

## Objectif 2 : Renforcement des systèmes de vaccination et retrait du VPO

RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE VACCINATION ET RETRAIT DU VPO		
Principaux objectifs	Indicateurs de réalisation	Principales activités
<b>Renforcer les services de vaccination dans les «pays cibles», introduire le VPI et retirer le VPO2 à l'échelle mondiale</b>	Retrait mondial du VPO de type 2 d'ici à la fin de 2016  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	1. Augmenter la couverture vaccinale 2. Veiller à ce que les produits VPI, VPOb et VPOm soient adaptés 3. Introduire le VPI
Contrôlé par le SAGE		

### 6.1 INTRODUCTION

6.1.1 Une forte couverture vaccinale est une stratégie importante de l'IMEP depuis ses débuts. S'agissant de la phase finale, une couverture élevée est essentielle pour optimiser la gestion des risques liés au poliovirus dans l'immédiat et à long terme. En plus de faciliter l'interruption de la transmission du PVS et de réduire le risque d'importation et de propagation, une forte couverture vaccinale représente la meilleure stratégie pour diminuer le risque d'émergence de PVDVc avant, pendant et après le retrait des vaccins antipoliomyélitiques oraux.

**Une forte couverture vaccinale est essentielle pour atteindre les buts de la phase finale. Avec ce Plan, l'IMEP s'engage à collaborer avec les partenaires de la vaccination pour renforcer les systèmes de vaccination.**

6.2 Outre la diminution des risques de poliomyélite dans l'immédiat et à long terme, cet impératif constitue pour l'IMEP une occasion importante de contribuer efficacement au renforcement des systèmes de vaccination. Dans le monde, la plupart des enfants qui ne sont pas suffisamment vaccinés vivent dans des pays où la poliomyélite reste endémique ou qui ont connu à de multiples reprises des importations de poliovirus et des flambées épidémiques. L'IMEP a acquis une vaste expérience pour vacciner les enfants les plus difficiles à atteindre dans ces pays, elle déploie actuellement des ressources humaines et matérielles conséquentes dans les pays d'endémie et ceux exposés à un risque élevé et, dans les pays comme auprès des partenaires de la vaccination, notamment l'Alliance GAVI, un vif intérêt se manifeste pour mener une action concertée avec l'IMEP en vue d'améliorer les systèmes de vaccination dans ces pays. Dans de nombreux pays, en particulier ceux qui ont des calendriers chargés d'AVS, il s'est avéré jusqu'à présent relativement difficile de saisir cette occasion.

6.3 Des bases solides existent pour que l'IMEP puisse s'aligner rapidement sur les efforts plus larges visant à renforcer les systèmes de vaccination. Du point de vue stratégique, l'éradication de la poliomyélite est un des objectifs essentiels du Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), le cadre que l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé en mai 2012 pour réaliser la vision de la Décennie de la vaccination en offrant un accès universel à ces services.<sup>19</sup> Sur le plan opérationnel, au moins certaines des activités pour l'éradication sont entrées dans les programmes de vaccination de tous les pays, et les agents financés dans le cadre de la lutte

**Des bases solides existent pour que l'IMEP puisse s'aligner rapidement sur les efforts plus larges visant à renforcer les systèmes de vaccination.**

<sup>19</sup> Pour en savoir plus sur la collaboration pour la Décennie de la vaccination, consulter :

[http://www.who.int/immunization/newsroom/press/decade\\_of\\_vaccines\\_commitment\\_every\\_woman\\_child\\_october\\_2012/en/index.html](http://www.who.int/immunization/newsroom/press/decade_of_vaccines_commitment_every_woman_child_october_2012/en/index.html).

antipoliomyélique contribuent déjà à des activités plus larges de vaccination, à des degrés divers selon les pays cependant. C'est là la base de l'alignement plus stratégique et ciblé de l'IMEP sur les buts du GVAP et de l'Alliance GAVI pour la période 2013–2018. Les administrateurs de l'éradication de la poliomyélite et de la vaccination collaboreront pour créer des synergies entre programmes à l'appui des plans et stratégies nationales.

6.4 Le fait qu'en 2012 les pays ont été plus nombreux à notifier des flambées dues à des PVDVc que des flambées à PVS montre combien il est important de renforcer la couverture de vaccination antipoliomyélique. Un certain nombre de pays à la couverture vaccinale systématiquement faible ont connu des émergences répétées de PVDVc, provoquant souvent des flambées prolongées.

6.5 Pour réduire le plus possible les risques de poliomyélite dans l'immédiat et à long terme, les éléments essentiels de la phase finale incluent donc le renforcement de la couverture vaccinale et le changement des vaccins utilisés à la fois pour la vaccination systématique et les activités supplémentaires. En mai 2008, conformément aux orientations données par le SAGE, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le principe d'un arrêt synchrone de l'utilisation du VPO dans le monde entier. Reconnaissant que le PVS2 a été éradiqué en 1999 et que plus de 90% des cas impliquant un PVDVc ces dernières années étaient dus à des virus dérivés d'une souche vaccinale de type 2, le SAGE a aussi recommandé en 2012 de retirer le VPO2 en tant que première étape du retrait complet de tous les vaccins antipoliomyéliquiques oraux. En novembre 2012, il a recommandé à tous les pays d'introduire au moins une dose de VPI dans leurs programmes de vaccination afin d'atténuer les risques inhérents au retrait du VPO2.

**L'IMEP utilisera systématiquement ses infrastructures pour renforcer plus efficacement les services de vaccination.**

## 6.2 LE BUT

6.6 L'objectif 2 vise à utiliser systématiquement les infrastructures de l'IMEP pour renforcer plus efficacement les services de vaccination, en particulier dans un groupe de «pays cibles», contribuant ainsi à élargir les cibles mondiales de vaccination, à faciliter l'introduction du VPI, à en accroître

l'impact et à réduire les risques d'émergence des PVDVc avant, pendant et après le retrait des sérotypes du VPO par les programmes de vaccination du monde entier. Les principales étapes sur la voie de cet objectif sont une augmentation annuelle d'au moins 10% de la couverture de la troisième dose du vaccin antidiphthérique, antitétanique et anticoquelucheux (DTC3) dans la majorité des districts ayant les moins bons résultats dans les pays cibles à partir de 2014, l'introduction en 2015 d'au moins une dose de VPI dans tous les pays utilisant le VPO et le retrait mondial du VPO2 en 2016.

## 6.3 QUELLES SONT LES MESURES REQUISES ?

6.7 Pour introduire le VPI et remplacer le VPOt par le VPOb (types 1 et 3) dans le monde entier, l'IMEP et les partenaires de la vaccination prêteront leur concours aux 145 pays utilisant actuellement le VPOt dans leurs programmes de vaccination, en accordant une attention particulière à l'amélioration de la couverture vaccinale dans un certain nombre de pays cibles où l'on trouve les enfants non vaccinés en plus grand nombre et où le risque d'émergence et de persistance de PVDVc est souvent le plus fort. Dans ces pays, il faudra probablement que les personnels de vaccination, notamment ceux financés dans le cadre de la lutte antipoliomyélique, recherchent ensemble de nouveaux moyens de collaborer et définissent comment joindre leurs forces le plus efficacement possible pour soutenir les plans nationaux.

## 6.4 QUELLES ACTIVITÉS VONT ÊTRE ENGAGÉES ?

### Principales activités

1. Augmentation de la couverture vaccinale
2. Efforts visant à garantir que les produits VPI, VPOb et VPOm sont adaptés
3. Introduction du VPI
4. Retrait du VPO de la vaccination systématique et des activités de vaccination supplémentaires

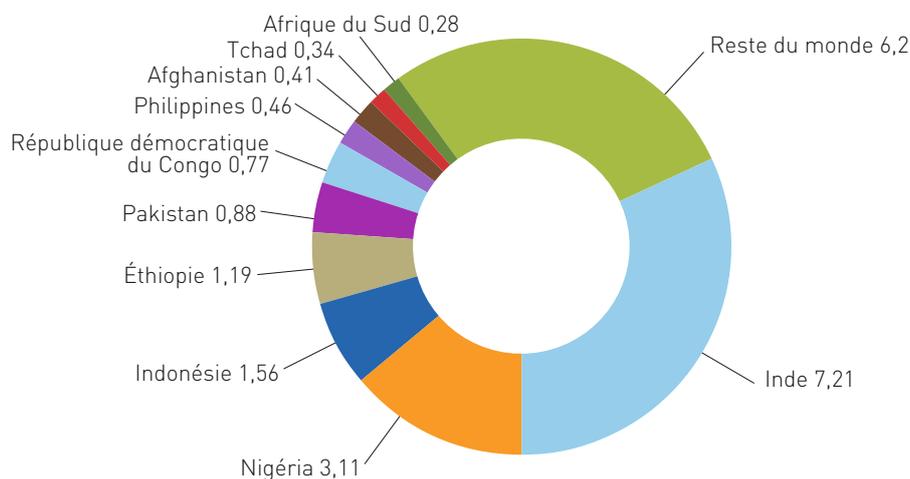
### Activité 1 : Augmentation de la couverture vaccinale

6.8 L'augmentation de la couverture vaccinale aura des retombées favorables directes sur les efforts d'éradication de la poliomyélite en réduisant au maximum le risque, la fréquence et l'étendue des flambées ; en contribuant à endiguer la transmission de la poliomyélite si l'éradication prend du retard dans les dernières zones d'endémie ; en diminuant l'émergence des PVDV ; et en renforçant l'impact du VPI et du VPOb après le retrait du VPO2.

6.9 Sur le plan géographique, l'IMEP est la mieux placée pour aider au renforcement des systèmes de vaccination dans les pays où elle a déployé des agents en plus grand nombre au niveau local, dans le cadre de l'intensification de l'effort mondial pour l'éradication. En raison de la corrélation étroite entre la transmission persistante de la poliomyélite et la faiblesse des services de vaccination, c'est dans ces pays que l'on retrouve la plupart des enfants sous-vaccinés dans le monde (Figure 14). Dans la majorité des cas, l'Alliance GAVI, l'OMS et l'UNICEF ont déjà jugé que ces pays étaient prioritaires pour recevoir un appui, sur la base de la faiblesse nationale de la couverture vaccinale (DTC3 <70%). Les pays cibles sur lesquels l'IMEP concentre ses efforts de renforcement des systèmes de vaccination sont l'Afghanistan, l'Éthiopie, l'Inde, le Nigéria, le Pakistan, la République démocratique du Congo, la Somalie, le Soudan du Sud et le Tchad, ainsi que l'Angola. À l'exception de l'Éthiopie, de l'Inde et de l'Angola, tous ces pays ont été reconnus dans le cadre de la politique de l'Alliance GAVI comme des États fragiles, ce qui permet d'adapter davantage l'aide à la situation du pays.

L'augmentation de la couverture vaccinale aura des retombées favorables directes sur les efforts d'éradication de la poliomyélite : en réduisant au maximum le risque, la fréquence et l'étendue des flambées ; en contribuant à endiguer la transmission de la poliomyélite ; en diminuant l'émergence des PVDV ; et en renforçant l'impact du VPI et du VPOb.

Figure 14 : 22,4 millions de nourrissons sous-vaccinés ou non vaccinés dans le monde en 2011



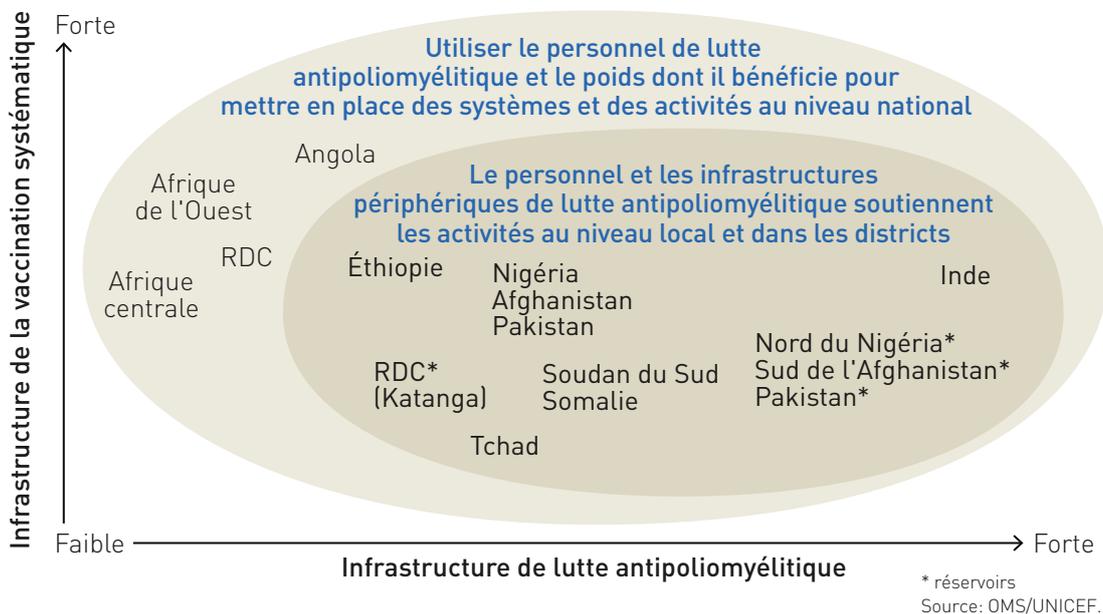
Sources: Revision 2011 des estimations de couverture de l'OMS/UNICEF, 25 Juillet 2012; Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB); Organisation mondiale de la Santé, 194 États membres de l'OMS.

6.10 Les programmes de vaccination dans les pays cibles sont confrontés à des difficultés dans un certain nombre de domaines où l'IMEP a la possibilité d'apporter une aide, notamment :

- gestion du programme et responsabilisation
- capacités et supervision en matière de ressources humaines
- suivi du programme, surveillance des maladies évitables par la vaccination et utilisation des données
- gestion des vaccins, approvisionnement et chaîne du froid
- communication, éducation sanitaire et mobilisation sociale
- appui politique, financement et plaidoyer.

6.11 L'IMEP, l'Alliance GAVI et d'autres partenaires de la vaccination vont élaborer une approche coordonnée pour aider les autorités nationales à rechercher des stratégies de vaccination revitalisées et recentrées, afin d'accroître la couverture dans les pays concernés (Figure 15). Dans ces pays cibles, le but est de contribuer à une amélioration annuelle, à partir de 2014, d'au moins 10 % des taux de couverture par le DTC3 dans les districts les moins performants exposés à un risque élevé de poliomyélite. Les progrès seront suivis au moyen d'évaluations régulières des programmes et d'enquêtes rapides pour évaluer la couverture.

**Figure 15 : Pays ayant de faibles systèmes de vaccination systématique et une forte présence de l'IMEP**



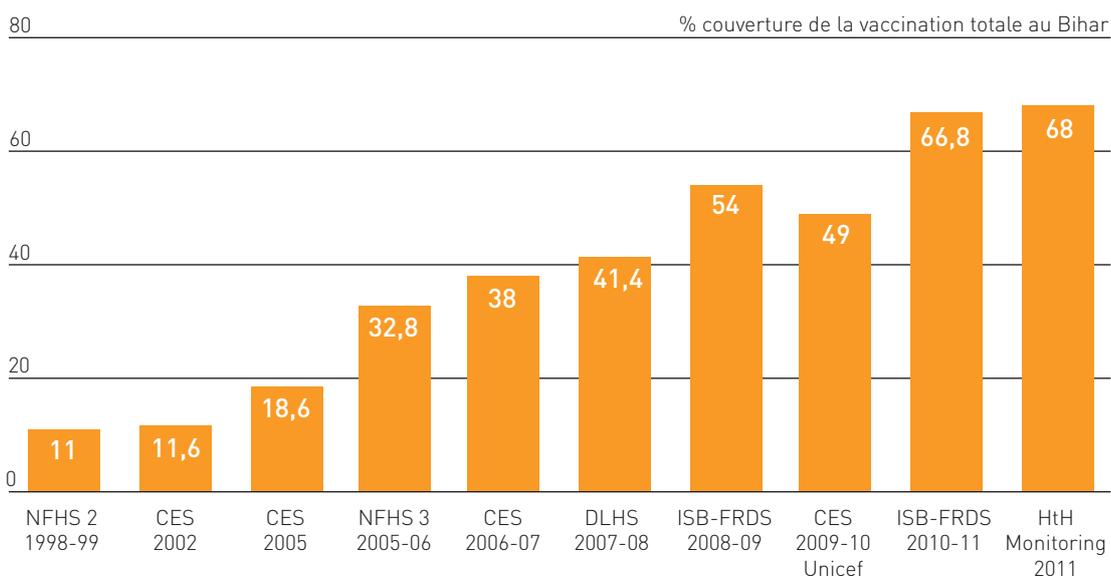
**Le personnel de l'IMEP axera le renforcement de la vaccination autour de quatre activités :**

- gestion ;
- microplanification ;
- mobilisation ;
- suivi.

6.12 Pour l'IMEP, l'Alliance GAVI et les autres partenaires de la vaccination, la première étape dans les pays cibles consistera à aider leurs autorités nationales respectives à mettre sur pied des plans d'action annuels intégrés pour renforcer les services de vaccination. Les modalités seront élaborées et un plan de travail, avec de grandes étapes et des dates butoirs, sera finalisé d'ici à la fin de 2013. À l'intérieur de ce cadre, les activités du personnel de l'IMEP seront axées sur le renforcement des capacités nationales et locales dans les quatre domaines suivants :

- **gestion**, ce qui comprend l'utilisation systématique de cadres de responsabilisation, le renforcement de la gestion des données, la planification sur des bases factuelles, la formation et la gestion de l'approvisionnement en vaccins ;
- **microplanification**, ce qui comprend la cartographie de la population, l'harmonisation des microplans de la vaccination systématique avec ceux des AVS pour permettre une planification plus complète des séances, la gestion de l'approvisionnement en vaccins et la logistique de la chaîne du froid ;
- **mobilisation**, y compris les efforts de plaidoyer au plus haut niveau, l'engagement des responsables des communautés locales et les actions de proximité auprès des ménages. Les activités de mobilisation sociale viseront à susciter la demande de vaccination, en donnant des indications sur le lieu et le moment où les séances sont organisées, en incitant ceux qui s'occupent des enfants à aller aux séances et en répondant aux inquiétudes des parents et des personnes s'occupant d'enfants concernant l'innocuité et l'utilité des vaccins ;
- **suivi** des séances de vaccination, de la couverture dans la communauté locale, de l'acceptation des vaccins, des efforts de mobilisation sociale, de la disponibilité des agents de santé, de l'administration des vaccins, des autres aspects de la logistique pour les séances de vaccination et de la qualité générale, ainsi que de l'impact des services. L'application du principe de collecte et d'analyse en temps réel produira des données locales utiles pour prendre immédiatement des mesures correctives et accroître la responsabilisation.

**Figure 16 : Couverture de la vaccination au Bihar (Inde), 1998-2011**



Source : OMS.

NFHS : National Family Health Survey (Enquête nationale sur la santé familiale).

CES : Coverage Evaluation Survey (Enquête d'évaluation de la couverture).

DLHS : District Level Household and Facility Survey (Enquête en district sur les ménages et les établissements).

ISB-FRDS : Immunization Survey-Bihar, Formative Research and Development Service (Enquête sur la vaccination au Bihar, Service de recherche formative et de développement).

HtH Monitoring : House to House Monitoring (Suivi porte à porte).

6.13 La meilleure illustration de l'impact de ces activités de l'IMEP sur les taux de couverture de la vaccination, lorsqu'elles s'associent à une volonté politique et à l'appui des autorités locales, nous vient de l'expérience de l'État du Bihar en Inde (Figure 16) où, lors de la période des activités les plus intenses d'éradication de la poliomyélite, la proportion d'enfants totalement vaccinés est passée, selon les estimations, de 30% environ à près de 70%. Dans les 41 blocs (unités administratives équivalentes à des sous-districts) à haut risque les plus problématiques, sur lesquels les ressources du programme contre la poliomyélite ont été le plus ciblées, la couverture de la vaccination totale a même atteint un niveau plus élevé que la moyenne de l'État.

6.14 En Afrique, l'IMEP finance actuellement 90% des 1000 personnes travaillant pour IVD (Vaccination et mise au point de vaccins). Ce personnel consacre déjà 53% de son temps à de multiples maladies et 47% seulement est réservé à la poliomyélite. Nombre des personnes travaillant pour IVD sont désormais profondément engagées dans des activités de soutien direct aux systèmes de vaccination, en se chargeant de rôles et d'actions allant de la mise en œuvre de la stratégie «Atteindre chaque district» (RED) à l'assistance à la planification, en passant par la contribution à la mise au point d'applications GAVI pour l'appui au renforcement des systèmes de santé.

6.15 Les contributions de l'IMEP aux initiatives des pays cibles pour renforcer les systèmes de vaccination seront soutenues et coordonnées au niveau international par ses principaux partenaires (l'OMS, Rotary International, les CDC et l'UNICEF) et par la Fondation Bill & Melinda Gates. Parmi ces organisations, l'OMS, l'UNICEF, les CDC et la Fondation Bill & Melinda Gates ont du personnel consacré à l'appui au renforcement des systèmes de vaccination au niveau des pays, tandis que le Rotary International contribue à la vaccination en tant qu'élément clé de son Programme PolioPlus. Le Secrétariat de l'Alliance GAVI aidera à la coordination avec les membres de l'Alliance, renforçant aussi l'appui fourni par l'IMEP et par l'Alliance en faveur d'un effort uni au niveau des pays. Le développement de la collaboration pour la vaccination, entre ces organisations et avec l'Alliance GAVI, est fondamental pour le Plan.

**En décembre 2012, le Conseil de l'Alliance GAVI s'est engagé à collaborer avec l'IMEP pour le renforcement des systèmes de vaccination.**

6.16 En décembre 2012, le Conseil de l'Alliance GAVI s'est engagé à collaborer avec l'IMEP pour le renforcement des systèmes de vaccination, déclarant qu'il acceptait que l'Alliance joue un rôle complémentaire à celui de l'IMEP dans l'effort pour éradiquer la poliomyélite, en particulier au moyen de la vaccination systématique dans le cadre de la stratégie et de la mission de l'Alliance GAVI, en utilisant les structures, procédures et

processus existants. Il a aussi accepté que l'Alliance étudie la pertinence et l'utilisation possible de l'IFFI (Facilité internationale de financement pour la vaccination) en tant que mécanisme potentiel de financement, pour soutenir cette activité dans le cadre de la stratégie et de la mission de l'Alliance GAVI, en utilisant les structures, procédures et processus existants.<sup>20</sup> Suite à cette décision, les partenaires de l'IMEP et l'Alliance GAVI ont entrepris des travaux pour renforcer les approches complémentaires dans leur aide aux pays cibles. Ce soutien se retrouvera dans les plans de travail nationaux devant être finalisés en 2013.

<sup>20</sup> Voir le procès-verbal de la réunion du Conseil de l'Alliance GAVI des 4 et 5 décembre 2012. Disponible sur : <http://www.gavialliance.org/library/minutes/searchtext/board%20decisions/>.

**Tableau 6 : Activités sélectionnées dans les principaux domaines pour le renforcement de la vaccination**

Gestion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Agents de l'IMEP sur le terrain :</b> Actualisation des missions du personnel dans les pays d'endémie pour y intégrer des activités mesurables essentielles en faveur du renforcement de la vaccination systématique ; le personnel aidera les gouvernements à surveiller les séances de vaccination fixes ou de proximité, à suivre l'approvisionnement en vaccins/leur disponibilité, à soutenir la formation des agents de santé, à développer des mécanismes pour repérer les enfants échappant à la vaccination systématique pendant les visites de supervision dans les ménages et au cours du suivi des AVS (notamment celles auprès des nouveau-nés), et à accroître la demande et la participation des communautés en matière de vaccination systématique</li> <li>• <b>Amélioration des performances par la supervision positive et la formation continue :</b> Amélioration des compétences essentielles des administrateurs de la vaccination et des agents de santé au niveau des districts et des sous-districts</li> <li>• <b>Systèmes d'approvisionnement (notamment la chaîne du froid) :</b> Collecte et suivi plus réguliers des données sur la gestion des vaccins pour repérer les problèmes d'approvisionnement (dont les ruptures de stocks et les pertes) et prendre des mesures correctives ; organisation de formations si nécessaire pour instruire les fournisseurs sur la manipulation, l'utilisation et l'élimination correctes des vaccins et des consommables</li> </ul>
Microplanification
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Harmonisation des microplans pour la vaccination systématique avec ceux de lutte antipoliomyélitique :</b> Coordination au niveau local sur les microplans pour obtenir plus de détails sur les populations et les peuplements difficiles à atteindre pour les services de vaccination systématique de proximité</li> <li>• <b>Nouveaux outils :</b> Extension de l'utilisation des outils SIG et GPS pour améliorer la microplanification et le suivi de la poliomyélite au Nigéria, en vue d'un usage par les programmes de vaccination systématique</li> <li>• <b>Approche «Atteindre chaque district» (RED) :</b> Application des meilleures pratiques de l'approche «Atteindre chaque district» (et communauté) à la planification programmatique locale</li> </ul>
Mobilisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Engagement des communautés :</b> Appui de l'IMEP aux partenaires gouvernementaux/organisations communautaires/organisations non gouvernementales (ONG) pour utiliser les circuits et meilleures pratiques existants en matière de lutte antipoliomyélitique en vue de mobiliser les communautés et de les faire participer à la vaccination</li> <li>• <b>Mobilisation sociale sur une base factuelle :</b> Mobilisation sociale et communication adaptées aux obstacles locaux à la vaccination systématique, sur la base d'un suivi des données obtenues localement</li> </ul>
Suivi
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Suivi systématique :</b> Suivi des séances de vaccination, disponibilité du personnel de la vaccination, logistique, vaccins, chaîne du froid ; évaluations rapides de la couverture locale et raisons de la sous-vaccination</li> <li>• <b>Indicateurs de performance :</b> Rationalisés, standardisés et largement utilisés par les administrateurs de programme et les partenaires du développement afin d'améliorer les résultats du programme de vaccination</li> <li>• <b>Nouveaux outils :</b> Élaborés et testés sur le terrain pour améliorer la capacité à vérifier le statut vaccinal et pour confirmer les données de la couverture</li> <li>• <b>Qualité des dossiers :</b> Recensement de mécanismes permettant d'améliorer la conservation et la conception des dossiers vaccinaux à domicile et dans les établissements de santé</li> <li>• <b>Systèmes de données locaux et mondiaux :</b> élaborés avec le déploiement initial des systèmes améliorés d'information sur la vaccination dans les pays cibles</li> <li>• <b>Importance accrue donnée à la qualité des données :</b> échanges d'expertises sur la qualité et l'utilisation des données, comme les fiches/dossiers à domicile, les méthodologies d'enquête ; aide aux pays dans la transition des systèmes d'information</li> <li>• <b>Surveillance des MPV :</b> aide pour développer davantage la surveillance des maladies évitables par la vaccination en vue de suivre la lutte contre les maladies et l'évolution de l'épidémiologie et d'orienter les actions du programme</li> </ul>

6.17 Pour planifier l'augmentation du soutien de l'IMEP au renforcement des systèmes de vaccination, le programme pour la poliomyélite a défini des activités essentielles au sein des domaines susmentionnés (Tableau 6) à consolider en 2013. Pour soutenir ces activités, la cible est que, d'ici à la fin de 2014, au moins 50% du temps du personnel de terrain financé au titre de la lutte antipoliomyélitique soit consacré à des activités spécifiques et mesurables pour aider les autorités nationales à renforcer les systèmes et les services de vaccination.

### Activité 2 : Efforts visant à garantir que les produits VPI, VPOb et VPOm sont adaptés

6.18 À la fin des années 1990, au moment même où s'accéléraient les progrès vers l'éradication du PVS, un nouveau risque est apparu pour un monde exempt de poliomyélite. Dans de rares cas et dans des zones où il y a des lacunes importantes de l'immunité, des PVDV ont été capables de muter à tel point qu'ils ont acquis les caractéristiques du PVS. Ces PVDV, notamment de type 2, sont à l'origine de flambées de PVDVc, auxquelles on associe, comme pour des flambées de PVS, des paralysies définitives, dont la poliomyélite bulbaire, et des décès. Plus rarement, on a montré que les PVDV pouvaient persister pendant des années chez certains sujets présentant des syndromes d'immunodéficience primaire.

**Pour remédier aux risques associés aux poliovirus dérivés d'une souche vaccinale, il faut interrompre l'usage des vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO) dans le monde entier en passant, dans un premier temps, du VPOt au VPOb.**

6.19 En 2005, les organismes consultatifs spécialisés dans l'éradication de la poliomyélite et la vaccination ont conclu que, pour remédier complètement à ces risques et éliminer tous les cas de paralysie poliomyélitique, il faudrait *in fine* interrompre l'usage des VPO dans le monde entier dans le cadre de la phase finale de l'éradication de la poliomyélite.<sup>21</sup>

6.20 Actuellement, 145 pays administrent le VPOt pour vacciner les enfants contre la poliomyélite dans le cadre de leurs programmes de vaccination systématique. Le VPOt renferme les sérotypes 1, 2 et 3 du poliovirus.

L'utilisation de ce vaccin a permis d'éradiquer avec succès le PVS2 en 1999. Or, fin 2012, 90% des cas dus à un PVDVc sont imputables à des virus dérivant du sérotype 2 du VPO. En 2012, on a détecté cinq flambées dues à des PVDVc de type 2, en Afghanistan, au Kenya, au Nigéria, au Pakistan, en République démocratique du Congo, en Somalie et au Tchad (au Nigéria et en Somalie, les flambées résultent d'une transmission continue pendant plus de 36 mois). Compte tenu de ces éléments et des risques de PPAV et de PVDVi à long terme, l'utilisation de certains sérotypes spécifiques du VPO sera progressivement arrêtée dans le monde entier, pour toutes les activités et dans tous les programmes de vaccination, à commencer par le retrait du VPO2 et le remplacement de tous les VPOt par des VPOb (types 1 et 3) dans les programmes de vaccination systématique du monde entier d'ici à mi-2016.

6.21 Pour se protéger d'éventuelles conséquences du retrait du sérotype 2, le SAGE a recommandé en novembre 2012 d'introduire au moins une dose de VPI dans tous les programmes de vaccination systématique avant de passer du VPOt au VPOb. Cette dose de VPI devrait :

- éviter une poliomyélite paralytique chez les sujets exposés à un PVDVc de type 2 ou à un PVS2 ;
- améliorer la réponse immunologique au VPOm de type 2 si son administration est requise en riposte à une flambée de PVS2 ou de PVDVc2 après l'arrêt du VPOt ;

<sup>21</sup> Résolution WHA61.1, «Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication».



WHO/Bachir Chaibou

*L'expertise et les capacités issues de l'éradication de la poliomyélite contribueront au renforcement des systèmes de vaccination en apportant un soutien dans des domaines tels que la gestion des programmes et l'approvisionnement en vaccins.*

- réduire la transmission du PVDVc2 ou du PVS2, si jamais l'un des deux était introduit après l'arrêt du VPOt ;
- stimuler l'immunité contre le PVS1 et le PVS3 chez les sujets vaccinés, ce qui pourrait encore accélérer l'éradication du PVS.

6.22 L'introduction du VPI dans tous les pays à revenu faible ou intermédiaire, tranche inférieure, utilisant le VPO nécessitera d'acheter de gros volumes de VPI existants, ce qui pourrait entraîner une baisse générale du prix par dose, et d'élaborer des options de remplacement à faible coût dont le prix pourrait éventuellement être inférieur à un dollar la dose. Deux options à faible coût sont aujourd'hui en cours d'élaboration pour le court ou moyen terme :

- l'homologation d'une dose intradermique fractionnée de VPI (un cinquième de la dose) ;
- l'élaboration de nouveaux produits VPI adjuvés, économes en antigènes, pour la voie intramusculaire.<sup>22</sup>

6.23 Vu que les pays pourront préférer soit l'option par voie intradermique, soit l'option du VPI adjuvé par voie intramusculaire et que, pour l'instant, on ne dispose pas de données probantes suffisantes pour recommander plutôt une approche que l'autre, les travaux concernant les deux options sont menés de front. Début 2013, elles ont été confrontées à des difficultés réglementaires et/ou liées à leur développement. On pourrait y remédier à court terme (24 à 48 mois) au moyen d'une collaboration active avec les fabricants et les autorités nationales de réglementation ; avec l'appui énergétique de la communauté internationale ; par l'élaboration d'une politique d'administration de doses multiples de VPI ; et avec une cartographie rapide des voies réglementaires.

<sup>22</sup> Resik S et al. dans une étude à Cuba, Journal of Infectious Diseases, en 2010, ont démontré qu'une fraction de dose (un cinquième de la dose complète) peut être suffisante, après de multiples doses de VPO, pour établir une immunité de base (séroconversion et amorce). Voir Resik S et al., «Randomized controlled clinical trial of fractional doses of inactivated poliovirus vaccine administered intradermally by needle-free device in Cuba». Journal of Infectious Diseases, 2010, 201(9) : 1344-1352.



WHO/Thomas Moran

*Dans leur préparation à l'introduction du VPI, les pays devront s'attacher tout particulièrement à la formation des agents de santé de première ligne.*

6.24 Reconnaissant que le développement de nouvelles options à faible coût pour le VPI pourrait ne pas entrer dans les délais pour le « passage du VPOt au VPOb », l'IMEP travaille avec les fabricants et d'autres parties prenantes en vue d'élaborer d'ici à fin 2013 une stratégie permettant d'introduire le VPI dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, tranche inférieure, en utilisant les produits existants à des prix sensiblement réduits, la transition vers les produits à plus faible coût se faisant à mesure qu'ils seront disponibles. L'Alliance GAVI envisagera d'apporter une aide pour le VPI dans les pays remplissant les conditions requises, dans le cadre de sa stratégie d'investissements pour les vaccins, d'ici à la fin de 2013. De plus, d'ici à 2018, des moyens devraient être disponibles pour produire en toute sécurité le VPI dans les pays en développement (par exemple un vaccin VPI-Sabin), afin de garantir que tous les pays aient la possibilité de produire le VPI pour leurs programmes de vaccination.<sup>23</sup>

6.25 La disponibilité récente (depuis 2009) et l'efficacité avérée du VPOb contre les sérotypes restants PVS1 et PVS3 sont essentielles pour la stratégie de retrait du VPO2. Il y aura d'ici début 2015 un approvisionnement international suffisant et garanti pour ce produit en vue du passage du VPOt au VPOb pour les pays qui se procurent du VPO préqualifié auprès de l'OMS. Les pays s'appuyant actuellement sur une production nationale de VPO devront mettre au point et homologuer un VPOb d'ici à la fin de 2015. L'IMEP donnera la priorité à la collaboration avec les fabricants de ces pays pour s'assurer que, partout, il y ait un accès suffisant au VPOb avant le retrait du VPO2.

6.26 Suite au passage du VPOt au VPOb, ce dernier sera le vaccin de choix pour riposter à toute flambée de PVS1 ou de PVS3, et le VPOm de type 2 sera utilisé pour riposter à toute flambée de PVDVc de type 2 ou à la dissémination d'un PVS2 à partir d'un laboratoire ou d'une installation de production. Une réserve de 500 millions de doses de VPOm de type 2 en vrac sera disponible fin 2015 à cet effet. Après le passage du VPOt au VPOb, l'IMEP assurera un accès rapide au VPI seul (jusqu'à 10 millions de doses) pour les pays et les territoires adjacents à une zone de flambée, mais en dehors de celle-ci, l'objectif étant de renforcer rapidement l'immunité de la population. Dans

<sup>23</sup> Réunion du SAGE, 10-12 avril 2012 : voir [http://www.who.int/immunization/sage\\_conclusions/en/index.html](http://www.who.int/immunization/sage_conclusions/en/index.html).

Tous les pays devraient introduire au moins une dose de VPI dans leurs programmes de vaccination systématique.

l'idéal, ce résultat peut être obtenu en gérant soigneusement le stock tampon mondial de VPI. La détection d'un poliovirus ambigu dérivé d'une souche vaccinale (PVDVa) de type 2 pourrait déclencher une riposte préventive au moyen du VPI dans la zone immédiate.<sup>24</sup>

6.27 Après l'arrêt du VPOb (d'ici à la date butoir fixée en 2019), une association de VPOm et de VPI sera employée pour riposter à toute flambée de PVS ou de PVDV, quel que soit le sérotype. Une réserve internationale de 300 millions de doses de VPOm de type 1 et de VPOm de type 3 sera créée à cet effet d'ici à la fin de 2017.

### Activité 3 : Introduction du VPI

6.28 Pour renforcer l'immunité de la population contre les poliovirus de type 2 avant le retrait du VPO2 et pour maintenir une sensibilisation/protection de la population contre la poliomyélite de type 2 ensuite, le SAGE a recommandé en novembre 2012 à tous les pays d'introduire au moins une dose de VPI dans leurs programmes de vaccination systématique. Comme nous l'avons résumé plus haut, cela contribuera à maintenir l'immunité de la population contre les poliovirus de type 2, améliorera la réponse au VPOm de type 2 ou à une dose supplémentaire de VPI en cas de flambée de poliomyélite de type 2, et réduira la transmission de poliovirus de type 2 réintroduits, ce qui diminuera ainsi sensiblement les conséquences de la circulation subséquente de poliovirus du point de vue de la maladie paralytique et facilitera l'endigement des flambées.<sup>25</sup> Les faits démontrent que cela pourrait aussi accélérer l'éradication du PVS en renforçant l'immunité contre le PVS1 et le PVS3. Pour les pays exposés à un risque particulier d'émergence de PVDVc, il faudra peut-être compléter cette approche par des mesures telles que des campagnes de VPOt avant l'arrêt du VPO2, afin de renforcer l'immunité ou l'introduction de deux doses de VPI dans la vaccination systématique. Reconnaissant que les risques liés au retrait ultime du VPOb pourraient être semblables à ceux associés au retrait du VPO2, il est recommandé aux pays de prévoir de continuer à administrer au moins une dose de VPI dans leurs programmes de vaccination pendant au moins cinq ans après l'arrêt du VPOb.

6.29 Les enseignements tirés de l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ces 10 dernières années (par exemple les vaccins anti-*Haemophilus influenzae* type b, antipneumococcique ou antirotavirus) seront utiles pour l'introduction du VPI. Les pays devront effectuer la planification qui convient et faire leurs préparatifs en s'appuyant sur les listes de contrôle existantes pour la chaîne du froid, la logistique et la gestion des vaccins, la formation et la supervision des agents de santé, la gestion des déchets, la sécurité des injections et le suivi des manifestations postvaccinales indésirables (MAPI). Les partenaires de l'IMEP, notamment l'OMS et l'UNICEF, en conjonction avec l'Alliance GAVI et d'autres partenaires de la vaccination, aideront les pays à se préparer à l'introduction du VPI. Les activités d'aide en question comporteront la formation des agents de santé, le développement de la communication, la gestion de la chaîne du froid et l'élaboration de stratégies de gestion des vaccins.

Les partenaires de l'IMEP, notamment l'OMS et l'UNICEF, en conjonction avec l'Alliance GAVI et d'autres partenaires de la vaccination, aideront les pays à se préparer à l'introduction du VPI.

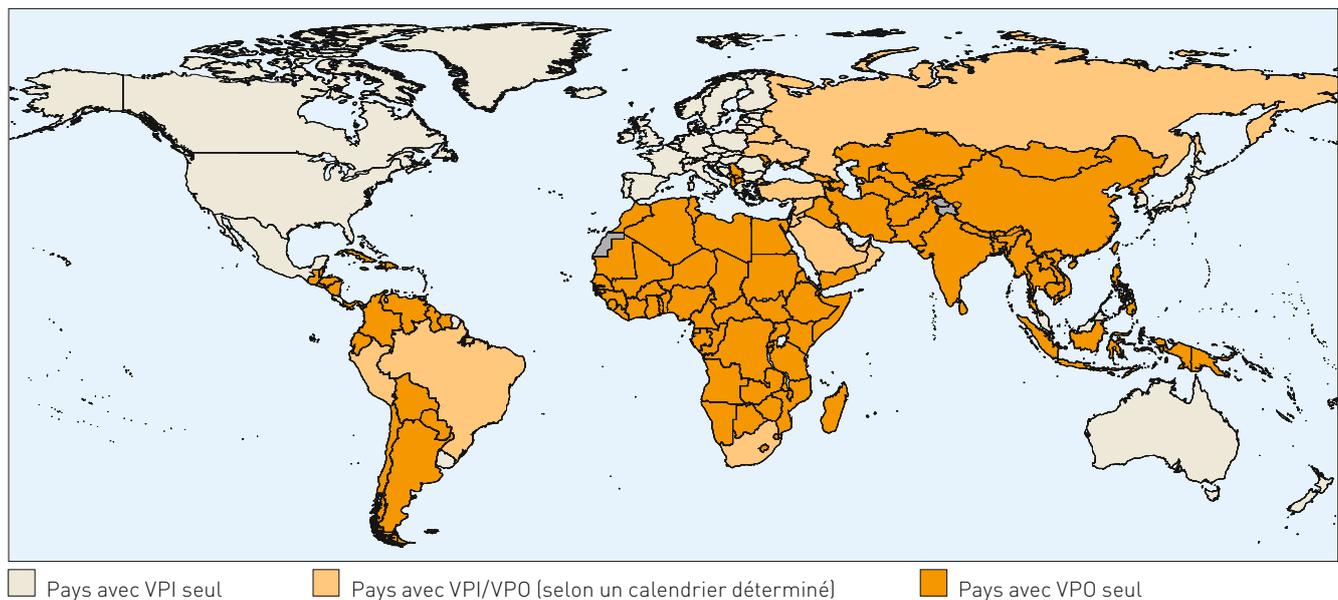
<sup>24</sup> Les PVDVa sont des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale qui sont isolés soit à partir de personnes n'ayant pas d'immunodéficience connue, soit d'eaux usées et l'origine première est alors inconnue.

<sup>25</sup> Sutter RW, Kew OM, Cochi SL, Aylward RB. Poliovirus Vaccine-Live. In: Plotkin SA, Orenstein WA, eds. Vaccines, 6th ed. Philadelphia, PA, W.B. Saunders Company, 2012 (in press); Alexander LN et al. Vaccine policy changes and epidemiology of poliomyelitis in the United States. Journal of the American Medical Association, 2004, 292 (14):1696-1701; Estivariz CF et al. Paralytic poliomyelitis associated with Sabin monovalent and bivalent oral polio vaccines in Hungary. American Journal of Epidemiology, 2011, 174 (3):316-325. Epub 2011 Jun 17.

6.30 L'introduction du VPI dans la vaccination systématique supposera d'intenses interventions de proximité auprès des personnes s'occupant des enfants et des prestataires. Les stratégies de communication dépendront de la nature du retrait progressif du VPO et de l'introduction du VPI et seront déterminées par des facteurs tels que l'acceptation de la vaccination, l'existence d'une opposition politique ou de groupes de pression contre la vaccination, et les approches opérationnelles utilisées pour intégrer le VPI dans le calendrier alors que le VPO est encore proposé. Des explications claires sur les raisons de l'administration du VPO et du VPI seront données aux médias, aux institutions médicales, ainsi qu'aux responsables religieux, traditionnels et politiques. La communication publique destinée aux personnes s'occupant d'enfants sera axée sur le succès de l'éradication de la poliomyélite, qui ouvre la voie à la fourniture d'autres vaccins, comme le VPI, pour achever le programme existant de lutte contre la poliomyélite. Le plaidoyer auprès des experts techniques pour un appui public et l'approbation du VPI et du VPO seront essentiels dans ce domaine.

6.31 Compte tenu de l'étendue géographique de cette transition vaccinale, des études sociales seront entreprises dans tous les pays prioritaires pour déterminer l'acceptabilité du VPI et, si nécessaire, élaborer des messages adaptés aux publics concernés. Ce travail orientera la préparation d'informations nuancées qui pourront être diffusées avant l'introduction du vaccin (au moins six mois à l'avance) afin d'aider les personnes s'occupant d'enfants et les prestataires à se préparer au changement. La diffusion des messages auprès des personnes s'occupant d'enfants et des prestataires sera confiée à des réseaux de mobilisateurs sociaux, à des agents de santé formés et à des responsables locaux et religieux crédibles, qui devront veiller à ce que les informations soient bien acceptées. Si nécessaire, ces messages s'appuieront sur une promotion de masse du VPI et de la vaccination systématique dans la presse, à la radio, à la télévision et dans les nouveaux médias.

Figure 17 : Pays utilisant le vaccin antipoliomyélitique oral en avril 2013



#### Activité 4 : Retrait du VPO de la vaccination systématique et des activités de vaccination supplémentaires

6.32 Avant de retirer le VPO2 – en remplaçant le VPOt par le VPOb dans tous les pays utilisant le VPO, six conditions préalables doivent être réunies :

1. validation de l'élimination des PVDVc persistants de type 2 et confirmation de l'éradication du PVS2 ;
2. réserve de VPOm de type 2 et capacité de riposte ;
3. capacité de surveillance et exigences de notification internationale pour tous les virus Sabin, type Sabin et PVDVc de type 2 ;
4. produits VPOb en quantités suffisantes pour tous les pays utilisant le VPO ;
5. option(s) abordable(s) pour le VPI dans tous les pays utilisant le VPO ;
6. phase II de confinement biologique de tous les PVDVc de type 2 et de tous les PVS.

6.33 En plus de ces conditions, il faudra résoudre un ensemble de difficultés au niveau de la logistique, de la communication, de l'approvisionnement en vaccins et des programmes pour parvenir au retrait mondial du VPO2. Des défis logistiques importants devront être relevés pour assurer le passage synchrone du VPOt au VPOb dans les 145 pays utilisant le VPO (Figure 17), retirer les stocks de VPOt sur le terrain et détruire ou confiner en toute sécurité les virus Sabin résiduels de type 2.

6.34 En gardant ces défis à l'esprit, le retrait du VPO2 s'appuiera sur quatre principes de base :

- l'arrêt complet de l'utilisation de tous les VPOt dans le monde doit intervenir d'ici à une date fixée ;
- l'arrêt doit être coordonné entre tous les pays utilisant le VPOt ;
- tous les stocks de VPOt restants au moment de l'arrêt doivent être collectés et détruits ;
- le processus doit être documenté.

En pratique, il faut comprendre qu'une date butoir indicative doit être fixée au niveau international trois ans avant l'arrêt du type 2 et que la date définitive est établie au moins 12 mois avant le passage au VPOb et l'arrêt de l'utilisation du VPOt. Cela permettra aux fabricants de vaccins, aux fournisseurs et aux autorités sanitaires nationales de faire les plans qui conviennent. Les plans nationaux doivent comporter les éléments suivants :

- des plans logistiques décrivant en détail les quantités de VPOb requises pour remplacer le VPOt, les exigences de transport et de stockage pour le retrait des stocks restants de VPOt et la désignation de points de collecte sûrs pendant la phase de retrait ;
- des plans de formation et de communication à l'intention des agents de santé pour s'assurer qu'ils comprennent bien les raisons et le processus du changement de vaccins et qu'ils puissent communiquer efficacement à ce sujet avec les communautés qu'ils servent ;
- des plans pour la formation, la logistique et la communication en ce qui concerne l'introduction d'une dose de VPI dans les calendriers de la vaccination systématique (voir plus haut).

Les principaux éléments pour l'arrêt de l'utilisation du VPOt et le retrait des stocks restants devraient idéalement être les suivants :

- veiller à ce que les dernières expéditions de VPOt aux niveaux national et local soient gérées très attentivement durant les six mois précédant la date fixée pour l'arrêt de ce vaccin ;
- faire des inventaires nationaux des vaccins à tous les niveaux six mois et un à deux mois avant l'arrêt du VPOt, puis un mois après celui-ci ;
- désigner des points sûrs de collecte du VPOt qui accepteront ces vaccins à partir d'un mois avant jusqu'à un mois après la date de l'arrêt de son utilisation.

**Le retrait du VPO2 s'appuiera sur quatre principes de base :**

- **l'arrêt complet de l'utilisation de tous les VPOt dans le monde doit intervenir d'ici à une date fixée ;**
- **l'arrêt doit être coordonné entre tous les pays utilisant le VPOt ;**
- **tous les stocks restants au moment de l'arrêt doivent être collectés et détruits ;**
- **le processus doit être documenté.**

Après le passage du VPOt au VPOb, tous les stocks restants au niveau national doivent, dans un délai de trois mois, être détruits ou conservés dans des conditions suffisantes de sécurité. La description documentée du processus de retrait du VPOt, de la collecte et de la destruction des stocks restants sera cruciale pour les comités nationaux de certification et pour la Commission mondiale et les commissions régionales de certification. Comme il s'agira là du premier retrait mondial d'un sérotype de VPO, il sera essentiel d'évaluer constamment le processus pour valider les hypothèses et mettre en évidence les meilleures pratiques pour le retrait ultérieur du VPOb.

**Une stratégie globale de communication visant l'entourage ou les parents d'enfants accompagnera l'introduction du VPI et le retrait du VPO2.**

6.35 Ce travail logistique sera accompagné, d'une part, d'une stratégie globale de communication visant l'entourage ou les parents des enfants qui bénéficieront du nouveau calendrier de vaccination et, d'autre part, de formations à l'intention des agents de santé qui le mettront en œuvre. L'introduction du VPI a été un succès dans tous les pays qui sont passés à ce vaccin, souvent avec peu ou pas d'actions de proximité auprès du public à propos de ce changement.

Les études sur l'acceptation sociale du VPI dans les États d'Uttar Pradesh et du Bihar en Inde laissent à penser que le VPI sera accepté si les communautés sont clairement informées des raisons du changement et reçoivent l'assurance de l'innocuité et de l'efficacité du vaccin. Toutefois, la réaction à l'introduction du VPI couplée au passage au VPOb nécessitera davantage d'études sociales, notamment dans les communautés où la confiance dans le VPO ou la vaccination est faible en général. Une justification claire pour l'administration du VPO et du VPI sera donnée aux personnes s'occupant d'enfants, et la communication autour de ce changement expliquera qu'il s'agit là d'une amélioration et d'une accélération du programme existant d'éradication de la poliomyélite et non d'une mesure pour résoudre un échec de la vaccination. Les efforts de communication mobiliseront des réseaux de mobilisateurs sociaux, des dirigeants locaux et religieux crédibles et passeront par une promotion massive dans la presse, à la radio, à la télévision et dans les nouveaux médias.

**Après la certification mondiale de l'éradication totale des sérotypes du PVS, le VPOb sera retiré de la vaccination systématique partout dans le monde, garantissant ainsi l'élimination de tous les poliovirus.**

6.36 Après la certification mondiale de l'éradication totale des sérotypes du PVS, le VPOb sera retiré de la vaccination systématique partout dans le monde, garantissant ainsi l'élimination de tous les poliovirus. Comme pour le retrait du VPOt, des défis logistiques importants devront être relevés pour permettre l'arrêt synchrone de l'utilisation systématique du VPOb, le retrait des stocks restants de VPO sur le terrain et la destruction ou le confinement en toute sécurité des virus résiduels de souche Sabin. L'expérience acquise lors du retrait du VPOt sera d'une très grande utilité pour cette étape finale du retrait de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux.

## 6.5 QUI SUPERVISE CE TRAVAIL ?

### **Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination**

6.37 Les activités dans le cadre de l'objectif 2 sont supervisées par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE).