionner les districts à haut risque en vue de l'éradication.
- L'IMEP soutiendra les efforts nationaux en mettant directement ses ressources humaines, son expertise et ses bonnes pratiques à profit de la mise en œuvre du PEV au sein de différentes zones, par exemple à l'aide de la microplanification et de la localisation des populations à haut risque et à forte mobilité. Les contributions de l'IMEP au PEV dans chaque pays d'endémie seront détaillées dans leurs Plans d'action d'urgence nationaux (PAUN) respectifs.

### DÉFI 2:

*Gérer le faible taux de vaccination des populations dans les pays frappés par une flambée épidémique*

L'imperfection de la couverture vaccinale est l'une des causes principales des flambées épidémiques de PVDVc et de leur transmission continue sur des périodes prolongées. Alors que le monde se rapproche de l'éradication, il devient impératif non seulement d'apporter une réponse efficace aux flambées de poliovirus, mais aussi de participer à la mise en place d'un système de prévention durable de celles-ci.

## Solutions

*Stopper les flambées actives tout en jetant les bases de la prévention de futures flambées:*

- en assurant la qualité des interventions de lutte contre les flambées, dont la déclaration d'urgence nationale immédiate et le déploiement d'une équipe de renfort (voir aussi **Objectif 1: Éradication**);
- en révisant les procédures opérationnelles standard relatives aux flambées pour identifier comment l'équipe de renfort et le COU peuvent soutenir activement les activités de vaccination par la coordination, la planification et l'application du programme national de PEV. Les termes de référence (TDR) du personnel de renfort de l'IMEP vont identifier les rôles et les responsabilités de chacun afin de renforcer la gestion du programme, la microplanification, la mobilisation des communautés et le suivi des performances, et vont aider à développer les capacités de mise en œuvre des plans de rétablissement de la vaccination.

### DÉFI 3:

*Assurer la durabilité de l'éradication dans les pays non endémiques et non frappés par une flambée mais caractérisés par la faiblesse de leurs systèmes de vaccination*

Les pays non endémiques caractérisés par la faiblesse ou la fragilité de leurs systèmes de santé, où d'importantes poches d'enfants ne sont pas, ou sont insuffisamment vaccinés, sont fortement exposés aux flambées épidémiques de PVDVc ou à l'importation d'un poliovirus en provenance des pays voisins.

## Solutions

*Améliorer la couverture vaccinale et contribuer au renforcement des systèmes:*

- en mobilisant l'infrastructure de l'IMEP pour soutenir pleinement les programmes nationaux de PEV dans les pays où l'IMEP garde une forte présence. L'objectif à court et moyen terme sera d'augmenter la couverture et l'équité vaccinales afin de minimiser les risques de flambées de PVDVc. L'objectif à long terme sera de renforcer le système de santé et de développer une capacité locale afin de réussir la transition des activités pour maintenir l'éradication après la dissolution de l'IMEP;
- en se focalisant sur le niveau sous-national et en particulier sur les districts les moins performants. Les activités propres à chaque pays seront incorporées dans tous les TDR du personnel, y compris ceux des consultants du programme Stop Transmission of Polio (STOP), et leur performance sera régulièrement surveillée;

## SYNERGIES AVEC LE PROGRAMME ÉLARGI DE VACCINATION

- Au Pakistan, les synergies IEP/PEV seront renforcées dans toutes les zones de vaccination des communautés (VDC) par l'intégration de la gestion et de la coordination de toutes les AVS contre la poliomyélite et de toutes les activités du système de vaccination à travers les centres régionaux d'opérations d'urgence (CROU).
- En Afghanistan, l'IMEP soutiendra les efforts nationaux de renforcement des services du PEV et de sensibilisation à l'acceptation de la vaccination dans les districts à haut risque de poliomyélite dans les six provinces du sud et de l'est du pays.
- Au Nigéria, l'IMEP élargira sa collaboration avec le Centre national de coordination et de la vaccination systématique d'urgence (NERICC).

- en recherchant de nouvelles synergies et la mutualisation des coûts entre les AVS contre la poliomyélite et d'autres campagnes de vaccination. Cela se concrétisera par la planification commune d'AVS combinant plusieurs antigènes, par l'harmonisation des calendriers des AVS et par le développement de documents et de procédés directeurs, dont le soutien à l'intensification périodique de la vaccination systématique (IPVS). Les campagnes communes vont également identifier des activités de suivi concrètes pour associer les AVS au renforcement de la vaccination à l'aide des microplans des AVS et des données de suivi indépendant afin d'identifier et de suivre les enfants constamment manqués et les décrochages;
- en s'impliquant activement auprès des OSC pertinentes afin d'établir une passerelle entre les communautés et les programmes nationaux, en particulier dans les zones fragiles, à haut risque et frontalières. Les structures s'appuyant sur les communautés et les réseaux de société civile établis par le biais de l'IMEP seront mises à profit afin de générer de la demande de vaccination et de contribuer au suivi des omissions et des décrochages;
- en s'impliquant stratégiquement dans les processus nationaux de planification sanitaire (par exemple l'élaboration de plans sanitaires nationaux et de plans opérationnels annuels) pour s'aligner aux efforts nationaux dans le but de renforcer durablement les systèmes de santé en vue d'une couverture sanitaire universelle (CSU);
- en tirant profit des synergies avec d'autres initiatives complémentaires de renforcement des systèmes de santé et d'amélioration de la couverture vaccinale. On peut citer par exemple les investissements réalisés par Gavi, l'Alliance du vaccin, dans le renforcement des systèmes de santé dans les pays éligibles, et les efforts réalisés par la Bill & Melinda Gates Foundation afin de renforcer la couverture vaccinale essentielle dans une sélection de zones sous-nationales présentant un risque élevé de poliomyélite en Asie et en Afrique.<sup>16</sup>

#### DÉFI 4:

*Surmonter les inefficacités de la coordination ponctuelle avec le secteur de la vaccination*

L'IMEP a collaboré ponctuellement avec le secteur de la vaccination en fonction de ses besoins plutôt que de façon systématique et encadrée par des structures de responsabilisation bien définies. Les objectifs n'étaient pas toujours vraiment alignés.

#### Solutions

*Améliorer la coordination avec le secteur de la vaccination:*

- en établissant des mécanismes de collaboration efficaces et pragmatiques dotés de structures de responsabilisation bien définies. L'ajout de Gavi, l'Alliance du vaccin, au POB présente une réelle opportunité de collaboration systématique aux niveaux stratégique et opérationnel:
  - Gavi et les autres partenaires de vaccination se sont étroitement impliqués dans l'élaboration de la *Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023*. En retour, l'IMEP s'engagera activement dans le développement de Gavi 5.0 et dans la stratégie de vaccination post-2020 qui suivra le Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV);
  - L'élaboration de plans opérationnels nationaux annuels sera le point d'ancrage de l'implication de l'IMEP. L'IMEP aidera à veiller à ce qu'ils soient orientés par les données, réalistes, et hiérarchisés, à ce que leur budget corresponde aux ressources disponibles et à ce qu'ils comportent des indicateurs clairement définis.
    - L'IMEP participera systématiquement aux forums et aux plateformes portant sur la vaccination, tels que le Comité de coordination interinstitutions (CCI), les révisions du PEV, les réunions des responsables du PEV, les évaluations conjointes de Gavi et les groupes de travail régionaux de Gavi. De même, l'IMEP renforcera les mécanismes de façon à permettre à Gavi et aux autres partenaires de vaccination de participer régulièrement aux réunions du Groupe consultatif technique (GCT) de l'IMEP et aux évaluations des interventions de lutte contre les flambées (EILF);
    - Autant que possible, on aura recours à des mécanismes existants pour coordonner et suivre les résultats;
- en développant un cadre commun de résultats et de responsabilité avec Gavi et le secteur de la vaccination afin de concrétiser les stratégies définies dans ce document. L'IMEP et Gavi identifieront ensemble les activités propres à chaque pays que le personnel de l'IMEP peut soutenir en vue d'améliorer la couverture et l'équité vaccinales susceptibles de recevoir le soutien du cadre de renforcement des systèmes de santé de Gavi (RSS) et des subventions en espèces. Les résultats seront mesurés dans les processus de planification nationale du PEV et les évaluations conjointes de Gavi.

<sup>16</sup> Cette collaboration vient en complément des efforts de l'IMEP d'interruption de la transmission du PVS et du PVDVc et de ceux de Gavi de pallier la faible couverture vaccinale dans les zones les plus à risque d'émergence du PVDVc. Les zones géographiques ont été sélectionnées à partir des risques actuels et passés de PVS et de PVDVc, et à partir de la faiblesse constante de la couverture contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3). En amorçant ce travail, la fondation entrera en étroite coordination avec les gouvernements nationaux, Gavi et les partenaires de l'Alliance afin d'utiliser pleinement les moyens financiers disponibles et les stratégies et approches éprouvées, en particulier afin de développer l'appropriation par le gouvernement et les capacités d'administration, ainsi que les approches améliorées d'administration des services de vaccination dans les endroits fragiles et en proie aux conflits.



OMS / PAHO / Harold Ruiz

## 2. ASSURER UNE SURVEILLANCE EFFICACE DU POLIOVIRUS GRÂCE À L'INTÉGRATION AUX SYSTÈMES DE SURVEILLANCE DES MALADIES À PRÉVENTION VACCINALE ET DES MALADIES CONTAGIEUSES

Réussir une surveillance sensible du poliovirus partout dans le monde reste une priorité essentielle en vue d'obtenir la certification et de maintenir l'éradication définitive de la poliomyélite. Pour arriver à un tel objectif à court ou moyen terme, la surveillance du poliovirus au Pakistan et en Afghanistan continuera à reposer sur une plateforme de l'IMEP qui s'occupe également des maladies à prévention vaccinales (MPV) et est reliée au système de surveillance nationale. Dans les autres pays, la surveillance du poliovirus est déjà incorporée aux systèmes nationaux de surveillance des MPV ou des maladies contagieuses (comme c'est le cas du système de Surveillance intégrée et de réponse aux maladies [SIRM] en Afrique) avec des degrés variables de soutien de la part de l'IMEP.

La mise en application du *Plan d'action mondial de surveillance de la poliomyélite 2018–2020* (GSAP) offre l'opportunité de créer, dans chaque pays, des synergies entre les systèmes de surveillance de la poliomyélite et des autres MPV ainsi qu'une intégration à long terme aux systèmes de surveillance des autres maladies contagieuses.<sup>17</sup> Cela permettra de simplifier la surveillance de la poliomyélite au sein des systèmes nationaux tout en renforçant les autres systèmes de surveillance en s'appuyant sur la plateforme dédiée à la poliomyélite quand cela est utile. Cette vision de surveillance intégrée à long terme aux niveaux national comme mondial est détaillée du point de vue de la poliomyélite dans la *Stratégie post-certification* (SPC).<sup>18</sup>

### Défis et solutions

#### DÉFI:

*Assurer une surveillance sensible de la poliomyélite tout en l'intégrant aux systèmes de surveillance des MPV/maladies contagieuses*

La surveillance du poliovirus ne sera pas intégrée à la même vitesse aux systèmes de surveillance complète des MPV/maladies contagieuses aux niveaux mondial et national, ce qui représente un potentiel défi de sensibilité de la surveillance du poliovirus, en particulier dans les zones d'endémie et à haut risque.

<sup>17</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Plan d'action mondial de surveillance de la poliomyélite 2018–2020. Genève: OMS; février 2019 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020.pdf>).

<sup>18</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Stratégie post-certification de la poliomyélite. Genève: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>).

## Solutions

Assurer une surveillance sensible et plus intégrée du poliovirus:

- en associant différentes stratégies de surveillance du poliovirus pertinentes (par exemple, la surveillance de la PFA et la surveillance au sein des communautés, ou bien la SE et la surveillance des entérovirus) en fonction du pays afin de se conformer durablement aux normes de surveillance de la certification dans le cadre d'une surveillance complète des MPV/maladies contagieuses. Les stratégies pour les pays d'endémie et à haut risque sont citées ci-dessus (voir **Objectif 1: Éradication**) et sont détaillées dans le GSAP. Les autres pays sont invités à mettre en application différentes stratégies compatibles avec le respect des normes de certification et avec leurs priorités nationales/régionales. Les capacités d'intégration nécessaires à la durabilité de la surveillance du poliovirus seront détaillées dans la nouvelle *Stratégie mondiale de surveillance complète des MPV*, en cours de rédaction par l'OMS, et dans tous les plans régionaux de surveillance complète;<sup>19</sup>
- en élargissant le réseau actuel de SE et en élaborant une stratégie mondiale prévoyant l'intégration de la surveillance d'autres pathogènes ou MPV à tendance épidémique par la mise en application totale des stratégies présentées dans le GSAP et s'appuyant sur le *Plan d'élargissement de la surveillance environnementale du poliovirus*.<sup>20</sup> Bien que certains pays aient déjà recours à la SE pour détecter les entérovirus, les innovations techniques laissent entrevoir la possibilité d'élargir la détection à d'autres maladies diarrhéiques (la typhoïde, par exemple) et, plus largement, de l'intégrer à d'autres efforts de contrôle des maladies contagieuses et à d'autres initiatives de santé publique (telles que le contrôle du choléra, la surveillance des gènes de résistance aux antimicrobiens, les initiatives EAH, etc.);
- en développant la surveillance auprès des patients atteints d'une IP pour détecter et traiter les personnes excrétaant le poliovirus, avec de nouvelles lignes directrices comportant les stratégies spécifiques aux pays présentant un risque élevé de PVDVi;<sup>21</sup>
- en maintenant la capacité centrale de détection rapide et fiable du poliovirus par le RMLP aux niveaux mondial, régional et national. Comme détaillé dans un nouveau plan d'action,<sup>22</sup> la structure et la capacité du RMLP s'adapteront aux besoins de la stratégie finale de détection rapide et de séquençage des poliovirus présents dans les selles et les échantillons environnementaux sous des exigences croissantes de confinement. Pour assurer la durabilité de la capacité de détection locale, les laboratoires nationaux de poliovirus seront intégrés à d'autres plateformes de maladies virales ou infectieuses lorsque cela est possible; cependant, il faudra maintenir une capacité de contrôle qualité et de tests de référence spécifique à la poliomyélite aux niveaux mondial et régional;
- en augmentant l'efficacité du Système d'information sur la poliomyélite (POLIS) mondial et en s'alignant sur les réseaux mondiaux de reporting et de suivi des MPV et des maladies à tendance épidémique. Le système actuel de gestion des informations de surveillance des PFA au cas par cas sera mis à niveau pour simplifier l'utilisation par d'autres MPV et maladies à tendance épidémique. Le système POLIS évoluera systématiquement pour communiquer ouvertement et partager les données avec le nouveau système d'information sur la vaccination (WIISE) en cours de développement par l'OMS afin de fournir un système mondial complet de gestion du programme de vaccination et de données de surveillance.

## 3. SE PRÉPARER ET RÉPONDRE AUX FUTURES FLAMBÉES ET URGENCES

Les facteurs exposant une communauté à la poliomyélite (insécurité, inaccessibilité, pauvreté et faiblesse des systèmes) l'exposent également à d'autres flambées épidémiques et d'autres urgences. Des flambées de peste à Madagascar à la prévention et au contrôle du choléra en Somalie et au Soudan du Sud, l'IMEP et les autres équipes d'urgence travaillent souvent en étroite collaboration sur le terrain. Afin de protéger les populations, il est essentiel de renforcer la collaboration systématique entre l'IMEP et les programmes d'urgence. En plus de garantir une réponse rapide à tout événement lié à la poliomyélite, l'IMEP peut mettre ses connaissances, son personnel et ses mécanismes au profit des urgences de santé publique et des interventions de lutte contre les flambées de maladies contagieuses. En retour, l'IMEP peut aussi tirer profit des systèmes, de l'expertise et des capacités opérationnelles de ses partenaires d'urgence et humanitaires. Assurer une intervention rapide et efficace contre les flambées et les urgences participe au but d'Éradication, puisque la prolongation des flambées et des urgences ont un effet négatif sur la priorité et la disponibilité des ressources dédiées à l'éradication de la poliomyélite, en particulier aux niveaux national et sous-national.

<sup>19</sup> Cadre conceptuel de surveillance des maladies à prévention vaccinale en Afrique 2019–2030. Présentation au Groupe consultatif technique régional sur la vaccination; 17 janvier 2019.

<sup>20</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Plan d'élargissement de la surveillance environnementale du poliovirus: plan d'élargissement mondial sous la Stratégie finale 2013–2018. Genève: OMS; 2015 ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/9\\_6\\_13IMB.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/9_6_13IMB.pdf)).

<sup>21</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. «Guidelines for Implementing Poliovirus Surveillance among Patients with Primary Immunodeficiency Disorders» (in préparation).

<sup>22</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite. Plan d'action du RMLP 2019–2023 (en préparation).

## Défis et solutions

### DÉFI:

*Gérer l'absence de collaboration systématique entre les programmes de poliomyélite et d'urgence*

En raison de l'absence de coordination systématique entre les programmes d'éradication de la poliomyélite et ceux d'urgence, il arrive que des synergies ne soient pas identifiées ou que les coûts ne soient pas rationalisés, ce qui ne permet pas de répondre aux besoins sanitaires et humanitaires des populations.

### Solutions

*Renforcer et officialiser la coordination entre l'IMEP et les programmes d'urgence afin de mieux prévoir la distribution et de couvrir un plus grand nombre de risques:*

- en évaluant systématiquement les populations frappées par les flambées de poliomyélite pour combler d'autres lacunes concernant les besoins basiques, et en partageant des informations pour permettre l'action avec les partenaires humanitaires et d'urgence;
- en alignant les processus et les déploiements des interventions de lutte contre les flambées avec l'ensemble de normes des protocoles et des mécanismes d'intervention d'urgence, dont la pratique actuelle d'activation du système de classement des urgences (urgence de niveau I-III). Cet alignement permettra de traiter le programme de lutte contre la poliomyélite comme une urgence et d'activer les procédures d'urgence internes de l'OMS et de l'UNICEF (par exemple pour le recrutement, l'allocation de financements et les déplacements) pour permettre à l'IMEP d'intervenir plus rapidement et plus efficacement en cas de flambée;
- en réfléchissant systématiquement à la façon dont les efforts d'intervention de l'IMEP peuvent bénéficier des plateformes et des mécanismes des programmes d'urgence. On peut notamment citer les programmes de sécurité de l'environnement et de l'aviation de l'ONU et la coordination avec des groupes de santé quand ceux-ci sont opérationnels. Même si les activités d'éradication de la poliomyélite et d'intervention d'urgence/humanitaire ne se prêtent pas forcément à une telle intégration, une collaboration plus régulière permettra d'identifier les opportunités de planification et d'application communes et les opportunités de mutualisation des forces de chaque programme;
- en soutenant les activités en cas de flambées et d'urgences liées à d'autres maladies et en participant aux EIR, lorsque cela est possible et pertinent. Le personnel de l'IMEP est souvent sur le terrain lors de flambées et d'urgences, ce qui lui donne des connaissances locales essentielles potentiellement utiles en cas de flambées ou d'urgences liées à d'autres maladies. Formaliser la collaboration systématique entre les programmes d'éradication de la poliomyélite et les programmes d'urgence constitue une étape importante;
- en transférant la responsabilité de l'évaluation des risques, de l'élaboration des plans d'atténuation des risques et de l'intervention de lutte contre les flambées de poliomyélite de l'OMS et de l'UNICEF aux programmes d'urgence respectifs conformément à la SPC. Pour lancer ce processus, l'IMEP et le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS (PGSUS), qui chapeaute mondialement le système de gestion des incidents d'urgence sanitaire, vont élaborer un protocole d'accord pour assurer la collaboration lors des interventions de lutte contre les flambées et les urgences;
- en mettant en application la collaboration actuelle entre le département de Vaccination mondiale des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (CDC) et le système d'intervention et d'urgence mondial des CDC pour répondre aux demandes internationales d'assistance technique et d'intervention de lutte contre les flambées de poliomyélite, de rougeole et d'autres MPV à tendance épidémique par le biais de l'Équipe d'intervention rapide mondiale;
- en généralisant la collaboration accrue de l'OMS et de l'UNICEF avec des programmes humanitaires et d'urgence, dont les évaluations communes des risques, l'élaboration de plans d'atténuation et de vigilance et la communication sur le développement et la vaccination, afin d'atténuer les risques aux niveaux mondial, régional et national, en particulier dans la période post-certification.

## TRANSITION POST-POLIOMYÉLITE

Alors que l'IMEP avance vers l'éradication, la dissolution finale de l'initiative doit être soigneusement préparée afin d'assurer la durabilité de ses principales fonctions et capacités après la certification. La transition post-poliomyélite désigne le processus de transfert des fonctions et des fonds de l'IMEP nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite et, lorsque cela est possible et pertinent, à la réalisation d'autres priorités sanitaires.

Le *Plan d'action stratégique pour la transition*, présenté à l'Assemblée mondiale de la santé en 2018, établit le cadre mondial de gestion de la transition et de définition des capacités et des actifs, surtout au niveau des pays, nécessaires pour pérenniser les progrès dans d'autres domaines programmatiques et faire en sorte que le monde demeure exempt de poliomyélite après l'éradication. Avec un budget de 667 millions de dollars sur la période 2020–2023, le plan d'action a trois objectifs:

1. Maintenir un monde exempt de poliomyélite après l'éradication du poliovirus;
2. Renforcer les systèmes de vaccination, y compris la surveillance des maladies à prévention vaccinale, afin d'atteindre les buts du Plan d'action mondial pour les vaccins de l'OMS;
3. Renforcer la préparation aux situations d'urgence, la détection et la capacité de riposte dans les pays afin de mettre en œuvre complètement le Règlement sanitaire international (2005).

Dès 2016, l'IMEP a commencé à fournir des outils, des conseils, une assistance technique et un soutien de plaidoyer à seize pays où l'IMEP est le plus présente afin de les aider à élaborer des plans nationaux visant à généraliser les actifs, les capacités et l'infrastructure de l'IMEP au sein de leurs systèmes de santé nationaux. La majorité de ces plans de transition ont été approuvés par les autorités nationales et sont entrés dans leur phase d'exécution.

La mise en application sera un processus complexe exigeant un soutien adapté en fonction des priorités, des besoins et des capacités de chaque pays ainsi qu'un dialogue continu avec les gouvernements nationaux. La supervision de ce processus sera réalisée par les deux agences d'application, l'OMS et l'UNICEF, toutes deux capables de l'accompagner avec leurs antennes nationales et régionales. Les cinq agences partenaires de l'IMEP travaillent conjointement à l'élaboration de plans de transition spécifiques aux agences afin d'assurer le transfert en douceur de leurs fonctions avant la dissolution de l'IMEP.

L'IMEP continuera à s'impliquer activement dans la planification de la transition:

- en assurant le maintien ou le renforcement des principales capacités nécessaires à l'éradication définitive, en particulier la surveillance, lors de la transition;
- en argumentant en faveur de la généralisation des fonctions relatives à la poliomyélite au sein des secteurs concernés des systèmes de santé nationaux;
- en coordonnant, avec l'OMS, l'alignement de l'IMEP sur le budget du Treizième programme général de travail (PGT13) de l'OMS et le transfert des coûts relatifs aux fonctions qui continueront après la certification sur le budget de base de l'OMS;
- en s'impliquant dans le processus de consultation des parties prenantes, lancé sous la direction de l'OMS en novembre 2018, afin d'obtenir un consensus sur la gouvernance, le financement et la supervision de la mise en application de la Stratégie post-certification;
- en poursuivant le recueil et le partage de l'héritage et des enseignements tirés de l'éradication de la poliomyélite jusqu'à la dissolution de l'IMEP. Les pays en transition peuvent utiliser des financements de l'IMEP pour réorienter leurs activités soutenues par l'effort d'éradication de la poliomyélite conformément à leurs plans de transition, du moment que cela n'affaiblit pas les fonctions essentielles de lutte contre la poliomyélite nécessaires à la certification.

De plus, la mise en application de nombreuses stratégies nouvelles présentées dans l'objectif d'Intégration de la *Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023* contribueront au succès de la transition.

\*Plan d'action stratégique pour la transition. Genève: OMS; 2018 (<https://www.who.int/polio-transition/strategic-action-plan-on-polio-transition-may-2018.pdf>).



Afin de progresser vers le but final de certification de l'éradication mondiale de tous les poliovirus, l'IMEP veillera à la mise en place de normes de qualité conformes à tous les critères de certification, dont le confinement, lequel devient de plus en plus crucial. En effet, alors que les programmes d'éradication de la poliomyélite sont en baisse, ceux de confinement du poliovirus commencent à gagner en importance.

# Objectif 3: Certification et confinement

## OBJECTIFS

Cet objectif porte sur les activités à moyen et long terme qui permettront de maintenir un monde exempt de poliomyélite. Il faut s'occuper du travail préparatoire dès maintenant, avant la certification mondiale du PVS. Les deux objectifs sont les suivants:

1. certifier l'éradication du PVS;
2. confiner tous les poliovirus.

## 1. CERTIFIER L'ÉRADICATION DU POLIOVIRUS SAUVAGE

Afin de progresser vers le but final de certification de l'éradication mondiale de tous les poliovirus, l'IMEP veillera à la mise en place de normes de qualité conformes à tous les critères de certification (par exemple pour la surveillance et le confinement). L'IMEP soutiendra également les derniers efforts de certification régionale tout en planifiant la certification séquentielle de l'éradication mondiale du PVS.

### Défis et solutions

La Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite (CMC) a déclaré l'éradication mondiale du PVS2 en 2015. En octobre 2018, dans le cadre de l'évaluation de l'épidémiologie des types de PVS restants, la CMC a formulé la recommandation d'adopter une approche séquentielle de la certification mondiale.<sup>23</sup> Le dernier cas de PVS3 ayant été reporté en 2012, la CMC va désormais réfléchir à la date de certification de l'éradication de ce virus. Par la suite, la CMC envisagera la certification du PVS1 trois ans après le report du dernier isolat. La vérification de l'absence de chaque type de PVDVc ne sera possible qu'après le retrait total du VPO par type à un intervalle qui sera défini par la modélisation et les données de surveillance.

L'IMEP passera en revue les implications d'une certification séquentielle sur le programme et cherchera à obtenir d'autres recommandations de la part du Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination (SAGE) et de son Groupe de travail sur la poliomyélite sur toute action nécessaire.

Quatre des six régions de l'OMS ont déjà été déclarées exemptes de toute transmission du PVS. La Région africaine n'a reporté aucun PVS depuis septembre 2016, et le Comité régional de certification (CRC) pour l'Afrique a défini des interventions et des actions à apporter en priorité afin de permettre la certification dans les meilleurs délais.<sup>24</sup> L'autre région non-certifiée, la Région de la Méditerranée orientale, connaît une transmission de PVS1 en cours en 2019.

### DÉFI 1:

*Arriver à un niveau suffisamment sensible de surveillance, en particulier dans les zones inaccessibles, pour confirmer l'interruption de la transmission mondiale du PVS*

En février 2019, l'IMEP a identifié 28 pays (pour la plupart situés dans les régions de l'OMS non certifiées, à savoir l'Afrique et la Méditerranée orientale), représentant une menace pour la certification mondiale du fait de la persistance des lacunes de surveillance et de la vulnérabilité chronique à la transmission du poliovirus.<sup>25</sup> Les principaux défis du maintien de normes de surveillance adéquates proviennent souvent des pays en proie à l'insécurité, ayant de faibles infrastructures ou des capacités techniques limitées, ou comptant des poches inaccessibles de personnes vulnérables.

### Solutions

*Affiner la capacité de surveillance du poliovirus dans les zones à haut risque d'émergence du poliovirus:*

- en offrant le soutien technique de l'IMEP en matière de surveillance en priorité aux pays d'endémie et à ceux frappés par une flambée épidémique, ainsi qu'aux autres pays à haut risque en Afrique et en Méditerranée orientale;<sup>25</sup>
- en offrant à la CMC des analyses en profondeur régulières portant sur l'épidémiologie et la surveillance dans les pays d'endémie, ainsi que d'autres informations portant sur la qualité de la surveillance dans les principales zones non endémiques en proie aux conflits et inaccessibles. Les CRC des régions certifiées continueront à mesurer la qualité de la surveillance de la poliomyélite dans leurs régions respectives et à interagir avec les pays en cas de besoin.

<sup>23</sup> Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite. Rapport de la 18e réunion. Amman; 29–31 octobre 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GCC-report-29-31-Oct-20181031.pdf>).

<sup>24</sup> Cadre de la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine. Comité régional pour l'Afrique. Dakar: OMS; août 2018 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/275135>).

<sup>25</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Plan d'action mondial de surveillance de la poliomyélite 2018–2020. Genève: OMS; février 2019 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020.pdf>). Le plan sera actualisé pour tenir compte du soutien apporté par l'IMEP à tous les pays afin de les aider à atteindre une surveillance conformes aux normes de la certification.

## DÉFI 2:

Réussir pleinement les objectifs du Plan d'action mondial pour le confinement (GAPIII)

La synchronisation de la certification mondiale du PVS2 et de la mise en application du *Plan d'action mondial visant à réduire au minimum les risques associés à la propagation des poliovirus* (GAPIII) s'est avérée problématique.<sup>26</sup> À l'échelle mondiale, la création d'institutions de supervision nationales et internationales, la certification des établissements essentiels chargés de conserver les poliovirus (PEF) et la réalisation d'enquêtes nationales portant sur le matériel infectieux contenant du poliovirus et le matériel potentiellement infectieux a pris plus de temps que prévu. Ainsi, les chronologies de certification et de confinement vont continuer à avancer indépendamment l'une de l'autre jusqu'à la déclaration de l'éradication finale, lorsque tous les PVS devraient être confinés dans les PEF.

## Solution

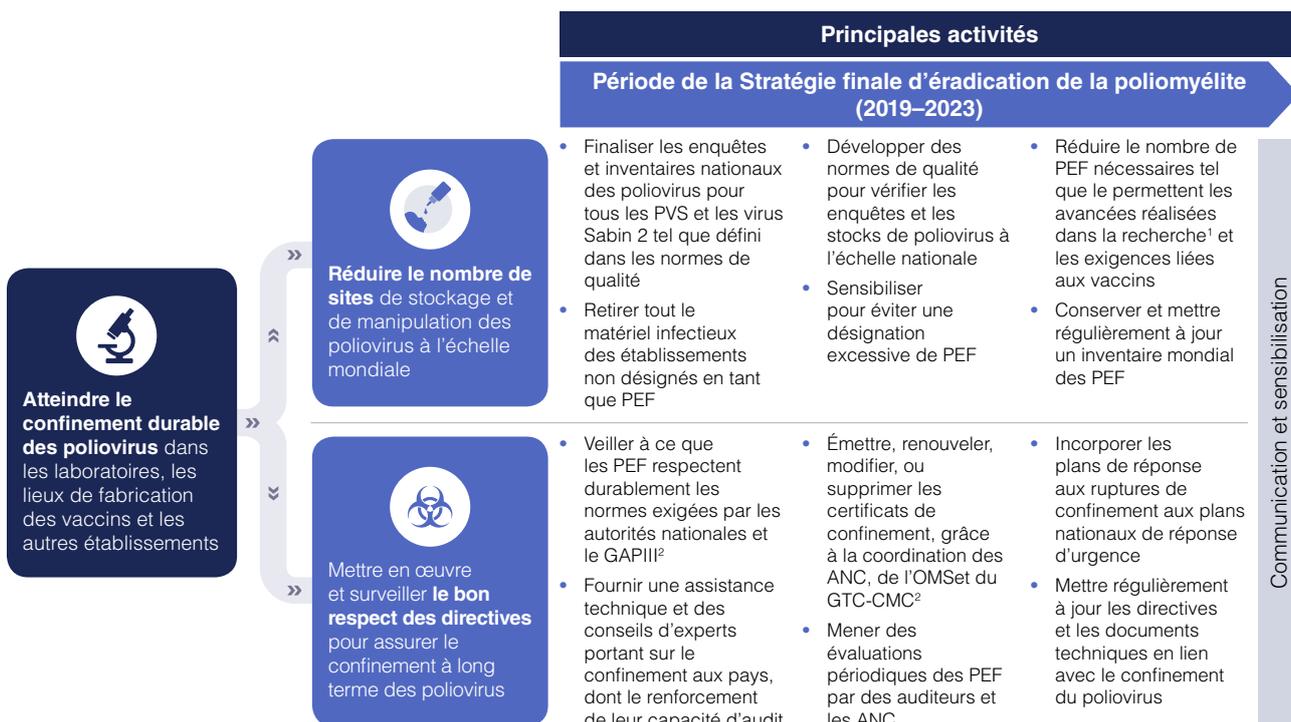
Réduire le nombre d'établissements de stockage et de manipulation des poliovirus pour ne garder que ceux essentiels au maintien de l'éradication, et mettre en application et surveiller les précautions nécessaires au confinement des poliovirus à long terme (voir la section **Confiner tous les poliovirus**).

## DÉFI 3:

Surmonter les défis en matière de communication

Avec la certification séquentielle du PVS et la vérification en décalé de l'absence de tout PVDVc, la détection concomitante des PVS et des PVDVc, potentiellement de types différents, deviendrait possible. Cette situation posera un défi de communication pour la certification régionale comme la certification mondiale. Comme il est impossible de distinguer une paralysie causée par le PVS d'une causée par le PVDV, il sera difficile d'expliquer la continuation de cas de PVDVc malgré la déclaration de l'éradication du PVS. Expliquer les origines des PVDV et la nécessité de continuer les interventions utilisant les vaccins contre la poliomyélite peut compliquer le message concernant les stratégies d'éradication et les problèmes de la certification à long terme.

Figure 6. Aperçu du confinement



PVS: poliovirus sauvage; GTC-CMC: Groupe de travail sur le confinement de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite; ANC: autorité nationale pour le confinement; PEF: établissement essentiel chargé de conserver les poliovirus.

<sup>1</sup> Les avancées possibles incluent le remplacement des cultures du virus par d'autres tests pour le diagnostic de l'infection au poliovirus ou la production de vaccins à l'aide de souches de poliovirus génétiquement modifiées ou de pseudo-particules virales.

<sup>2</sup> Le GTC-CMC va continuer à mettre en œuvre le Dispositif de certification du confinement (DCC) jusqu'à la certification mondiale du PVS. Cette supervision sera alors reprise par l'autorité appropriée.

Source: OMS.

<sup>26</sup> GAPIII: Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral, troisième édition. Genève: OMS; 2015 ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII\\_2014.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf)).

## Solution

Gérer directement les problèmes de communication concernant la certification mondiale:

- en coordonnant et en alignant des messages clairs et convaincants qui définissent le champ d'application et les implications de la certification sur le programme à travers un « plan de communication PVV », élaboré en collaboration étroite avec les régions et les pays.

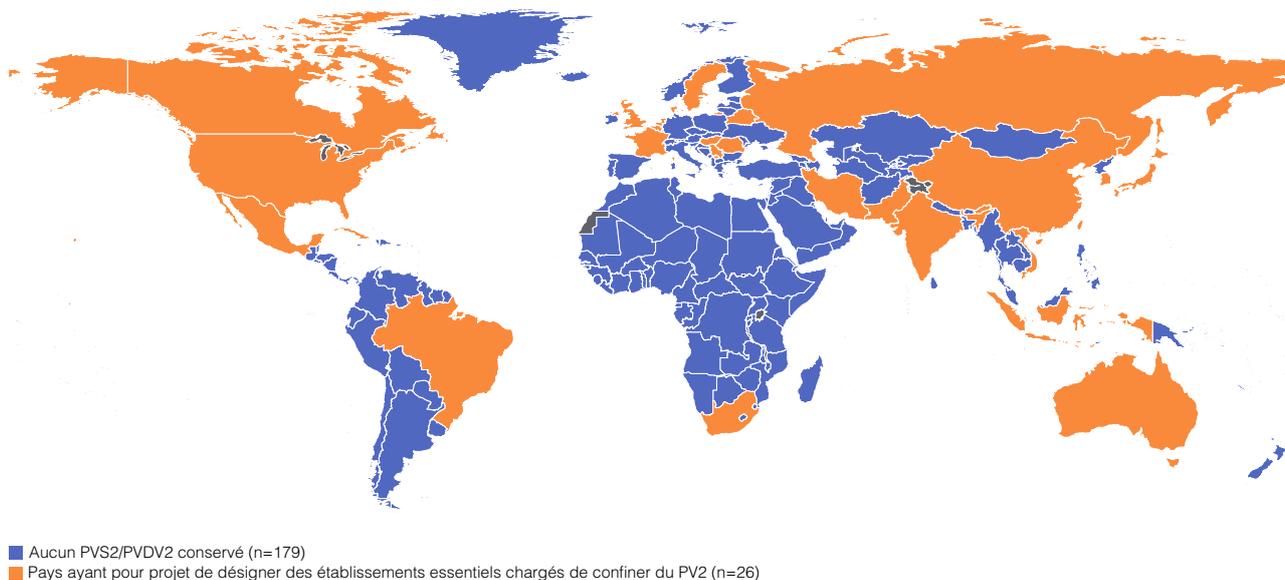
## 2. CONFINER TOUS LES POLIOVIRUS

Alors que l'interruption de la transmission du PVS dans le monde et l'arrêt du VPOb se rapprochent, il devient indispensable de confiner tous les virus et de conformer les laboratoires de suivi, les sites de production et les établissements biomédicaux aux exigences de confinement. En effet, alors que les programmes d'éradication de la poliomyélite sont en baisse, ceux de confinement du poliovirus commencent à gagner en importance. L'importance du confinement pour la certification est détaillée dans les précédentes stratégies de l'IMEP. Dans le PSFEP, le confinement faisait partie de l'Objectif 3. Dans la SPC, il constitue l'objectif premier du maintien d'un monde exempt de poliomyélite. On retrouve également le confinement dans la dernière version disponible du numéro 926 de la Série de rapports techniques qui définit les exigences pour les fabricants des vaccins contre la poliomyélite.<sup>27</sup>

Les laboratoires et les sites de production manipulent les poliovirus à des fins de production des vaccins, de contrôle de la qualité, de diagnostic et de recherche. Afin d'atténuer le risque de libération dans la population des poliovirus manipulés sur place, ce qui pourrait relancer une nouvelle transmission du poliovirus dans les régions et les pays qui en sont exempts, le GAPIII a défini des stratégies et des mécanismes pour le confinement efficace du poliovirus, ce qui lui a valu l'approbation de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2015.<sup>28</sup>

Les actions mondiales de confinement de tous les PVS avant la déclaration de l'éradication mondiale sont réparties au sein de deux activités principales: (1) réduire le nombre de sites de stockage et de manipulation du poliovirus dans le monde; et (2) mettre en œuvre des précautions adéquates et les surveiller pour assurer le confinement à long terme des poliovirus (voir la **Figure 6**).

**Figure 7. Pays conservant du matériel contenant du poliovirus de type 2**



Source: Données rapportées par les bureaux régionaux de l'OMS au 22 janvier 2019 (susceptibles d'évoluer)

## Défis et solutions

### DÉFI 1:

*Gérer l'absence de priorité du confinement du poliovirus*

La recommandation formulée par la CMC en octobre 2018 de poursuivre l'éradication par type du PVS3 souligne la nécessité d'accélérer les activités de confinement du matériel contenant du poliovirus de type 3 (PV3) pour assurer le confinement total dès le début de la période de la nouvelle phase stratégique. Toutefois, l'échéance

<sup>27</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite 2013–2018. Genève: OMS; 2013 ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP\\_FR\\_A4.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_FR_A4.pdf)), et Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Stratégie post-certification de la poliomyélite. Genève: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>), ainsi que « Guidelines for the safe production and quality control of poliomyelitis vaccine. » Série de rapports techniques, n°926. Genève: OMS; 2018 ([https://www.who.int/biologicals/expert\\_committee/POST\\_ECBS\\_2018\\_Polio\\_Web\\_9\\_Nov\\_2018.pdf](https://www.who.int/biologicals/expert_committee/POST_ECBS_2018_Polio_Web_9_Nov_2018.pdf)).

<sup>28</sup> GAPIII: Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral, troisième édition. Genève: OMS; 2015 ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII\\_2014.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf)).

pourra être repoussée à 2020 en fonction des obstacles politiques et techniques auxquels sont confrontés les pays. De plus, le nombre proposé de PEF pour le poliovirus de type 2 (PV2) est bien supérieur à ce qui était prévu. D'ailleurs, il est probable que le nombre de PEF continue à augmenter après l'éradication des types 1 et 3, ce qui alourdirait la charge de travail des autorités nationales pour le confinement (ANC).

## Solutions

*Continuer à sensibiliser les partenaires et les entités directrices de l'IMEP, les comités mondiaux et régionaux ainsi que l'Assemblée mondiale de la santé et les autres assemblées à la portée et à l'ampleur du travail qu'implique le confinement du poliovirus. Au cours de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la santé, les États membres ont adopté une résolution soulignant le besoin urgent d'accélérer la progression vers le confinement mondial du poliovirus.<sup>29</sup>*

- Le siège et les bureaux régionaux de l'OMS travaillent avec les pays sur les stratégies de création d'équivalents fonctionnels des ANC pour gérer les obstacles politiques et financiers.
- Les partenaires de l'IMEP poursuivront leurs efforts de plaidoyer et de communication et continueront à se rendre dans les pays pour les sensibiliser aux risques et aux coûts liés à l'accueil d'un PEF.
- L'IMEP va continuer sa recherche d'innovations technologiques permettant de réduire ou d'éliminer le besoin de conserver des souches de poliovirus sauvage ou vaccinal à des fins de production du vaccin, de recherche ou de diagnostic.

## DÉFI 2:

*Vérifier et valider constamment les enquêtes nationales de confinement*

De nombreux pays ont repoussé la réalisation des enquêtes sur les matériels contenant du poliovirus de type 2 afin d'inclure le matériel contenant du PVS1 et du PVS3. Elles pourraient n'être terminées qu'après avril 2019. La qualité des enquêtes et des inventaires menés à l'échelle nationale à ce jour était inégale d'un pays et d'une région à l'autre. Pour garantir le confinement du matériel contenant du PV2 pendant et après les interventions de lutte contre les flambées de PVDVc2, il faut assurer le suivi des ampoules de VPOM2 ainsi que du matériel contenant du poliovirus de type 2 infectieux et potentiellement infectieux. De plus, il faudra actualiser les enquêtes des sites de PV2 et les inventaires nationaux et fournir des attestations de destruction de tout le matériel contenant du PV2, dont les ampoules de VPOM2 non utilisées.



OMS / Darcy Levison

<sup>29</sup> Organisation mondiale de la santé. Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la santé. Résolution WHA71.16. Poliomyélite – confinement des poliovirus. Genève: OMS; mai 2018 ([http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_R16-fr.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R16-fr.pdf)).

## Solution

*Travailler avec les régions et les pays pour accélérer les enquêtes de confinement nationales et les inventaires. La récente recommandation formulée par la CMC de poursuivre l'éradication par type du PVS3 souligne l'importance d'inclure le PVS3 à ses activités et composent de potentielles prolongations des échéances.*

- L'OMS développe des modèles normalisés, des exigences minimales de reporting et des indicateurs d'évaluation que les pays et les organes de supervision pourront utiliser.

Les partenaires de l'IMEP vont se coordonner avec les pays pour garder les inventaires à jour et assurer la destruction complète et à temps du matériel concerné.

### DÉFI 3:

*Identifier l'impact de la certification séquentielle du poliovirus sur les échéances de confinement*

L'IMEP définit actuellement les implications de la certification du PVS3 en termes d'accélération du confinement du type 3 (inventaire/destruction du PV3, certification des PEF conservant du PV3) et de ses répercussions sur la production des vaccins. La certification potentielle de l'éradication du PVS3 exige l'accélération des échéances du confinement du type 3 par les pays et les établissements.

## Solution

*Se coordonner avec les pays pour maintenir les inventaires à jour et assurer la destruction rapide et complète du matériel concerné. Les partenaires de l'IMEP se coordonnent actuellement avec la CMC pour identifier les futurs effets de la certification de l'éradication du PV3 sur le programme de confinement mondial du poliovirus.*

### DÉFI 4:

*Définir des normes de gestion mondiales pour accompagner la certification à long terme*

La gestion du confinement du poliovirus sera nécessaire sur le long terme dans la période post-certification, mais il faudra définir des domaines de travail afin de promouvoir la conformité avec les normes de confinement et de soutenir le suivi et la supervision. Les organes de réglementation n'ont pas encore défini l'utilisation du poliovirus après la certification, ce qui sera compliqué puisque le poliovirus est nécessaire dans de nombreuses normes de production internationales à des fins de contrôle de la qualité de certains produits médicaux et sanitaires. De plus, le GAPIII manque d'auditeurs formés et qualifiés pour assurer la supervision et réaliser les processus de certification du confinement.

## Solutions

*Soutenir la certification à long terme:*

- en élaborant une stratégie pour communiquer le besoin urgent de modifier les exigences à l'industrie et aux organes de réglementation;
- en collaborant avec les partenaires sur les réglementations nationales de biosécurité;
- en développant des capacités nationales avec le lancement récent d'un programme international et en continuant à réfléchir aux possibilités de partage des auditeurs entre les pays;
- en continuant l'application des stratégies définies dans la SPC concernant les problèmes de confinement et les mécanismes à long terme.



L'IMEP s'engage à faire progresser l'égalité des sexes et à cultiver un environnement de travail sûr, inclusif et respectueux. Cela est particulièrement pertinent, puisque les seize pays recevant le plus de soutien de la part de l'IMEP comptent parmi les plus inégalitaires entre les femmes et les hommes.

*Au Pakistan, des professionnelles de santé recrutées localement au sein de la communauté occupent une place centrale dans la lutte contre la poliomyélite dans l'environnement complexe de leur pays, et ont un rôle de plus en plus important à jouer dans leur communauté.*

# ■ DOMAINES D'ACTIVATION

## ÉGALITÉ ET ÉQUITÉ DES SEXES

Alors que l'éradication se rapproche, l'IMEP repense ses stratégies à travers le prisme de la question du genre pour influencer les comportements en matière de santé et, par extension, les résultats de la vaccination.<sup>30</sup> En tenant compte de cette variable, l'IMEP a augmenté la collecte et l'analyse de données ventilées par sexe ainsi que l'analyse comparative entre les sexes pour guider la programmation, créer des opportunités à des postes de direction pour les femmes et affirmer que les femmes, les hommes et les personnes ayant une identité de genre non-binaire ont le même droit de participer de façon significative à l'éradication de la poliomyélite.<sup>31</sup>

### Des stratégies sexospécifiques pour atteindre les populations

L'IMEP a élaboré une stratégie pour accompagner son effort de parité sur l'ensemble du programme. Par l'intermédiaire d'un dossier technique dédié, l'IMEP définit comment les normes, les rôles, les relations et les inégalités de genre peuvent poser des obstacles en matière de communication, de vaccination et de surveillance.<sup>32</sup> Les stratégies sensibles au genre se sont avérées efficaces pour les surmonter, notamment concernant la gestion des refus, le développement de la confiance et les efforts d'atteindre tous les enfants, jusqu'au dernier, en particulier dans les pays d'endémie.

Les femmes, qu'elles soient professionnelles de première ligne ou mobilisatrices sociales, ont un rôle à jouer pour relayer l'importance de la vaccination. La plupart d'entre elles ont été recrutées à temps plein pour mener des activités à l'échelle locale: inscription, vaccination et suivi des enfants de moins de cinq ans, élaboration des microplans, ou encore mobilisation des communautés pour atteindre les objectifs des campagnes. Dans les pays d'endémie, les femmes représentent désormais 99% de l'ensemble des professionnels de première ligne au Nigéria, 68% au Pakistan et 34% en Afghanistan.

Pour la surveillance des communautés, le programme engage des bénévoles chargés de suivre et de reporter les cas suspectés de PFA dans les zones difficilement accessibles ou à populations particulières, lesquelles préfèrent parfois la pratique de soins traditionnels plutôt que les consultations en centre de santé. Les équipes de chaque pays consultent les dirigeants locaux pour définir les normes appropriées d'âge et de genre afin de faciliter autant que possible le travail des bénévoles chargés des enquêtes de cas et de la collecte des échantillons.

L'IMEP collecte, analyse et a régulièrement recours aux données ventilées par sexe pour veiller à l'égalité des filles et des garçons dans la vaccination et la surveillance de la PFA. L'IMEP va continuer à veiller à fournir des analyses de genre à toutes les activités du programme en allouant les ressources financières et humaines nécessaires aux approches sensibles au genre en matière de planification, d'application, de suivi et d'évaluation.

### Augmenter la participation significative et égalitaire des femmes

En augmentant la participation des femmes, l'IMEP a non seulement renforcé l'efficacité de la prestation de services de santé, mais aussi contribué à augmenter le nombre de femmes dans le personnel de santé publique en leur offrant des compétences transférables. L'IMEP s'engage à faire progresser l'égalité des sexes et à cultiver un environnement de travail sûr, inclusif et respectueux. Cela est particulièrement pertinent, puisque les seize pays recevant le plus de soutien de la part de l'IMEP comptent parmi les plus inégalitaires entre les femmes et les hommes. Le programme applique également une politique de tolérance zéro en matière de harcèlement, d'exploitation, de mauvais comportement et d'abus sexuels, quelle que soit leur forme.<sup>33</sup>

Afin de valoriser les réalisations de ce programme, l'IMEP va accorder davantage d'importance à la participation significative et égalitaire des femmes à tous les niveaux, y compris dans la composition de ses organes de gouvernance, de supervision et de conseil, ainsi que dans les équipes de ses bureaux nationaux. L'IMEP va collaborer avec d'autres communautés de santé et de vaccination pour partager les enseignements tirés et veiller à ce que la participation égalitaire des femmes soit rendue possible, en particulier dans des postes de direction et de prise de décision. Ces collaborations seront renforcées au moment de la transition du programme. L'IMEP s'engage en faveur de la parité (50%-50%) au sein de tous ses organes de gouvernance, de conseil technique et de supervision d'ici à 2020.

## GOVERNANCE ET GESTION

Les structures de gouvernance et de gestion de l'IMEP constituent l'un des principaux facteurs de la réussite du programme d'éradication de la poliomyélite. S'il est important de disposer de stratégies techniques et

<sup>30</sup> Par «genre», on entend les caractéristiques des femmes et des hommes déterminées socialement, comme par exemple les normes, les rôles et les relations au sein des groupes de femmes et d'hommes et entre eux. Il varie d'une société à une autre, et il peut être modifié. Pour une définition approfondie du genre, voir la rubrique Genre, égalité et droits de l'homme de l'OMS (<https://www.who.int/gender-equity-rights/understanding/gender-definition/en/>).

<sup>31</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. FAQ: Genre et éradication de la poliomyélite. Genève: OMS; 2018 ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/07/polio-vaccination-gender-FAQ-Frequently-Asked-Questions-GPEI\\_Gender-and-Polio\\_20180710.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/07/polio-vaccination-gender-FAQ-Frequently-Asked-Questions-GPEI_Gender-and-Polio_20180710.pdf)).

<sup>32</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. «Technical brief: gender». Genève: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/03/GPEI-Gender-Technical-Brief-2018-ver-3.0.pdf>).

<sup>33</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Secrétariat du Conseil de surveillance de la poliomyélite. Déclaration sur le mauvais comportement sexuel. Genève: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-oversight-board-statement-on-sexual-misconduct-20180426.pdf>).

programmatisées à la fois compréhensibles et éprouvées, la façon dont elles sont mises en œuvre par l'IMEP est tout aussi importante. Il est parfois nécessaire de modifier les structures du partenariat pour :

- gérer les risques épidémiologiques;
- donner au partenariat les moyens d'intervenir de façon efficace;
- aider les personnes en première ligne à éviter le burn-out en assurant un transfert rapide des compétences et des capacités.

La structure de gestion actuelle de l'IMEP est issue d'une révision complète menée en 2014 après le PSFEP afin de formuler des recommandations sur sa mise en œuvre (voir **Annexe E**). Elle a aussi été précipitée par l'augmentation des cas de PVS dans huit pays en 2013. Plusieurs conclusions clés de la révision, approuvées par le POB en décembre 2014, ont permis au programme de recentrer ses efforts.<sup>34</sup>

Le partenariat doit faire preuve de rapidité et de souplesse pour interrompre la transmission du PVS dans les deux pays restants. La meilleure façon de procéder est de doter le programme d'une structure solide aux niveaux régional et national en Afghanistan et au Pakistan, en :

- abaissant la délégation de l'autorité du niveau mondial au niveau régional/national pour répondre rapidement aux changements constatés aux niveaux des districts, sous-national et national;
- en apportant une capacité de financement et de recrutement suffisante au niveau du pays pour uniformiser l'application dans les zones prioritaires (les couloirs nord et sud et Karachi);
- en munissant les équipes en première ligne du niveau de coordination du partenariat et de son expertise technique pour leur permettre d'atteindre les enfants manqués dans les zones et les populations des réservoirs.

Le centre de partenariat Afghanistan–Pakistan actuellement mis en place travaillera en étroite collaboration avec les Centres d'opérations d'urgence (COU) nationaux et des états pour aider les équipes des deux pays à réaliser la planification stratégique et la mise en œuvre des plans d'action d'urgence nationaux (PAUN). Les principaux domaines du soutien seront: (1) la qualité des campagnes et de la surveillance; (2) le renforcement de la gestion; (3) l'analyse des données; (4) la communication et le plaidoyer; (5) la mobilisation des ressources; (6) la gestion des subventions; et (7) la coordination renforcée des initiatives transfrontalières. Le personnel du centre sera composé de membres des quatre partenaires opérationnels.

Le rapport 2018 du Comité de suivi indépendant (CSI) fait état de la fatigue et du manque de motivation du personnel de l'OMS et de l'UNICEF en Afghanistan et au Pakistan comme facteurs principaux de la diminution de l'engagement nécessaire dans les deux pays.<sup>35</sup> Les deux agences révisent actuellement leurs pratiques en matière de roulement du personnel, de durée des missions et de mesures d'incitation pour que le personnel reste en forme, engagé et motivé jusqu'à la ligne d'arrivée.

L'évaluation actuellement en cours des groupes de gestion et des groupes de l'IMEP permettra de réfléchir aux nouveaux domaines proposés dans la présente stratégie 2019–2023. Le Comité stratégique est train d'élaborer un mécanisme permettant d'équiper les nouvelles stratégies présentées dans les trois objectifs de cadre de responsabilisation, d'échéances intermédiaires et de plans de communication. Il sera également essentiel d'actualiser les cadres actuels de responsabilisation commune en y incluant d'autres partenaires tels que Gavi, l'Alliance du vaccin, les groupes de vaccination et les groupes d'urgence, afin qu'ils puissent intégrer de nouveaux domaines de collaboration.

Le partenariat continuera à évaluer et à faire les ajustements nécessaires, en cas de besoin, pour permettre la réalisation du but de l'IMEP et de ses groupes de suivi et de conseil.

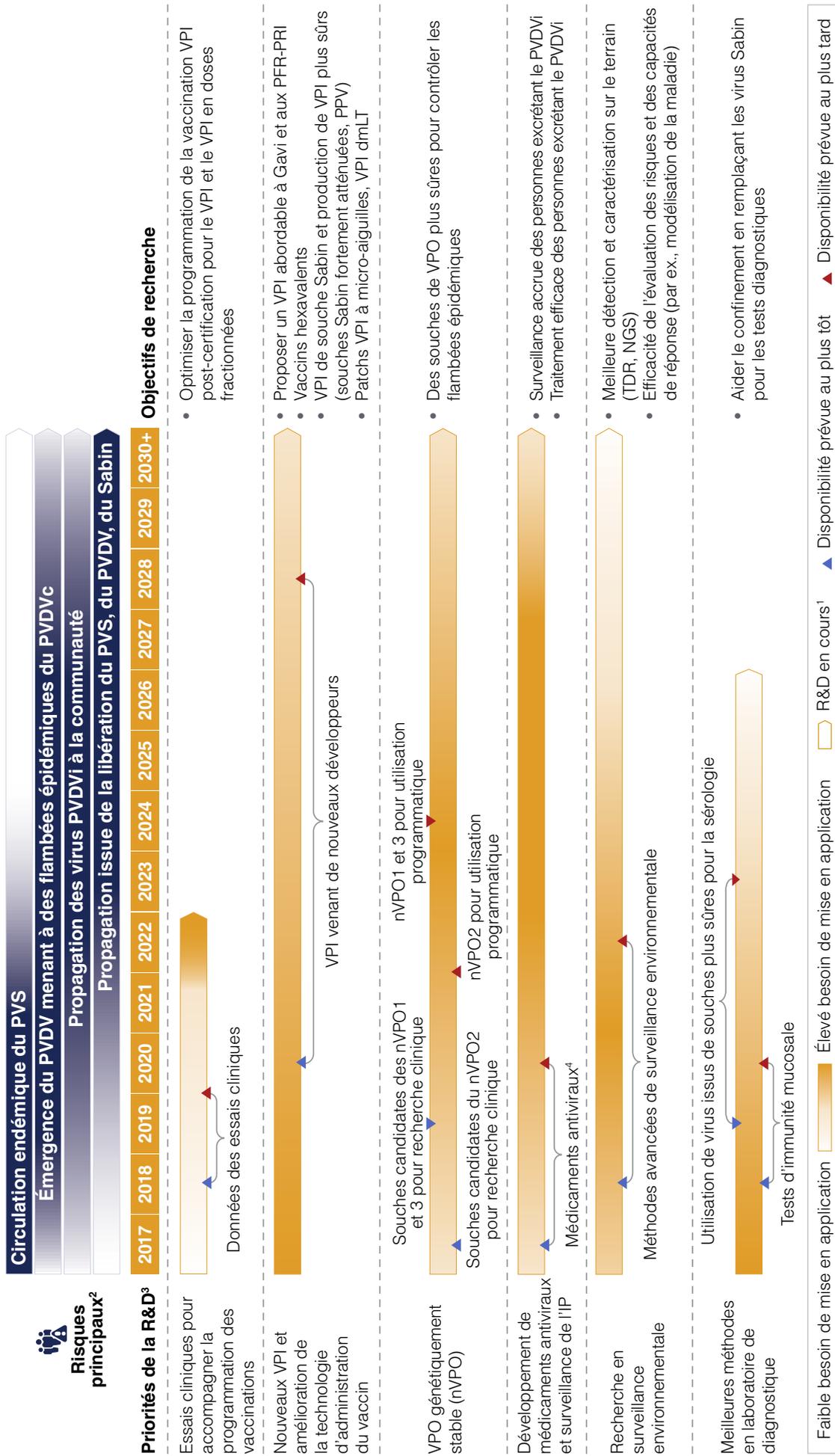
## RECHERCHE

Le programme de recherche contre la poliomyélite est composé de projets portant sur les besoins immédiats et d'autres pouvant prendre plusieurs années. Le développement de nouveaux VPO génétiquement stables est entré dans sa deuxième phase, tandis que les essais de deux nouveaux médicaments antiviraux se poursuivent sur des volontaires humains et sur des nouveaux-nés et des enfants infectés par le PVDV. Le progrès continu de ces initiatives primordiales est essentiel pour réduire le risque d'émergence du PVDV avant et après la certification. Parmi les autres grands domaines de recherche, on retrouve le développement de nouveaux VPI permettant de réduire les coûts, d'améliorer la couverture et de réduire les risques liés à l'utilisation de poliovirus vivants dans la production du vaccin; la surveillance sérologique pour évaluer l'immunité des populations; la modélisation de la maladie infectieuse afin d'estimer les risques après l'arrêt de la transmission et de soutenir la surveillance environnementale; le développement de nouveaux tests en laboratoire pour améliorer la détection du virus, se conformer aux exigences de confinement et mesurer l'immunité mucoale; les nouvelles technologies d'administration du vaccin du VPI; et la recherche clinique sur les nouveaux vaccins et la programmation des vaccinations pour informer les politiques publiques de santé (voir la **Figure 8**).

<sup>34</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Rencontre du Conseil de surveillance de la poliomyélite. Compte-rendu de la réunion; 12 décembre 2014 ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/POB\\_Minutes\\_Mtg20141212.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/POB_Minutes_Mtg20141212.pdf)).

<sup>35</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Comité de suivi indépendant. «How to cut a long story short: Sixteenth report»; octobre 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/11/20181105-16th-IMB-Report-FINAL.pdf>).

Figure 8. Aperçu du programme de recherche



PVS: poliovirus sauvage; PVDV: poliovirus dérivé d'une souche vaccinale; PVDVc: poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associée à une immunodéficience; VPI: vaccin antipoliomyélique inactif; VPO: vaccin antipoliomyélique oral; nVPO: nouveau vaccin antipoliomyélique oral; PFR-PR1: pays à faible revenu et pays à revenu intermédiaire; PPV: pseudo-particules virales; dmLT: toxine thermolabile doublement mutante; P: immunodéficience primaire; TDR: test de diagnostic rapide; NGS: séquençage nouvelle génération.

<sup>1</sup> La R&D visant à introduire de nouveaux produits peut ne pas toujours être terminée avant le début des besoins de mise en application. <sup>2</sup> La chronologie des risques suit la chronologie actuelle de certification; la recherche continuera quels que soient les changements apportés à la chronologie de certification. <sup>3</sup> Les projets de recherche spécifiques mentionnés sont donnés à titre d'exemple et ne constituent pas une liste exhaustive. <sup>4</sup> Disponibilité prévue au plus tôt par l'autorisation d'utilisation d'urgence.

Source: OMS.

## RESSOURCES FINANCIÈRES

### Quels financements pour l'éradication et son maintien

En septembre 2018, le Conseil de surveillance de la poliomyélite (POB) a approuvé un budget pluriannuel définissant les besoins en ressources de l'IMEP de 2019 à 2023. La durée de cinq ans du budget (et de la présente stratégie) repose sur l'estimation que la transmission sera interrompue en 2020, même si tout sera mis en œuvre pour que cela arrive plus tôt.

Le budget de cinq ans de l'IMEP est le principal, mais pas le seul, élément de coût de l'effort d'éradication (voir ci-dessous pour les coûts additionnels hors IMEP). Il présente un équilibre entre les investissements à réaliser pour maintenir et intensifier les interventions clés, et les réductions ciblées à faire pour contenir les dépenses. Le budget total s'élève à 4,2 milliards de dollars, dont des coûts additionnels de 3,27 milliards de dollars (en plus de ce qui a déjà été obtenu pour la période 2013–2019) à mobiliser pour financer pleinement le plan. La mobilisation des ressources sera guidée par un dossier d'investissement pour l'IMEP qui sera élaboré en mai 2019.

Le budget 2019–2023 baisse de 4% à 9% d'une année sur l'autre, soit un total de 25% sur cinq ans, allant de 942 millions de dollars en 2019 à 704 millions de dollars en 2023 (voir la **Figure 10**). Les réductions commencent dès 2020 dans les pays exempts et à faible de risque de poliomyélite, où les plans de transition nationaux prévoient une plus grande prise de responsabilité des États dans le maintien des fonctions centrales au fur et à mesure que l'IMEP retire son soutien. Dans certains pays, les contributions nationales devraient compenser pleinement le retrait du financement de l'IMEP. D'un autre côté, les pays aux ressources et aux capacités limitées pourraient avoir besoin de plans afin d'attirer le soutien de la part d'autres sources que l'IMEP.

L'IMEP continuera à encourager et à permettre aux programmes complémentaires, aux partenaires et aux États membres d'adapter les actifs et le savoir-faire du programme de lutte contre la poliomyélite à d'autres objectifs de santé alors que l'éradication de la poliomyélite approche.

### Allocation du budget de l'IMEP

**Figure 9. Budget multiannuel de l'IMEP par emplacement, 2019–2023**



Source: OMS.

- Les budgets de l'Afghanistan et le Pakistan sont maintenus à partir de 2019 et commencent à baisser seulement à partir de 2022, après l'interruption de la transmission du poliovirus.
- Alors que le budget du Nigéria commence à décliner plus tôt, le pays étant plus proche de la certification, ces réductions sont largement compensées par des sources autres que l'IMEP et prévoient un soutien interne au pays pour les fonctions essentielles nécessaires au maintien de l'éradication et aux activités de transition.
- Le budget prévoit également un montant consacré aux interventions de lutte contre les flambées épidémiques de PVDVc.
- Parmi les activités, les campagnes de vaccination absorbent près d'un tiers du budget et constituent encore la plus grosse dépense. La part du budget alloué à la surveillance augmente au fur et à mesure que le montant total du budget diminue. Cela reflète le besoin continu de surveillance même lorsque le programme s'approche de la certification (voir **Annexe F**).

Alors que les établissements de recherche vont devoir se conformer aux exigences de confinement, la recherche portant sur le confinement comprend plusieurs avantages, notamment le potentiel de développement et de déploiement de nouvelles souches de poliovirus ne présentant aucun risque d'utilisation pour la communauté et pouvant être produites hors du confinement. L'objectif premier du confinement est de réduire le nombre d'établissements de stockage ou de manipulation du poliovirus. La progression de la recherche est capable d'aider l'IMEP à atteindre cet objectif, lequel permettra à son tour de maintenir un monde exempt de poliomyélite.

Le budget pourra être modifié si les nouvelles interventions ou l'intensification des interventions existantes présentées dans la présente stratégie (par exemple, l'élargissement de la tranche d'âge de la population ciblée par la vaccination) requièrent des investissements supplémentaires. Alors que l'analyse de la valeur des nouvelles approches est encore en cours, toute dépense supplémentaire devrait être absorbée par l'enveloppe budgétaire de 4,2 milliards de dollars de l'IMEP. Les nouvelles dépenses seront quant à elles incorporées à une matrice de priorisation des allocations pour financer en priorité les interventions les plus rentables et ayant le plus d'impact.

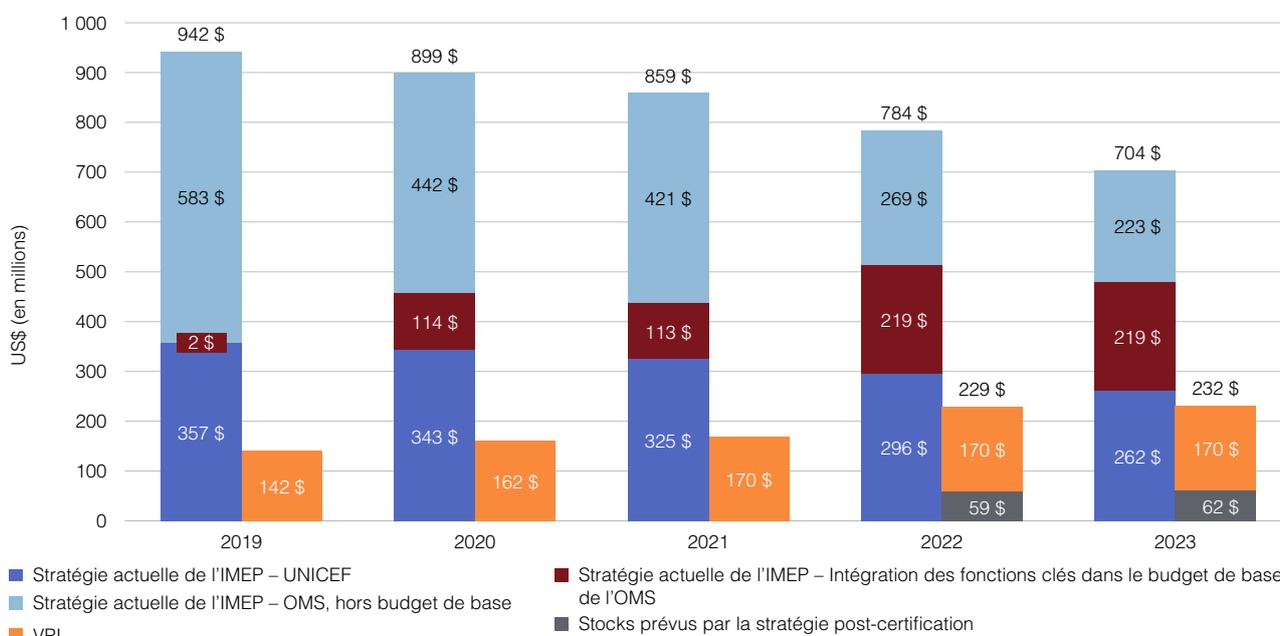
### Coûts additionnels de l'éradication et de son maintien

Le budget de l'IMEP ne suffira pas à lui seul à réaliser l'éradication, son maintien, et la mise en œuvre de la présente stratégie. Par exemple, il faudra compter entre 100 millions et 200 millions de dollars par an de 2019 à 2025 pour le VPI, élément clé de l'éradication et de son maintien, dans 70 pays soutenus par Gavi. L'IMEP et Gavi, l'Alliance du vaccin, collaborent depuis plusieurs années dans un ensemble de domaines, par exemple l'introduction et le déploiement du VPI au sein des calendriers nationaux de vaccination, tout en gérant différentes contraintes d'approvisionnement à l'échelle mondiale. En 2018, à la demande du POB, le Conseil d'administration de Gavi a approuvé une subvention exceptionnelle pour soutenir le VPI jusqu'à 2020. Le Conseil d'administration de Gavi a également approuvé un soutien continu sur la période 2021–2025, sous réserve de disponibilité du financement (environ 850 millions de dollars) et du bon alignement des modalités de financement du pays au paramètre final de Gavi 5.0. L'IMEP et Gavi se sont engagés à travailler ensemble au plaidoyer en vue de futures levées de fonds pour le VPI.

D'autre part, on estime à 121 millions de dollars la constitution de réserves de VPO à utiliser dans le cadre d'interventions de lutte contre les flambées en cas de détection du PVS après la certification. Comme ces réserves ne seront utilisées qu'après la certification et la dissolution de l'IMEP, elles n'entrent pas dans le budget actuel de l'IMEP. Cependant, comme elles sont essentielles au maintien de l'éradication, l'IMEP s'est engagé à mener des opérations de plaidoyer et de levée de fonds en leur faveur dans le cadre de la mise en œuvre de la *Stratégie post-certification (SPC)*.<sup>36</sup>

Les projets présentés dans la section Intégration (voir **Objectif 2: Intégration**), qui prévoit la collaboration entre l'IMEP et d'autres acteurs de la santé pour fournir un ensemble de services de santé et protéger les populations en vue de l'éradication et de son maintien, ne sont pas budgétisés séparément dans la présente stratégie. La plupart de ces initiatives sont, ou seront, financées en dehors du budget de l'IMEP par l'intermédiaire de mécanismes d'initiatives et de collaborations existants (comme l'Initiative de prestation de services intégrés menée par l'UNICEF, l'initiative de vaccination de la Bill & Melinda Gates Foundation ainsi que le cadre de renforcement des systèmes de santé et les subventions en espèces de Gavi)

**Figure 10. Coût total de l'éradication, 2019-2023**



IMEP: Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite; VPI: vaccin antipoliomyélique inactivé.  
Source: OMS.

<sup>36</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Stratégie post-certification de la poliomyélite. Genève: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>).

D'un montant de 4,2 milliards de dollars, le budget de l'IMEP comprend les dépenses des deux partenaires opérationnels, l'OMS et l'UNICEF. Les coûts additionnels hors IMEP se composent du VPI et de la dépense unique concernant les réserves de VPO qui seront utilisées après la certification. En cumulant les éléments IMEP et non IMEP, le coût total de l'éradication de la poliomyélite et de son maintien s'élève à 5,1 milliards de dollars de 2019 à 2023 (soit un peu moins de 1 milliard de plus que le budget de l'IMEP).

À partir de 2020, les dépenses essentielles de santé publique financées par la lutte contre la poliomyélite apparaîtront dans le budget de base l'OMS (par exemple, 114 millions de dollars en 2020). Cela illustre l'engagement de l'OMS en faveur de la généralisation et du maintien à long terme des principales capacités, telles qu'une surveillance sensible et étendue ou les laboratoires de référence qui seront nécessaires au maintien de l'éradication de la poliomyélite après la certification. Parallèlement, le fait de garder ce segment dans le budget de l'IMEP indique l'engagement pris par cette dernière de lever des fonds et de préserver les actifs et les activités fondatrices mis en place par le programme jusqu'à l'éradication.

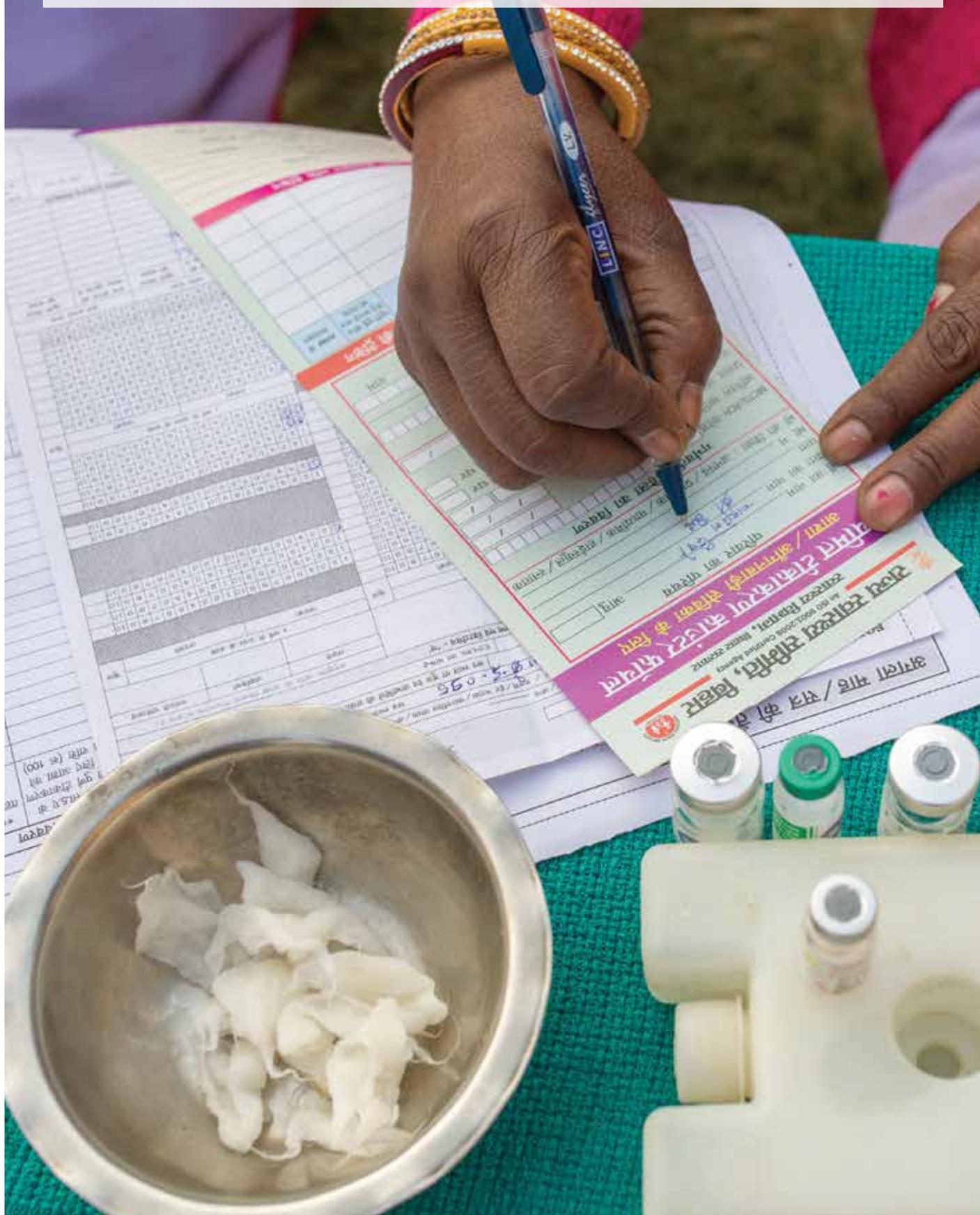
L'UNICEF a identifié les actifs et les fonctions relatifs à la poliomyélite, tels que la communication et la mobilisation sociale ainsi que l'approvisionnement et la gestion des vaccins, ayant apporté une contribution et des enseignements dans l'atteinte et la prestation de services aux enfants les plus difficilement accessibles et les plus marginalisés au monde. Étant donnée la valeur reconnue de ces actifs, le potentiel d'en tirer profit pour renforcer la vaccination et augmenter les taux de couverture, et pour prévenir tout risque de les perdre, l'UNICEF travaille avec les gouvernements afin d'absorber ces fonctions dans les plans et les stratégies nationaux de santé et de vaccination. Ils sont progressivement incorporés, sur le plan technique comme financier, dans des programmes de vaccination, de santé et de communication pour le développement. Cette transition continuera sur la période 2019–2023.



UNICEF / Asad Zaidi

S'il faut attendre la certification avant de mettre en application la Stratégie post-certification, il faut commencer dès maintenant à préparer une transition en douceur avant la dissolution de l'IMEP.

*Une professionnelle de la santé remplit une carte de vaccination dans le cadre d'une campagne multi-antigène dans le village de Tilkeshwar dans le bassin isolé de la rivière Kosi dans l'état du Bihar, en Inde.*



# PRÉPARATION À LA MISE EN APPLICATION DE LA STRATÉGIE POST-CERTIFICATION

D'importantes activités doivent être organisées entre 2019 et 2023 pour garantir la bonne application de la *Stratégie post-certification* (SPC) qui entrera en vigueur après la certification de l'éradication de la poliomyélite.<sup>37</sup> La SPC définit les fonctions techniques et les normes nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite. L'OMS a engagé le processus de définition de ces activités et de leurs coûts dérivés en novembre 2018.

S'il faut attendre la certification avant de mettre en application la SPC, il faut commencer dès maintenant à préparer une transition en douceur avant la dissolution de l'IMEP. De nombreuses activités ont été incluses dans les rubriques pertinentes de la présente stratégie 2019–2023; par exemple, le renforcement de la collaboration avec le secteur de la vaccination et les programmes d'urgence afin de prévenir et d'intervenir contre les flambées épidémiques figure dans l'objectif d'Intégration.

Certains domaines de travail essentiels doivent être mis en route dès la période 2019–2023, par exemple:

## MINIMISER LES RISQUES POST-CERTIFICATION

### Confinement du poliovirus

Parvenir et veiller au confinement du poliovirus dans des établissements de confinement du poliovirus appliquant des précautions appropriées est la clé du maintien d'un monde exempt de poliomyélite. Certaines activités de passerelle doivent déjà être mise en place pour obtenir le confinement total du poliovirus dans la SPC.

Les sites de conservation du poliovirus désignés en tant que PEF devront se conformer et maintenir les précautions exigées par le GAPIII et permettre une évaluation périodique par des auditeurs et par les autorités nationales pour le confinement (ANC). Les ANC pourront renouveler, modifier ou supprimer les certificats de confinement, en coordination avec l'OMS et le GTC-CMC ou d'autres organismes de surveillance. En tant qu'institutions relativement récentes, les ANC ont besoin d'un soutien politique au sein de leur État et, souvent, de nouveaux mandats législatifs. Le plaidoyer joue un rôle crucial dans ce processus, et toutes les institutions, au niveau national comme international, doivent partager la même compréhension du processus mondial de certification du confinement et de ses exigences.

En se préparant à toute rupture du confinement, l'OMS a émis des conseils de gestion des personnes exposées dans les pays équipés de PEF. Les exercices de simulation en cas d'épidémie de poliomyélite (POSE) comprennent également un scénario de rupture du confinement. Ces exercices théoriques d'une durée de deux jours se sont avérés instructifs pour l'identification des différences entre les autorités nationales et les mandats d'isolation et de quarantaine.

### Arrêt du VPO

Le retrait total du VPO aura lieu environ un an après la certification de l'éradication du PVS. L'arrêt du VPO est primordial afin de stopper toute apparition de poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV) et de supprimer le principal risque d'émergence tous les types de PVDV. La planification du retrait du VPO aura lieu deux ans auparavant à partir des enseignements tirés du remplacement du VPOt par le VPOb. On pourra également envisager l'organisation d'AVS d'anticipation de l'arrêt dans les zones à haut risque dans l'année précédant le retrait.

## GESTION DU VACCIN

### Réserves de VPO

Le VPO reste l'outil le plus efficace de riposte aux flambées de poliomyélite, même après la certification. Pour préparer le retrait total du VPO et assurer une intervention rapide et efficace après l'arrêt du VPO, l'IMEP a engagé la constitution de réserves de VPOm1 et de VPOm3 en partant de son expérience concernant la réserve de VPOm2. La gestion quotidienne de ces réserves sera effectuée de façon conjointe entre l'OMS et la division des approvisionnements de l'UNICEF. Les réserves seront strictement réglementées, et seul le directeur général de l'OMS sera habilité à approuver la sortie des VPO.

<sup>37</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Stratégie post-certification de la poliomyélite. Genève: OMS; 2018 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-2.pdf>).

Il faut prendre dès maintenant des engagements concernant les réserves des VPO de type 1 et de type 3. Plusieurs fabricants de vaccin commencent déjà à diminuer leur production de VPO en anticipation de l'éradication. L'IMEP doit communiquer clairement et fermement ses besoins en VPO et doit s'engager à contacter régulièrement l'industrie du vaccin. En plus de mettre en place les contrats nécessaires pour garantir un approvisionnement adéquat, l'IMEP considérera un recours éventuel à des mesures d'incitation, si besoin, pour que les fabricants restent sur le marché pendant l'arrêt et le développement des réserves. Il reste essentiel de diversifier le nombre de fournisseurs pour permettre une intervention rapide contre les flambées.

### **Approvisionnement des programmes de vaccinations en VPI**

Le VPI a un rôle crucial à jouer dans le maintien d'un monde exempt de poliomyélite car il immunise les populations contre les trois types de poliovirus. De nouveaux fabricants du VPI rejoindront l'effort dans les années à venir afin d'augmenter les réserves et de réduire les coûts. En étroite collaboration avec Gavi, l'Alliance du vaccin, l'IMEP continuera à se concentrer sur la santé du marché du VPI, laquelle dépend d'une disponibilité suffisante, de la diversité des fournisseurs et de prix abordables. Cela passe également par une relation proche avec l'industrie du vaccin, par exemple en communiquant les besoins au bon moment. Cette collaboration couvre également des aspects opérationnels, par exemple pour prioriser l'allocation des réserves et planifier des activités de rappel pour atteindre les cohortes manquées soit par des programmes, soit par des campagnes de vaccination.

L'engagement pris par Gavi, l'Alliance du vaccin, de renforcer sa collaboration avec l'IMEP, dont l'engagement de financer le VPI pour 2019–2020 et potentiellement au-delà, permettra une gestion générale du VPI dans le cadre des efforts d'achat des vaccins des systèmes de vaccination (qu'il s'agisse d'un vaccin unique ou d'un vaccin hexavalent contenant le VPI). Cela permettra également à l'approvisionnement en VPI de continuer à bénéficier des stratégies commerciales influentes de Gavi et de ses mécanismes de responsabilité pour suivre la couverture du VPI. Il faut également explorer les possibilités de maintenir le VPI abordable et disponible pour les pays à revenus intermédiaires gérant eux-mêmes leurs achats.

Des institutions consultatives telles que le Groupe de cessation des risques (GCR), SAGE et son Groupe de travail sur la poliomyélite, devront apporter une aide cruciale pour émettre des stratégies pertinentes et fondées sur des données probantes d'atténuation des risques par l'allocation privilégiée du VPI en cas de besoin.

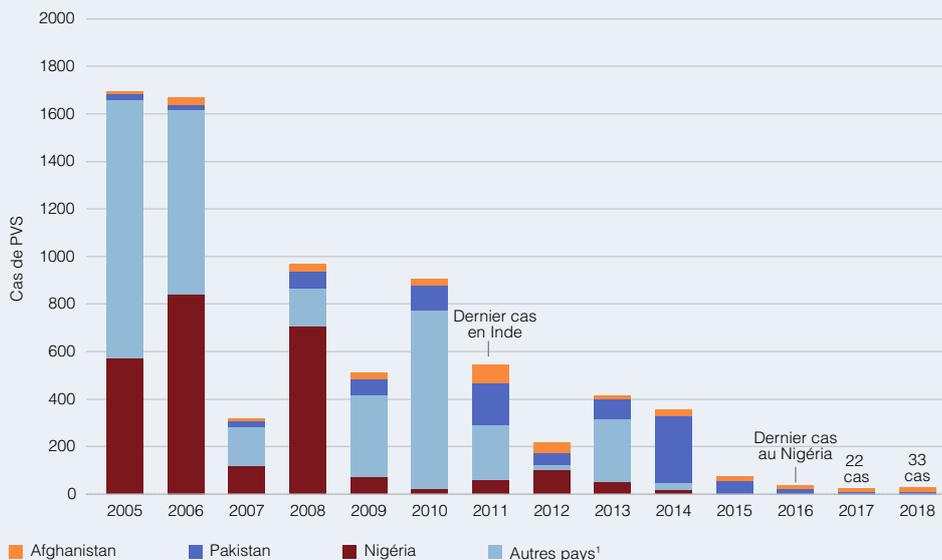


UNICEF

# ÉPIDÉMIOLOGIE ACTUELLE

L'IMEP continue à constater un déclin remarquable du nombre annuel de cas de PVS à l'échelle mondiale, ainsi que d'importants progrès dans le cadre du Plan stratégique final de l'éradication de la poliomyélite, 2013-2018. À compter de février 2019, seul un type de PVS est signalé au sein d'un même bloc épidémiologique au Pakistan et en Afghanistan. Le Nigéria n'a signalé aucun PVS depuis septembre 2016. De plus, il n'y a eu aucune flambée épidémique de PVS dans le monde en dehors des trois pays d'endémie depuis 2014. Ce succès a été rendu possible par les améliorations réalisées en termes de direction, de capacité et de structuration des programmes d'éradication de la poliomyélite au Pakistan et en Afghanistan.

Cas de PVS1 dans les pays d'endémie et de flambée, 2005–2018



**PRINCIPALES REMARQUES**

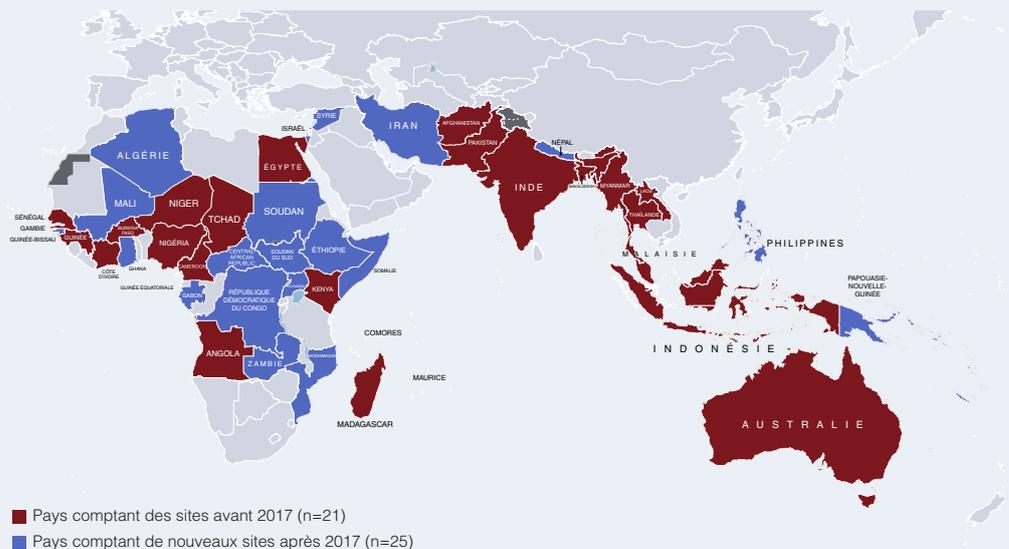
- En 2017 et 2018, seuls l'Afghanistan et le Pakistan ont signalé une transmission du PVS1, le PVS2 ayant été éradiqué en 2015 et le PVS3 n'ayant pas été signalé depuis 2012
- Aucune flambée épidémique mondiale de PVS depuis 2014

<sup>1</sup> Dont les pays avec des flambées épidémiques et l'Inde

Pays soutenus par l'IMEP dont les sites de surveillance environnementale contribuent au Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP), 2017–2018

**REMARQUES DE SURVEILLANCE**

- En 2017 et 2018, 104 nouveaux sites de surveillance environnementale (eaux usées) ont été établis dans 22 pays cibles sur 34
- En novembre 2018, on comptait 5 075 résultats de surveillance environnementale disponibles en provenance de 32 pays par rapport à 4 260 résultats en provenance de 24 pays en 2017
- La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) reste forte et bien établie dans le monde

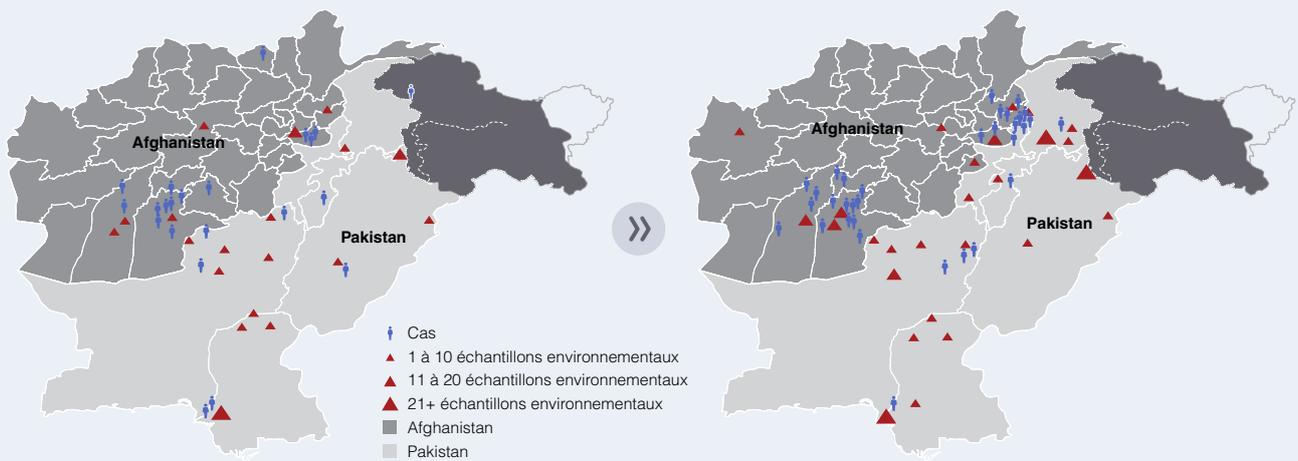


Source: Toutes les données sont tirées du système POLIS, et sont à jour au 28 janvier 2019.

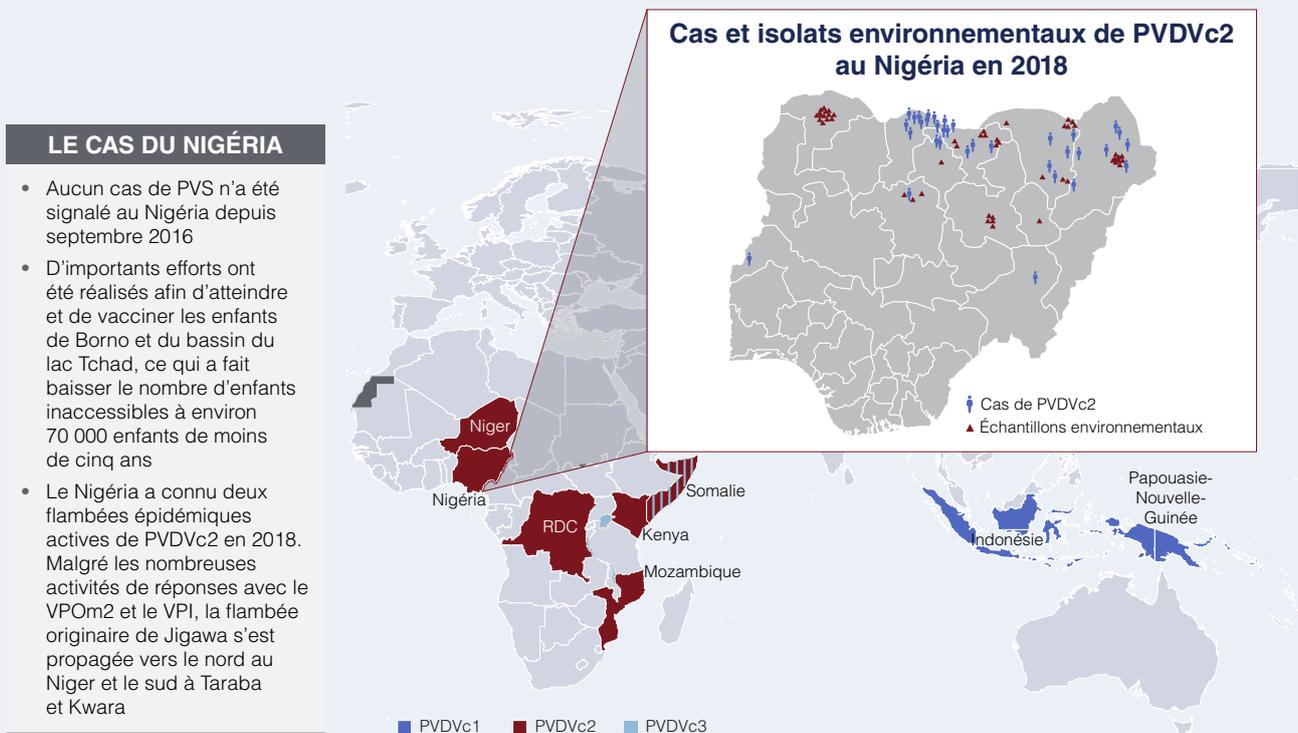
Cependant, la transmission endémique du PVS1 continue en 2019. Elle demande de redoubler d'efforts, de consolider les ressources et d'apporter une attention soutenue, en particulier dans les couloirs de transmission partagés du nord et du sud, ainsi qu'à Karachi. Le seizième rapport du Comité de suivi indépendant (CSI) a été mené via un processus de surveillance externe des trois pays d'endémie. Les recommandations du CSI ont été l'un des fondements de cette nouvelle stratégie.

La surveillance de la PFA continue partout dans le monde, et le réseau de surveillance environnementale a été fortement élargi en 2018. Cela a permis au programme de mieux détecter les nouvelles flambées épidémiques et les émergences du PVDV. L'IMEP a répondu à 15 flambées épidémiques du PVDVc depuis 2014, dont 11 sont toujours en cours en février 2019.

### Cas et isolats environnementaux de PVS1 au Pakistan et en Afghanistan, 2017 contre 2018



### Flambées de PVDVc en cours Flambées de PVDVc en cours



Source: Toutes les données sont tirées du système POLIS, et sont à jour au 28 janvier 2019. Remarque: l'emplacement des cas et des isolats environnementaux est approximatif et correspond à leur province respective. Pour plus d'informations, consultez POLIS ou contactez le Centre national d'opérations d'urgence concerné.

# ANNEXE A

## État à compter de 2018

Des progrès remarquables ont été accomplis depuis que l'Assemblée mondiale de santé s'est engagée, en 1988, à éradiquer la poliomyélite. À compter de 2018, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a permis une réduction de 99,99% du nombre de cas de paralysie. Le *Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite 2013–2018* (PSFEP) et l'Évaluation de mi-parcours (EMP) réalisée en 2015 ont joué un rôle crucial dans l'identification des principales stratégies et des actions de correction à mi-parcours que l'IMEP et ses partenaires continuent à appliquer.<sup>38</sup> Dans le cadre des recommandations formulées par l'EMP, le programme a repoussé l'échéance du PSFEP à 2019.

Le PSFEP prévoit quatre objectifs pour atteindre l'éradication de la poliomyélite. Ils sont énumérés ci-dessous, l'état de chaque objectif ayant été mis à jour en février 2019.

**Tableau A1. Objectif 1: Détection du poliovirus et interruption de sa transmission**

Objectif principal	Indicateurs de réalisation	État
Achever l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage à l'échelle mondiale et déceler et interrompre plus rapidement toute nouvelle flambée due à des poliovirus dérivés de souches vaccinales	Arrêt de toute transmission du poliovirus sauvage d'ici à la fin de 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• D'importantes améliorations de la qualité des activités dans les pays d'endémies ont entraîné une chute remarquable du nombre de cas de PVS dans le monde depuis l'entrée en vigueur du PSFEP.</li> <li>• La région de l'Asie du Sud-Est de l'OMS est devenue la quatrième région à certifier l'éradication du PVS en 2014.</li> <li>• L'éradication du PVS2 a été déclarée en 2015.</li> <li>• Aucun cas de PVS3 n'a été reporté depuis novembre 2012 (Borno, Nigéria).</li> <li>• À compter de 2014, toutes les flambées multinationales de PVS au Moyen-Orient, en Afrique centrale et dans la Corne de l'Afrique ont été arrêtées. Aucune flambée de PVS n'y a été détectée depuis août 2014.</li> <li>• Aucune détection de PVS1 endémique au Nigéria en 2016 n'a entraîné d'intervention multinationale agressive. Aucun PVS1 n'a été détecté en Afrique depuis septembre 2016.</li> <li>• La transmission du PVS1 s'est poursuivie au Pakistan et en Afghanistan et perdure encore en 2019, en particulier dans les couloirs de transmission partagés du nord et du sud, ainsi qu'à Karachi.</li> </ul>
	Interruption de toute nouvelle flambée de PVDVc dans les 120 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douze flambées de PVDVc ont été arrêtées depuis l'entrée en vigueur du PSFEP.<sup>39</sup> Six ont été stoppées dans les 120 jours suivant leur détection.</li> <li>• Les interventions de lutte contre les flambées de PVDVc se sont poursuivies en République démocratique du Congo, au Nigéria/Niger, dans la Corne de l'Afrique (Somalie et Kenya), au Mozambique, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et en Indonésie.</li> </ul>

PVS: poliovirus sauvage; PVDVc: poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale.

Source: OMS.

<sup>38</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite 2013–2018. Genève: OMS; 2013 ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP\\_FR\\_A4.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/PEESP_FR_A4.pdf)).

<sup>39</sup> Dont des flambées de PVDVc en Guinée, dans le bassin du lac Tchad, en République démocratique populaire lao, à Madagascar, au Myanmar, au Nigéria (2), au Pakistan (2), au Soudan du Sud, en République arabe syrienne et en Ukraine.

**Tableau A2. Objectif 2: Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO**

Objectif principal	Indicateurs de réalisation	État
Renforcer les services de vaccination dans les «pays cibles», introduire le VPI et retirer le VPO2 à l'échelle mondiale	Retrait mondial du VPO de type 2 d'ici à la fin de 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le retrait synchronisé du VPOt au niveau mondial et son remplacement par le VPOb dans 155 pays se sont déroulés avec succès pendant deux semaines en 2016. Malgré les défis de production du vaccin, qui ont entraîné un manque d'approvisionnement, à la fin de l'année 2018, les réserves disponibles de VPI étaient suffisantes pour permettre aux 126 pays d'inclure au moins une dose de VPI dans leurs programmes de vaccination nationaux et pour assurer un approvisionnement continu.<sup>40</sup></li> <li>Une réserve de VPOm2 terminée et des réserves de VPOm1 et VPOm2 en vrac ont été constituées sous la supervision du Directeur général de l'OMS.</li> </ul>
	De 2014 à 2018, augmentation annuelle de 10% au moins de la couverture du DTC3 dans 80% des districts à haut risque de tous les pays cibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>En collaboration avec les partenaires de vaccination, les dix pays ont élaboré un «plan unique de vaccination» qui a permis la formation du personnel dédié à la poliomyélite à la vaccination systématique ainsi que l'utilisation de ressources et d'outils dédiés à la poliomyélite, tel que le LQAS pour le suivi rapide de la couverture, dans le cadre d'activités de vaccination.</li> <li>Les études menées pour évaluer le niveau de soutien apporté par l'IMEP aux activités de renforcement de la vaccination ont révélé des variations de soutien entre les régions et les pays; si des progrès ont été accomplis dans l'amélioration des systèmes de vaccination et de la couverture vaccinale, des efforts supplémentaires sont nécessaires pour renforcer davantage les systèmes de vaccination, en particulier dans les pays à haut risque.</li> </ul>

VPI: vaccin antipoliomyélique inactivé; VPO: vaccin antipoliomyélique oral; DTC3: troisième dose de vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux; VPOt: vaccin antipoliomyélique oral trivalent; VPOb: vaccin antipoliomyélique oral bivalent; VPOm: vaccin antipoliomyélique oral monovalent; LQAS: sondage par lots appliqué à l'assurance qualité.

Source: OMS.

**Tableau A3. Objectif 3: Confinement et certification**

Objectif principal	Indicateur de réalisation	État
Certifier l'éradication et le confinement de tous les PVS d'ici à la fin de 2018 et améliorer la protection mondiale à long terme contre la poliomyélite	Certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici à la fin de 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'éradication du PVS2 a été déclarée en 2015 et aucun PVS3 n'a été reporté depuis novembre 2012 (Borno, Nigéria).</li> <li>Les activités de confinement ont été appliquées pour le PVS2 et s'accélérent en vue des certifications du PVS3 et du PVS1.</li> <li>Un projet de révision de GAPIII est prévu, et la préparation des pays et des régions a débuté.<sup>41</sup></li> <li>En mai 2018, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution soulignant le besoin d'accélérer les activités de confinement à l'échelle mondiale.</li> <li>Le SAGE a approuvé le DCC, qui définit l'approche mondiale de la certification des PEF.</li> <li>Le Groupe consultatif sur le confinement a approuvé les lignes directrices portant sur l'identification et de l'atténuation du matériel susceptible de contenir du poliovirus.</li> <li>Les directives provisoires de gestion des personnes exposées suite à la rupture du confinement dans les pays accueillant des établissements de conservation de poliovirus vivants ont été finalisées.</li> <li>Tous les États membres sont engagés dans des activités de confinement des poliovirus: <ul style="list-style-type: none"> <li>À ce jour, l'OMS a été informée de la mise en place de 24 ANC sur 26. Les pays avaient jusqu'à mars 2019 pour informer l'OMS de leur souscription aux ANC.</li> <li>À l'heure actuelle, cinq établissements ont été reconnus par leur ANC respectives et par la CMC en tant que candidat convenable au titre de PEF. Un certificat de participation leur a été fourni.</li> </ul> </li> </ul>

PVS: poliovirus sauvage; GAPIII: Plan d'action mondial visant à minimiser les risques post-éradication associés à la propagation des poliovirus (3ème édition); SAGE: Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination; DCC: Dispositif de certification du confinement; PEF: établissement essentiel chargé de conserver les poliovirus; ANC: autorité nationale pour le confinement; CMC: Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite.

Source: OMS.

<sup>40</sup> La Mongolie et le Zimbabwe ont inclus au moins une dose de VPI en avril 2019.

<sup>41</sup> GAPIII: Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral, troisième édition. Genève: OMS; 2015 ([http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII\\_2014.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014.pdf)).

**Tableau A4. Objectif 4: Planification de la transmission des acquis**

Objectif principal	Indicateurs de réalisation	État
Élaborer un plan visant à garantir que les investissements dans la lutte contre la poliomyélite contribuent à la réalisation des objectifs sanitaires futurs, en recensant les enseignements tirés de l'IMEP ainsi que ses processus et ses actifs et en assurant la transition à cet égard	Arrêt de toute transmission du PVS d'ici à la fin de 2014	Les principales activités en cours sont les suivantes: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. généraliser les fonctions de la lutte contre la poliomyélite;</li> <li>2. tirer parti des connaissances et des enseignements tirés;</li> <li>3. assurer la transition pour les actifs et les infrastructures.</li> </ol>
	Interruption de toute nouvelle flambée de PVDVc dans les 120 jours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis l'élaboration du PSFEP, la réflexion du partenariat portant sur la planification de la transmission des acquis a évolué et a été renommée «planification de la transition». Elle se regroupe autour de deux flux de travail: (1) soutenir les 16 pays prioritaires dans l'élaboration de leurs plans nationaux afin de garantir que les fonctions nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite soient bien maintenues et transmises pour consolider d'autres objectifs sanitaires; et (2) tirer les enseignements de l'éradication de la poliomyélite et les disséminer. Le Groupe de gestion de la transition de l'IMEP, responsable de la supervision de ces deux flux de travail de 2013 à 2018, a été dissolu en juin 2018. Le premier flux de travail a été transféré aux bureaux nationaux et régionaux de l'OMS et de l'UNICEF. L'IMEP va poursuivre son soutien aux activités du deuxième flux de travail.</li> <li>• Tous les pays non endémiques sont équipés de plans nationaux, dont sept ont été approuvés par les mécanismes nationaux concernés: Angola, Bangladesh, Cameroun, Tchad, République démocratique du Congo, Éthiopie et Soudan du Sud. L'étude des enseignements tirés se poursuit, notamment par le Polio History Project et le projet de collaboration avec la Johns Hopkins University sur les enseignements tirés.</li> </ul>

PVS: poliovirus sauvage; PVDVc: poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale.

Source: OMS.

# ANNEXE B

## Comparaison des évaluations des risques et liste des pays à «haut risque»

L'IMEP a recours à différents outils d'évaluation afin de cibler ses ressources et d'établir ses priorités face à un paysage changeant et dynamique des risques liés au poliovirus. Chaque approche utilise plusieurs catégories de variables en fonction du paramètre spécifique du risque évalué (par exemple, nouvelle émergence, détection, propagation) et de la période d'analyse (voir le **Tableau B1**). Les pays d'endémie actuels (Pakistan, Afghanistan, Nigéria) et ceux victimes de flambées épidémiques de PVDV doivent être étudiés en priorité afin de stopper la transmission du poliovirus. Le Tableau B2 présente une liste des pays non-endémiques présentant un risque «élevé» par chaque outil d'évaluation. Ces analyses seront actualisées en fonction des besoins afin de déterminer les priorités d'atténuation des risques. Les futures évaluations menées par le Groupe d'évaluation des risques (GER) et le Groupe de surveillance (GS) se focaliseront sur l'identification de zones géographiques sous-nationales ou de populations spécifiques requérant une aide ciblée.

**Tableau B1. Résumé des principales variables utilisées pour noter l'évaluation des risques**

Évaluation des risques	Description	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3
<b>Imperial College</b>	Accompagner la planification de la surveillance à long terme du poliovirus en identifiant les pays présentant un risque futur d'émergence et de rupture du confinement du PVDV à partir de 2017-2018.	<b>Immunité de la population</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Estimations pour chaque sérotype de l'immunité induite par le VPO et le VPI à partir du calendrier des AVS et de l'historique de vaccination des enfants atteints de PFA non poliomyélitique</li> <li>Prévisions pour 2017-2028 disponibles</li> </ul>	<b>Transmissibilité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans comme mesure de l'efficacité de la transmission du poliovirus</li> </ul>	<b>Potentiel d'exposition</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposition au PVDVc à partir de l'épidémiologie et des données de circulation internationale actuelles</li> <li>Exposition au PVDVi à partir de l'analyse des données de surveillance et de l'étude de cohorte</li> <li>Potentiel de rupture du confinement à partir de l'évaluation des PEF par l'OMS</li> </ul>
<b>GER</b>	Estimer le risque de propagation du poliovirus au cours des 12 prochains mois pour allouer les activités d'immunisation. Regroupe les évaluations de l'IDM, des CDC et de l'OMS/Imperial College.	<b>Exposition au poliovirus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Proximité des flambées en cours</li> <li>Historique de l'émergence du PVDV ou de l'importation du PVS</li> </ul>	<b>Indicateurs de vaccination</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Doses signalées (cas de PFA non poliomyélitique)</li> <li>Vaccination systématique</li> </ul>	<b>Fragilité et autres indicateurs</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Migration</li> <li>Urgences humanitaires</li> </ul>
<b>GS</b>	Identifier les pays nécessitant un suivi de surveillance et un accompagnement accrus au cours des 12 prochains mois.	<b>Risque de poliovirus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation du GER</li> <li>Pays frontaliers des flambées de PVDV</li> </ul>	<b>Indicateurs de surveillance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Taux de PFA non poliomyélitique</li> <li>Adéquation des échantillons de selles</li> <li>Évaluation de la qualité des données</li> </ul>	<b>Activités de surveillance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluations sur le terrain</li> <li>Opinion d'experts</li> </ul>
<b>Gavi, l'Alliance du vaccin</b>	Évaluer le risque de réémergence du virus à l'échelle d'un pays sur la période 2021-2025 afin de guider les scénarios de financement du VPI.	<b>Risque de réémergence du poliovirus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vaccination systématique</li> <li>Taux de mortalité infantile</li> <li>PEF</li> <li>Endémicité</li> <li>Consanguinité</li> <li>Nombre de flambées du PVDVc</li> </ul>	<b>Capacité du pays à partager les coûts</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indicateur standard de co-financement</li> <li>Coût de co-financement du vaccin en % des dépenses publiques générales de santé</li> </ul>	

GER: Groupe d'évaluation des risques; GS: Groupe de surveillance; PVDV: poliovirus dérivé d'une souche vaccinale; VPO: vaccin antipoliomyélitique oral; VPI: vaccin antipoliomyélitique inactivé; AVS: activité de vaccination supplémentaire; PFA: paralysie flasque aiguë; PVDVc: poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale; PVDVi: poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience; PEF: établissement essentiel chargé de conserver les poliovirus; IDM: Institute for Disease Modeling; CDC: Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis; PVS: poliovirus sauvage.

Source: OMS.

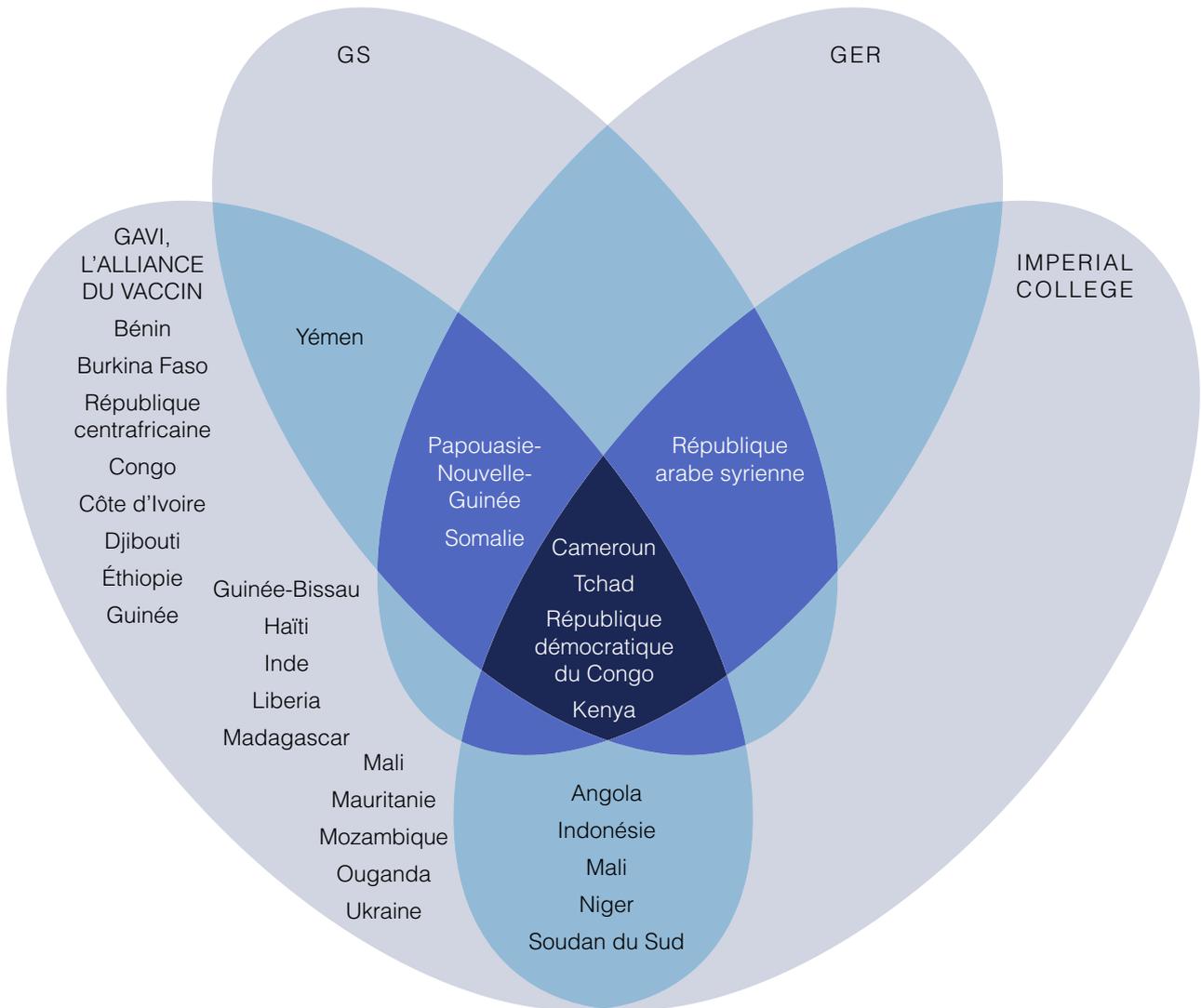
**Tableau B2. Pays présentant un risque «élevé» dans au moins une évaluation (Pakistan, Afghanistan et Nigéria exclus)**

Pays	RATT (mis à jour octobre 2018)	STT (mis à jour août 2018)*	Gavi (mis à jour août 2018)	Imperial College (2017)**
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé
TCHAD	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé
KENYA	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé
PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE	Élevé	Élevé	Élevé	
SOMALIE	Élevé	Élevé	Élevé	
CAMEROUN	Élevé	Élevé	Élevé	Élevé
GUINÉE			Élevé	
SOUDAN DU SUD			Élevé	Élevé
RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE	Élevé	Élevé		Élevé
YÉMEN		Élevé	Élevé	
ANGOLA			Élevé	Élevé
RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE			Élevé	
DJIBOUTI			Élevé	
ÉTHIOPIE			Élevé	
GUINÉE-BISSAU			Élevé	
INDE			Élevé	
LIBERIA			Élevé	
MADAGASCAR			Élevé	
MALI			Élevé	Élevé
MAURITANIE			Élevé	
MOZAMBIQUE			Élevé	
OUGANDA			Élevé	
BÉNIN			Élevé	
BURKINA FASO			Élevé	
CONGO			Élevé	
CÔTE D'IVOIRE			Élevé	
HAÏTI			Élevé	
INDONÉSIE			Élevé	Élevé
NIGER			Élevé	Élevé
UKRAINE			Élevé	

\* Groupe d'évaluation des risques (GER) utilisé pour la notation du Groupe de surveillance (GS) sauf mention contraire tel que prévu dans le document du GS.

\*\* Distribution géographique générale du risque posé par le poliovirus en 2017 pour les types 1, 2 et 3 cumulés (l'analyse exclut les résultats du Nigéria, du Pakistan, de l'Inde et de l'Afghanistan).

Source: OMS.

**Figure B1. Pays présentant un risque «élevé» par chaque outil d'évaluation**

GS: Groupe de surveillance; GER: Groupe d'évaluation des risques.

Remarque: Cette figure présente le chevauchement des pays présentant un risque «élevé» en fonction de chaque outil d'évaluation. Une telle projection peut servir de premier aperçu des pays à identifier comme prioritaires pour les interventions intégrées. Elle offre une analyse transversale au niveau national et devra être actualisée régulièrement, dans l'idéal à l'aide d'une évaluation plus détaillée au niveau sous-national.

Source: OMS.

# ANNEXE C

## Organisations impliquées dans la stratégie

Lors de la rédaction de la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023, l'IMEP a recueilli des informations auprès d'un large panel d'acteurs dans le but de façonner le travail du programme au fur et à mesure que l'objectif prévu d'éradication de la poliomyélite se rapproche. Parmi ces parties prenantes et organisations, citons:<sup>42</sup>

- Équipes de vaccination de la Bill & Melinda Gates Foundation
- Centre pour la santé mondiale, centre collaborateur de l'OMS
- Civil Society Group
- CORE Group
- Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) concernant la propagation internationale du poliovirus
- Gavi, l'Alliance du vaccin
- Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite (CMC)
- Groupe de travail du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP)
- Gouvernement d'Australie
- Gouvernement du Canada
- Gouvernement de la France
- Gouvernement de l'Allemagne
- Gouvernement du Japon
- Gouvernement de la Norvège
- Gouvernement du Royaume-Uni
- Gouvernement des États-Unis d'Amérique
- Groupes de gestion et Groupes de l'IMEP
- Partenaires de l'IMEP (équipes de vaccination et d'urgence aux niveaux mondial et régional)
- Imperial College London
- Comité de suivi indépendant (CSI)
- Institute for Disease Modeling (IDM)
- Fédération Internationale des Industries du Médicament (FIIM)
- États membres
- Équipe nationale du Pakistan
- Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite (PPG)
- RESULTS UK
- Rotary
- Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination (SAGE) et son Groupe de travail sur la poliomyélite (SAGE-WG)
- Groupes consultatifs techniques (GCT) pour les pays et les régions d'endémie
- Comité de suivi et de transition indépendant (CSTI)
- Section Santé de l'UNICEF
- Programme de vaccination de l'UNICEF
- Division des approvisionnements de l'UNICEF
- Fondation des Nations Unies (UNF)
- Équipes Poliomyélite et Vaccination des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis (CDC)
- Fabricants de vaccins
- Points focaux pour la poliomyélite des bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF et le Règlement sanitaire international (RSI)
- Équipe de lutte contre le choléra de l'OMS

<sup>42</sup> Une liste complète par organisation et par thématique est disponible sur demande.

- Centre sur l'égalité des sexes du Réseau mondial du personnel de santé de l'OMS
- Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS
- OMS–Renforcement des systèmes de santé
- OMS–Vaccination, vaccins et produits biologiques
- Équipe de lutte contre la méningite de l'OMS
- Équipe de transition post-poliomyélite de l'OMS
- OMS–Mobilisation des ressources

Le groupe de travail sur la *Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023* a organisé des séances d'information et de consultation tout le long du processus d'élaboration. Dans le cadre d'une série de consultations écrites menée de décembre 2018 à février 2019, un large panel de parties prenantes ont pu réviser une ébauche de la stratégie et émettre des commentaires. En plus des séries consultatives, certains groupes ont été consultés à plusieurs étapes de la rédaction. Plusieurs rencontres et téléconférences ont également été organisées afin de rassembler les informations des parties prenantes tout le long du processus de rédaction. Au total, le groupe de travail a reçu plus de 1 100 commentaires de la part de plus de 40 interlocuteurs, organisations et groupes. Le rapport de consultation des parties prenantes pour la *Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019–2023* détaille les commentaires reçus et le processus de consultation.<sup>43</sup>

<sup>43</sup> Pour visualiser ou télécharger le rapport de consultation, rendez-vous sur le site Web de l'IMEP: (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/03/stakeholder-consultation-report-20191004.pdf>).

# ANNEXE D

## Exemples illustrant comment l'IMEP peut contribuer au renforcement des systèmes de vaccination et de santé afin d'éradiquer la poliomyélite de façon durable\*

**Tableau D1. Exemples de contributions de l'IMEP au renforcement des systèmes de vaccination en vue de l'éradication et de son maintien**

Sujet	Fonction(s)	Exemple(s) d'activité
<b>Renforcement de la vaccination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser l'expertise en poliomyélite et les outils associés pour identifier les districts à haut risque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser les données sur les enfants non vaccinés pour orienter les décisions</li> <li>Utiliser le SIG et la cartographie par satellite</li> <li>Soutenir la microplanification en y consacrant un certain pourcentage de temps</li> <li>Utiliser des plateformes de microplanification et de technologie</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser les ressources relatives à la poliomyélite pour réussir à vacciner:               <ul style="list-style-type: none"> <li>les enfants constamment manqués</li> <li>les enfants insuffisamment vaccinés</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir davantage la supervision dans les établissements de santé</li> <li>Orienter les consultants de STOP vers des activités de renforcement des systèmes de vaccination et de surveillance des MPV</li> <li>Tirer des enseignements du programme START (Renfort de l'assistance technique pour la formation à la vaccination systématique) des CDC</li> <li>Cibler le développement de capacités de vaccination pour les formations des AVS</li> <li>Aligner les activités d'intervention contre la poliomyélite dans les COU avec l'amélioration de la couverture vaccinale</li> <li>Assurer l'inclusion des femmes et une participation égalitaire dans toutes les activités de renforcement des capacités</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prévoir d'autres interventions de santé (particulièrement vaccinales) dans les calendriers nationaux de vaccination dans les districts atteints de poliomyélite où des AVS sont en cours</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir l'IPVS et d'autres mécanismes</li> <li>Organiser d'autres interventions non vaccinales en fonction du programme national de santé du pays</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier les districts où le personnel financé par la lutte contre la poliomyélite peut soutenir des interventions ciblées financées par le RSS de Gavi ou des subventions en espèces</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Impliquer le personnel financé par la lutte contre la poliomyélite dans la définition des besoins, le développement du processus d'application au RSS de Gavi, le soutien à la mise en application, etc.</li> </ul>
<b>Planification commune</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collaborer pour la planification commune des AVS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer un large champ d'application: rougeole, rubéole, fièvre jaune, méningite, choléra</li> <li>Harmoniser les calendriers et le conseil à l'échelle nationale</li> <li>S'impliquer dans la microplanification commune pour intégrer les processus des AVS</li> <li>Identifier les activités concrètes des AVS communes à appliquer pour renforcer la vaccination essentielle</li> <li>Éviter l'incompatibilité entre les calendriers des AVS et ceux des autres activités, dont la planification et la mise en œuvre des AVS</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'impliquer dans l'élaboration de plans opérationnels nationaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apporter une expertise spécifique pour veiller à ce que ces plans soient orientés par les données, réalistes, hiérarchisés et équipés d'indicateurs spécifiques, et à ce que leur budget corresponde aux ressources disponibles</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la cohérence des activités de sensibilisation à la vaccination périodique avec le cadre de responsabilisation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mesurer les performances</li> <li>Surveiller les ressources financières demandées</li> <li>Exécuter conjointement avec les processus de planification générale dont l'élaboration de microplans de vaccination</li> </ul>

\*Cette liste a été réalisée suite à la consultation de l'IMEP et de ses partenaires de vaccination. À défaut de constituer une liste exhaustive ou finale des activités, elle illustre, à l'aide d'exemples, comment le personnel, les ressources et les mécanismes de l'IMEP peuvent contribuer au renforcement de la vaccination en vue d'une éradication définitive. Cette liste peut servir de point de départ de discussions portant sur l'élaboration d'un cadre commun de responsabilisation entre l'IMEP et le secteur de la vaccination.

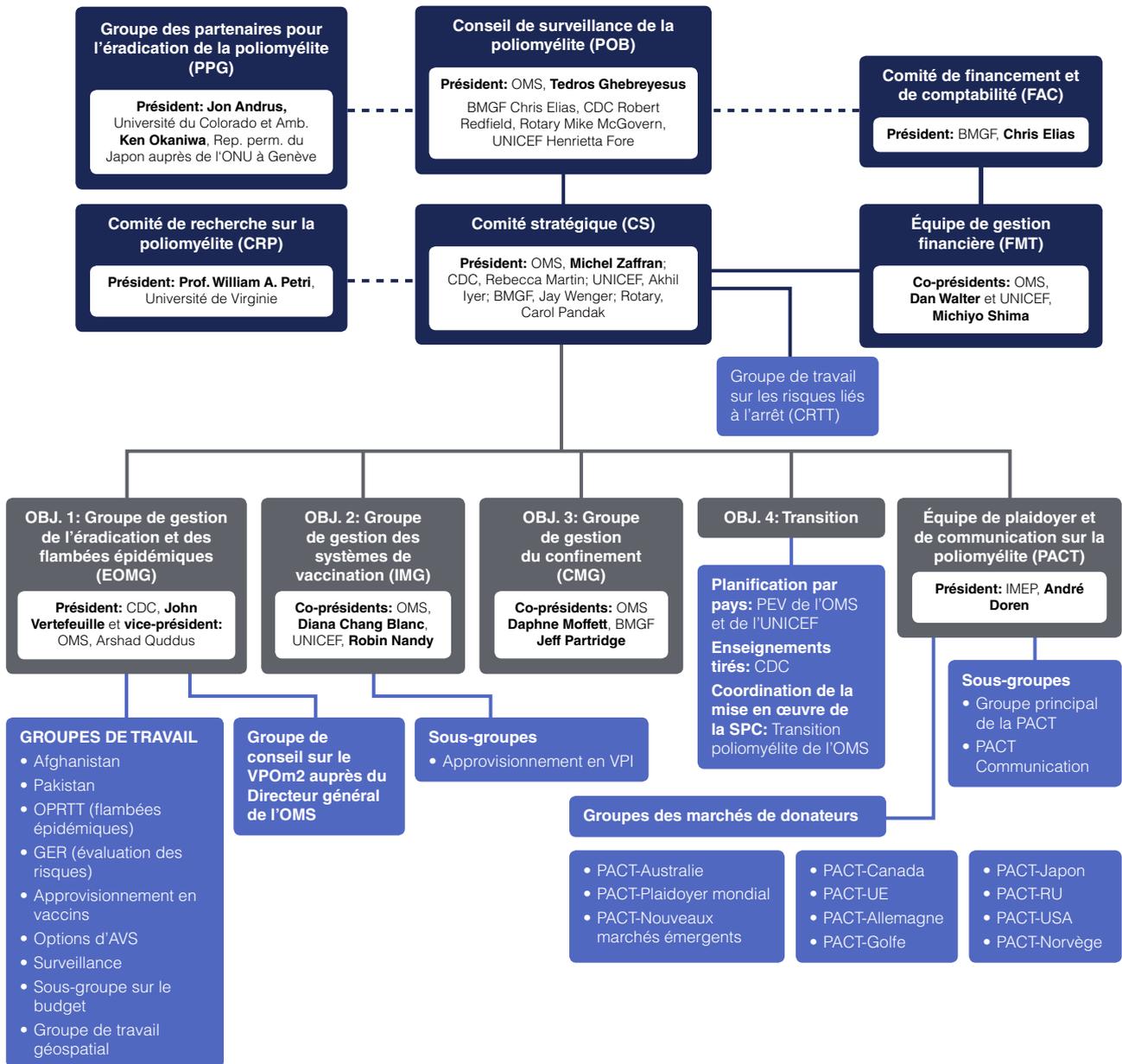
Sujet	Fonction(s)	Exemple(s) d'activité
<b>Suivi et supervision</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faire en sorte que les visites de supervision de la poliomyélite correspondent aux plans de soutien à la vaccination, au soutien de la supervision et au suivi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibiliser à l'habitude d'utiliser les données et les constats pour prendre des décisions</li> <li>Assurer la collecte, l'analyse et l'utilisation régulières de données ventilées par sexe pour l'élaboration des programmes</li> <li>Impliquer le personnel compétent des gouvernements dans les visites de supervision/suivi par le personnel dédié à la poliomyélite</li> <li>Assurer la participation égale de femmes et d'hommes dans les équipes de supervision</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer le suivi post-AVS de la rougeole et de la poliomyélite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inclure des enquêtes portant sur la couverture, le matériel infectieux, le LQAS</li> <li>Associer le suivi des sites des sessions de vaccination essentielle et les évaluations rapides de commodité pour fournir des informations «en temps réel» aux directeurs et aux décideurs</li> </ul>
<b>Flambées</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aligner les processus pour que le personnel de renfort en cas de flambée de poliomyélite développe systématiquement la capacité nationale de renforcement des systèmes de vaccination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vérifier les compétences du personnel de renfort</li> <li>Garantir la parité dans les équipes de renfort</li> <li>Ajouter le renforcement des systèmes de vaccination et le développement des capacités nationales aux TDR du personnel de renfort contre la poliomyélite</li> <li>Développer et disséminer des messages et créer des stratégies efficaces de génération de la demande à partir d'une recherche sociale, notamment sur l'égalité des sexes</li> <li>Intégrer des recommandations spécifiques portant sur le renforcement des systèmes de vaccination dans les EILF, les plans d'intervention contre les MPV intégrées et les plans de rétablissement de la vaccination</li> <li>Réfléchir à comment administrer d'autres vaccins/antigènes lors des activités d'intervention de lutte contre les flambées</li> <li>Associer la détection et la réponse aux flambées des MPV intégrées aux opérations d'urgence contre la poliomyélite</li> </ul>
<b>Plaidoyer politique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aligner les efforts de plaidoyer en faveur du renforcement de la vaccination et de l'éradication de la poliomyélite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer le message portant sur le renforcement des systèmes de vaccination à l'IMEP à l'échelle mondiale et nationale</li> <li>Aborder la question de la vaccination et des premiers soins lors des rencontres des groupes de travail sur la poliomyélite et du Comité d'experts</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aligner les ressources dédiées à la poliomyélite pour faciliter l'appropriation générale des résultats et de la responsabilité de la vaccination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en œuvre des stratégies pour impliquer les communautés et les dirigeants religieux, les organisations communautaires et professionnelles, dont les groupes et les organisations de femmes</li> <li>Compter sur la société civile pour relayer le plaidoyer en faveur de la vaccination, et en faveur d'une participation significative et égale des femmes</li> </ul>
<b>Implication auprès des communautés et génération de la demande</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collaborer sur la stratégie et le conseil pour générer de la demande</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Développer et disséminer des messages et des stratégies cohérents pour augmenter la demande de vaccination dans les communautés, à partir d'une rigoureuse recherche sociale, notamment sur l'égalité des sexes</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réfléchir à la façon dont les enseignements sur la poliomyélite tirés de la CPD peuvent participer au renforcement des systèmes de vaccination</li> <li>S'appuyer sur les réseaux d'OSC dans les zones fragiles, à haut risque et frontalières</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rassembler les flux de travail de CPD sur la poliomyélite et la vaccination, en particulier à l'échelle nationale</li> <li>Utiliser des données sociales (en mettant l'accent sur les données ventilées par sexe et l'analyse par sexe), les cadres de suivi et d'évaluation ainsi que d'autres bonnes pratiques pour renforcer la CPD et pour accélérer le contrôle et la vaccination contre la maladie</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utiliser les données antérieures portant sur la poliomyélite pour améliorer les activités de sensibilisation segmentées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Partager systématiquement les données relatives aux communautés et foyers hésitants avec la vaccination</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre les structures et les ressources des communautés et dédiées à la poliomyélite au profit du renforcement des systèmes de vaccination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réfléchir à la façon dont les professionnels de santé des communautés et les réseaux de société civile peuvent contribuer de façon significative</li> </ul>
<b>Formation/développement de capacités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer le développement des capacités du personnel dédié à la poliomyélite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Préparer des documents de formation et des cours pour former le personnel dédié à la poliomyélite à l'amélioration de l'ensemble du système de vaccination/surveillance</li> <li>Mener des sessions de perfectionnement pour le personnel de vaccination national</li> </ul>

STOP: Stop Transmission of Polio; MPV: maladie à prévention vaccinale; CDC: Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis; AVS: activité de vaccination supplémentaire; COU: centre d'opération d'urgence; IPVS: intensification périodique de la vaccination systématique; RSS: renforcement des systèmes de santé; LQAS: sondage par lots appliqué à l'assurance qualité; TDR: termes de référence; EILF: évaluation des interventions de lutte contre les flambées; IMEP: Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite; CPD: communication pour le développement; OSC: organisation issue de la société civile.

Source: OMS.

# ANNEXE E

Figure E1. Structure organisationnelle et consultative de l'IMEP



Source: Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. «Who We Are, Governance and Structure» [site Web] (<http://polioeradication.org/who-we-are/governance-and-structure/>).

# ANNEXE F

## Aperçu du budget multiannuel 2019–2023 de l'IMEP

L'application de la structure budgétaire existante à la nouvelle stratégie est en cours d'élaboration et sera terminée en 2019.

Figure F1. Aperçu du budget multiannuel 2019–2023 de l'IMEP

Objectif	2019	2020	2021	2022	2023	Total
<b>Objectif 1: Détection du poliovirus et interruption de sa transmission</b>	<b>807 234 000</b>	<b>750 838 000</b>	<b>718 872 000</b>	<b>628 652 000</b>	<b>574 496 000</b>	<b>3 480 092 000</b>
Campagnes - AVS	328 308 000	299 802 000	286 030 000	234 802 000	187 767 000	1 336 709 000
Fonctions principales et infrastructure	161 028 000	149 168 000	141 145 000	125 205 000	119 430 000	695 976 000
Activités de vaccination hors campagnes	100 762 000	93 950 000	92 365 000	91 263 000	90 391 000	468 731 000
Surveillance	217 136 000	207 918 000	199 332 000	177 382 000	176 908 000	978 676 000
<b>Objectif 2: Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO</b>	<b>17 736 000</b>	<b>9 902 000</b>	<b>18 402 000</b>	<b>38 807 000</b>	<b>18 730 000</b>	<b>103 577 000</b>
Introduction du VPI	502 000	0	0	0	0	502 000
Retrait du VPO - Remplacement	12 500 000	5 502 000	14 002 000	32 784 000	12 631 000	77 419 000
Assistance technique	4 734 000	4 400 000	4 400 000	6 023 000	6 099 000	25 656 000
<b>Objectif 3: Confinement et certification</b>	<b>9 501 000</b>	<b>47 505 000</b>				
Certification	2 650 000	2 650 000	2 650 000	2 650 000	2 650 000	13 250 000
Confinement	6 851 000	6 851 000	6 851 000	6 851 000	6 851 000	34 255 000
<b>Objectif 4: Planification de la transmission</b>	<b>4 818 000</b>	<b>4 539 000</b>	<b>3 409 000</b>	<b>2 842 000</b>	<b>2 712 000</b>	<b>18 320 000</b>
<b>Opérations d'urgence liées aux flambées</b>	<b>27 894 000</b>	<b>52 106 000</b>	<b>40 000 000</b>	<b>40 000 000</b>	<b>40 000 000</b>	<b>200 000 000</b>
<b>Autres frais contingents et indirects</b>	<b>74 958 000</b>	<b>71 878 000</b>	<b>69 214 000</b>	<b>64 005 000</b>	<b>58 503 000</b>	<b>338 558 000</b>
Contingence	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	10 000 000	50 000 000
Indirects	64 958 000	61 878 000	59 214 000	54 005 000	48 503 000	288 558 000
<b>Aperçu du budget multiannuel 2019–2023 de l'IMEP</b>	<b>942 141 000</b>	<b>898 764 000</b>	<b>859 398 000</b>	<b>783 807 000</b>	<b>703 942 000</b>	<b>4 188 052 000</b>

Source: OMS.

Figure F2. Coûts additionnels non inclus dans les exigences financières de l'IMEP

Objectif	2019	2020	2021	2022	2023	Total
VPI	142 000 000	162 000 000	170 000 000	170 000 000	170 000 000	814 000 000
Réserve de vaccins après certification				59 000 000	62 000 000	121 000 000
<b>Coûts additionnels non inclus dans les exigences financières de l'IMEP</b>	<b>142 000 000</b>	<b>162 000 000</b>	<b>170 000 000</b>	<b>229 000 000</b>	<b>232 000 000</b>	<b>935 000 000</b>
<b>Total 2019–2023 Aperçu du budget multiannuel (IMEP et hors IMEP)</b>	<b>1 084 141 000</b>	<b>1 060 764 000</b>	<b>1 029 398 000</b>	<b>1 012 807 000</b>	<b>935 942 000</b>	<b>5 123 052 000</b>

Remarque: Il s'agit d'estimations des coûts associés au VPI et aux réserves après la certification mondiale et après la dissolution de l'IMEP. Cependant, le financement de ces activités doit être obtenu avant la certification. Dans le cas particulier du VPI, cela sera fait en étroite collaboration avec Gavi, l'Alliance du vaccin.

Source: OMS.

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

**POLIO** GLOBAL  
ERADICATION  
INITIATIVE