

# Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024



Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022 – 2024  
[Global Polio Surveillance Action Plan 2022–2024]

ISBN 978-92-4-004731-0 (electronic version)

ISBN 978-92-4-004732-7 (print version)

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

© **Organisation mondiale de la Santé 2022**

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

**Citation suggérée.** Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022 - 2024.

Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

**Catalogage à la source.** Les données (CIP) sont disponibles à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale=fr&attribute=fr&>.

**Ventes, droits et licences.** Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>

**Matériel attribué à des tiers.** Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

**Clause générale de non-responsabilité.** Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

## Table des matières

<b>Remerciements</b> .....	<b>iiiv</b>
<b>Acronymes et abréviations</b> .....	<b>iv</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>1</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>5</b>
<b>Objectifs pour 2022-2024</b> .....	<b>12</b>
<i>Surveillance de la PFA</i> .....	12
Objectif 1. Améliorer et maintenir la sensibilité et la promptitude de la surveillance de la PFA.....	12
<i>Surveillance Environnementale</i> .....	20
Objectif 2. Optimiser le réseau de surveillance environnementale pour contribuer à la détection rapide du poliovirus .....	20
<i>Surveillance des PVDVi</i> .....	29
Objectif 3. Etablir une surveillance des PVDVi pour soutenir l'éradication de la poliomyélite.....	29
<i>Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP)</i> .....	36
Objectif 4. Maintenir et renforcer la capacité et l'efficacité du Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP).....	36
<i>Gestion de l'information et des données</i> .....	45
Objectif 5. Augmenter l'efficacité de la collecte, de la gestion et de l'utilisation des données pour l'action.....	45
<i>Responsabilisation et Gestion de la surveillance</i> .....	53
Objectif 6. Améliorer la responsabilisation et la gestion de la surveillance .....	53
<b>Annexes</b> .....	<b>59</b>
<i>Annexe A. Évaluation des risques par les pays</i> .....	59
<i>Annexe B. Audit de la surveillance de la PFA</i> .....	62
<i>Annexe C. Comportements en matière de recours aux soins</i> .....	64
<i>Annexe D. Surveillance à base communautaire</i> .....	69
<i>Annexe E. Indicateurs</i> .....	74
<i>Annexe F. Promptitude : Comment réduire les retards</i> .....	82
<i>Annexe G. Favoriser une main-d'oeuvre qualifiée</i> .....	86
<i>Annexe H. Intégration de la surveillance des poliovirus</i> .....	89
<i>Annexe I. Genre et surveillance de la poliomyélite</i> .....	92
<i>Annexe J. Budget et finances</i> .....	98
<i>Annexe K. Ressources</i> .....	101

## **REMERCIEMENTS**

Les recommandations qui figurent dans la présente publication sont fondées sur l'avis d'experts indépendants, qui ont examiné les meilleures données factuelles disponibles, une analyse du rapport risques-avantages et d'autres facteurs, selon que de besoin. La présente publication peut contenir des recommandations sur l'utilisation de produits médicaux pour une indication, sous une forme galénique, à une posologie, pour une population ou suivant d'autres paramètres qui ne figurent pas dans les indications approuvées. Les parties prenantes concernées doivent se familiariser avec les prescriptions juridiques et éthiques nationales applicables. L'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue pour responsable de l'achat, de la distribution et/ou de l'administration d'un produit, quel qu'en soit l'usage.

## ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AFR	Région africaine	ONU	Nations Unies
AMR	Région des Amériques	PCS	Stratégie de post-certification
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies	PDI	Populations déplacées à l'intérieur du pays
CIF	Formulaire d'investigation des cas	PEV	Programme élargi de vaccination
DD	Détection directe	PFA	Paralysie flasque aiguë
DEM	Modèle d'élévation numérique	PFANP	Paralysie flasque aiguë non poliomyélitique
DHIS2	Système d'information sanitaire du district 2	POLIS	Système d'information sur la poliomyélite
DIT	Différenciation intratypique	POS	Procédures opérationnelles standardisées
EMR	Région de la Méditerranée orientale	PRSEAH	Prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel
eSurv	Surveillance électronique	PV	Poliovirus
EUL	Autorisation d'utilisation pour les situations d'urgence	PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
EUR	Région Européenne	PVDVc 2	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2
EV	Entérovirus	PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
FETP	Programme de formation à l'épidémiologie de terrain	PVDVi	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficiences
FRR	Besoins en ressources financières	PVS	Poliovirus sauvage
GPSAP	Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite	PVS1	Poliovirus sauvage de type 1
HR	Haut risque	QA	Assurance qualité
IA2030	Programme pour la vaccination à l'horizon 2030	R&D	Recherche et développement
ICP	Indicateur clé de performance	RMLP	Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
IFA	Information pour l'action	RMLPMS	Système de gestion du réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	RRT	Equipe d'intervention rapide
IP	Immunodéficiences primaires	SBC	Surveillance à base communautaire
IPOW	Programme de travail intérimaire	SE	Surveillance Environnementale
IVB	Vaccination, vaccins et produits biologiques	SEAR	Région d'Asie du Sud-Est
MPV	Maladie à prévention vaccinale	UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
MHR	Risque moyen à élevé	VHR	Très haut risque
MZR	Rapport mensuel « zéro cas »	VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
NPEV	Entérovirus non poliomyélitique	WebIFA :	Information en ligne pour l'action
nVPO2	Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2	WHE	Programme OMS de gestion des situations d'urgences (WHO Health Emergencies Programme)
OB	Flambée	WPR	Région du Pacifique occidental
OBRA	Évaluation de la riposte aux flambées	WZR	Rapport hebdomadaire « zéro cas »
OMS	Organisation mondiale de la santé		
ONG	Organisation non gouvernementale		

## SOMMAIRE

L'effort mondial d'éradication du poliovirus sauvage (PVS) est entré dans une phase critique. En ce début de 2022, le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) persiste dans deux pays endémiques, l'Afghanistan et le Pakistan, et le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc) a été détecté dans des communautés sous-immunisées de pays exempts de PVS, dans trois des six régions de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Pour parvenir à l'éradication du PVS, et mettre fin à la transmission du PVDVc, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a lancé une nouvelle stratégie - *Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 : Tenir notre promesse*. La Stratégie de l'IMEP cible les obstacles à l'élimination de la transmission du PVS de type 1 et du PVDVc et détermine la voie à suivre vers l'éradication du PVS, en mettant l'accent sur la continuité des investissements et l'amélioration de la qualité de la surveillance et de la promptitude de la détection.

L'IMEP s'appuie sur trois types de surveillance pour détecter le poliovirus : la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), comme principale approche de surveillance, complétée par la surveillance environnementale (SE) et la surveillance des poliovirus chez les personnes atteintes de troubles d'immunodéficience primaires (IP), appelée surveillance des poliovirus dérivés du vaccin associé à une immunodéficience (PVDVi). Ces trois systèmes sont soutenus par le RMLP, ainsi que le système de gestion des données et des informations sur la poliomyélite.

Depuis le développement du précédent *Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite (GPSAP), 2018-2020*, la surveillance sur le terrain et en laboratoire a été confrontée à de nouveaux défis. L'émergence du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) à la fin de 2019, ainsi que la pandémie mondiale de COVID-19 qui s'en est suivie ont entraîné une suspension temporaire des activités de lutte contre la poliomyélite dans de nombreux pays. Bien que le rendement de la surveillance ait diminué au cours des premiers mois de la pandémie, un nombre record de poliovirus a été détecté en 2020, reflétant les reculs importants suite à la suspension des activités de riposte aux flambées. Néanmoins, avant la pandémie de COVID-19, de nombreux pays étaient confrontés à des défaillances dans la surveillance des poliovirus au niveau infranational. Dans certains pays, les faibles performances étaient plus localisées dans les districts où les zones sont difficiles d'accès, et au sein des populations à haut risque ayant un accès limité au secteur formel de la santé. À ces difficultés s'ajoute que certains pays font face à des ressources limitées - tant humaines que financières - en raison du transfert des ressources de la surveillance de la poliomyélite vers d'autres priorités de santé publique (y compris la COVID-19) ou du climat financier actuel qui a entraîné une diminution du soutien de l'IMEP aux pays.

Ce nouveau *Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite (GPSAP) 2022-2024* est le premier de deux plans d'action qui devraient concrétiser la vision de la Stratégie de l'IMEP. Il vise à traduire la stratégie en actions en mettant l'accent sur l'accélération de la détection du poliovirus, l'amélioration de la qualité de la surveillance au niveau infranational, la promotion de l'intégration de la surveillance de la poliomyélite dans celle d'autres maladies à prévention vaccinale (MPV) à tendance épidémique, et l'intégration de genre dans les activités de surveillance et la programmation en tant que facteur habilitant clé.

Le GPSAP 2022-2024 comporte six objectifs se renforçant mutuellement :

1. Renforcer et maintenir la sensibilité et la promptitude de la surveillance de la PFA ;
2. Optimiser le réseau de surveillance environnementale pour contribuer à la détection rapide des poliovirus ;
3. Mettre en place un système de surveillance des PVDVi pour préserver l'éradication de la poliomyélite ;
4. Maintenir et renforcer la capacité et l'efficacité du RMLP ;
5. Augmenter l'efficacité de la collecte, de la gestion et de l'exploitation des données au service des actions ;
6. Améliorer la responsabilisation et la gestion de la surveillance.

Le GPSAP 2022-2024 se concentre sur certains pays qui ont été identifiés comme " pays prioritaires " en raison de lacunes persistantes dans la surveillance et de la vulnérabilité chronique à la transmission du poliovirus ; cependant, tous les pays sont encouragés à adopter les mesures et les recommandations proposées. Des activités aux niveaux national, régional et mondial ont été identifiées pour aider à atteindre les objectifs fixés par la Stratégie de l'IMEP - notamment en ce qui concerne l'atteinte d'une nouvelle norme en matière de promptitude de la détection, les échantillons devant parvenir au laboratoire dans les 14 jours suivant la date de début de paralysie pour un cas de PFA, et les résultats des tests et du séquençage devant être communiqués dans les 35 jours suivant la date de début de paralysie.

Pour soutenir les objectifs de la Stratégie de l'IMEP, le GPSAP 2022-2024 se concentre sur l'amélioration des systèmes de surveillance avec des Indicateurs de la promptitude et la qualité de la surveillance, qui permettront de suivre les progrès au niveau mondial ainsi que pour les pays prioritaires. Dans le cadre du GPSAP, l'IMEP encouragera et collaborera avec les pays pour évaluer des comportements en matière de recours aux soins en adaptant leurs formulaires d'investigation des cas (CIF) de PFA afin de documenter les consultations médicales des cas et de leurs soignants. Un examen des données des CIF permettra d'identifier les personnes et les établissements qui ne font pas partie du réseau de notification des cas de PFA et dont l'inclusion devrait être évaluée afin d'augmenter la sensibilité de la surveillance de la PFA. Ces examens aideront également à comprendre le comportement des communautés et des populations vulnérables en matière de recours aux soins et à guider les activités de surveillance, telles que la surveillance à base communautaire. En outre, le nouveau GPSAP donne la priorité à l'expansion ciblée des sites de SE dans certains pays, et offre un soutien ciblé aux pays dont les réseaux de SE sont peu performants. L'IMEP introduira également de nouvelles méthodologies et technologies pour accélérer la détection et combler les lacunes en matière de surveillance. S'appuyant sur des années de recherche et de développement (R&D), une nouvelle méthodologie d'essai sans culture cellulaire, appelée détection directe (DD), sera mise à l'essai parallèlement au séquençage élargi dans certains laboratoires ; en cas de succès, elle sera mise en œuvre à plus grande échelle. L'IMEP compte accélérer également la mise à niveau du système archaïque de l'information pour l'action (IFA) en investissant dans des plateformes de gestion d'information et de données en ligne, telles que l'Information en ligne pour l'action (WebIFA). Afin de favoriser davantage la détection rapide, l'IMEP pilotera un système électronique de suivi des échantillons en temps réel, depuis le point de collecte jusqu'aux résultats finaux de laboratoire, ce qui permettra aux programmes nationaux de localiser et de prendre des mesures si un échantillon est retardé à un moment quelconque du processus.

Étant donné que la Stratégie de l'IMEP donne la priorité aux changements visant à améliorer la réussite en première ligne et sur le terrain, chaque objectif du GPSAP porte directement sur le renforcement et le maintien des capacités humaines. Le GPSAP 2022-2024 met l'accent sur la valeur essentielle d'un environnement de travail favorable en englobant l'ensemble des activités de recrutement, de formation et de maintien en poste du personnel qualifié. Les programmes sont encouragés à augmenter la parité des genres au sein de leur personnel, à mettre en place des politiques de Prévention de l'exploitation

sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel (PRSEAH), et à promouvoir l'égalité des genres en tant que moyen permettant de garantir un environnement de travail sûr et favorable. Dans le cadre d'un effort visant à garantir l'équité des genres dans la sphère de la surveillance, les mesures de performance comprendront une évaluation des données ventilées par sexe. En outre, des mécanismes d'examen des indicateurs d'inégalité potentielle en matière de genre seront mis en place.

Au cours de cette période du GPSAP, les programmes nationaux devront trouver un équilibre entre les priorités d'intégration et le maintien des normes de surveillance élevées requises pour parvenir à l'éradication du PVS. Pour ce faire, il faudra veiller à ce que le personnel soit équipé et préparé à promouvoir l'intégration de la surveillance de la poliomyélite dans celle d'autres maladies à tendance épidémique. En collaboration avec les partenaires et les parties prenantes, notamment le département de l'OMS chargé de la Vaccination, des vaccins et des produits biologiques (IVB) et le programme des urgences sanitaires de l'OMS (WHE), des mesures seront prises pour évaluer les besoins communs et soutenir la durabilité de la surveillance de la poliomyélite à long terme, en particulier dans le cadre de la planification post-certification.

Le GPSAP a été élaboré par le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance, où les partenaires de l'IMEP, les Régions de l'OMS et les experts en matière de surveillance sur le terrain et en laboratoire sont représentés. Le présent GPSAP sera mis en œuvre à partir de la première moitié de la période de la Stratégie de l'IMEP - de 2022 à la mi-2024. Au début de l'année 2024, les progrès de la mise en œuvre au niveau global seront réévalués, et un nouveau plan d'action tenant compte des nouveaux développements et des changements apportés aux politiques et aux priorités sera élaboré pour couvrir le reste de la Stratégie de l'IMEP.



## INTRODUCTION

La surveillance des poliovirus est l'un des principaux piliers de l'effort mondial d'éradication du poliovirus. Le principal système de détection de la transmission du poliovirus est la surveillance des cas de poliomyélite chez les personnes atteintes de PFA, complétée par la surveillance environnementale (SE) pour la détection du poliovirus dans les égouts et les eaux usées, et la surveillance des poliovirus chez les personnes atteintes de troubles d'immunodéficiences primaires (IP), appelée surveillance du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associée à une immunodéficiences (PVDVi).<sup>1</sup> La surveillance des poliovirus est soutenue par un réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLP) efficace, et un Système d'information sur la poliomyélite (POLIS) complet qui permet un accès rapide aux données pour éclairer les actions.

Ensemble, les trois systèmes de surveillance (PFA, environnementale et des PVDVi), le RMLP et POLIS sont tous essentiels à l'éradication de la poliomyélite. Chaque champ d'action fonctionne depuis le niveau du terrain au sein des pays jusqu'aux niveaux régional et mondial et à l'ensemble de l'IMEP, désigné dans ce document par le terme " programme ".

Le **Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite (GPSAP) 2022-2024** s'appuie sur le précédent GPSAP 2018-2020 qui a introduit un certain nombre d'interventions et d'innovations, notamment des activités ciblées pour renforcer la SE, de nouvelles stratégies pour atteindre les populations difficiles d'accès, des lignes directrices pour établir la surveillance des PVDVi, avec un pilotage en cours dans certains pays, un forum pour la coordination des systèmes d'information de surveillance, et des orientations standardisées pour soutenir le travail critique de surveillance sur le terrain.<sup>2</sup> Le nouveau GPSAP 2022-2024 s'aligne également avec les composantes de la surveillance de la nouvelle *Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 : Tenir notre promesse*, appelée **Stratégie de l'IMEP**.<sup>3</sup> Pour soutenir davantage les changements au sein de l'IMEP, visant à renforcer la collaboration avec d'autres programmes de santé, le GPSAP 2022-2024 s'appuie sur « *la Stratégie mondiale pour la surveillance globale des maladies à prévention vaccinale* » et sur la « *global pandemic preparedness strategy* » (stratégie mondiale de préparation aux pandémies), actuellement en cours de développement.<sup>4</sup>

## CONTEXTE

Alors que le GPSAP 2022-2024 est lancé, le poliovirus sauvage de type 1 (PVS 1) persiste actuellement en Afghanistan et au Pakistan, parallèlement au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2). L'IMEP est également confrontée à une augmentation des flambées de PVDVc, affectant les pays exempts de PVS dans cinq des six Régions de l'OMS depuis 2019 - une crise urgente exacerbée par la pandémie de COVID-19.

<sup>1</sup> Bien que l'objectif de la surveillance de la poliomyélite chez les patients atteints de troubles d'IP soit de détecter toute excrétion de poliovirus au-delà des PVDV, pour s'y référer plus facilement, elle sera appelée ci-après " surveillance du PVDVi ".

<sup>2</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Plan d'action mondial de surveillance de la poliomyélite, 2018-2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020-FR-1.pdf>

<sup>3</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP). Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 : Tenir notre promesse. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350556/9789240035300-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

<sup>4</sup> Stratégie mondiale pour la surveillance globale des maladies à prévention vaccinale (MPV). OMS, Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020. [http://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/Global\\_Comprehensive\\_VPD\\_Surveillance\\_Strategy\\_IA2030\\_FR.pdf](http://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/Global_Comprehensive_VPD_Surveillance_Strategy_IA2030_FR.pdf). OMS Urgences sanitaires (WHE). Global pandemic preparedness strategy. En cours de développement

La détection tardive de la transmission du PVS1 et du PVDVc2 est l'un des plus grands risques pour le programme d'éradication de la poliomyélite. Une surveillance inadéquate au niveau infranational, notamment dans les zones difficiles d'accès et auprès de populations particulières qui pourraient être inaccessibles pour le programme, a un impact sur la capacité de l'IMEP à détecter la transmission du poliovirus et à réagir en temps opportun. Les lacunes infranationales en matière de surveillance de la poliomyélite restent évidentes, en particulier en Afghanistan et au Pakistan et dans certains pays touchés par la flambée.

La pandémie de COVID-19 a également contribué à une baisse du nombre de cas de PFA notifiés, car les mesures de sécurité ont limité les déplacements nationaux et internationaux, et le comportement en matière de recours aux soins a radicalement changé.

La Stratégie de l'IMEP souligne qu'un risque de détection tardive de la transmission du poliovirus, aggravé par une série de problèmes logistiques qui prolongent le temps de riposte au-delà de la période nécessaire pour un impact maximal, représente l'un des plus grands risques pour l'éradication mondiale de la poliomyélite.

En outre, avec l'introduction du nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (nVPO2), désormais disponible dans le cadre d'une procédure d'autorisation d'utilisation d'urgence (EUL) de l'OMS pour une riposte rapide aux flambées de PVDVc2, des niveaux élevés de surveillance de la poliomyélite seront impératifs, notamment dans le cadre du suivi post-campagne. Le recours à l'infrastructure de la surveillance de la poliomyélite pour obtenir des informations complètes, opportunes et précises sur le poliovirus sera nécessaire pour

### **COVID-19 et surveillance de la poliomyélite**

Lorsque la première vague de la COVID-19 a frappé au début de 2020, l'IMEP a recommandé de limiter les interactions en première ligne pour protéger le personnel de terrain des programmes et les communautés. Pendant cette pause opérationnelle, les campagnes de vaccination ont été reportées et les programmes nationaux ont été confrontés à des défis majeurs. Le confinement au niveau national a limité la capacité du personnel de terrain à mener des activités de surveillance, et la fermeture des frontières nationales et internationales a empêché l'acheminement ou l'arrivée d'échantillons aux laboratoires pour les tests, ce qui a, par conséquent, retardé la détection de plusieurs flambées de polio. À l'échelle mondiale, le niveau minimal de surveillance de la poliomyélite qui pouvait être maintenu a également été affecté, car la pandémie de COVID-19 a eu des impacts largement disproportionnés selon les régions. \* Cependant, même si les performances de la surveillance ont diminué au cours des premiers mois de 2020, un nombre record de virus a été détecté, indiquant qu'un niveau minimal de surveillance a été maintenu malgré ces défis. En outre, la pandémie de COVID-19 a mis en évidence l'importance et la fiabilité du réseau de surveillance de la poliomyélite pour d'autres maladies à tendance épidémique. Dans plusieurs pays, l'infrastructure de surveillance de la poliomyélite sur le terrain a été pleinement utilisée pour la riposte à la pandémie de COVID-19.

\* Zomahoun DJ, Burman AL, Snider CJ, Chauvin C, Gardner T, Lickness JS, Ahmed JA, Diop O, Gerber S, Anand A. Impact of COVID-19 Pandemic on Mondial Poliovirus Surveillance. *MMWR-Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2021 Jan 1;69(5152):1648-1652 (<http://doi.org/10.15585/mmwr.mm695152a4>).

répondre aux exigences réglementaires et aux éventuelles demandes de préqualification du nVPO2.<sup>5</sup>

Un autre défi pressant auquel l'IMEP est confrontée au cours de cette période du GPSAP est la *transition*, qui fait référence au passage accéléré du personnel et de l'infrastructure de l'IMEP, vers les États membres, en fonction des risques, et les programmes essentiels de vaccination ou d'urgence sanitaire.<sup>6</sup> La transition est un grand pas en avant - et une étape nécessaire, alors que l'IMEP se rapproche de son objectif. Cependant, ce processus génère également une certaine incertitude quant à la capacité des pays à maintenir une surveillance de haute qualité de la poliomyélite. Alors que la transition continue d'être mise en œuvre dans les Régions de l'OMS, les programmes nationaux devront trouver un équilibre entre les priorités en matière d'intégration et le maintien des normes élevées requises pour parvenir à l'éradication. À l'avenir, l'IMEP intégrera les activités spécifiques à la poliomyélite dans celles d'autres maladies à prévention vaccinale (MPV) ou des programmes de préparation aux situations d'urgence afin de faciliter le processus de transition et de garantir la durabilité de l'éradication de la poliomyélite.

<sup>5</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP). Exigences en matière de surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire dans le contexte de l'utilisation du nVPO2. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021  
<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/Polio-Field-and-Laboratory-Surveillance-requirements-in-the-context-of-nOPV2-use-20201031-FR.pdf>

<sup>6</sup> Conseil indépendant de suivi de la transition de la poliomyélite (TIMB). Fourth report, Navigating complexity. Janvier 2021  
<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/4th-TIMB-Report-Navigating-Complexity-20210131.pdf>,

## OBJECTIF

L'objectif du Plan d'action mondial pour la poliomyélite (GPSAP) 2022-2024 est de définir les stratégies et les activités de surveillance nécessaires pour atteindre et maintenir un système de surveillance suffisamment sensible pour détecter la circulation de tout poliovirus. Il vise également à renforcer la coordination entre les systèmes de l'IMEP en matière de surveillance sur le terrain, la surveillance en laboratoires du RMLP, les systèmes d'information sur la poliomyélite (POLIS) et la gestion des données, ainsi que la gestion des équipes nationales, régionales et mondiales.

### Nouveaux thèmes transversaux

L'une des principales composantes du GPSAP consiste à traduire la Stratégie de l'IMEP en actions. Ainsi, un accent particulier sera mis sur l'accélération de détection du poliovirus, l'amélioration de la qualité de la surveillance infranationale, ainsi que sur la promotion de l'intégration de la surveillance de la poliomyélite dans d'autres programmes de maladies à prévention vaccinale et à l'intégration de l'égalité des genres dans les activités et les programmes de surveillance en tant que facteur habilitant clé de l'éradication de la poliomyélite.

- **Vitesse de la détection du poliovirus** : Une détection tardive de la transmission du poliovirus a un impact négatif sur la riposte aux flambées, permettant au virus de se propager sans intervention. La Stratégie de l'IMEP vise à raccourcir le délai entre la détection et la riposte, avec **≥80% des poliovirus confirmés et séquencés dans les 35 jours suivant l'apparition du cas (ou la collecte d'un échantillon pour la SE)**. La réalisation de cet objectif dépend d'une action rapide dans l'ensemble du système de surveillance de la poliomyélite, allant de la détection et l'enquête des cas jusqu'à l'acheminement des échantillons et le traitement en laboratoire, et pour les trois types de systèmes de surveillance sur le terrain (PFA, environnementale et des PVDVi).
- **Qualité de la surveillance infranationale** : Les pays endémiques et ceux touchés par les flambées épidémiques semblent disposer de systèmes sensibles de surveillance de la PFA au niveau national ; toutefois, cette vue d'ensemble peut masquer des lacunes au niveau infranational, notamment dans les zones difficiles d'accès et au sein des populations particulières. Le GPSAP vise à améliorer la qualité de la surveillance au niveau infranational en optimisant la SE et en renforçant la surveillance de la PFA pour atteindre un **taux de PFA non poliomyélitique (PFANP)  $\geq 2$  pour 100 000 enfants de moins de 15 ans dans au moins 80 % des districts (ou niveau administratif 2) ayant une population de moins de 15 ans d'au moins 100 000 personnes**, dans les pays prioritaires.
- **L'égalité des genres** : L'IMEP reconnaît que l'égalité des genres est essentielle au succès de l'effort d'éradication.<sup>7</sup> Le GPSAP donne la priorité à la collecte systématique de données ventilées par sexe et l'analyse comparative des questions de genre afin d'éclairer la prise de décision et de combler les lacunes et les obstacles identifiés. Il prévoit également la mise en place d'un renforcement des capacités axé sur l'égalité des genres. Les programmes nationaux mettront en œuvre des mesures visant la prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel (appelées politiques de PRSEAH), formeront le personnel de surveillance aux rapports confidentiels existants et s'engageront à garantir la mise en place de mécanismes et des systèmes de soutien sensibles au genre.
- **Intégration** : L'intégration de la surveillance de la poliomyélite n'est pas seulement une étape vers la transition des actifs et fonctions soutenus par l'IMEP en préparation de la période post-certification ; mais aussi un moyen de façonner un monde durable sans poliomyélite, grâce à une collaboration

<sup>7</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 [https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Gender\\_Strategy\\_FR.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Gender_Strategy_FR.pdf).

systematique avec d'autres acteurs de la santé publique. Alors que ce travail est déjà en cours dans certaines Régions de l'OMS, le programme s'appuiera sur les enseignements tirés pour favoriser systématiquement l'intégration. Le GPSAP oriente les pays et les régions pour identifier davantage les champs d'intégration à chaque étape du processus de surveillance de la poliomyélite, allant de la surveillance sur le terrain jusqu'à la surveillance en laboratoire et aux systèmes d'information et de gestion des données.

## OBJECTIFS

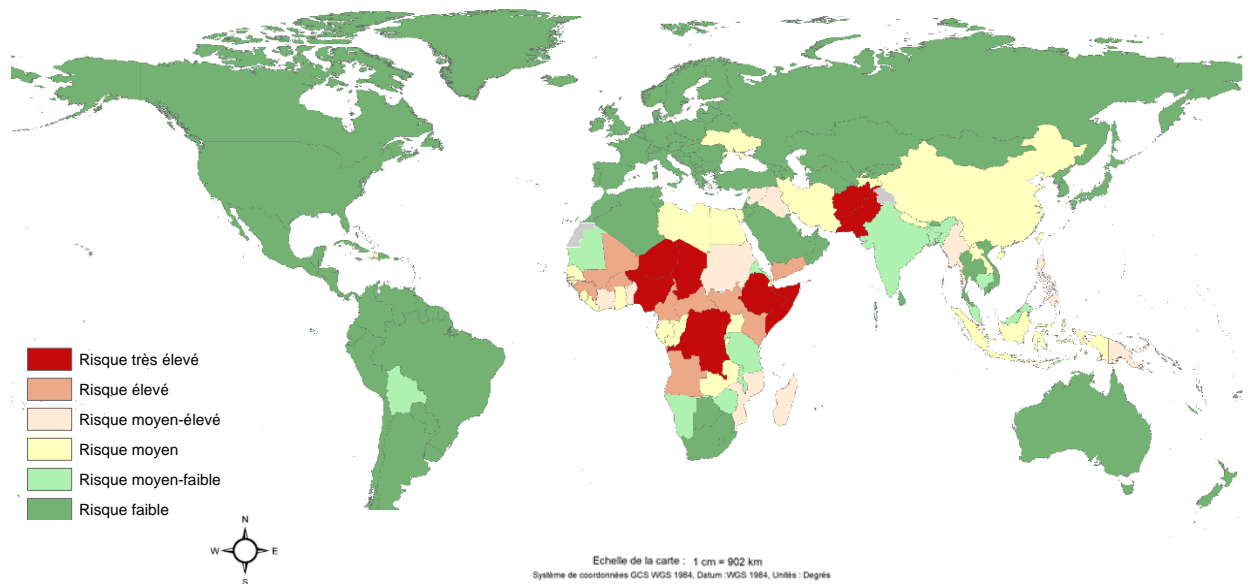
Le GPSAP 2022-2024 comporte six objectifs se renforçant mutuellement :

1. Renforcer et maintenir la sensibilité et la promptitude de la surveillance de la PFA ;
2. Optimiser le réseau de surveillance environnementale pour contribuer à la détection rapide des poliovirus ;
3. Mettre en place un système de surveillance des PVDVi pour préserver l'éradication de la poliomyélite ;
4. Maintenir et renforcer la capacité et l'efficacité du RMLP ;
5. Augmenter l'efficacité de la collecte, de la gestion et de l'exploitation des données au service de l'action ;
6. Améliorer la responsabilisation et la gestion de la surveillance.

## GÉOGRAPHIES

Bien que l'objet du GPSAP 2022-2024 et son alignement sur les objectifs de la Stratégie de l'IMEP soient de nature mondiale, le GPSAP est principalement axé sur les pays prioritaires. Les pays prioritaires définis ci-dessous ont été identifiés dans le cadre d'un exercice d'évaluation des risques coordonné par le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance qui a pris en compte de multiples contributions, notamment les évaluations des risques régionales et mondiales par l'OMS, les plans de transition régionaux et les évaluations des obstacles à l'éradication dans chaque pays (**Fig. 1 et Annexe A. Évaluation des risques par les pays**).

**Fig. 1. Évaluation des risques au niveau pays (Depuis janvier 2022)**



Source : OMS.

Les pays identifiés comme présentant des risques très élevés, élevés et moyennement élevés sont ceux qui présentent des lacunes persistantes en matière de surveillance et de vulnérabilité à la transmission du poliovirus (**Tableau1**). Cette liste de pays prioritaires est établie pour toute la durée du GPSAP 2022-2024 ; toutefois, d'autres pays peuvent être reclassés par ordre de priorité ou ajoutés au fur et à mesure que des risques critiques ou des lacunes dans la surveillance sont identifiés.

**Tableau1 . Pays prioritaires**

Groupe prioritaire	Région de l'OMS	Liste des pays
Très haut risque	Africaine	Éthiopie, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo Tchad
	Méditerranée orientale	Afghanistan, Pakistan, Somalie
Haut risque	Africaine	Angola, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Guinée, Kenya, Mali, Sud-Soudan.
	Méditerranée orientale	Yémen
Risque moyen à élevé	Africaine	Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Guinée Bissau, Madagascar, Mozambique, Togo.
	Méditerranée orientale	Irak, République arabe syrienne, Soudan,
	Asie du Sud-Est	Myanmar
	Pacifique occidentale	Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines

## CHRONOLOGIE

Étant donné que la nouvelle Stratégie de l'IMEP couvre la période 2022-2026 et qu'un examen à mi-parcours est prévu pour la fin de 2023, ce GPSAP couvrira la période 2022-2024, soit la période initiale de la stratégie du programme mondial. Un plan d'action pour la surveillance mis à jour sera élaboré au début de 2024 pour couvrir la période 2024-2026, représentant la deuxième période de la Stratégie de l'IMEP. Il reflétera toutes les révisions apportées lors de l'examen à mi-parcours de la Stratégie de l'IMEP, en mettant l'accent sur les exigences de la certification.

## PUBLIC CIBLE

Le GPSAP 2022-2024 a été élaboré par le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance. Il est composé de représentants des partenaires de l'IMEP, des points focaux régionaux et des experts en surveillance sur le terrain et en laboratoires. Le nouveau plan d'action est destiné à être utilisé par des individus, des organisations et des pays impliqués dans les efforts d'éradication de la poliomyélite. À ce titre, les utilisateurs potentiels incluent : les responsables et le personnel des programmes nationaux de vaccination et de lutte contre la poliomyélite ; les points focaux nationaux et régionaux de l'OMS et de l'UNICEF pour l'éradication de la poliomyélite ; les programmes de vaccination et d'urgence sanitaire ; les organes consultatifs techniques pour l'éradication de la poliomyélite et la vaccination et les agences partenaires de l'IMEP.

# OBJECTIFS POUR 2022-2024

## SURVEILLANCE DE LA PFA

### Objectif 1. Renforcer et maintenir la sensibilité et la promptitude de la surveillance de la PFA

#### Contexte

La surveillance de la PFA reste la pierre angulaire de l'effort d'éradication de la poliomyélite et la norme de référence en matière de détection de la circulation dans tout le pays. Tous les pays devraient être en mesure de détecter les personnes suspectées comme étant des cas de PFA, dans n'importe quel segment de la population, grâce à au moins une des trois stratégies suivantes : surveillance active, surveillance passive et surveillance à base communautaire.<sup>8</sup>

Toutefois, les difficultés rencontrées sur le terrain peuvent empêcher d'atteindre une sensibilité et une promptitude suffisantes en matière de surveillance de la PFA. La couverture de la surveillance de la PFA elle-même peut être limitée pour plusieurs raisons, notamment l'impossibilité d'accéder systématiquement à des populations particulières ou à des zones difficiles d'accès. Au sein du programme, il peut y avoir une rotation rapide du personnel et des possibilités de formation limitées, qui pourraient avoir un impact sur la qualité de la surveillance - ou, au niveau de la direction, il pourrait également y avoir un examen limité des données nécessaires pour prendre des mesures. Dans les pays exempts du PVS, la surveillance de la poliomyélite n'est souvent pas prioritaire, ce qui peut entraîner une détection tardive des importations et des émergences. Dans tous les pays, la pandémie de COVID-19 a également eu un impact négatif sur la sensibilité et la promptitude du système de surveillance de la PFA, même si le réseau de surveillance de la poliomyélite lui-même a apporté un soutien crucial pour aider à contenir la COVID-19, en démontrant qu'il peut aller au-delà de la surveillance de la poliomyélite pour assurer un suivi de toute Maladie à prévention vaccinale, des flambées ou des événements sanitaires.

Pour combler les lacunes en matière de surveillance, les programmes nationaux devraient identifier et comprendre les limites uniques de leur surveillance des cas de PFA afin de mettre en œuvre des stratégies efficaces. Les activités suivantes permettent de se concentrer sur les améliorations essentielles pour renforcer la sensibilité et la promptitude de la surveillance de la PFA (**Tableau 2**).

**Tableau2 . Activités principales et indicateurs clés de performance/processus pour l'Objectif 1**

Activités principales	Indicateurs clés de performance/processus
1. Atteindre et maintenir une surveillance sensible de la PFA, en déployant des efforts ciblés pour identifier et combler les lacunes au niveau infranational.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 80</math> % des districts comptant &gt;100 000 habitants de moins de 15 ans atteignant un taux annuel de PFANP de <math>\geq 2/100\ 000</math>.</li> </ul>
2. Améliorer la promptitude de la détection des cas, des enquêtes et du transport des échantillons.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>\geq 80</math> % des cas de PFA avec deux échantillons de selles prélevés, à <math>\geq 24</math> heures d'intervalle, et reçus dans un laboratoire accrédité par l'OMS dans les 14 jours suivant la date de début de paralysie.</li> </ul>
3. Faciliter la formation et le maintien d'une main-d'œuvre qualifiée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publier les lignes directrices au niveau du terrain mises à jour sur le site Internet de l'IMEP d'ici la mi-2022</li> </ul>

<sup>8</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). « Global Guidelines for Acute Flaccid Paralysis (AFP) and Poliovirus Surveillance ». En cours de développement



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Finaliser le module de formation et le publier en ligne d'ici la mi-2022</li> </ul>
4. Mettre en œuvre des activités de suivi et d'évaluation ciblées, y compris un examen critique des processus de surveillance et des données pour l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapport mensuel sur les ICP utilisés pour cibler les améliorations, y compris les analyses ventilées par sexe.</li> </ul>
5. Intégrer la surveillance de la PFA dans d'autres programmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nombre de pays prioritaires disposant d'un outil de surveillance active intégrant certaines maladies à tendance épidémique</li> <li>Nombre de pays ayant une formation intégrée</li> </ul>

PFA = paralysie flasque aiguë ; IMEP = Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ; ICP = indicateurs clés de performance ; PFANP = paralysie flasque aiguë non poliomyélitique ; OMS = Organisation mondiale de la santé.

## Activité 1. Atteindre et maintenir une surveillance sensible de la PFA, en déployant des efforts ciblés pour identifier et combler les lacunes au niveau infranational.

Pour atteindre et maintenir une surveillance sensible de la PFA à l'échelle nationale, il faut procéder à un examen minutieux des performances de la surveillance, car les conclusions de cet examen permettent aux pays d'adapter leurs réseaux de notification et leurs stratégies de surveillance de la PFA afin de cibler efficacement les communautés à risque et répondre à leurs besoins.

L'IMEP recommande les étapes suivantes pour améliorer la surveillance de la PFA :

- Examiner le réseau de surveillance active (y compris la classification par ordre de priorité des sites de notification, la ponctualité et l'exhaustivité des visites des sites, et la couverture du réseau) et s'assurer que tout le personnel de surveillance soit engagé et responsable de la conduite des visites des sites de surveillance active.
- Cartographier les zones difficiles d'accès et les populations particulières au niveau infranational pour identifier les zones peu performantes ou d'autres angles morts.
- Effectuer des analyses de données ventilées par statut à haut risque, sexe, comportement en matière de recours aux soins et autres critères similaires afin de contribuer à identifier les lacunes infranationales et les raisons possibles de ces lacunes, ainsi que les stratégies pour les surmonter (**Annexe B. Audit de la surveillance de la PFA** et **Annexe C. Comportements en matière de recours aux soins**).

La SBC peut encore augmenter la sensibilité de la surveillance de la PFA et la promptitude de la détection des cas, tout en renforçant l'engagement et l'acceptation de la communauté. La SBC est recommandée lorsque la surveillance par les établissements de santé ne peut être réalisée ou ne fonctionne pas de manière optimale, en particulier dans les populations à haut risque ou les zones présentant un haut risque de transmission non détectée du poliovirus. La SBC doit être mise en place au cas par cas car elle peut nécessiter des ressources importantes. Avant de se lancer dans la mise en place d'une surveillance à base communautaire, les programmes nationaux devraient procéder à une évaluation des besoins en matière de SBC afin d'identifier les obstacles éventuels, y compris une évaluation des comportements en matière de recours aux soins (**Annexe C**). Sur la base de cette évaluation, d'autres activités peuvent s'avérer suffisantes et plus faciles à mettre en œuvre, telles que l'ajout de prestataires de soins informels au réseau de surveillance active, le renforcement des services de proximité ou l'exploitation de réseaux existants pour d'autres maladies (**Annexe D. Surveillance à base communautaire**).

L'amélioration de la qualité, de la précision et de la disponibilité des données pour qu'elles soient proches du temps réel augmentera également la sensibilité du système de surveillance de la PFA. Le passage au format électronique de tous les outils de collecte de données sur papier au niveau du terrain sera une priorité du GPSAP 2022-2024, ciblant la surveillance active, la supervision et la SBC (voir l'**Objectif 5**).

Les pays endémiques et touchés par des flambées pourraient **combler les lacunes de la surveillance dans les districts peu performants**. Pour ce faire, ils doivent améliorer la surveillance active et garantir l'accès aux populations particulières et dans les zones difficiles d'accès.

### Tâches de l'activité 1

- ✓ Réaliser un audit du système de surveillance de la PFA, en examinant spécifiquement les performances au niveau infranational. Envisager un audit sur une base annuelle (**Annexe B**).
- ✓ Renforcer et étendre l'utilisation de la surveillance active par tous les acteurs, en particulier au niveau infranational, et envisager de réexaminer les outils pour couvrir à la fois la PFA et les MPV ou les maladies à tendance épidémique.
- ✓ D'ici le premier trimestre de 2022, les Régions d'Afrique et de Méditerranée orientale de l'OMS dresseront la liste des zones géographiques où la SBC pourrait être explorée (**Annexe D**).

## Activité 2. Améliorer la promptitude de la détection des cas, des enquêtes et du transport des échantillons.

La détection tardive de la transmission du poliovirus est l'un des plus grands défis de l'éradication de la poliomyélite, car elle a un impact négatif sur la promptitude et l'efficacité de la riposte aux flambées et conduit presque inévitablement à l'expansion de la transmission.

Afin d'améliorer la promptitude de la détection dans le cadre de la surveillance de la PFA, le programme visera à réduire tous les délais entre le début de paralysie et l'arrivée des échantillons dans un laboratoire accrédité par l'OMS devant être **achevés dans les 14 jours**. Chaque étape du processus fera l'objet d'interventions visant à gagner du temps, et tous les pays, ainsi que toutes les Régions de l'OMS seront suivis au niveau mondial, au moyen d'indicateurs actuels et nouveaux permettant de suivre la promptitude de la détection (**Annexe E. Indicateurs**).

Les pays prioritaires devront identifier et cibler les blocages à chaque étape du processus – depuis le début de paralysie jusqu'à l'arrivée des échantillons de selles dans un laboratoire accrédité par l'OMS. Cela sera essentiel pour réduire les délais de détection et de riposte aux flambées.

Pour favoriser la détection rapide des cas, une surveillance active sera prioritaire pour être améliorée, grâce à l'introduction d'outils électroniques pour la mise en œuvre, la supervision et le suivi sur le terrain (voir **Objectif 5**).

Afin de favoriser l'acheminement rapide des échantillons aux laboratoires, un système de suivi électronique sera mis à l'essai dans certaines zones géographiques qui connaissent des retards persistants entre le point de collecte et les résultats finaux de laboratoire (voir l'**Objectif 5**). Le suivi de la surveillance sur le terrain et en laboratoire permettra d'identifier les blocages où des interventions sont nécessaires pour réduire les retards (**Annexe F. Promptitude : Comment réduire les retards**).

Dans l'ensemble, l'identification des blocages se fera par le biais d'analyses régulières, de revues documentaires périodiques et d'une meilleure compréhension des comportements en matière de recours aux soins des cas de PFA et de leurs soignants. Cela comprendra la collecte et l'analyse systématiques de données ventilées par sexe, par âge et par d'autres facteurs afin d'identifier les obstacles liés au genre dans la recherche de soins. Les résultats seront utilisés pour introduire des modifications efficaces et opportunes des activités de surveillance de la PFA, en particulier pour améliorer la surveillance active, la détection des cas de PFA et du transport des échantillons.

### Tâches de l'activité 2

- ✓ Surveiller la promptitude de la détection par rapport aux indicateurs nouvellement développés (**Annexe E**).
- ✓ Suivre les retards au niveau infranational à chaque étape du processus de surveillance (**Annexe F**).
- ✓ Piloter le suivi en temps réel du mouvement des échantillons depuis le point de la collecte jusqu'à l'arrivée dans un laboratoire accrédité par l'OMS pour certains pays prioritaires (Tchad, République démocratique du Congo, Somalie et Sud Soudan) et prendre des mesures pour éliminer les blocages dans la collecte et/ou le temps de transport (**Annexe F**).
- ✓ Introduire le comportement en matière de recours aux soins et la problématique de genre dans les outils de collecte et d'analyse des données.

### Activité 3. Faciliter la formation et le maintien d'une main-d'œuvre qualifiée

Une main-d'œuvre bien informée et qualifiée est essentielle à la surveillance de la PFA et à sa durabilité au sein d'un système intégré de surveillance des MPV ou des maladies à tendance épidémique.

Pour former et maintenir le personnel de surveillance de la PFA, les pays devraient prendre en compte l'ensemble des ressources humaines, de la sélection du personnel pour les postes vacants au renforcement des capacités par le biais d'investissements dans le programme de formation, en passant par l'évaluation régulière des performances, grâce à la supervision et au mentorat sur le lieu de travail. Une attention particulière devrait également être accordée à la promotion de l'égalité des genres et à l'augmentation de l'équilibre entre les sexes au sein des équipes, par le biais de processus de recrutement et de maintien en poste (**Annexe G. Favoriser une main-d'œuvre qualifiée**).

Les pays prioritaires devront fournir une formation de remise à niveau sur la surveillance intégrée au cours de la période du GPSAP 2022-2024.

En outre, les pays doivent veiller à ce que le personnel impliqué dans la surveillance de la PFA soit équipé pour mener à bien la surveillance d'une manière qui appuie l'approche de l'IMEP, en matière d'intégration et de durabilité à plus long terme, afin de maintenir l'éradication de la poliomyélite, en incluant les connaissances et les compétences relatives à d'autres activités de surveillance des MPV et d'autres urgences sanitaires dans la formation et le développement (**Annexe H. Intégration de la surveillance des poliovirus**). À cet effet, il pourrait être utile d'explorer les liens potentiels avec les programmes de formation existants, tels que le Programme de formation à l'épidémiologie de terrain (FETP). Pendant la pandémie de COVID-19, de nombreuses activités de formation ont été annulées ou reportées. Les pays prioritaires devront donc veiller à ce que leur personnel de surveillance reçoive au moins une formation de remise à niveau au cours de la période 2022-2024. Outre les aspects techniques de la surveillance, les formations devraient inclure des compétences en gestion, en communication interpersonnelle et des composantes de formation liées au genre, telles que l'analyse des données sur le

genre, la compréhension des obstacles à la vaccination et à la surveillance liés au genre, et le respect des politiques de PRSEAH (**Annexe I. Genre**).<sup>9</sup>

### Tâches de l'activité 3

- ✓ Mettre à jour les « *Global Guidelines for Acute Flaccid Paralysis (AFP)* » et « *Poliovirus Surveillance* » et les publier sur le site web de l'IMEP d'ici la mi-2022.
- ✓ Mettre à jour le matériel de formation existant sur la surveillance de la PFA ainsi que des modules de formation sur la gestion, la communication interpersonnelle, les composantes liées au genre et l'intégration d'ici la mi-2022.
- ✓ Adapter le matériel de formation sur la surveillance de la PFA au public cible en ligne et publier des versions traduites en arabe, français et espagnol.
- ✓ Assurer une formation de remise à niveau sur la surveillance intégrée au cours de la période 2022-2024. Les régions soutiendront les pays en élaborant un plan de formation au premier trimestre de 2022.

### Activité 4. Mettre en œuvre des activités de suivi et d'évaluation ciblées, y compris un examen critique des processus de surveillance et des données pour l'action

A travers tout l'IMEP, une multitude de données permet de comprendre la sensibilité globale de la surveillance de la PFA. Dans ce contexte, le GPSAP 2022-2024 vise à favoriser les approches qui considèrent les données de manière holistique - et qui analysent de plus en plus les données *au-delà des indicateurs standard* (c'est-à-dire au-delà des indicateurs essentiels comme le taux de PFA non poliomyélitique [PFANP] et l'adéquation des selles), afin que les agents de surveillance, les superviseurs et les responsables puissent découvrir toutes les lacunes éventuelles qui pourraient entraver le progrès vers l'éradication.

Surveiller et analyser les données de PFA **au-delà des indicateurs standards** pour mieux cerner les lacunes et assurer la détection précoce des épidémies.

Pour soutenir le programme à tous les niveaux, une nouvelle série d'indicateurs élabore à la fois les activités de surveillance essentielles et non essentielles (**Annexe E. Indicateurs**). La promptitude, qui est particulièrement essentielle pour le GPSAP 2022-2024, devra être surveillée de très près à chaque étape du processus, de la détection à la riposte. Une attention particulière a également été accordée à l'accès aux populations particulières, à l'évaluation de l'impact du genre sur les activités de surveillance et à l'analyse des comportements en matière de recours aux soins - car collectivement, ces approches peuvent révéler des opportunités manquées de détecter et de signaler les cas de PFA. En outre, l'IMEP encourage l'examen des géocodes des cas de PFA en conjonction avec d'autres sources de données, notamment en ce qui concerne les conflits et l'accessibilité, car cela peut aider à identifier les angles morts.

Etant donné que l'intégrité des données continue de présenter un risque pour l'éradication, chaque plan national devra inclure en priorité les méthodes visant à garantir la fiabilité et l'exactitude des données, en supervisant leur collecte et en les examinant de manière critique lorsqu'elles atteignent le niveau de

<sup>9</sup> « Informations relatives à la directive sur la protection contre l'exploitation et les abus sexuels » est disponible en ligne (<https://www.who.int/fr/publications/m/item/information-on-policy-directive-on-protection-from-sexual-exploitation-and-sexual-abuse-sea>). Une section portant sur les PRSEAH dans les procédures opérationnelles standardisées (POS) pour une riposte à un événement ou à une flambée de poliomyélite apparaîtra dans une prochaine version, qui sera publiée sur le site Internet de l'IMEP (<https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/outbreak-preparedness-response>).

gestion. Le passage de la collecte de données sur papier à des outils électroniques devrait également permettre de résoudre les problèmes liés à l'intégrité des données.

Les pays qui ont utilisé ou prévoient d'utiliser le nVPO2 dans le cadre d'une riposte à une flambée devront suivre les orientations existantes pour répondre aux exigences de surveillance de l'innocuité des vaccins pour le suivi post-déploiement de l'utilisation du nVPO2.<sup>10</sup>

#### Tâches de l'activité 4

- ✓ Examiner mensuellement les performances de la surveillance aux niveaux infranational et national, à l'aide d'indicateurs essentiels et non essentiels. Assurer le suivi et modifier les activités lorsque les résultats ne sont pas optimaux.
- ✓ Examiner les progrès réalisés par rapport à chaque ICP sur une base mensuelle au niveau mondial (**Annexe E**).

### Activité 5. Intégrer la surveillance de la PFA dans d'autres programmes de santé

L'IMEP aide les pays à s'approprier la surveillance de la PFA et à intégrer les activités de surveillance de la poliomyélite dans d'autres systèmes de surveillance en matière de santé, tels que les MPV ou les systèmes de surveillance des urgences sanitaires (**Annexe H. Intégration de la surveillance des poliovirus**). De nombreux pays ont déjà optimisé leurs ressources - humaines, financières, matérielles et technologiques - pour intégrer les activités de surveillance des maladies. Les composantes de la surveillance de la PFA sur le terrain, qui comprennent le personnel, les véhicules et la gestion des données, ont été et continuent d'être des ressources essentielles pour permettre aux pays de construire et de renforcer leurs systèmes de surveillance et d'apporter une réponse rapide aux urgences sanitaires.

Les pays endémiques devront accélérer l'intégration dans les programmes de surveillance des MPV ou d'urgence sanitaire sous la direction des centres d'opérations d'urgence (COU) aux niveaux national et provincial. Les étapes vers l'intégration devraient inclure la mise en œuvre d'une surveillance active et des outils de supervision, couvrant à la fois la PFA et les MPV, des revues de surveillance intégrées sur le terrain, des réunions d'examen, ainsi qu'une formation combinée avec les urgences sanitaires de l'OMS, le Programme élargi de vaccination (PEV) et les MPV pour le personnel de surveillance.

#### Tâches de l'activité 5

- ✓ L'Afghanistan et le Pakistan devraient renforcer l'intégration de la surveillance des MPV par le biais de plans de travail de surveillance.
- ✓ D'autres pays prioritaires devraient identifier les domaines d'intégration dans d'autres systèmes de la surveillance des MPV ou des urgences sanitaires. Cela peut se faire progressivement en augmentant le nombre de maladies figurant sur les listes de contrôle de surveillance active et de supervision.

<sup>10</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP), Exigences en matière de surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire dans le contexte de l'utilisation du nVPO2. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/Polio-Field-and-Laboratory-Surveillance-requirements-in-the-context-of-nOPV2-use-20201031-FR.pdf>.

## Suivi

L'amélioration et le maintien de la sensibilité et de la promptitude de la surveillance de la PFA seront suivis par les bureaux régionaux de l'OMS, le siège de l'OMS et les partenaires mondiaux de l'IMEP (Tableau 3).

**Tableau 3 . Activités de suivi pour l'Objectif 1 (surveillance de la PFA)**

Activités	Pays prioritaires	Régional / sous-régional	Mondial
1. Atteindre et maintenir une surveillance sensible de la PFA, en déployant des efforts ciblés pour identifier et combler les lacunes au niveau infranational.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mener un audit de la surveillance de la PFA et identifier les angles morts</li> <li>• Élaborer des plans de renforcement de la surveillance pour cibler les lacunes infranationales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider les pays à identifier et combler les lacunes au niveau infranational.</li> <li>• Publier des cartes deux fois par année, indiquant les éventuels angles morts de la transmission de la poliomyélite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des conseils sur les audits de surveillance de la PFA et de la SBC</li> </ul>
2. Améliorer la promptitude de la détection des cas, des enquêtes et du transport des échantillons.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifier et rectifier rapidement les retards dans le transport des échantillons.</li> <li>• Systématiser la collecte et l'analyse des comportements en matière de recours aux soins et des données liées au genre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir un appui technique aux pays sur les retards</li> <li>• Inclure les nouveaux objectifs de promptitude dans les bulletins et rapports réguliers</li> <li>• Fournir un soutien pour l'analyse des comportements en matière de recours aux soins et des données liés au genre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer une technologie pour le suivi des échantillons</li> <li>• Surveiller la promptitude par rapport aux nouveaux objectifs</li> <li>• Fournir un soutien pour l'analyse des comportements en matière de recours aux soins et des données liées au genre.</li> </ul>
3. Faciliter la formation et le maintien d'une main-d'œuvre qualifiée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispenser des formations nationales et infranationales dans les 12 à 18 mois suivant la finalisation des plans de renforcement de la surveillance.</li> <li>• Élaborer des plans de supervision et de mentorat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adapter les documents d'orientation et le matériel de formation pour une utilisation régionale</li> <li>• Élaborer un plan de formation d'ici le premier trimestre de 2022</li> <li>• Animer des formations sur la PFA aussi bien en présentiel que virtuel</li> <li>• Inclure des composantes sur les questions de genre et de PRSEAH</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finaliser les lignes directrices mondiales pour la surveillance de la PFA et du poliovirus</li> <li>• Finaliser le matériel de formation aussi bien en présentiel que virtuel sur la surveillance de la PFA</li> </ul>

PFA = paralysie flasque aiguë ; SBC = surveillance à base communautaire ; PRSEAH = Prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel

Tableau 3 (Suite)

Activités	Pays prioritaires	Régional / sous-régional	Mondial
4. Mettre en œuvre des activités de suivi et d'évaluation ciblées, y compris un examen critique des processus de surveillance et des données pour l'action	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport d'analyse sur les données ventilées par sexe, les groupes à haut risque et les comportements en matière de recours aux soins</li> <li>• Évaluer mensuellement les progrès réalisés par rapport aux ICP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer mensuellement les progrès réalisés par rapport aux ICP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer mensuellement les progrès réalisés par rapport aux ICP</li> <li>• Publier un rapport annuel sur l'état actuel de la surveillance de la PFA</li> </ul>
5. Intégrer la surveillance de la PFA dans d'autres programmes de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer la capacité du personnel à mener une surveillance intégrée</li> <li>• L'Afghanistan et le Pakistan vont intensifier leurs efforts d'intégration, qui seront documentés dans des plans de surveillance.</li> <li>• Identifier et mettre en œuvre les étapes du processus de surveillance de la PFA pour l'intégration.</li> <li>• Explorer les liens avec les programmes de formation existants, tels que le FETP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonner avec le PEV/MPV et WHE pour le renforcement des capacités et l'évaluation conjointe.</li> <li>• Apporter un soutien aux pays dans l'identification des domaines à intégrer dans le processus de surveillance de la PFA.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fournir des conseils sur l'intégration</li> <li>• Coordonner avec le PEV/MPV et WHE pour le renforcement des capacités et l'évaluation conjointe.</li> <li>• Coordonner avec les programmes de formation existants sur le processus et la stratégie, tel que le FETP.</li> </ul>

PFA= paralysie flasque aiguë ; PEV = Programme élargi de vaccination ; FETP = Programme de formation à l'épidémiologie de terrain ; ICP= indicateur clé de performance ; MPV = Maladie à prévention vaccinale ; WHE = WHO Health Emergencies (urgences sanitaires de l'OMS)

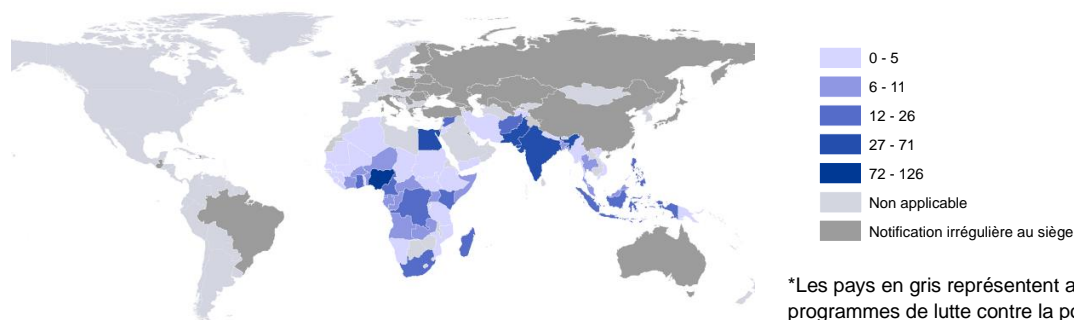
## SURVEILLANCE ENVIRONNEMENTALE

### Objectif 2. Optimiser le réseau de surveillance environnementale pour contribuer à la détection rapide du poliovirus

#### Contexte

Une Surveillance environnementale (SE) bien mise en œuvre peut augmenter considérablement la sensibilité du système de surveillance des poliovirus. La Surveillance environnementale est utilisée depuis de nombreuses années pour détecter et suivre la réintroduction du PVS dans les pays exempts de poliomyélite et pour assurer l'élimination du PVS dans les pays précédemment endémiques. À plusieurs reprises, la SE a détecté dans certaines zones une transmission qui n'a pas été détectée par la surveillance de la PFA, soulignant sa valeur en tant que complément à la surveillance de la PFA. Depuis 2016, des progrès ont été réalisés dans l'expansion du réseau mondial de SE, avec le soutien de l'IMEP sur plus de 500 sites (**Fig. 2**).

**Fig. 2. Répartition de la surveillance environnementale de la poliomyélite, janvier 2022\***



Source : OMS.

\*Les pays en gris représentent aussi bien les programmes de lutte contre la poliomyélite financés par l'IMEP que les programmes autofinancés, dont les résultats de SE ont été communiqués à l'OMS.

Malgré ces progrès, une série de facteurs, tels que des problèmes de sécurité et de logistique, des priorités concurrentes ou un manque de soutien gouvernemental, ont freiné l'expansion de la SE. En outre, certains sites sont restés opérationnels malgré une faible sensibilité, ce qui suggère un manque de conformité aux lignes directrices sur la SE. En outre, à mesure que les ressources financières pour la surveillance de la poliomyélite diminueront dans les années à venir, le programme devra explorer une collaboration avec d'autres programmes pour assurer la durabilité à long terme de la SE pour le poliovirus. Afin de relever ces défis, le programme poursuivra les activités suivantes (**Tableau 4**).

**Tableau 4 . Activités principales et indicateurs clés de performance/processus pour l'objectif 2**

Activités principales	Indicateurs clés de performance/processus
1. Améliorer et maintenir la qualité des sites environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les sites environnementaux n'atteignant pas un taux de détection des entérovirus (EV) <math>\geq 50</math> % sur 12 mois font l'objet d'une enquête et sont fermés ou modifiés.</li> </ul>
2. Améliorer la promptitude de la collecte et de l'acheminement des échantillons environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> <li><math>\geq 80</math> % des échantillons environnementaux parviennent à un laboratoire accrédité par l'OMS dans les 3 jours suivant la collecte</li> </ul>



3. Etendre et optimiser la SE dans les zones à haut risque et géographiquement diverses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmentation du nombre de nouveaux sites/zones de SE fonctionnels en Afghanistan et dans d'autres pays prioritaires.</li> </ul>
4. Favoriser une main-d'œuvre qualifiée et promouvoir l'intégration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publication du « ES Field Guidance » d'ici la mi-2022</li> <li>• Nombre de pays prioritaires organisant des formations de remise à niveau au moins tous les 2 ans</li> </ul>
5. Développer l'utilisation d'outils électroniques de collecte de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 30 % des pays à haut et très haut risque disposent de systèmes de gestion de l'information en ligne en matière de SE.</li> <li>• Tous les pays à haut et très haut risque utilisent des outils électroniques de collecte de données en matière de SE (collecte et supervision).</li> </ul>

SE = Surveillance environnementale ; EV = entérovirus ; OMS = Organisation mondiale de la santé.

### Activité 1. Améliorer et maintenir la qualité des sites environnementaux

Le document « *Field Guidance for the Implementation of Environmental Surveillance for Poliovirus* » est une ressource essentielle pour soutenir la gestion des sites environnementaux.<sup>11</sup> Comme il le décrit, la première étape pour améliorer et maintenir la qualité de la SE est d'évaluer la sélection des sites.

Une Surveillance environnementale de qualité devrait commencer par une sélection appropriée des sites, situés dans les zones à haut risque de circulation du poliovirus. Les conditions sur les sites d'échantillonnage varient, et par conséquent, le rendement potentiel et l'importance épidémiologique des sites varient également. L'observation et l'évaluation régulières des conditions du site d'échantillonnage sont donc importantes pour s'assurer que les sites restent appropriés, faisant partie du réseau SE au fil du temps.

La deuxième étape pour améliorer la qualité des sites consiste à continuer à surveiller la sensibilité du site et à modifier ou fermer tout site non fonctionnel, défini comme des sites avec une détection EV < 50% pendant six mois ou plus. Si un taux de détection d'EV de 50 % indique des sites d'importance critique pour l'évaluation, la modification et la fermeture potentielle, les sites qui détectent moins de 80 % d'EV peuvent également manquer de sensibilité suffisante pour détecter les poliovirus circulants et devraient être étroitement surveillés. Les sites peu performants devraient être fermés dans les trois mois suivant un examen sur le terrain s'il n'y a aucune preuve d'amélioration. Si un examen sur le terrain ne peut être effectué, une décision doit être prise au niveau régional entre les collègues de terrain et de laboratoire. Le volume d'échantillons de SE provenant de sites peu performants surcharge les laboratoires, gaspille les ressources et peut générer un faux sentiment de sécurité quant à la non circulation du virus. Alors que certains sites à faible isolement EV aient parfois signalé des virus pertinents sur le plan programmatique dans les eaux usées en l'absence de détection parmi les cas de PFA, il est toujours recommandé de rechercher d'autres sites d'échantillonnage pour améliorer la sensibilité globale du système. En outre, des méthodes innovantes, telles que l'utilisation de sondes de qualité de l'eau, sont en cours d'évaluation pour une applicabilité sur le terrain. La plupart des sondes détectent des variables ou des composés associés à une eau insalubre ; cependant certaines mesures, telles que le pH ont été associées à une probabilité plus élevée de survie des entérovirus (EV), ce qui pourrait être utile pour le suivi continu de la qualité des sites de SE. Grâce à des visites de supervision régulière, les facteurs susceptibles d'avoir un impact sur les performances du site peuvent être observés et corrigés ; si nécessaire, comme assurer le respect des procédures de collecte, d'emballage et de transport des échantillons ou résoudre les problèmes.

L'IMEP continuera d'évaluer les repères et les indicateurs SE pour la période 2022-2024 du GPSAP.

<sup>11</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). *Field Guidance for the Implementation of Environmental Surveillance for Poliovirus*. En cours.

### ***Tâches de l'activité 1***

- ✓ Respecter les lignes directrices mondiales pour le suivi et la fermeture des sites.
- ✓ Dans les pays prioritaires, examiner les performances des sites en effectuant des revues documentaires trimestrielles aux niveaux national et régional, et semestrielles au niveau mondial.
- ✓ Examiner et mettre à jour les indicateurs SE mondiaux si nécessaire pour améliorer la sensibilité du réseau de SE.

## Activité 2. Améliorer la promptitude de la collecte et de l'acheminement des échantillons environnementaux

Pour améliorer la promptitude de la collecte et de l'acheminement des échantillons environnementaux, l'IMEP s'est fixé pour objectif que les échantillons arrivent dans un laboratoire accrédité par l'OMS dans les trois jours suivant leur collecte. Cela implique qu'il ne devrait pas y avoir de retard ou de mise en lots des échantillons et que les prélèvements et leur transfert au laboratoire devraient être bien planifiés et suivis (**Annexe F. Promptitude : Comment réduire les retards**). Lorsque les conditions retardent le prélèvement et que la méthode de transport standard des échantillons ne peut être utilisée, un autre plan de transport doit être mis en place pour que les échantillons parviennent tout de même au laboratoire dans les trois jours.

Comme pour la surveillance de la PFA, le programme explorera le processus du suivi des prélèvements pour les échantillons environnementaux afin de s'assurer que les programmes nationaux peuvent localiser et prendre des mesures si un échantillon est retardé à tout moment (voir **Objectif 5**). La collecte électronique des données joue également un rôle en garantissant la validité des données concernant le lieu et l'heure de la collecte et contribuera à documenter tout retard éventuel.

### Tâches de l'activité 2

- ✓ Surveiller la promptitude de la collecte et de l'acheminement par rapport aux indicateurs nouvellement développés et repérer tout retard au niveau infranational pour une action rapide (**Annexe E. Indicateurs**).
- ✓ Piloter dans certains pays (Somalie, Tchad, République démocratique du Congo et Sud-Soudan) le suivi, en temps réel, du déplacement de l'échantillon depuis le point de collecte jusqu'à l'arrivée au laboratoire et prendre des mesures pour éliminer les blocages en matière de collecte et/ou de transport (**Annexe F**).
- ✓ S'assurer qu'un autre plan de transport est disponible si les échantillons ne peuvent pas être prélevés comme prévu.

## Activité 3. Etendre et optimiser la SE dans les zones à haut risque et géographiquement diverses.

Etant donné que la SE s'est avérée essentielle à la détection du poliovirus, la Stratégie de l'IMEP recommande son expansion et son optimisation dans les zones à haut risque.

La contribution de la SE au système de surveillance des poliovirus d'un pays varie en fonction de la situation épidémiologique, ainsi que de l'utilisation du vaccin contre le poliovirus. Dans les pays endémiques, la SE aide à surveiller l'interruption de la transmission du PVS1 et complète la surveillance de la PFA en identifiant les liens épidémiologiques entre des zones géographiques distinctes, des réservoirs potentiels de virus et des voies de transmission émergentes. Dans l'ensemble, l'Afghanistan et le Pakistan disposent d'une surveillance sensible de la poliomyélite qui comprend des systèmes efficaces de la SE ; cependant, certaines lacunes en matière de détection ont été observées au niveau infranational et dans les zones difficiles d'accès. En Afghanistan, des sites de SE opèrent dans 10 des 36 provinces dans les zones où la transmission du PVS1 est en cours.

Pour améliorer la sensibilité, l'Afghanistan pourrait bénéficier de l'extension de son réseau de SE à d'autres zones à haut risque. Le réseau de SE au Pakistan pourrait être optimisé davantage par l'expansion dans les zones où les mouvements des populations nomades et les migrations saisonnières sont réguliers.

Dans les pays non endémiques, la SE peut aider à détecter l'importation du PVS/PVDVc ou l'émergence du PVDV, à confirmer la portée d'une flambée, à fournir des preuves supplémentaires que l'interruption du virus a été atteinte et à documenter l'efficacité de la riposte de la campagne. Depuis 2019, plusieurs pays ont mis en place (République démocratique du Congo, Libéria, Sierra Leone, Tadjikistan et Viet Nam) ou étendu (Malaisie, Philippines et Ouganda) des réseaux nationaux de SE, certains le faisant en réponse à des flambées locales de PVDVc ou à des flambées dans des pays voisins. Les pays qui prévoient de lancer, d'étendre ou d'optimiser leurs réseaux de SE pour le GPSAP 2022-2024 sont énumérés dans le **tableau 5**.

**Tableau 5 . Pays prévoyant d'initier, d'étendre ou d'optimiser la surveillance environnementale, par région**

Région de l'OMS	Lancement prévu de la SE	Expansion prévue de la SE	Optimisation prévue de la SE
<b>Africaine</b>	Botswana, Érythrée, Malawi, Rwanda, Zimbabwe.		Burkina Faso, Cameroun, République démocratique du Congo, Guinée équatoriale, Gabon, Mozambique, Niger, Togo.
<b>Méditerranée orientale</b>	Irak, Libye, Oman, Arabie saoudite, Tunisie, Émirats arabes unis.	Afghanistan, République islamique d'Iran, Liban, Somalie, Yémen	Pakistan
<b>Asie du Sud-Est</b>		Bangladesh, Inde, Népal, Thaïlande	Indonésie
<b>Pacifique occidental</b>	Cambodge, République de Corée, République démocratique populaire lao, Mongolie.	Viet Nam	Papouasie-Nouvelle-Guinée (La SE n'a pas été opérationnelle pendant la pandémie de COVID-19 et doit être réactivée)
<b>Européenne</b>	Kirghizistan		
<b>Amériques</b>		Guatemala, Haïti	

Les pays qui cherchent à initier, étendre ou optimiser la SE devraient suivre attentivement les orientations mondiales et tenir compte des zones géographiquement diverses en fonction des risques et de la faisabilité. Les pays sont encouragés à envisager des sites ad hoc à court terme parmi les zones à haut risque nouvellement identifiées (par exemple, une nouvelle zone géographique de flambée), lorsque cela est possible.<sup>12</sup> Toutefois, il est important de noter qu'il pourrait ne pas être possible d'établir un site de SE dans tous les emplacements souhaités, car un site d'échantillonnage approprié peut ne pas être trouvé.

**Recommandation lors de l'utilisation du nVPO2**  
Dans la riposte aux flambées de PVDVc2, le nVPO2 sera le principal vaccin de choix. Pendant que le nVPO2 est utilisé dans le cadre d'autorisation d'urgence au titre du protocole EUL, l'innocuité du vaccin doit être surveillée afin de détecter toute modification génétique de la souche nVPO2. Il est recommandé (mais pas obligatoire) que les pays disposent d'au moins un site de SE fonctionnel dans la zone d'utilisation du nVPO2. Il peut s'agir d'un site existant ou d'un nouveau site ad hoc.

<sup>12</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Riposte à un événement ou à une flambée de poliomyélite. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; décembre 2020 ; (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Les-POS-de-lIMEP-pour-les-flamb%C3%A9es-de-poliomy%C3%A9lite-v3.1-FR-Mars-2020.pdf>).

Dans les milieux dépourvus de système d'égouts, le programme doit s'appuyer sur d'autres systèmes pour l'écoulement des eaux usées, tels que des canaux ouverts ou des canaux d'eau. Il pourrait être difficile d'estimer les populations des zones de captage dans ces contextes. Les Modèles d'élévation numérique (DEM) et les données de la « blue line » (flux et voies numériques synthétiques générés en déterminant le débit, la direction et l'accumulation) sont des outils qui peuvent aider à identifier les zones potentielles pour les sites de SE.<sup>13</sup>

Lorsque les DEM ne sont pas disponibles, il convient d'utiliser des renseignements et des données de terrain – provenant, par exemple, de la micro planification ou des organismes locaux de gestion des eaux usées – pour estimer les populations dans les zones de captage. Les applications Smartphone avec localisation détaillée par le système de positionnement global (GPS) doivent être mises en œuvre, quand cela est possible, pour permettre une collecte précise, complète et rapide de l'emplacement exact et des détails descriptifs des sites environnementaux potentiels et existants.

La sélection et l'opérationnalisation de nouveaux sites de SE seront toujours soumises à l'accord du laboratoire national - ou d'un coordinateur régional du laboratoire de référence lorsque la capacité d'analyse élargie n'est pas disponible dans le pays. De plus, tous les nouveaux sites doivent être soumis à un processus de validation au cours des six à douze premiers mois d'exploitation afin de déterminer si le prélèvement d'échantillons d'eaux usées doit être poursuivie à long terme, dans le cadre du réseau de surveillance environnementale de routine.

### Tâches de l'activité 3

- ✓ Soutenir l'expansion de la SE en Afghanistan et l'optimisation de la SE au Pakistan.
- ✓ Soutenir le lancement, l'expansion ou l'optimisation de la SE dans certains pays et dans de nouvelles zones prioritaires.
- ✓ Évaluer et développer l'utilisation de la technologie et des nouvelles méthodes pour la sélection des sites de SE

## Activité 4. Favoriser une main-d'œuvre qualifiée et promouvoir l'intégration

Les agents de surveillance de la poliomyélite et des laboratoires de tous les pays prioritaires sont censés recevoir des formations de remise à niveau sur la PFA/MPV au moins une fois tous les deux ans (**Annexe G. Favoriser une main-d'œuvre qualifiée**). Ces formations devraient inclure des informations et une orientation sur la SE afin d'augmenter la sensibilisation et la compréhension globales.

Pour soutenir la durabilité du système de SE au-delà du programme de la polio, les pays doivent explorer l'utilisation de la SE pour la détection d'autres MPV ou d'autres domaines du programme. Les possibilités doivent être explorées en étroite coordination avec les bureaux de surveillance, des laboratoires et d'intervention d'urgence au niveau national, le cas échéant.

Pour soutenir les formations de remise à niveau des agents de surveillance, l'IMEP a élaboré « *Field Guidance for the Implementation of Environmental Surveillance for Poliovirus* ».<sup>14</sup> Ce document d'orientation fournit une introduction à la SE et encourage une coordination étroite avec les responsables du laboratoire national ou d'autres programmes de santé.

Pour promouvoir la durabilité à long terme du système de la SE, il convient d'explorer les possibilités d'intégrer des maladies autres que la poliomyélite. Le Pakistan, par exemple, a tiré parti sur la

<sup>13</sup> Les modèles DEM actuels pour les sites de 30 pays sont disponibles en ligne (<https://es.world>).

<sup>14</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). *Field Guidance for the Implementation of Environmental Surveillance for Poliovirus*. En cours de développement

disponibilité de son réseau existant de SE pour démontrer son utilité dans la détection du SARs-CoV-2.<sup>15</sup> En outre, la surveillance de la résistance aux antimicrobiens et la surveillance générale de l'EV sont couramment utilisées dans de nombreux pays des Amériques et de la Région européenne.<sup>16</sup>

#### Tâches de l'activité 4

- ✓ Publier le document « *Field Guidance for the Implementation of Environmental Surveillance for Poliovirus* » d'ici la mi-2022.
- ✓ Mettre à jour la composante SE dans les formations sur la surveillance de PFA/MPV.
- ✓ Organiser des formations de remise à niveau au moins une fois tous les deux ans dans tous les pays prioritaires.
- ✓ Explorer et documenter l'utilisation de la surveillance environnementale de la poliomyélite pour la détection d'autres pathogènes.

### Activité 5. Développer l'utilisation d'outils électroniques de collecte de données

L'évolution des stratégies de gestion des données de l'IMEP a suivi l'expansion rapide de la SE, qui a conduit à des systèmes disparates qui ne sont pas interopérables. Dans le cadre du GPSAP 2022-2024, l'IMEP s'efforcera d'aligner ces approches de collecte et de gestion des données (voir l'**Objectif 5**). Par exemple, l'utilisation de systèmes mobiles de collecte de données permet désormais de suivre et de fournir une évaluation en temps quasi réel des visites de supervision, de leur fréquence et de leur taux d'achèvement, ainsi que du suivi en temps voulu des problèmes identifiés lors de la visite. À ce jour, la plupart des pays de la Région africaine et plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale utilisent des systèmes mobiles de collecte de données au site de prélèvement. Dans d'autres régions, l'utilisation de classeurs *MS Excel* et de bases de données *Access* reste le principal mécanisme d'enregistrement et de partage des données, ce qui complique l'accès et l'analyse de données exactes en temps réel.

#### Tâches de l'activité 5

- ✓ Soutenir et assurer l'utilisation d'outils électroniques mobiles de collecte de données pour superviser le prélèvement d'échantillons et la supervision des sites dans tous les pays prioritaires.

<sup>15</sup> Sharif S, Ikram A, Khurshid A, Salman M, Mehmood N, Arshad Y, et al. (2021) Detection of SARs-CoV-2 in wastewater using the existing environmental surveillance network: A potential supplementary system for monitoring COVID-19 transmission: PLoS ONE. 16(6): e0249568 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249568>).

<sup>16</sup> Årdal C, McAdams D, Westera AL, Møgedalc S. Adapting environmental surveillance for polio to the need to track antimicrobial resistance. Bull World Health Organ. 2021; 99:239–240 (<http://doi.org/10.2471/BLT.20.258905>).

## Suivi

L'optimisation du réseau de la Surveillance environnementale pour contribuer à la détection rapide des poliovirus sera suivie par les bureaux nationaux et régionaux de l'OMS et les partenaires sous-régionaux, ainsi que par le siège mondial de l'OMS (**Tableau 6**).

**Tableau 6.** Activités de suivi pour l'Objectif 2 (optimisation de la SE)

Activité	Pays prioritaires	Régional / sous-régional	Mondial
1. Améliorer et maintenir la qualité des sites environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveiller les ICP et prendre des mesures correctives en temps utile.</li> <li>• Procéder à une revue documentaire trimestrielle ou sur le terrain des performances du site de SE.</li> <li>• Fermer tous les sites peu performants selon l'examen de la SE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser une étude trimestrielle du réseau existant de SE</li> <li>• Procéder à un examen sur le terrain des sites de SE peu performants et fermer les sites peu performants.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les examens de la SE sur le terrain</li> <li>• Examiner et proposer des indicateurs actualisés sur la sensibilité de la SE</li> <li>• Effectuer une revue documentaire semestrielle sur la performance de la SE.</li> </ul>
2. Améliorer la promptitude de la collecte et de l'acheminement des échantillons environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer un suivi des délais entre la collecte des échantillons et les résultats de laboratoire</li> <li>• Élaborer des plans de transport alternatifs pour tout retard des échantillons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer un suivi des délais entre la collecte des échantillons et les résultats finaux de laboratoire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveiller les indicateurs relatifs à la promptitude et fournir un retour d'information</li> </ul>
3. Étendre et optimiser les services d'urgence dans les zones à haut risque et géographiquement diverses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étendre la SE à des zones géographiquement diverses, lorsque cela est possible.</li> <li>• Recourir à la technologie pour aider à identifier les sites appropriés de SE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre et soutenir l'expansion de la SE dans les pays prioritaires et dans d'autres nouveaux domaines prioritaires.</li> <li>• Soutenir l'utilisation de la technologie ou de nouvelles méthodes pour améliorer la sélection des sites de SE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suivre et soutenir l'expansion de la SE dans les pays prioritaires et dans d'autres nouveaux domaines prioritaires.</li> <li>• Évaluer et développer l'utilisation de la technologie et des nouvelles méthodes pour la sélection des sites de SE</li> </ul>
4. Favoriser une main-d'œuvre qualifiée et promouvoir l'intégration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispenser une remise à niveau sur la SE dans le cadre des formations PFA/MPV nationales et infranationales.</li> <li>• Documenter l'utilisation de la SE de la poliomyélite pour la surveillance d'autres MPV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les formations dans tous les pays prioritaires</li> <li>• Documenter l'utilisation de la SE de la poliomyélite pour la surveillance d'autres MPV</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publier le document « <i>Field Guidance for the Implementation of Environmental Surveillance for Poliovirus</i> » d'ici la mi-2022.</li> <li>• Mettre à jour le matériel de formation</li> <li>• Soutenir les activités régionales de renforcement des capacités de surveillance</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documenter l'utilisation de la SE de la poliomyélite pour la surveillance d'autres MPV</li> </ul>
5. Développer l'utilisation de systèmes de surveillance en ligne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre des outils électroniques pour la collecte et la supervision des échantillons environnementaux dans (au minimum) tous les pays prioritaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir la mise en œuvre d'outils électroniques pour la collecte d'échantillons et la supervision dans les pays prioritaires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement d'un système de gestion de l'information en ligne sur la SE, destiné à être utilisé dans les pays prioritaires.</li> </ul>

SE= Surveillance environnementale ; ICP = indicateurs clés de performance ; PFA = paralysie flasque aiguë ; MPV = Maladie à prévention vaccinale.



## SURVEILLANCE DES PVDVI

### Objectif 3. Etablir une surveillance des PVDVi pour soutenir l'éradication de la poliomyélite.

#### Contexte

Les personnes atteintes de troubles de l'immunodéficience primaire (IP), c'est-à-dire celles atteintes de troubles affectant le système des cellules B, qui sont exposées à des vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO) vivants, courent un risque accru de répllication et d'excrétion prolongées des virus vaccinaux, pouvant conduire au développement de poliovirus dérivés de vaccins associés à une immunodéficience (PVDVi).<sup>17</sup> Outre le risque de développer une poliomyélite paralytique, les personnes infectées par le PVDVi présentent un risque potentiel de déclencher des flambées de PVDV, bien qu'aucune flambée de PVDVi n'ait été détectée à ce jour. La circulation des PVDVi représente donc un risque mondial pour l'éradication de la poliomyélite, ce qui a conduit le Groupe consultatif stratégique d'experts (SAGE) à recommander d'étendre la surveillance des poliovirus chez les personnes atteintes d'IP lorsqu'il a appelé à une stratégie pour commencer à planifier la période post-certification.<sup>18</sup>

Les activités décrites ci-dessous portent sur la surveillance des PVDVi au cours de la période 2022-2024 du GPSAP (**Tableau 7**). Le développement de la surveillance des PVDVi est actuellement en cours,<sup>19</sup> avec des orientations, du matériel de formation et un système d'information disponibles pour aider les pays à commencer à mettre en œuvre des activités de surveillance. En outre, une évaluation des pays a été réalisée par le programme afin d'estimer le risque de circulation de PVDVi dans les pays et de prioriser les interventions (**Fig. 3**).

**Tableau 7 . Activités principales et indicateurs clés de performance/processus pour l'objectif 3**

Activités principales	Indicateurs clés de performance/processus
1. Procéder à un examen de la mise en œuvre du projet pilote dans les pays et évaluer la surveillance des PVDVi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de pays disposant d'une surveillance fonctionnelle des PVDVi</li> </ul>
2. Sensibiliser les Régions de l'OMS et les pays à haut risque à la surveillance des PVDVi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'activités de sensibilisation et de webinaires par région</li> </ul>
3. Mettre à jour le système d'information et le matériel de formation et d'orientation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de pays rapportant des données relatives au PVDVi par le biais de POLIS</li> <li>• Nombre de pays ayant organisé des activités de formation et de renforcement des capacités</li> </ul>

<sup>17</sup> Li L, Ivanova O, Driss N, Tiongco-Recto M, da Silva R, Shahmahmoodi S, Sazzad H, Mach O, Kahn AL, Sutter RW. Poliovirus excretion among persons with primary immune deficiency disorders: summary of a seven-country study series. *J Infect Dis.* 2014;210 Suppl 1, S368-372 (<https://doi.org/10.1093/infdis/jiu065>).

<sup>18</sup> Réunion du groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination, octobre 2016 - conclusions et recommandations. *Wkly Epidemiol Rec.* 2016;48(91)561-94 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251810/WER9148.pdf>).

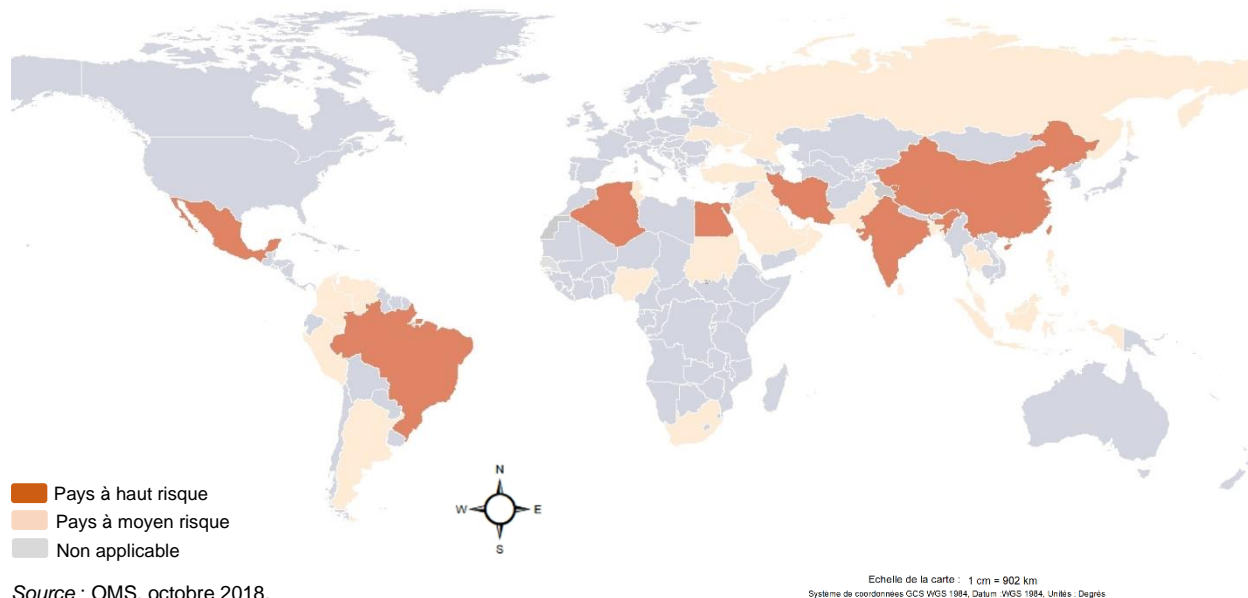
<sup>19</sup> Bien que l'objectif de la surveillance de la poliomyélite chez les patients atteints de PID soit de détecter toute excrétion de poliovirus au-delà des PVDV, par souci de commodité, on parle de "surveillance des PVDVi". Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP). « Guidelines for Implementing Poliovirus Surveillance among Patients with Primary Immunodeficiency Disorders (PIDs) ». Genève : Organisation mondiale de la santé ; décembre 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/Guidelines-for-Implementing-PID-Surveillance-3.3-20201215.pdf>)

Le système de surveillance des PVDVi s'est appuyé sur des projets de recherche antérieurs qui ont été développés et soutenus par l'OMS au Bangladesh, en Chine, en Égypte, en Inde, en Iran (République islamique d'), au Pakistan, dans la Fédération de Russie, au Sri Lanka et en Tunisie.

4. Élaborer un plan à long terme pour la surveillance des PVDVi pendant la période post-certification.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan à long terme disponible et chiffré</li> </ul>
5. Communiquer et coordonner l'accès aux thérapies antivirales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tous les patients éligibles se voient proposer un traitement antiviral disponible</li> </ul>

PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associée à une immunodéficience. IP = Immunodéficience primaire ; POLIS = Système d'information sur la poliomyélite

**Fig. 3. Pays à haut et moyen risque de circulation de PVDVi**



Source : OMS, octobre 2018.

### Activité 1. Examiner la mise en œuvre du projet pilote dans le pays et évaluer la surveillance des PVDVi.

Quatre pays de la Région de la Méditerranée orientale (Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie et Tunisie) ont été sélectionnés pour piloter la mise en œuvre d'un système de surveillance des PVDVi. Une formation régionale a été organisée, et des plans nationaux ont été élaborés et budgétisés ; toutefois, la mise en œuvre sur le terrain a été retardée dans certains pays, voire complètement interrompue dans tous les pays en raison de la pandémie de COVID-19.

Dans le cadre du GPSAP 2022-2024, l'IMEP examinera les progrès et les défis dans chaque pays pilote, en vue de ce qui sera nécessaire pour mettre en place pleinement et rapidement la surveillance des PVDVi.

Outre le risque que les PVDVi rétablissent la circulation du poliovirus et déclenchent des flambées, le déploiement du nVPO2 nécessite également des mesures. Dans le cadre du protocole EUL pour le nVPO2, l'IMEP a l'obligation d'évaluer l'innocuité du vaccin chez les patients atteints de troubles d'IP. Un suivi devra donc être soutenu dans les pays où le nVPO2 est utilisé et qui ont la capacité de diagnostiquer les patients atteints de troubles d'IP jusqu'à ce que suffisamment de cas aient été recueillis

pour évaluer l'innocuité du vaccin en ce qui concerne la maladie ou l'excrétion prolongée du nVPO2.<sup>20</sup> Au quatrième trimestre de 2021, cinq des 34 pays évalués pour la préparation au nVPO2 ont déclaré avoir la capacité ou exprimé leur intérêt à mettre en place une surveillance des PVDVi. Le programme est en train de vérifier la capacité des pays à diagnostiquer et à assurer le suivi des patients atteints de troubles d'IP. Dans la mesure du possible, l'IMEP facilitera la mise en place et la mise en œuvre de la surveillance des PVDVi.

**Tableau 8. Développement de la surveillance des PVDVi dans des pays sélectionnés**

Pays	Évaluation des risques liés au PVDVi (2018)	Pays pilotes pour la surveillance des PVDVi	Projet de recherche sur les PVDVi	Sélectionné en raison de l'utilisation du nVPO2
Bangladesh	Moyen		X	
Chine	Haut		X	
Égypte	Haut	X	X	
Inde	Haut		X	
République islamique d'Iran	Haut	X	X	
Jordanie	Faible	X		
Nigéria	Moyen			X
Pakistan	Moyen		X	
Fédération de Russie	Moyen		X	
Sénégal	Faible			X
Sri Lanka	Moyen		X	
Tunisie	Moyen	X	X	

PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience ; nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2.

### Tâches de l'activité 1

- ✓ Examiner la mise en œuvre de la surveillance pilote des PVDVi en Égypte, en République islamique d'Iran, en Jordanie et en Tunisie. Évaluer le degré d'achèvement, l'ampleur des défis et les solutions possibles, et décider s'il faut reporter ou accélérer et étendre la mise en œuvre.
- ✓ Élaborer un plan pour accélérer la mise en œuvre sur le terrain dans les pays pilotes, y compris les résultats attendus et les délais.
- ✓ Continuer de vérifier la capacité des pays à assurer la surveillance des PVDVi dans le cadre du suivi post-déploiement du nVPO2. Ajouter le dépistage et le suivi de la poliomyélite, le cas échéant.

<sup>20</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP). Exigences en matière de surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire dans le contexte de l'utilisation du nVPO2. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/Polio-Field-and-Laboratory-Surveillance-requirements-in-the-context-of-nOPV2-use-20201031-FR.pdf>).

## Activité 2. Sensibiliser les Régions de l'OMS et les pays à haut risque à la surveillance des PVDVi.

Toutes les régions et pays de l'OMS devraient se familiariser avec la surveillance des PVDVi en tant que nouveau pilier du programme d'éradication de la poliomyélite, en parallèle à la surveillance de la PFA et de la SE. Au fur et à mesure que l'éradication de la poliomyélite semble être à portée de main, la surveillance des PVDVi deviendra de plus en plus importante.

Dans le cadre du GPSAP 2022-2024, les pays présentant un haut risque de PVDVi seront prioritaires pour l'engagement du programme. Si les pays ont la capacité et des systèmes en place pour détecter, tester et assurer le suivi des patients atteints de troubles d'IP, ils seront encouragés à examiner les ressources disponibles et à mettre en œuvre une surveillance des PVDVi.

### Tâches de l'activité 2

- ✓ Identifier et former des points focaux au niveau régional et explorer la possibilité de former des maîtres formateurs.
- ✓ Organiser des webinaires sur la surveillance des PVDVi pour informer les régions et tous les pays à haut risque d'infection par les PVDVi. La priorité doit être donnée aux pays ayant déjà mené ou menant actuellement des projets de recherche sur les PVDVi (**Tableau 8**, ci-dessus).
- ✓ Assurer la liaison avec les parties intéressées (c'est-à-dire les ministères de la santé, les Groupes d'immunologie, les projets de recherche) afin de promouvoir le matériel d'orientation et l'utilisation de POLIS pour la surveillance des PVDVi.

## Activité 3. Mettre à jour le système d'information et le matériel de formation et d'orientation

Des orientations, du matériel de formation et des mises à jour du système d'information pour la surveillance des PVDVi ont été élaborés dans le cadre de la précédente période du GPSAP 2018-2020.<sup>21</sup> Au fur et à mesure que la mise en œuvre sur le terrain avance et que la R&D (Recherche et Développement) liés à la poliomyélite continue de rechercher des médicaments antiviraux efficaces et des méthodes de test plus efficaces, le programme surveillera régulièrement les données, ainsi que la mise à jour et la traduction de toutes les orientations et du matériel de formation disponibles.

### Tâches de l'activité 3

- ✓ Assurer un suivi de données de la surveillance des PVDVi dans le cadre de la mise à jour mensuelle de la surveillance mondiale.
- ✓ Examiner et mettre à jour les orientations et les outils actuels, selon les besoins.
- ✓ Traduire les documents et outils dans au moins deux autres langues de l'OMS (Arabe et Français).

<sup>21</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Guidelines for Implementing Poliovirus Surveillance among Patients with Primary Immunodeficiency Disorders (PIDs); Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/Guidelines-for-Implementing-PID-Surveillance-3.3-20201215.pdf>)

## Activité 4. Élaborer un plan à long terme pour la surveillance des PVDVi au cours de la période post-certification.

La surveillance des PVDVi deviendra encore plus importante dans la période post-certification. La *stratégie post-certification de la poliomyélite* fournit certaines orientations,<sup>22</sup> mais il n'existe actuellement aucun plan stratégique à long terme pour la surveillance des PVDVi.

Dans le cadre du GPSAP 2022-2024, le programme développera un plan à long terme pour les PVDVi qui explorera le risque et la transmissibilité de ces derniers, y compris la prévalence et la capacité de survie des patients atteints de troubles d'IP. Le plan sera chiffré et intégré à d'autres systèmes de surveillance non-poliomyélitique afin d'en assurer la durabilité, en particulier au cours des six à neuf premières années suivant l'éradication, étant donné que les PVDVi sont susceptibles de constituer le principal risque de réémergence du poliovirus.

### Tâches de l'activité 4

- ✓ Examiner les données disponibles et les connaissances actuelles sur les PVDVi.
- ✓ Élaborer et établir le coût d'un plan stratégique à long terme pour la surveillance des PVDVi qui s'étend jusqu'à la période post-certification, en assurant un certain niveau d'intégration avec les systèmes de surveillance existants.

## Activité 5. Communiquer et coordonner l'accès aux traitements antiviraux

Des traitements antiviraux contre la poliomyélite sont toujours en cours de développement, notamment une thérapie combinée de deux médicaments : Pocapavir et V-7404. Cependant, à l'heure actuelle, seul le Pocapavir est disponible dans le cadre d'un usage compassionnel pour les patients atteints de troubles d'IP excréant des poliovirus (y compris le PVDVi) ou par un entérovirus non poliomyélitique (NPEV) dans des situations mettant leur vie en danger. Dans le cadre du GPSAP 2022-2024, le programme continuera de surveiller le développement des thérapies antivirales et tiendra les pays informés des progrès, de la disponibilité et du processus requis pour accéder à ces médicaments dans le cadre d'un usage compassionnel. Le programme coordonnera toute la communication avec le fabricant d'antiviraux au niveau mondial, si nécessaire.

### Tâches de l'activité 5

- ✓ Surveiller les progrès du traitement antiviral.
- ✓ Informer les pays des recommandations actuelles et les mesures à prendre pour l'utilisation compassionnelle du Pocapavir.
- ✓ Faciliter la communication entre les médecins traitants et le fabricant d'antiviraux pour obtenir des médicaments antiviraux dans le cadre d'un usage compassionnel.
- ✓ Enregistrer les patients atteints de troubles d'IP éligibles pour la disponibilité future d'une thérapie antivirale combinée.

<sup>22</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP). Stratégie post-certification de la poliomyélite. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-fr.pdf>).

## Suivi

La mise en place d'une surveillance des PVDVi pour soutenir l'éradication de la poliomyélite sera suivie par le siège de l'OMS, les bureaux régionaux et les partenaires mondiaux (**Tableau 9**).

**Tableau 9. Activités de suivi pour l'Objectif 3 (surveillance des PVDVi)**

Activité	Pays prioritaires	Régional / sous-régional	Mondial
1. Examen de la mise en œuvre du projet pilote dans les pays et évaluation de la surveillance des PVDVi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accélérer la mise en œuvre sur le terrain selon le plan actualisé proposé</li> <li>• Évaluer la capacité à mettre en place la surveillance des PVDVi, en utilisant la liste de contrôle du nVPO2.<sup>23</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Région de la Méditerranée orientale élaborera un plan régional avec les résultats escomptés et un calendrier afin de faciliter le suivi des progrès réalisés dans les pays pilotes.</li> <li>• Vérifier la capacité des pays utilisant le nVPO2 à assurer la surveillance des PVDVi et fournir un soutien technique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer les pays pilotes et décider de la marche à suivre en coordination avec la région et les pays.</li> <li>• Vérifier la capacité des pays utilisant le nVPO2 à mettre en place une surveillance des PVDVi et fournir un soutien technique</li> </ul>
2. Sensibiliser les Régions de l'OMS et les pays à haut risque à la surveillance des PVDVi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déployer la surveillance des PVDVi dans les pays où des projets de recherche sont en cours, le cas échéant.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer tous les pays à haut risque d'infection par le PVDVi sur la surveillance des PVDVi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organiser des webinaires avec chaque région</li> <li>• Former les points focaux de la surveillance des PVDVi, et les maîtres formateurs au niveau régional.</li> </ul>
3. Mettre à jour le système d'information et le matériel de formation et d'orientation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliser le système d'information sur les PVDVi dans les pays sélectionnés pour la surveillance de ces derniers.</li> <li>• Partager régulièrement les données avec le niveau régional et mondial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclure le système d'information sur les PVDVi dans le système régional POLIS</li> <li>• Former les pays pilotes à la gestion des données pour la surveillance des PVDVi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à jour et traduire les orientations et les outils</li> <li>• Fournir un rapport mondial mensuel sur les données de surveillance des PVDVi, ventilées par sexe.</li> </ul>

PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associée à une immunodéficience ; nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ; POLIS = Système d'information sur la poliomyélite ; OMS = Organisation mondiale de la santé.

<sup>23</sup> Pour évaluer la capacité de surveillance du PVDVi au niveau national, voir l'annexe E des « Exigences en matière de surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire dans le contexte de l'utilisation du nVPO2 ». Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021, <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/Polio-Field-and-Laboratory-Surveillance-requirements-in-the-context-of-nOPV2-use-20201031-FR.pdf>

Tableau 9 (suite)

Activité	Pays prioritaires	Régional / sous-régional	Mondial
4. Elaborer un plan à long terme pour la surveillance des PVDVi pendant la période post-certification.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribuer à l'élaboration d'un plan et d'une vision à long terme pour la surveillance des PVDVi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribuer à l'élaboration d'un plan et d'une vision à long terme pour la surveillance des PVDVi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner les données disponibles et les connaissances actuelles sur les PVDVi</li> <li>Élaborer un plan chiffré à long terme pour la surveillance des PVDVi</li> </ul>
5. Communiquer et coordonner l'accès aux traitements antiviraux	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enregistrer les patients atteints de troubles d'IP éligibles pour la disponibilité future d'une thérapie antivirale combinée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informer tous les pays sélectionnés sur l'utilisation compassionnelle de la thérapie antivirale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fournir aux régions des mises à jour sur le développement de thérapies antivirales</li> <li>Coordonner l'accès aux thérapies antivirales pour les patients atteints de troubles d'IP par l'intermédiaire du fabricant d'antiviraux.</li> </ul>

PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience ; IP= immunodéficientaire primaire.

## RÉSEAU MONDIAL DE LABORATOIRES POUR LA POLIOMYÉLITE

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

#### Contexte

Le succès de l'IMEP dépend largement d'une surveillance coordonnée en laboratoire et sur le terrain. Si la surveillance sur le terrain permet de prélever, de manipuler et de transporter des échantillons vers le laboratoire, la surveillance en laboratoire permet, quant à elle, de traiter et de tester les échantillons. Les résultats de laboratoire permettent non seulement de confirmer le type de poliovirus, mais aussi de fournir des données génétiques moléculaires qui fournissent des informations essentielles sur les liens entre les virus et les flambées, les mouvements de population, les lacunes dans les performances de la surveillance et enfin, les progrès réalisés pour interrompre la transmission.

Le RMLP regroupe 145 laboratoires dans 92 pays aux niveaux mondial, régional et national répartis dans les six Régions de l'OMS. Tous les laboratoires du RMLP suivent les procédures recommandées par l'OMS pour la détection et la caractérisation des poliovirus provenant d'échantillons de selles et d'échantillons d'eaux usées prélevés dans l'environnement. Cela se fait par l'isolement des poliovirus, la différenciation intratypique (DIT) des poliovirus isolés et le séquençage des virus autres que de type Sabin et des virus discordants par DIT afin de déterminer s'il s'agit de PVS, de Poliovirus de type Sabin (vaccin) ou de PVDV.<sup>24</sup> Les laboratoires du RMLP sont soutenus par un solide programme d'Assurance Qualité, qui comprend les tests d'aptitude et l'accréditation annuelles par l'OMS.

Dans le cadre du GPSAP 2022-2024, le RMLP mettra en œuvre les activités suivantes (**Tableau 10**), en continuant à mettre l'accent sur la promptitude et l'exactitude mondiale des tests.

**Tableau 10. Activités principales et indicateurs clés de performance/processus pour l'Objectif 4**

Activités principales	Indicateurs clés de performance/processus
1. Maintenir et renforcer la capacité de traitement dans les principaux laboratoires desservant les pays à haut et très haut risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect des normes du RMLP pour le traitement des échantillons de selles et d'eaux usées</li> </ul>
2. Mettre en œuvre la détection directe (DD) et d'autres nouvelles méthodologies et algorithmes (y compris le séquençage) dans les laboratoires desservant les pays à haut et très haut risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de laboratoires sélectionnés desservant les pays à haut et très haut risque qui sont entièrement mis à niveau et accrédités pour la DD et/ou le séquençage (objectif initial : 12 laboratoires pour la DD et 6 laboratoires pour le séquençage), suivis sur une base trimestrielle</li> </ul>
3. Renforcer la supervision du système d'Assurance Qualité dans tous les laboratoires desservant les pays endémiques et touchés par des flambées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de visites documentées d'accréditation et de visites de soutien dans les laboratoires prioritaires qui ont été menées comme prévu.</li> </ul>
4. Participer à la préparation des laboratoires nationaux et à la riposte aux flambées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pourcentage de revues documentaires prévues ou d'évaluations menées sur place, planifiées et réalisées dans un délai de deux semaines pour les nouveaux pays touchés par une flambée.</li> </ul>

<sup>24</sup>Département de la Vaccination, des vaccins et des produits biologiques. WHO Polio Laboratory Manual 4th ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2004 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68762/WHO\\_IVB\\_04.10.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68762/WHO_IVB_04.10.pdf)).



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Laboratoires participant aux activités (par exemple, travail de préparation de la RRT, OBRA) dans tous les pays touchés par une flambée.</li> </ul>
5. Poursuivre l'engagement d'autres réseaux de surveillance et documenter les ressources et les activités intégrées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport annuel sur les activités menées dans les pays en transition prioritaires</li> </ul>
6. Finaliser un plan d'action post-certification du RMLP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le plan d'action post-certification du RMLP est finalisé d'ici le quatrième trimestre de 2023 pour au moins deux régions endémiques/ touchées par les flambées</li> </ul>

DD = détection directe ; RMLP = Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite; OB = flambée ; OBRA = Évaluations de la riposte aux flambées ; RRT = Equipe d'intervention rapide ;

## Activité 1. Maintenir et renforcer la capacité de traitement dans les principaux laboratoires

Le maintien de la capacité du RMLP dans les six Régions de l'OMS restera une priorité tout au long de la période couverte par le GPSAP 2022-2024. Comme on s'attend à ce que le nombre d'échantillons de selles et d'eaux usées augmente en raison des efforts déployés pour augmenter la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite (voir les **objectifs 1 et 2**), il faudra ajouter des capacités supplémentaires pour faire face à l'augmentation de la charge de travail dans les principaux laboratoires desservant les pays à haut et très haut risque.

### Tâches de l'activité 1

- ✓ Augmenter la capacité des laboratoires grâce à des effectifs supplémentaires et à des équipements supplémentaires dans trois laboratoires actuellement opérationnels en Afrique de l'Ouest, en Afrique de l'EST (qui dessert la Somalie et le Yémen) et dans la Région du Pacifique occidental (Philippines).

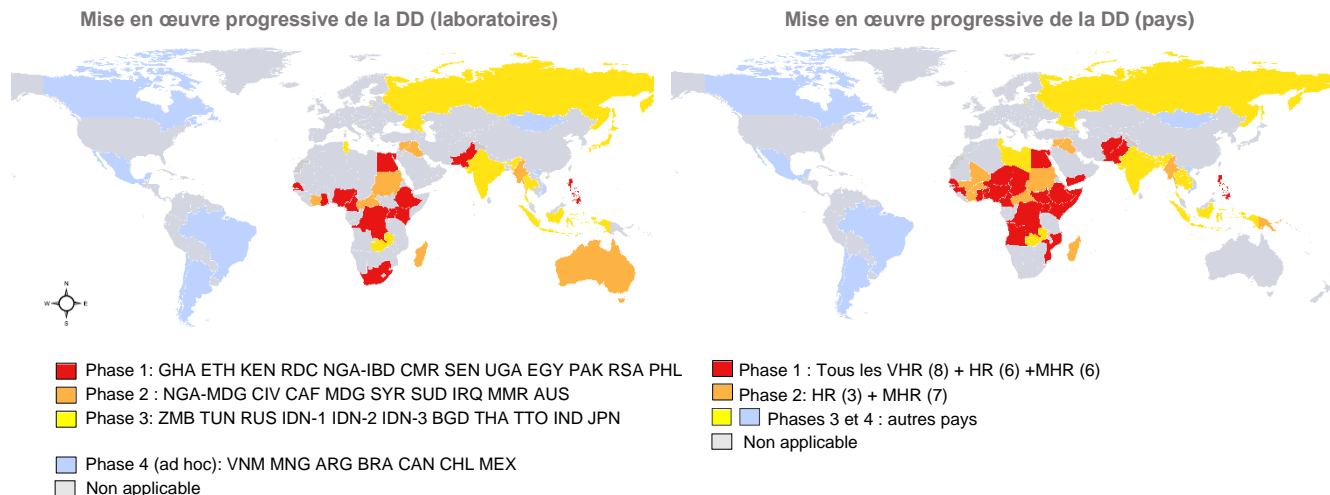
## Activité 2. Mettre en œuvre la détection directe dans les laboratoires desservant les pays à haut risque

L'une des priorités de la Stratégie de l'IMEP est de faciliter une réponse plus rapide, en réduisant le délai entre la date de début de paralysie et les résultats de laboratoire. Pour atteindre l'objectif de 21 jours entre la réception des échantillons de PFA dans un laboratoire pour la poliomyélite accrédité par l'OMS et le résultat de séquençage, le RMLP a lancé un projet de démonstration pour la détection directe (DD), une méthodologie de test récemment validée qui extrait l'acide ribonucléique (ARN) directement à partir de la suspension de selles, suivie d'une réaction en chaîne par polymérase avec transcription inverse en temps réel (rRT-PCR) utilisant un ensemble de neuf amorces ciblant tous les entérovirus, Sabin 1, Sabin 2, Sabin 3, tous les poliovirus, tous les poliovirus de type 2, le nVPO2, le PVS1 et le poliovirus sauvage de type 3 (PVS3). Des essais de non-infériorité sur le terrain seront menés pour comparer la DD à l'algorithme de test standard actuel. Une formation à la DD pour les laboratoires prioritaires a été menée au quatrième trimestre de 2021, les résultats devant être consolidés au premier ou au deuxième trimestre de 2022. Si les évaluations des tests parallèles sont favorables et suggèrent que la DD pourrait réduire de manière significative le temps nécessaire pour détecter et signaler les échantillons négatifs, ainsi que le temps d'obtention des résultats de la DIT pour les échantillons positifs pour la polio, le Groupe de travail sur la surveillance du RMLP déploiera cette méthodologie sans culture cellulaire dans 30 pays prioritaires (**Tableau 11** et **figure 4**).

**Tableau11 . Déploiement prévu de la détection directe dans les laboratoires**

<b>Phase*</b>	<b>Date de début prévue</b>	<b>Laboratoires</b>
<b>Phase 1</b>	2ème trimestre - 2022	12 laboratoires desservant 24 pays, dont tous les pays à très haut risque (n=8)
<b>Phase 2</b>	3ème trimestre - 2022	9 laboratoires desservant 10 autres pays à risque
<b>Phases 3 et 4</b>	4ème trimestre - 2022 / 1er trimestre - 2023	18 laboratoires supplémentaires

\* Cette approche progressive peut être adaptée en fonction des priorités régionales (y compris les régions non endémiques et non épidémiques) et de l'évolution de l'épidémiologie des PVDVc.

**Fig. 4. Laboratoires identifiés pour la mise en œuvre progressive de la détection directe (à gauche) et les pays qu'ils couvrent (à droite)**

DD = détection directe ; HR = Haut risque ; MHR = risque moyen-élevé ; VHR = très haut risque.

Source : OMS.

Le RMLP a également commencé à tester l'inclusion d'une méthodologie de séquençage MinION dans l'algorithme DD. Puisque les résultats de la DD peuvent indiquer des résultats invalides et indéterminés qui nécessitent une confirmation par séquençage, ce séquençage peut aider à évaluer le pourcentage des échantillons qui devront être séquencés en plus des virus d'intérêt (c'est-à-dire les virus autres que de type Sabin, de type sabin et les virus de type 2). Deux nouveaux algorithmes comprenant une étape de séquençage seront testés afin d'identifier et résoudre les problèmes de mise en œuvre, notamment en matière de logistique et d'analyse.

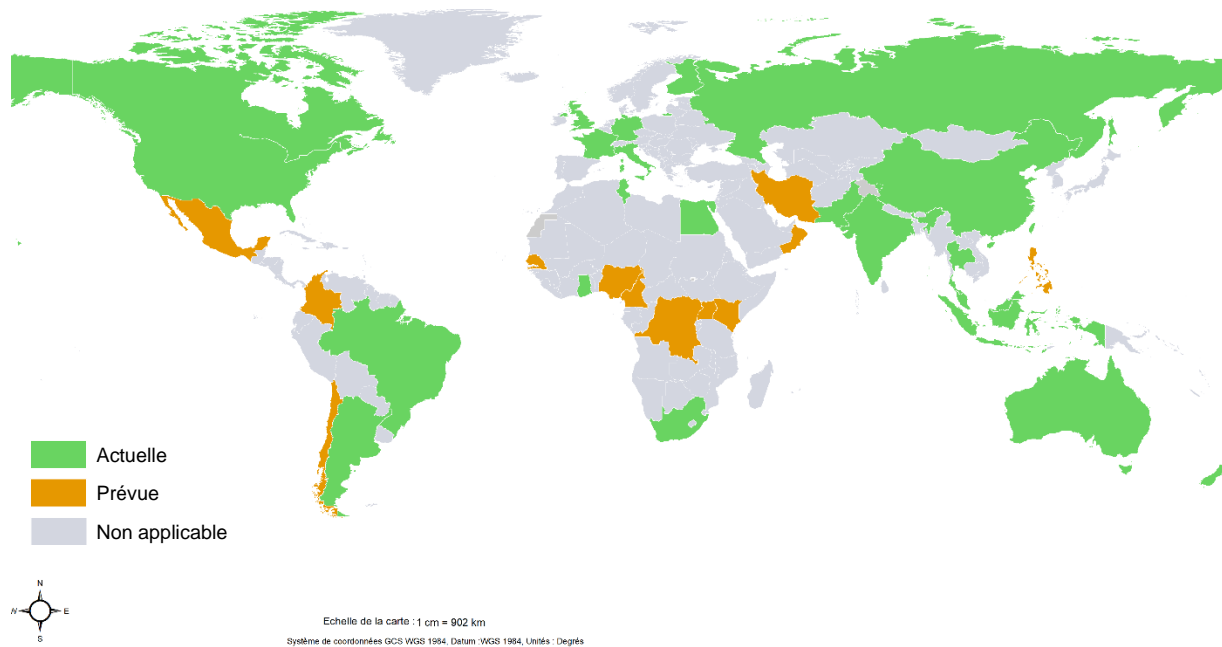
Au cours de cette phase pilote, la priorité a été donnée aux laboratoires desservant des pays à haut risque (voir **Fig. 1. Évaluation des risques au niveau pays** dans l'**introduction**). Dix laboratoires ont été ciblés pour la mise en œuvre de la DD (sept dans la Région africaine, deux dans la Région de la Méditerranée orientale et un dans la Région du Pacifique occidental), et six laboratoires de la Région africaine ont été ciblés pour tester la faisabilité du renforcement des capacités de séquençage dans le contexte de la mise en œuvre de la DD.

Parmi les laboratoires couvrant les zones à haut risque et qui sont prévus pour l'expansion de la capacité de séquençage (**Fig. 5**), les laboratoires et régions suivants sont actuellement prévus pour le séquençage MinION ou Sanger.

- Deux laboratoires de séquençage de la Région africaine (National Institute for Communicable Diseases, en Afrique du Sud et le Noguchi Memorial Institute for Medical Research au Ghana), seront évalués afin de résoudre tous les blocages qui empêchent d'obtenir une bonne performance durable.
- Trois laboratoires de la Région africaine (Cameroun, République démocratique du Congo et Sénégal) qui ont une expérience de la technologie MinION ont été sélectionnés pour tester un nouvel algorithme, y compris cette technologie de séquençage qui est en cours de validation par les partenaires de l'IMEP.
- Trois laboratoires de la Région africaine (Ouganda, Kenya et Nigéria-Ibadan) seront formés et encadrés à partir de 2022 pour effectuer le séquençage de Sanger.

- Deux laboratoires de la Région du Pacifique occidental (Malaisie et Philippines) et un de la Région de l'Asie du Sud-Est (Bangladesh) recevront une formation sur le séquençage de Sanger afin de renforcer les capacités dans la région et d'améliorer la promptitude de la détection.
- Deux laboratoires de la Région de la Méditerranée orientale (République islamique d'Iran et Oman), qui effectuent déjà le séquençage, seront mis à niveau et encadrés jusqu'à l'achèvement complet du processus d'accréditation par le RMLP.

**Fig. 5 : Expansion actuelle et prévue de la capacité de séquençage dans les laboratoires couvrant les zones à haut risque**



Actuel = 27 laboratoires

Prévu = 13 laboratoires : AFR (6), AMR (3), EMR (2), SEAR (1), WPR (1)

AFR = Région africaine ; AMR = Région des Amériques ; EMR = Région de la Méditerranée orientale ; SEAR = Région de l'Asie du Sud-Est  
WPR = Région du Pacifique occidental.

Source : OMS.

Conformément aux procédures du RMLP, l'approbation de l'utilisation de routine de toute nouvelle procédure ne sera accordée à un laboratoire qu'après avoir réussi des tests d'aptitude et un système d'accréditation pour cette procédure spécifique.

### Tâches de l'activité 2

- ✓ Adopter et accélérer la mise en œuvre de la DD à partir d'échantillons de selles dans les laboratoires couvrant les pays à risque très élevé, élevé, et moyennement élevé (**Tableau 11 et figure 4**).
- ✓ Soutenir l'expansion de la capacité de séquençage dans les laboratoires couvrant les zones à haut risque (**Fig. 5**).

### Activité 3. Renforcer la surveillance du système d'Assurance Qualité

L'Assurance Qualité demeure une priorité absolue du RMLP, car elle donne confiance dans les résultats virologiques et moléculaires et dans les informations utilisées par l'IMEP pour ensuite adapter les interventions critiques en matière de surveillance, de la riposte aux flambées et du confinement, parmi d'autres activités du programme. Le RMLP surveille l'Assurance Qualité au moyen du système en ligne de gestion du réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite (RMLPMS).

Dans le cadre de la stratégie du RMLP, un nouveau programme d'essai d'aptitude visant à s'assurer que les échantillons d'eaux usées de la SE sont analysés avec exactitude a été conçu, évalué et validé au cours des trois dernières années. Le programme d'essai d'aptitude est maintenant prêt à être lancé officiellement dans environ 70 laboratoires répartis dans les six Régions de l'OMS.

Le renforcement de la supervision de l'Assurance Qualité dans les laboratoires desservant les pays endémiques et touchés par des flambées comprendra l'utilisation du RMLPMS pour l'évaluation et le suivi des performances, la conception et la validation des procédures d'Assurance Qualité de la DD [par exemple, les tests d'aptitude et les indicateurs de performance, y compris le délai d'exécution, et la reprise des examens d'accréditation sur site des laboratoires clés qui avaient été suspendus en raison de la pandémie de COVID-19.

#### Tâches de l'activité 3

- ✓ Lancer un nouveau programme d'essai d'aptitude pour la SE au cours du premier et deuxième trimestre de 2022.
- ✓ Concevoir et valider des procédures complètes d'Assurance Qualité en matière de DD.
- ✓ Valider un module électronique dans le RMLPMS pour la déclaration, l'évaluation et la validation des résultats.
- ✓ S'assurer que le RMLPMS soit utilisé pour améliorer les communications internes et rationaliser l'Assurance Qualité.
- ✓ Reprendre les examens d'accréditation sur site des principaux laboratoires, en accordant la priorité aux laboratoires régionaux et nationaux spécialisés desservant les pays à haut risque. Des consultants formés ayant une expertise des opérations de laboratoires pour la poliomyélite accéléreront ce processus de rattrapage en 2022.

### Activité 4. Participer à la préparation nationale et aux ripostes aux flambées

Pour soutenir l'objectif fixé par la Stratégie de l'IMEP de mettre fin à la transmission du PVS1 et du PVDVc de type 2 d'ici la fin de 2023, les équipes de surveillance, de préparation et de riposte aux flambées vont renforcer la communication et la collaboration. Une coordination en amont et continue - entre la surveillance sur le terrain, la surveillance en laboratoire et la riposte aux flambées - permet d'évaluer immédiatement tout blocage potentiel dans la réception et le traitement des échantillons, ainsi que dans la communication des résultats des échantillons. Parmi les solutions possibles à ces problèmes, on peut citer : le réacheminement des échantillons de selles et/ou des échantillons d'eaux usées ; l'évaluation des processus et des procédures pour garantir la communication précise et en temps voulu des résultats de laboratoire liés à la flambée ; et la contribution du laboratoire en tant que membre de l'équipe d'enquête sur la flambée.

Dans le cadre du GPSAP 2022-2024, tous les laboratoires travailleront avec leurs bureaux nationaux et régionaux de l'OMS pour s'assurer que leurs plans d'urgence font partie du système national de gestion des urgences, y compris les stratégies de mobilisation des ressources dans les situations d'urgence.

### Tâches de l'activité 4

- ✓ Formaliser et suivre la collaboration entre les laboratoires et les équipes de préparation et de riposte aux flambées.

### Activité 5. Poursuivre l'engagement d'autres réseaux de surveillance et documenter les ressources et les activités intégrées.

Le RMLP et les réseaux de laboratoires établis pour d'autres MPV - tels que la rougeole, la rubéole, le rotavirus, la fièvre jaune, l'encéphalite japonaise et la grippe - ont toujours collaboré étroitement. Cet engagement a généralement eu lieu partout où les laboratoires sont hébergés par le même département ou la même institution. La valeur cruciale de l'intégration des réseaux de laboratoires est devenue particulièrement évidente pendant la pandémie de COVID-19, lorsque le RMLP a aidé à lancer la participation des laboratoires à la riposte à la COVID-19 dans de nombreux pays en utilisant le personnel, l'équipement, les réactifs et les consommables du programme de la poliomyélite.

Dans le cadre du GPSAP 2022-2024, une documentation complète sur les efforts d'intégration accomplis préparera le terrain, d'une manière plus systématique, pour saisir les activités intégrées et informer la préparation future. En plus d'une enquête ciblée sur la réponse des laboratoires à la COVID-19, les évaluations conjointes du RMLP et du Réseau mondial de laboratoires pour la rougeole et la rubéole seront accélérées afin de documenter l'intégration et d'identifier d'autres domaines où des progrès vers l'intégration peuvent être réalisés.

### Tâches de l'activité 5

- ✓ Documenter les activités intégrées, en se servant de la réponse des laboratoires à la COVID-19 comme point de départ.
- ✓ Mener une évaluation conjointe avec le Réseau mondial de laboratoires pour la rougeole et la rubéole afin de promouvoir davantage l'intégration.

### Activité 6. Finaliser un plan d'action post-certification du RMLP

À la suite de la certification mondiale de l'éradication du poliovirus et de l'arrêt de l'utilisation du VPO vivant, les capacités des laboratoires devraient être maintenues pour continuer à détecter les poliovirus, même si la surveillance pendant la période post-certification devra être redéfinie, étant donné que les risques futurs porteront sur les patients immunodéficients infectés de manière chronique et vers une éventuelle rupture de confinement par un établissement détenant le poliovirus (par exemple, un laboratoire ou un fabricant de vaccins).

Pour se préparer à cette période de post-certification, la surveillance sur le terrain et en laboratoire devra être alignée sur une approche de surveillance plus intégrée, pouvant être maintenue indéfiniment. Dans le cadre du GPSAP 2022-2024, le RMLP reprendra le travail sur l'évolution de sa structure et de ses

fonctions afin de répondre aux exigences de surveillance telles que décrites dans la *stratégie post-certification de la poliomyélite*.<sup>25</sup>

### Tâches de l'activité 6

- ✓ Réexaminer la *stratégie post-certification* et finaliser un plan d'action post-certification du RMLP pour les régions endémiques et touchées par les flambées d'ici la fin de 2023.

## Suivi

Le maintien et le renforcement de la capacité et des compétences du réseau RMLP seront suivis par le siège de l'OMS, les bureaux régionaux et les partenaires mondiaux (**Tableau 12**).

**Tableau 12. Activités de suivi pour l'Objectif 4 (capacités et compétences du RMLP)**

Activité	Régions	Mondial
1. Maintenir et renforcer la capacité de traitement dans les principaux laboratoires desservant les pays à haut et très haut risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer les besoins des laboratoires en fonction de la charge de travail prévue et élaborer un plan de soutien régional pour maintenir les normes de performance des laboratoires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les plans régionaux visant à garantir les ressources humaines et financières pour la période du GPSAP 2022-2024.</li> </ul>
2. Mettre en œuvre la détection directe (DD) et d'autres nouvelles méthodologies et algorithmes (y compris le séquençage) dans les laboratoires desservant les pays à haut et très haut risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer les besoins des laboratoires et leur état de préparation pour mettre en œuvre des méthodologies et des algorithmes d'essai validés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concevoir un plan de travail, et coordonner avec un Groupe de travail restreint du RMLP pour valider et mettre en œuvre de nouvelles méthodologies.</li> </ul>
3. Renforcer la supervision du système d'Assurance Qualité dans tous les laboratoires desservant les pays endémiques et les pays touchés par des flambées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valider le système d'accréditation et élaborer un calendrier régional pour 2022-2024 d'ici la fin du premier trimestre de 2022.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir un programme et des orientations pour l'accréditation officielle (y compris des visites sur place, dans la mesure du possible) des laboratoires desservant les pays endémiques et les pays touchés par les flambées</li> </ul>
4. Participer à la préparation des laboratoires nationaux et à la riposte aux flambées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documenter la participation, les activités et les contributions des laboratoires et des bureaux régionaux en matière de préparation et de riposte aux flambées.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonner avec le Groupe de préparation et de riposte aux flambées pour mettre en place des mécanismes permettant la participation officielle des laboratoires nationaux pour la poliomyélite à la préparation et à la riposte aux flambées.</li> </ul>

<sup>25</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP). Stratégie post-certification de la poliomyélite. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-fr.pdf>.

<p>5. Poursuivre l'engagement d'autres réseaux de surveillance et documenter les ressources et les activités intégrées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordonner avec le siège de l'OMS pour favoriser et documenter les synergies entre les laboratoires pour la poliomyélite et les autres laboratoires du même pays.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Définir un programme de travail sur l'intégration avec le département Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB) et les bureaux régionaux de l'OMS pour la période du GPSAP 2022-2024</li> </ul>
<p>6. Finaliser un plan d'action post-certification du RMLP</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluer les besoins des pays et élaborer un plan d'action post-certification pour soutenir la durabilité à long terme de la surveillance des laboratoires.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir la composante « laboratoire » de la SPC et développer un cadre et une feuille de route RMLP pour assurer la durabilité des diagnostics de la polio durant la période post-certification, dans les régions endémiques et celles touchées par les flambées.</li> </ul>

DD = détection directe ; RMLP = Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite ; GPSAP = Plan d'action mondial pour la Surveillance de la poliomyélite; IVB = Vaccination, vaccins et produits biologiques ; SPC = Stratégie post-certification ; OMS = Organisation mondiale de la santé.



## GESTION DE L'INFORMATION ET DES DONNÉES

### Objectif 5. Augmenter l'efficacité de la collecte, de la gestion et de l'utilisation des données pour l'action

#### Contexte

La collecte et le traitement rapides de données fiables de surveillance sont essentiels pour l'IMEP. La Stratégie de l'IMEP préconise le passage à des systèmes d'information en ligne et à des outils électroniques de collecte de données mobiles, dans la mesure du possible, afin de favoriser l'accès à des données en temps réel pour surveiller la promptitude de la détection du virus. Au niveau mondial, l'IMEP s'appuie sur le système POLIS. Au niveau national, Epilnfo est couramment utilisé, et les équipes utilisent souvent un mélange de base de données Access et Excel pour la gestion des données sur la PFA et la SE. De nombreux programmes nationaux et régions introduisent de nouvelles technologies mobiles pour la collecte de données en temps réel, mais un manque de normalisation entre les plateformes crée de nouveaux défis en rendant difficile toute comparaison des données (Aussi bien entre les régions et les pays qu'entre les données de laboratoires et de terrain). Le suivi de l'acheminement des échantillons depuis le terrain jusqu'au laboratoire présente également des difficultés, qui ont été mises en évidence alors que les frontières internationales ont été fermées et les vols annulés pendant la pandémie de COVID-19.

#### Le système d'information sur la poliomyélite (POLIS)

POLIS recueille toutes les données relatives à la poliomyélite partagées au niveau mondial. Il harmonise les données des six Régions de l'OMS, traite et effectue des contrôles de qualité, et produit des analyses dans le cadre de la PFA et la surveillance environnementale, les données de laboratoire et les activités de vaccination supplémentaires (AVS). Le registre central fournit aux partenaires et aux États membres de l'IMEP des données normalisées, des analyses et des résultats de progrès facilement accessibles.

Pour accéder à POLIS : [veuillez consulter le site https://extranet.who.int/polis](https://extranet.who.int/polis)

Pour soutenir l'échange de données en temps réel entre le terrain et le laboratoire, la gestion des données sera rendue plus efficace (**Tableau 13**). Les nouveaux systèmes devraient être interopérables avec les systèmes existants pour faire progresser l'intégration, car cela favorise non seulement l'échange de données, mais peut également contribuer à une plus grande durabilité, sur le long terme. En outre, pour s'assurer que l'IMEP puisse suivre et surveiller les acheminements de selles depuis le terrain jusqu'au laboratoire et entre les laboratoires, le programme mettra à niveau les systèmes régionaux afin d'adopter de nouvelles méthodes de collecte de données et d'éviter la perte de celles-ci entre les pays ou au niveau mondial.

**Tableau 13. Activités principales et indicateurs clés de performance/processus pour l'Objectif 5**

Activités principales	Indicateurs clés de performance/processus
1. Évaluer les besoins en matière d'information et de gestion des données pour les pays prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Évaluation conjointe des besoins au niveau national avec IVB/PEV et WHE dans au moins 30% des pays à haut et très haut risque.</li> </ul>
2. Mettre à niveau les systèmes archaïques d'information sur la poliomyélite en les remplaçant par des systèmes en ligne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>30% des laboratoires desservant les pays à haut et très haut risque disposent d'un système de gestion de l'information ou similaire en ligne</li> <li>30% des pays à haut et très haut risque disposent de systèmes de gestion de l'information en ligne.</li> </ul>
3. Développer un système en ligne pour suivre la collecte et le transport des échantillons.	<ul style="list-style-type: none"> <li>≥ 4 pays prioritaires ont piloté un système de suivi en ligne</li> </ul>
4. Adapter le système de gestion de l'information et passer des outils de collecte de données sur papier aux outils électroniques.	<ul style="list-style-type: none"> <li>L'Afghanistan et le Pakistan passent aux appareils électroniques portables pour les données de la PFA et de SE, dans la mesure du possible.</li> <li>30% des pays à haut et très haut risque utilisent des appareils électroniques mobiles pour la collecte de données de surveillance active.</li> <li>Tous les indicateurs d'opportunité (<b>Annexe E</b>) peuvent être suivis dans POLIS.</li> </ul>

PFA = paralysie flasque aiguë ; PEV = Programme élargi de vaccination ; SE = Surveillance environnementale ; IFA = information pour l'action ; IVB = Vaccination, vaccins et produits biologiques ; POLIS = système d'information sur la poliomyélite ; WHE = urgences sanitaires de l'OMS.

### Activité 1. Évaluer les besoins en matière d'information et de gestion des données pour les pays prioritaires

L'engagement à soutenir la mise en œuvre de la *Stratégie mondiale pour « la surveillance globale des maladies à prévention vaccinale (MPV) »* et la *« Global pandemic preparedness strategy »* fait partie intégrante de la Stratégie de l'IMEP.<sup>26</sup> Afin d'assurer l'alignement et la cohérence de la planification, l'IMEP collaborera avec les programmes de Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB), du PEV et WHE pour effectuer une analyse du paysage des systèmes de données dans les pays prioritaires dans le cadre de leur évaluation conjointe. Étant donné que l'IMEP aide les pays à passer à des outils et systèmes électroniques pour la collecte, l'échange et le stockage des données, une attention particulière sera accordée pour faire en sorte que tous les programmes bénéficient de l'investissement dans des systèmes permettant d'obtenir des données solides en temps réel. Ces évaluations conjointes permettront donc de s'assurer que les systèmes de données mis en place dans les pays prioritaires sont interopérables et s'intègrent dans d'autres systèmes de surveillance des MPV, notamment le système d'information sur la gestion de la santé (HMIS).

<sup>26</sup> OMS Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB). Stratégie mondiale pour la surveillance globale des maladies à prévention vaccinale (MPV). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 [http://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/Global\\_Comprehensive\\_VPD\\_Surveillance\\_Strategy\\_IA2030\\_FR.pdf](http://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/Global_Comprehensive_VPD_Surveillance_Strategy_IA2030_FR.pdf). OMS Urgences sanitaires. Global pandemic preparedness strategy. En cours de développement

### Tâches de l'activité 1

- ✓ Examiner les systèmes d'information au niveau des pays, en mettant l'accent sur les pays à haut et très haut risque
- ✓ Mener des évaluations conjointes des besoins des pays en matière de systèmes d'information, en coordination avec WHE et IVB/PEV

### Activité 2. Mise à niveau des systèmes d'information archaïques sur la poliomyélite en les remplaçant par des systèmes en ligne.

La transition d'un système d'information en ligne pour l'action (IFA) basé sur EpilInfo à un système d'information en ligne pour l'action (WebIFA) a été pilotée avec succès en Afghanistan et au Pakistan et est désormais pleinement fonctionnelle.

Dans le cadre du GPSAP 2022-2024, le programme répondra à tous les besoins de systèmes encore persistants en Afghanistan et au Pakistan. En outre, le programme étudiera et soutiendra le passage à des plateformes en ligne pour les laboratoires desservant les pays prioritaires pour la surveillance de la PFA ou environnementale, ou pour les deux. De plus, l'IMEP veillera à ce que le WebIFA soit interopérable avec d'autres systèmes, notamment les systèmes du logiciel d'information sanitaire du district 2 (DHIS2).

**Le tableau 14** présente le plan de déploiement actuel du WebIFA qui se concentre sur les laboratoires desservant les pays à haut et très haut risque. Dans les pays où l'on utilise sur le terrain un outil établi de collecte de données fondé sur les cas, comme le DHIS2, le WebIFA assurera l'interopérabilité et fournira au pays une option réservée exclusivement à la SE.

#### Information en ligne pour l'Action (**WebIFA**)

WebIFA est un système d'information au niveau des pays, qui relie les données de laboratoire et de terrain en un seul endroit en combinant les principales caractéristiques de l'IFA et du LabIFA, notamment la possibilité de saisir les cas de PFA, les contacts de cas de PFA, les échantillons avec les résultats de laboratoire, les informations sur les sites environnementaux et les échantillons.

**Tableau 14. Mise à niveau des laboratoires pour passer des systèmes d'information archaïques IFA à WebIFA, 2022-2023**

Laboratoire (code pays)	Surveillance du terrain dans les pays	PFA et/ou SE	Statut pour la planification
PAK	Afghanistan	PFA et SE	Complété
	Pakistan	PFA et SE	Complété
UGA	Sud-Soudan	PFA et SE	En cours
	Ouganda	SE uniquement	En cours
NGA	Nigéria	PFA et SE	Interrompu
BGD	Bangladesh	PFA et SE	2022
EMR	TOUS les pays de la Méditerranée orientale	PFA et SE	2022/23
ETH	Éthiopie	PFA et SE	2022
KEN	Kenya	PFA et SE	2022
	Somalie	PFA et SE	2022
SA	(En tant que laboratoire de référence régional)	PFA et SE	2022
SEN	Niger	PFA et SE	2022
	Sénégal	PFA et SE	2022
CIV	Côte d'Ivoire	PFA et SE	2023
CMR	Cameroun	PFA et SE	2023
	Chad	PFA et SE	2023
RDC	République démocratique du Congo	PFA et SE	2023

PFA = paralysie flasque aiguë (surveillance) ; SE = surveillance environnementale

### Tâches de l'activité 2

- ✓ Mettre à niveau le système de données de laboratoire vers le WebIFA (ou tout autre système de gestion des données en ligne) pour la surveillance de la PFA ou la SE dans au moins 12 laboratoires desservant les pays prioritaires (**Tableau 14**, ci-dessus).
- ✓ Poursuivre l'expansion du WebIFA en Afghanistan et au Pakistan, en tenant compte des restrictions en matière de sécurité, et soutenir le passage au formulaire d'investigation des cas en ligne (CIF) dans le cadre du WebIFA.

### Activité 3. Élaborer un système en ligne pour suivre la collecte et le transport des échantillons.

Actuellement, il n'existe aucun système standard ou central permettant de suivre la collecte et le transport des échantillons depuis le terrain jusqu'à leur arrivée dans un laboratoire accrédité par l'OMS, ni de suivre les déplacements des échantillons entre les laboratoires dans le but d'effectuer des tests supplémentaires. Pendant la pandémie de COVID-19, lorsqu'il est devenu très difficile d'expédier des échantillons, en particulier au-delà des frontières internationales, les programmes nationaux avaient un retard d'échantillons en attente de transport. Certains pays ont mis en place des systèmes papier pour suivre l'endroit où les échantillons étaient stockés, mais le manque de standardisation et les délais de collecte et de vérification des données ont rendu le système inexact ou rapidement obsolète. Bien qu'il

existe une option dans le WebIFA pour suivre les échantillons, ce n'est peut-être pas le système de données utilisé dans tous les pays prioritaires, de sorte que le programme devra identifier d'autres mécanismes de suivi.

### Tâches de l'activité 3

- ✓ Intégrer des indicateurs de processus dans POLIS pour suivre les échantillons depuis le prélèvement jusqu'aux résultats finaux, en mettant en évidence les pays qui connaissent des retards persistants.
- ✓ Elaborer un système de suivi en ligne facile à mettre en œuvre.
- ✓ Piloter le nouveau système en ligne dans au moins quatre pays : Tchad, la République démocratique du Congo, la Somalie et le Sud-Soudan.

## Activité 4. Adapter le système de gestion de l'information et passer des outils de collecte de données sur papier aux outils électroniques en matière de surveillance sur le terrain.

Un système mobile d'information sur les données électroniques, connu sous le nom de "système mobile de données électroniques", est essentiel pour surveiller efficacement les performances de la surveillance en temps quasi réel.

Afin d'améliorer la qualité de la surveillance et valider les données relatives à la surveillance active et la supervision, tous les outils de collecte de données papier sur le terrain devraient être transférés à un système électronique mobile d'information dans tous les pays à haut et très haut risque (**Tableau 15**). La priorité sera de transférer des composantes spécifiques du système de surveillance de la PFA (y compris la SBC) et du système de la SE aux systèmes mobiles de données électroniques. Pour faciliter la comparaison entre les zones géographiques et éventuellement promouvoir l'intégration, l'IMEP développera des variables standard à l'usage des pays.

### Systèmes mobiles de données électroniques dans les pays prioritaires

Dans la Région africaine, la plupart des pays utilisent la surveillance électronique (eSurv) et la supervision intégrée de soutien (ISS). Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'Afghanistan et le Pakistan se sont tournés vers les outils électroniques, mais la Somalie et le Yémen utilisent des outils papier (**Tableau 15**).

**Tableau 15. Pays prioritaires pour une utilisation étendue des outils électroniques de surveillance active**

Pays	Région	Outil électronique de surveillance active
Afghanistan	EMR	WebIFA
Angola	AFR	Augmenter l'utilisation d'eSurv
Cameroun	AFR	Augmenter l'utilisation d'eSurv
Tchad	AFR	Augmenter l'utilisation d'eSurv
République démocratique du Congo	AFR	Augmenter l'utilisation d'eSurv
Éthiopie	AFR	Augmenter l'utilisation d'eSurv
Guinée	AFR	Augmenter l'utilisation d'eSurv
Kenya	AFR	Augmenter l'utilisation d'eSurv
Niger	AFR	Augmenter l'utilisation d'eSurv
Nigéria	AFR	Augmenter l'utilisation d'eSurv
Pakistan	EMR	S'aligner sur le WebIFA

Somalie	EMR	Outil électronique à mettre en place
Sud-Soudan	AFR	Augmenter l'utilisation d'eSurv
Yémen	EMR	Outil électronique à mettre en place

AFR = Région africaine ; EMR = Région de la Méditerranée orientale ; eSurv = surveillance électronique ; WebIFA = informations en ligne pour l'action

Dans les pays qui mettent en œuvre le WebIFA, en commençant par les pays endémiques, les outils de collecte de données électroniques existants seront intégrés au système. Les outils qui seront intégrés comprennent au minimum : le formulaire de surveillance active (intégré au MPV), le formulaire de supervision (intégré), le formulaire d'investigation des cas (CIF) et le CIF détaillé, l'examen de suivi au 60<sup>ème</sup> jour, le formulaire de prélèvement des échantillons environnementaux, le formulaire d'évaluation du site de SE et les « blue lines » pour les voies d'eau. Un outil générique pour la SBC sera également développé.

Au cours de la période 2022-2024 du GPSAP, le programme veillera à ce qu'une formation adéquate sur l'utilisation des outils numériques soit dispensée à l'ensemble du personnel déjà en place ou nouveau, garantissant une participation égale et significative des femmes, compte tenu de l'écart numérique entre les sexes qui existe dans de nombreux contextes (**Annexe G** et **Annexe I**). Partout où des systèmes mobiles de données électroniques sont utilisés, les pays devraient s'assurer que tout le personnel de surveillance les utilise activement.

De nouveaux indicateurs, y compris ceux proposés dans la Stratégie de l'IMEP et dans le GPSAP 2022-2024, seront intégrés dans POLIS pour le suivi aux niveaux national, régional et mondial.

#### **Tâches de l'activité 4**

- ✓ Élaborer des variables standard pour la surveillance active et la supervision. Inclure les variables standard dans l'outil électronique régional et relier le référentiel de données régional à POLIS.
- ✓ Passer à un outil électronique de surveillance active en Somalie et au Yémen et consolider son utilisation actuelle dans les autres pays prioritaires (**Tableau 15**).
- ✓ Élaborer et fournir des outils électroniques génériques pour la SBC.
- ✓ Intégrer les indicateurs essentiels et indicateurs non essentiels dans les analyses mondiales des itinéraires (POLIS).

## Suivi

L'amélioration de l'efficacité de la collecte, de la gestion et de l'utilisation des données pour l'action sera suivie par le siège et les bureaux régionaux de l'OMS, ainsi que par les partenaires mondiaux (**Tableau 16**).

**Tableau 16. Activités de suivi pour l'Objectif 5 (Gestion de l'information et des données)**

Activité	Pays prioritaires	Régional / sous-régional	Mondial
1. Évaluer les besoins en matière d'information et de gestion des données pour les pays prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les pays à haut et très haut risque devant participer à l'évaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Examiner les systèmes d'information disponibles au niveau national</li> <li>Réaliser une évaluation conjointe avec les équipes IVB/PEV et WHE</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordonner l'évaluation conjointe avec les bureaux régionaux, les équipes MPV, IVB/PEV et les équipes WHE.</li> </ul>
2. Mettre à niveau les systèmes archaïques d'information sur la polio en les remplaçant par des systèmes en ligne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Passage au CIF en ligne en Afghanistan et au Pakistan. Former le personnel et déployer le système</li> <li>Dans certains pays et laboratoires, tester et déployer le WebIFA pour la PFA/SE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir les laboratoires et les pays sélectionnés en améliorant le système de gestion des données et la formation du personnel.</li> <li>Fournir un soutien pour l'expansion du WebIFA en Afghanistan et au Pakistan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir les laboratoires et les pays sélectionnés en améliorant le système de gestion des données et en formant le personnel.</li> <li>Soutenir l'expansion du WebIFA en Afghanistan et au Pakistan.</li> </ul>
3. Élaborer un système en ligne pour suivre la collecte et le transport des échantillons.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déployer le mécanisme de suivi des échantillons de selles et former le personnel ; superviser et prendre des mesures correctives.</li> <li>Suivi de l'indicateur de promptitude d'exécution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soutenir, former et surveiller la mise en œuvre des systèmes de suivi dans au moins 4 pays.</li> <li>Suivi de l'indicateur de promptitude d'exécution</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explorer et proposer des systèmes permettant de suivre les échantillons de selles depuis le terrain jusqu'au laboratoire.</li> <li>Suivi de l'indicateur de promptitude d'exécution</li> </ul>

<p>4. Adapter le système de gestion de l'information et passer des outils papier aux outils électroniques en matière de collecte de données</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre en œuvre ou adapter les systèmes existants de surveillance et de supervision électroniques avec de nouvelles variables standard dans tous les pays à haut et très haut risque</li> <li>• Inclure et suivre une nouvelle série d'indicateurs essentiels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifier l'outil électronique régional existant sur la surveillance active et la supervision afin d'y inclure des variables standard.</li> <li>• Former le pays à la surveillance électronique et la supervision, le cas échéant.</li> <li>• Inclure et suivre une nouvelle série d'indicateurs essentiels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer des POS pour les données et les variables standard sur la surveillance active et la supervision</li> <li>• Établir un lien entre POLIS et le registre régional de données sur la surveillance active et la supervision</li> <li>• Intégrer et surveiller les nouveaux indicateurs essentiels dans POLIS</li> <li>• Développer et fournir des outils électroniques génériques pour la SBC</li> </ul>
---	---	--	---

SBC = surveillance à base communautaire ; POLIS = système d'information sur la poliomyélite ; POS = procédures opérationnelles standardisées.



## RESPONSABILISATION ET GESTION DE LA SURVEILLANCE

### Objectif 6. Améliorer la responsabilisation et la gestion de la surveillance

#### Contexte

Le GPSAP 2022-2024 décrit les défis les plus urgents auxquels est confrontée la surveillance de la poliomyélite et les priorités nécessaires pour relever ces défis, en améliorant la promptitude de la détection du virus, en intégrant la surveillance de la poliomyélite dans d'autres programmes de santé afin d'en assurer la durabilité, et de veiller à ce que les activités de surveillance et les programmes nationaux tiennent compte des questions de genre, car l'inclusion du genre est essentielle pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite.<sup>27</sup>

Pour s'assurer que les programmes nationaux répondent à ces priorités, les responsables des programmes de surveillance concentreront leurs efforts sur les activités suivantes (**Tableau 17**).

**Tableau 17. Activités principales et indicateurs clés de performance/processus pour l'Objectif 6**

Activités principales	Indicateurs clés de performance/processus
1. Développer et suivre la mise en œuvre du GPSAP pour les pays prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de pays prioritaires ayant des plans de renforcement de la surveillance qui intègrent les recommandations du GPSAP 2022-2024</li> <li>• Rapport semestriel au Comité stratégique de l'IMEP sur la mise en œuvre du GPSAP</li> </ul>
2. Suivre les risques stratégiques liés aux performances et à la responsabilisation en matière de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapport mensuel sur les performances en matière de surveillance au Comité stratégique de l'IMEP</li> <li>• Rapport semestriel sur le registre des risques de surveillance au Comité stratégique de l'IMEP.</li> </ul>
3. Favoriser l'intégration et la durabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de pays prioritaires disposant d'un outil de surveillance active intégrant certaines maladies à tendance épidémique</li> <li>• Nombre de pays prioritaires ayant une formation intégrée</li> </ul>
4. Favoriser la prise en compte de la problématique de genre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicateurs clés ventilés et analysés par sexe</li> </ul>

IMEP = Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ; GPSAP = Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite.

#### Activité 1. Développer et suivre la mise en œuvre du GPSAP pour les pays prioritaires

Les pays prioritaires sont censés élaborer, mettre en œuvre, suivre et rendre compte de leurs plans de renforcement de la surveillance, en y intégrant les activités et les tâches telles que décrites dans le présent GPSAP. Ces plans devraient couvrir tous les aspects de la surveillance, en soulignant les délais de réalisation des activités clés et en identifiant clairement les lignes de responsabilité et de responsabilisation pour soutenir la mise en œuvre. Conformément à la Stratégie de l'IMEP, les plans de renforcement de la surveillance devraient déterminer comment les pays pourraient augmenter la promptitude de la détection, intégrer la surveillance de la poliomyélite dans d'autres programmes et garantir la prise en compte de la problématique de genre dans toutes les activités du programme. Étant donné que l'IMEP ne complète le financement public que dans certains pays prioritaires, les plans

<sup>27</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 ([https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Gender\\_Strategy\\_FR.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Gender_Strategy_FR.pdf)).

nationaux devront impérativement tenir compte des programmes de collecte de fonds et de partage des coûts, ainsi que des contributions financières et managériales du gouvernement (**Annexe J. Budget et finances**).

Les plans de renforcement de la surveillance sont considérés comme des documents actifs et devraient être mis à jour au fur et à mesure que l'épidémiologie change et que de nouvelles recommandations deviennent disponibles. Des rapports sur l'état actuel de la mise en œuvre seront soumis par les pays prioritaires aux régions sur une base trimestrielle ; les rapports aux niveaux régional et mondial seront complétés sur une base semestrielle. Pour soutenir davantage les plans de renforcement de la surveillance, les programmes nationaux sont encouragés à consulter les ressources sélectionnées dans les domaines de travail qui informent les objectifs du GPSAP 2022-2024 (**Annexe K. Ressources**).

Dans le cadre de son suivi, le Groupe chargé de la surveillance examinera la pertinence et la faisabilité des indicateurs clés de performance du GPSAP au cours du premier semestre de 2022.

### Tâches de l'activité 1

- ✓ Les pays prioritaires devraient élaborer des plans de renforcement de la surveillance avec une intégration propre à chaque domaine et des lignes claires de responsabilité et de responsabilisation, en tenant compte des recommandations du GPSAP 2022-2024.
- ✓ Les pays prioritaires devraient présenter aux régions, sur une base trimestrielle, des rapports sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des plans de renforcement de la surveillance.
- ✓ Rendre un rapport sur la mise en œuvre du GPSAP 2022-2024, deux fois par année au Comité stratégique,
- ✓ Si nécessaire, passer en revue les indicateurs de performance/processus du GPSAP et fixer des objectifs d'ici le deuxième trimestre de 2022.

## Activité 2. Suivre les risques stratégiques pour la performance et la responsabilisation en matière de surveillance

La Stratégie de l'IMEP identifie la mauvaise surveillance comme un risque majeur pour l'éradication de la poliomyélite. Pour se préparer et répondre efficacement à ce risque, les Groupes chargés de la surveillance et du plaidoyer de l'IMEP, sous la direction du Comité stratégique, élaboreront un registre des risques liés à la surveillance qui identifiera les risques spécifiques, leur impact associé, leur probabilité, les mesures d'atténuation, l'état actuel des risques et le ou les responsable(s) chargé(s) de gérer les risques. Pour suivre les risques pesant sur les performances de la surveillance au niveau national, les programmes nationaux devraient continuer à effectuer des revues documentaires et des examens sur le terrain, qu'il s'agisse d'examens internes ou externes indépendants avec une présence internationale. Une boîte à outils pour l'examen de la surveillance sera développée pour orienter, faciliter et normaliser les examens de surveillance.

Les risques liés à la surveillance de la poliomyélite seront contrôlés par le biais d'un **registre des risques** qui identifiera les responsables chargés de gérer les risques et, par conséquent, la **responsabilisation** de la gestion des risques.

Le Groupe chargé de la surveillance fera également rapport à l'Unité de gestion exécutive sur les risques et les performances de la surveillance mondiale.

## Tâches de l'activité 2

- ✓ Suivre les performances en matière de surveillance pour tous les pays, en mettant l'accent sur les pays prioritaires.
- ✓ Finaliser les revues de la surveillance externe pour les pays à haut et très haut risque en coordination avec les bureaux régionaux ; aligner les revues sur les activités planifiées, y compris les évaluations de la riposte aux flambées (OBRA), les revues de la surveillance des MPV et les évaluations de surveillance par le WHE.
- ✓ Élaborer une boîte à outils d'examen de la surveillance, comprenant des modèles, des formulaires numériques, un cadre d'analyse et un guide succinct indiquant quand et comment utiliser et adapter chaque outil.
- ✓ Développer un registre des risques et soumettre des rapports semestriels sur les risques au Comité stratégique.

## Activité 3. Favoriser l'intégration et la durabilité

Alors que le monde se prépare à l'éradication de la poliomyélite, les partenaires de l'IMEP aident activement les pays à passer du soutien de l'IMEP à des programmes gérés et dirigés par les pays eux-mêmes, afin de garantir le maintien des actifs et des capacités clés, y compris la surveillance, dans la période post-certification, après que l'IMEP soit arrivé à son terme. Une approche pour soutenir cette transition consiste à intégrer les activités de vaccination et de surveillance de la poliomyélite dans d'autres programmes (par exemple, la surveillance des MPV, l'Initiative contre la rougeole et la rubéole [M&RI], et le WHE) et plusieurs pays et Régions sont en train de le faire ou l'ont fait avec succès.

Pour faire avancer l'intégration, une initiative multipartenaire a été lancée à la fin de 2019, connue sous le nom de " Programme de travail intérimaire pour des mesures intégrées " (iPOW),<sup>28</sup> en mettant l'accent sur les mesures immédiates, urgentes et les plus réalisables qui peuvent être mises en œuvre dans le contexte de la COVID-19. En Afghanistan et au Pakistan, les ressources consacrées à la lutte contre la poliomyélite ont servi à assurer la surveillance des maladies à tendance épidémique et à intervenir lors des ripostes à d'autres flambées et urgences sanitaires, y compris la pandémie de COVID-19. Toutefois, le soutien a souvent été axé sur les besoins et les incidents.

En s'appuyant sur cet effort, le Groupe chargé de la surveillance suivra le degré d'intégration des activités et l'impact de l'intégration sur la surveillance de la poliomyélite en tant que composante cruciale pour la période 2022-2024 du GPSAP.

Au cours du premier semestre de 2022, le Groupe chargé de la surveillance élaborera une feuille de route pour l'intégration de la surveillance. En examinant de manière approfondie les équipes et les activités de l'OMS, en matière de surveillance sur le terrain et en laboratoire et de gestion des informations et des données sur la poliomyélite, le Groupe identifiera systématiquement les domaines qui pourraient bénéficier d'une collaboration avec d'autres programmes, tels que d'autres programmes de lutte contre les MPV ou d'urgence sanitaire. Ensuite, en coordination avec d'autres programmes et Groupes, un plan d'intégration de ces domaines et activités sélectionnés sera élaboré comme une étape vers la transition des fonctions de la polio vers d'autres programmes de lutte contre la maladie. La feuille de route s'appuiera sur les leçons tirées des régions et des pays et tiendra compte de l'intégration des activités qui a déjà commencé au niveau mondial.

<sup>28</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP). Polio Eradication and Essential Programme on Immunization Interim Programme of Work for Integrated Actions in the context of the COVID-19 pandemic. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 ; (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/09/Integration-POW-under-Covid-v2.0.pdf>).

### Tâches de l'activité 3

- ✓ Élaborer une feuille de route pour l'intégration de la surveillance de la poliomyélite d'ici le premier trimestre de 2022.
- ✓ Coordonner les activités principales de surveillance sur le terrain avec IVB/PEV, MPV et WHE.
- ✓ Accélérer les efforts d'intégration en Afghanistan et au Pakistan, en commençant par intégrer la surveillance de la COVID-19 et de la rougeole dans les plans de travail nationaux de surveillance de la poliomyélite.
- ✓ Surveiller les indicateurs clés de performance afin d'évaluer l'impact de l'intégration sur la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite ; si un déclin durable de la sensibilité est identifié, effectuer une évaluation rapide suivie d'une action appropriée.

### Activité 4. Favoriser la prise en compte

Conformément à la Stratégie d'éradication de la poliomyélite de l'IMEP et sa Stratégie pour l'égalité des genres, les responsables de la surveillance de la poliomyélite devraient s'efforcer de favoriser la prise en compte de la problématique de genre dans toutes les activités liées à la surveillance<sup>29</sup>.

L'application d'une optique de genre à la surveillance nécessite la collecte systématique de données ventilées par sexe afin d'étayer l'analyse des questions de genre qui peut ensuite aider à combler les lacunes et les obstacles et éclairer la prise de décision. Pour favoriser une plus grande prise en compte de la

problématique de genre, des analyses de genre seront effectuées sur les données épidémiologiques et programmatiques, y compris sur les effectifs. Des efforts seront déployés pour garantir une main-d'œuvre inclusive et diversifiée, pour augmenter le recrutement et le maintien en poste des femmes en matière de surveillance, et pour créer des équipes respectant la parité des genres. Une attention particulière sera accordée aux secteurs où la participation des femmes est actuellement faible, car la composition des équipes peut créer des lacunes en matière de surveillance en raison d'obstacles propres au contexte (par exemple, dans certains contextes, les hommes ne peuvent pas entrer dans les foyers). La promotion de la prise en compte de la problématique de genre inclura également le renforcement des capacités axées sur le genre, telles que des formations pour le personnel sur les obstacles relatifs au genre en matière de surveillance. De plus, la formation du personnel de surveillance comprendra des informations sur les politiques et les mécanismes de sauvegarde et de notification existants en matière de les PRSEAH (**Annexe I : Genre**).

Une perspective de genre doit être appliquée à tous les travaux et activités liés à la surveillance afin d'éliminer les obstacles à la vaccination et à la surveillance liés au genre, de promouvoir l'**égalité des sexes** et de favoriser la **prise en compte de la dimension de genre**.

<sup>29</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP). Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 : Tenir notre promesse. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350556/9789240035300-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023. Genève :

Organisation mondiale de la Santé ; 2019 ([https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Gender\\_Strategy\\_FR.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Gender_Strategy_FR.pdf))

### Tâches de l'activité 4

- ✓ Veiller à ce que les interventions, les lignes directrices, les Stratégies et les politiques de surveillance intègrent des considérations liées au genre et s'attaquent aux obstacles liés au genre et à la vaccination.
- ✓ Surveiller les indicateurs clés de performance liés au genre et prendre des mesures correctives, le cas échéant.
- ✓ Veiller à ce que tout le personnel de surveillance suive une formation sur les PRSEAH.
- ✓ Inclure un module sur le genre dans les formations sur la surveillance.

## Suivi

L'amélioration de la gestion et de la responsabilisation en matière de surveillance sera suivie par le siège et les bureaux régionaux de l'OMS et les partenaires mondiaux de l'IMEP (**Tableau 18**).

**Tableau 18 . Activités de suivi pour l'Objectif 6 (gestion et responsabilisation)**

Activités	Pays prioritaires	Régional / sous-régional	Mondial
1. Élaborer et suivre la mise en œuvre du GPSAP pour les pays prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Élaborer des plans de renforcement de la surveillance pour certains pays prioritaires</li> <li>• Présenter un rapport trimestriel à la Région sur l'état d'avancement de la mise en œuvre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutenir les pays dans l'élaboration de leurs plans</li> <li>• Suivre la mise en œuvre du plan et pour les pays prioritaires, présenter un rapport sur une base semestrielle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Présenter un rapport semestriel sur la mise en œuvre du GPSAP</li> <li>• Passer en revue les indicateurs clés de performance et de processus du GPSAP, si nécessaire.</li> </ul>
2. Surveiller les risques stratégiques liés aux performances de la surveillance et à la responsabilisation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveiller mensuellement les performances de la surveillance par le biais de réunions d'examen</li> <li>• Surveiller l'avancement de la mise en œuvre du plan/des recommandations par rapport aux objectifs trimestriels.</li> <li>• Mettre en œuvre des examens de surveillance intégrée</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finaliser les plans de revue externes de la surveillance pour les pays prioritaires</li> <li>• Rapport mensuel sur les performances de la surveillance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Finaliser les plans d'examen de la surveillance externe</li> <li>• Développer une boîte à outils d'examen de la surveillance</li> <li>• Élaborer un registre des risques liés à la surveillance ; rapport semestriel au Comité stratégique.</li> <li>• Rapport mensuel sur les performances de la surveillance au Comité stratégique</li> </ul>

GPSAP = Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite

Tableau 18 (suite).

Activités	Pays prioritaires	Régional / sous-régional	Mondial
3. Favoriser l'intégration et la durabilité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Accélérer l'intégration des systèmes d'information et le renforcement des capacités, en particulier, grâce aux outils intégrés de la surveillance active</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordonner l'intégration conjointe avec le Groupe régional chargé des MPV et des urgences.</li> <li>Suivre les progrès de l'intégration deux fois par année.</li> <li>Suivre les performances mensuelles de la surveillance de la poliomyélite dans tous les pays "en transition".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordonner avec IVB et WHE sur les activités de surveillance conjointe.</li> <li>Élaborer une feuille de route sur l'intégration d'ici le premier trimestre de 2022.</li> <li>Suivre régulièrement les performances de la surveillance de la poliomyélite dans tous les pays en transition.</li> </ul>
4. Favoriser la prise en compte de la problématique de genre	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à ce que le personnel de surveillance suive une formation sur les PRSEAH</li> <li>Veiller à ce que les formations en matière de surveillance comportent une composante sur le genre</li> <li>S'assurer que toutes les données sont ventilées par sexe, le cas échéant, avec une analyse de genre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à ce que le personnel de surveillance suive une formation sur les PRSEAH</li> <li>Veiller à ce que toutes les formations en matière de surveillance comportent une composante de genre</li> <li>S'assurer que toutes les données sont ventilées par sexe, le cas échéant, avec une analyse de genre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Veiller à ce que le personnel de surveillance suive une formation obligatoire sur les PRSEAH, à tous les niveaux.</li> <li>Suivre les indicateurs clés de performance liés au genre et prendre des mesures correctives, le cas échéant.</li> <li>Inclure un module sur le genre dans la formation sur la surveillance</li> </ul>

IVB = Vaccination, vaccins et produits biologiques ; ICP = indicateurs clés de performance ; PRSEAH = Prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel ; MPV = Maladie à prévention vaccinale ; WHE = urgences sanitaires de l'OMS.

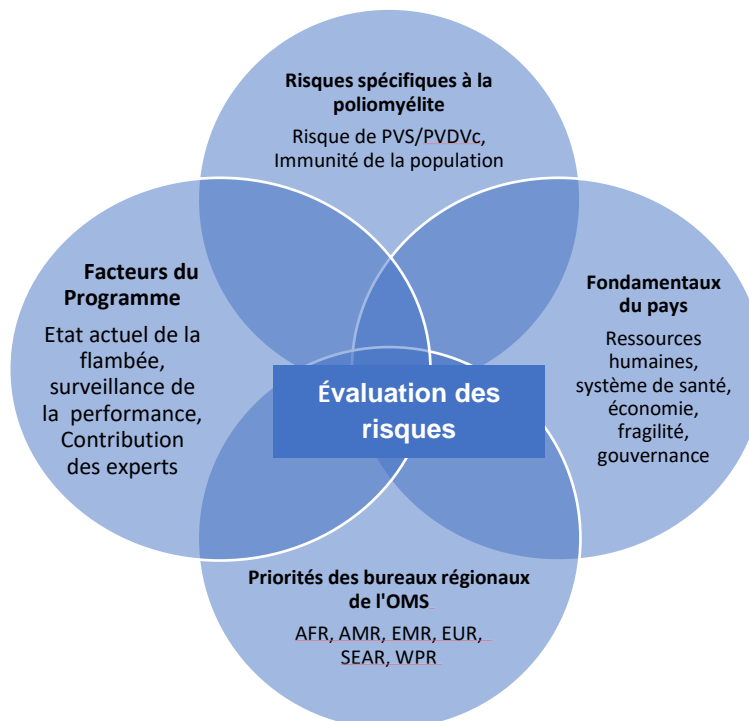
## ANNEXES

### ANNEXE A. ÉVALUATION DES RISQUES PAR LES PAYS

Bien que des progrès évidents ont été réalisés en vue de l'éradication de la poliomyélite, la transmission prolongée du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dans les derniers pays endémiques et les flambées récurrentes de PVDVc dans un nombre croissant de régions présentent un risque unique pour le programme. Par conséquent, tout relâchement des efforts entraînera probablement un recul important des progrès réalisés en matière d'éradication de la poliomyélite dans le monde.

La capacité de détecter le poliovirus et d'y répondre de manière cohérente dépend en fin de compte des capacités existantes au sein du pays - et les États fragiles, notamment ceux qui sont en conflit permanent, sont particulièrement vulnérables. L'IMEP a beaucoup investi au fil des décennies dans la mise en place et le maintien d'un système mondial solide de surveillance de la poliomyélite dans les pays. Pour soutenir les activités menées dans le cadre du GPSAP 2022-2024, le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance a procédé à une évaluation des risques en tenant compte de la nécessité, à moyen et à long terme, d'assurer un soutien direct aux pays présentant les risques les plus élevés. Les facteurs pris en compte sont les suivants : les risques spécifiques à la poliomyélite, les facteurs liés à la performance du programme de la surveillance et à l'état actuel des flambées, les variables spécifiques à chaque pays telles que la sécurité sanitaire et la capacité des ressources humaines, ainsi que les observations du bureau régional de l'OMS (**Fig. A1** et **Tableau A1**).

**Fig. A1. Facteurs clés utilisés pour évaluer le risque**



AFR = Région africaine ; AMR = Région des Amériques ; PVDVc = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale ; EMR = Région de la Méditerranée orientale ;

EUR = Région européenne ; SEAR = Région de l'Asie du Sud-Est ; WPR = Région du Pacifique occidental ; PVS = poliovirus sauvage.

Source : OMS.

Tableau A1. Facteurs clés utilisés pour évaluer le risque, définis

Facteur	Description
<b>Risque spécifique à la poliomyélite</b>	Comprend: <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'épidémiologie du PVS et du PVDV au cours de la dernière décennie, les pays avec une circulation du poliovirus prolongée et/ou récurrente étant plus à risque ; et</li> <li>• le niveau d'immunité de la population, y compris la vaccination essentielle, les pays ayant un nombre plus élevé de populations sous-immunisées étant plus à risque.</li> </ul>
<b>Les fondamentaux du pays</b>	Comprend : <ul style="list-style-type: none"> <li>• la gouvernance et la fragilité, tout reconnaissant que les pays fragiles et ceux dont la gouvernance est plus faible sont plus à risque ;</li> <li>• l'économie, tout reconnaissant que les pays dont l'économie est plus faible et/ou qui dépendent d'un financement extérieur ont besoin d'un soutien financier plus important de la part de l'IMEP ;</li> <li>• la capacité en ressources humaines, reconnaissant que les pays dont la capacité en ressources humaines est plus faible, ont besoin d'un soutien technique plus important dans le pays ; et</li> <li>• des indicateurs du système de santé, reconnaissant que les pays dont les systèmes de santé sont plus faibles ont besoin d'un développement et d'un soutien plus ciblés du système de surveillance spécifique à la poliomyélite.</li> </ul>
<b>Etablissement des priorités des bureaux régionaux de l'OMS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les évaluations des risques au niveau régional par l'OMS sont incluses pour mieux les ajuster</li> </ul>
<b>Autres facteurs du programme</b>	Comprend: <ul style="list-style-type: none"> <li>• l'état actuel de la flambée (pour les pays à faible risque, le risque est automatiquement accru si le pays a une flambée en cours) ;</li> <li>• les performances en matière de surveillance (les faibles performances, en particulier les retards de détection, augmentent les risques) ; et</li> <li>• la contribution des experts du Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance. (Sans modifier fondamentalement l'évaluation mondiale des risques, les observations des membres du Groupe chargé de la surveillance ont été utilisé pour apporter des ajustements. )</li> </ul>

IMEP = Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; OMS = Organisation mondiale de la santé ; PVS = poliovirus sauvage.

Sur la base de cette évaluation des risques, le Groupe chargé de la surveillance a élaboré une classification des risques pays à plusieurs niveaux afin d'informer les priorités de surveillance dans le cadre du GPSAP 2022 -2024 (**Tableau A2**). Les pays identifiés comme présentant un risque très élevé, élevé et moyennement élevé sont ceux qui présentent des lacunes persistantes en matière de surveillance et qui sont chroniquement vulnérables à la transmission du poliovirus. Ils sont désignés, dans le cadre du GPSAP, comme des "pays prioritaires".

Cette Évaluation des risques par les pays sera menée au moins une fois par année pour permettre une détection et une réponse rapides pendant toute la durée du GPSAP 2022-2024.



Tableau A2. Évaluation des risques par les pays (2022)

Niveau des risques	Région de l'OMS	Pays
<b>Très haut risque</b>	AFR	République démocratique du Congo, Éthiopie, Niger, Nigéria, Tchad.
	EMR	Afghanistan, Pakistan, Somalie
<b>Haut risque</b>	AFR	Angola, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, Guinée, Kenya, Mali, Sud-Soudan.
	EMR	Yémen
<b>Moyen-Haut risque</b>	AFR	Bénin, Côte d'Ivoire, Guinée équatoriale, Guinée Bissau, Madagascar, Mozambique, Togo.
	EMR	Irak, Soudan, République arabe syrienne
	SEAR	Myanmar
	WPR	Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines
<b>Risque moyen</b>	AFR	Burundi, Congo, Gabon, Gambie, Ghana, Liberia, Sénégal, Sierra Leone, Ouganda, Zambie.
	EMR	Djibouti, Égypte, République islamique d' Iran, Libye.
	EUR	Tadjikistan, Ukraine
	SEAR	Indonésie, Népal
	AMR	Haïti
	WPR	République démocratique populaire lao, Chine
<b>Risque moyen-faible</b>	AFR	Érythrée, Malawi, Mauritanie, Namibie, Rwanda, République-Unie de Tanzanie, Zimbabwe.
	EMR	Liban
	SEAR	Bangladesh, Inde, Timor-Leste
	AMR	Bolivie (État plurinational de)
	WPR	Cambodge, Malaisie
<b>Risque faible</b>	Toutes les régions	Tous les autres pays

AFR = Région africaine ; AMR = Région des Amériques ; EMR = Région de la Méditerranée orientale ; EUR = Région européenne ;  
SEAR = Région de l'Asie du Sud-Est ; WPR = Région du Pacifique occidental.

\* En cas de flambée, tout pays qui n'est pas déjà classé en risque moyen ou plus est automatiquement classé en risque moyen.

## ANNEXE B. AUDIT DE LA SURVEILLANCE DE LA PFA

Tous les pays devraient procéder à un audit annuel de leur performance en matière de surveillance de la PFA. Les audits permettent d'étendre ou d'optimiser le système pour assurer une couverture de surveillance sensible, y compris une représentativité géographique et démographique. Une attention particulière doit être accordée aux zones et aux populations à haut risque, dont l'accès est compromis ou difficile, car elles nécessitent souvent des stratégies et des ressources supplémentaires. L'évaluation des risques, l'identification des populations et la cartographie devraient être élaborées en étroite collaboration avec les ministères de la santé et les autorités à tous les niveaux. Les organisations locales ou les Groupes de femmes qui travaillent à proximité ou avec les populations à risque devraient également être consultés.

Le processus d'audit de la surveillance de la PFA comprend les activités suivantes.

- Évaluer les ressources et les possibilités disponibles :
  - Décrire en détail le réseau actuel de surveillance de la PFA, couvrant toutes les activités menées (par exemple, la surveillance active) et les endroits où elles sont menées.
  - Cartographier et faire les bilans de toutes les ressources susceptibles de soutenir les activités de surveillance de la poliomyélite : prestataires et établissements de soins de santé (publics et privés, à but lucratif et non lucratif, militaires et civils), acteurs communautaires clés (chefs de files, guérisseurs traditionnels, chefs religieux), organisations non gouvernementales (ONG), agences humanitaires et le corps médical de l'armée, si nécessaire.
  - Recenser les ressources humaines (de toutes origines) disponibles pour la surveillance et évaluer leur contribution à la surveillance de la poliomyélite.
  - Examiner la capacité de surveillance et les besoins de formation de tout le personnel disponible.
- Utiliser des indicateurs distincts de surveillance pour évaluer la couverture et la sensibilité du réseau de surveillance aux niveaux national et infranational (**Annexe E**), suivie d'un « examen plus approfondi » des données qui pourraient aider à déterminer les facteurs à l'origine de performances insuffisantes ou de résultats surprenants. Ces exercices peuvent être effectués à l'aide du *desk surveillance review guide*.<sup>30</sup>
- Identifier et cartographier les zones inaccessibles et difficiles d'accès ainsi que les populations particulières, car elles peuvent nécessiter une planification spéciale ou des stratégies supplémentaires.
  - Cartographier toutes les zones où l'accès et la sécurité sont compromis. Utiliser des mises à jour régulières de toutes les données disponibles sur l'accessibilité, y compris les données provenant des pays (militaires, le cas échéant, et autres programmes du Ministère de la santé ou d'autres ministères, tel que le Ministère de l'Éducation) et du Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA), du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR), de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), des cartes établies par ReliefWeb, des ONG et d'autres sources.

<sup>30</sup> Un modèle de revue documentaire téléchargeable est disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://bit.ly/desk-review-template-v2022>.

- Cartographier toutes les populations mal desservies : réfugiés, populations déplacées à l'intérieur du pays (PDI), populations de migrants économiques, populations nomades, communautés de pêcheurs, communautés minières, communautés frontalières, populations de minorités ethniques, et autres.
- Évaluer les comportements en matière de recherche de soins et les disparités entre les sexes en procédant à une analyse désagrégée par sexe et par Groupe de population afin d'identifier tout obstacle éventuel à la détection en temps utile des cas de PFA.
- Tenir compte des risques épidémiologiques (par exemple, les zones présentant des antécédents/risques d'importation, de flambées ou de transmission manquée) lors de l'identification des zones à privilégier lors de la classification par ordre de priorité des activités de surveillance.
- Utiliser toutes les données examinées pour élaborer ou modifier des plans visant à combler toutes les lacunes identifiées.

## ANNEXE C. COMPORTEMENTS EN MATIÈRE DE RECOURS AUX SOINS

Les retards dans la détection des cas ou les cas manquants peuvent résulter d'une compréhension limitée du comportement en matière de recours aux soins des cas de PFA et de leurs soignants, ainsi que des obstacles qu'ils peuvent rencontrer pour accéder aux soins de santé. Pour y remédier, les programmes nationaux devraient recueillir des données sur le comportement en matière de recours aux soins, ventilées au niveau administratif le plus bas possible par sexe et par statut de risque, par exemple des Groupes de population particulières. Lorsqu'elles sont analysées, ces données peuvent mettre en évidence d'éventuelles lacunes de surveillance au niveau infranational et contribuer à renforcer les activités du programme grâce à une meilleure compréhension des causes sous-jacentes.

### *Évaluation du comportement en matière de recours aux soins*

Les évaluations des comportements en matière de recours aux soins visent à identifier les établissements de santé ou les personnes que les cas et leurs soignants consultent, mais qui peuvent ne pas signaler les cas de PFA au programme national ou qui peuvent signaler des cas mais ne font pas actuellement partie du réseau de notification des PFA. Une fois que ces personnes ou établissements ont été identifiés, le programme peut prendre les mesures appropriées pour augmenter la sensibilité du système de surveillance de la PFA - par exemple, en formant à nouveau un point focal sur la notification de la PFA ou en incluant un nouveau point focal dans le réseau de notification. Ces évaluations passent en revue les informations recueillies sur les formulaires d'investigation de cas (CIF) modifiés, où les cas de PFA détaillent leurs consultations médicales avant que leur cas ne soit officiellement signalé par le réseau de surveillance active de la PFA.

Cet exercice peut être mené par les pays dont les CIF enregistrent les consultations médicales précédentes. Il est recommandé aux pays qui ne recueillent pas actuellement de telles informations d'envisager d'adopter les modifications des CIF proposées ci-dessous.

*Les évaluations des comportements en matière de recours aux soins peuvent être coordonnées dans le cadre de l'examen périodique du réseau de notification, lors des évaluations de la riposte aux flambées (OBRA), des examens de la surveillance ou d'autres activités visant à examiner et à renforcer le réseau de surveillance de la PFA. Les personnes chargées de l'évaluation devraient également s'adresser à d'autres programmes au sein du ministère de la Santé, tels que la santé maternelle et infantile, qui peuvent effectuer leurs propres évaluations des comportements en matière de recours aux soins, afin de mieux connaître les méthodes d'évaluation et d'identifier les mesures à prendre pour combler les lacunes.*

### **Première étape : examen rapide du réseau de notification**

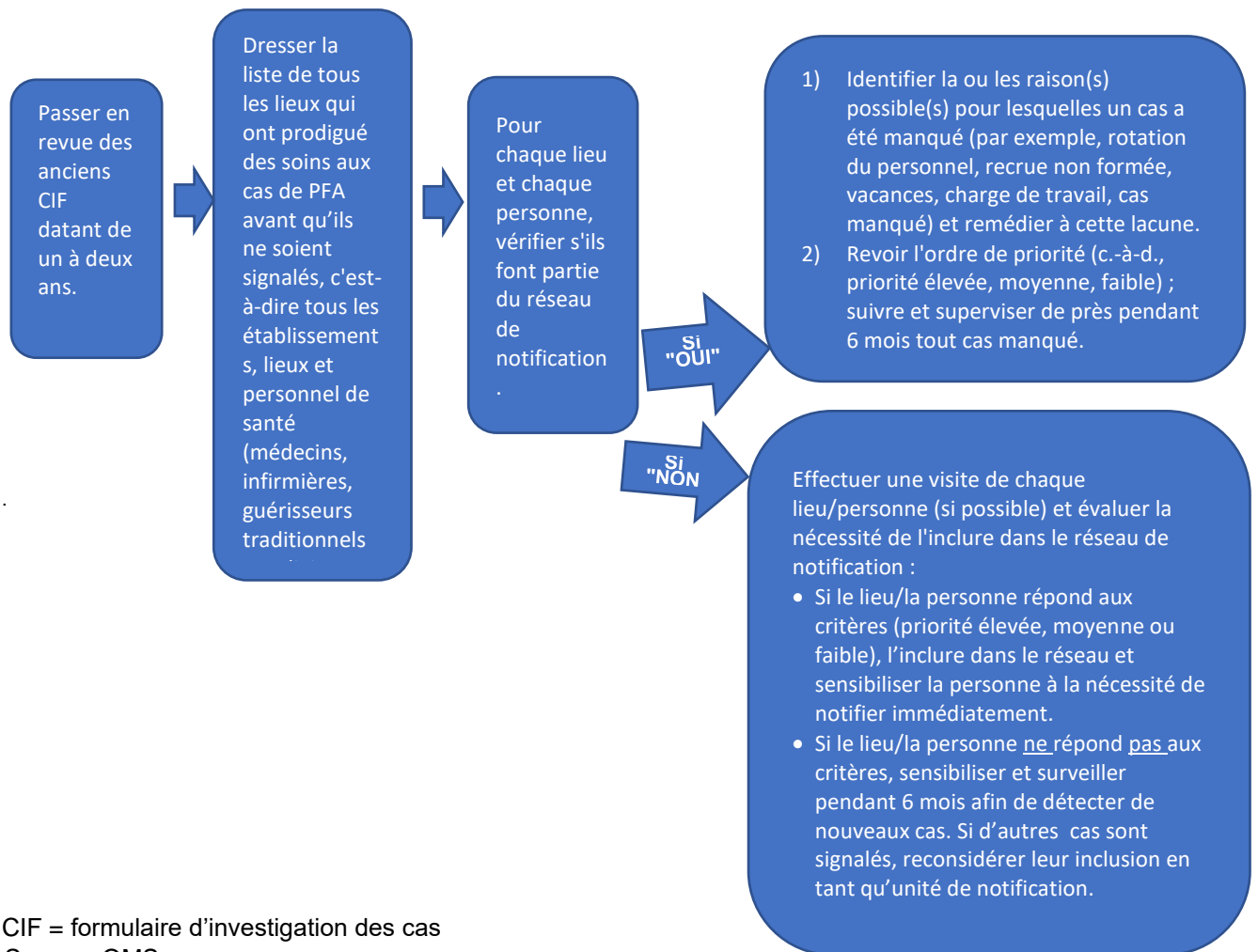
La première étape d'une évaluation du comportement en matière de recours aux soins est un examen rapide du réseau effectué par le biais d'un examen rétrospectif des CIF (**Fig. C1**). L'examen rapide devrait viser à répondre aux questions suivantes :

- Combien de sites de notification ont omis de signaler un cas de PFA ? Lesquels, et où ?
- Quels sont les sites non déclarants (c'est-à-dire ne faisant pas partie du réseau de notification qui ont (a) reçu et (b) notifié un cas de PFA ?

## Deuxième étape : Examen en grappes des éventuelles notifications retardées

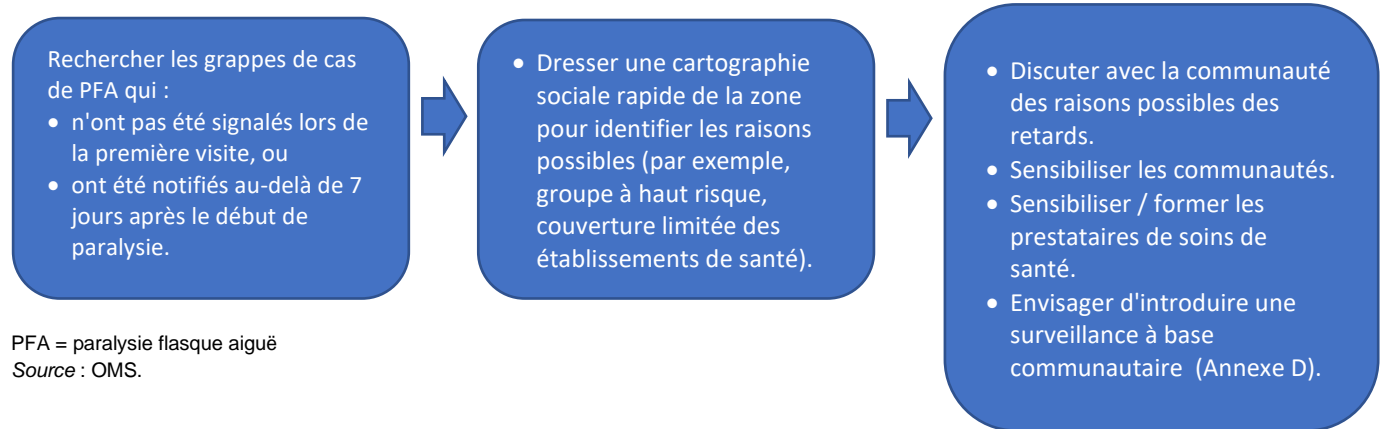
La deuxième étape d'une évaluation du comportement en matière de recours aux soins consiste à rechercher les groupes de cas de PFA qui ont été détectés tardivement (**Fig. C2**). L'objectif est d'identifier les zones géographiques où les retards dans la détection des cas de PFA peuvent être liés à des habitudes ou à des attitudes particulières, au sein d'une population particulière à l'égard des soins de santé et de la recherche de soins, ou encore où la surveillance de la PFA peut négliger les prestataires de services locaux plus traditionnels.

**Fig. C1. Examen rapide du réseau de surveillance de la PFA**



CIF = formulaire d'investigation des cas  
Source : OMS

**Fig. C2. Rechercher les grappes de cas de PFA détectés tardivement**



PFA = paralysie flasque aiguë  
Source : OMS.

### Modification des formulaires d'investigation des cas

Pour parvenir à une meilleure compréhension du comportement en matière de recours aux soins, les CIF devraient être modifiés pour inclure :

- le nombre de consultations médicales dont le cas a pu bénéficier avant d'être notifié ;
- si les sites de notification (établissement/personne) qui ont vu le cas avant qu'il ne soit notifié font partie du réseau de notification ;
- si la ou les rencontre(s) a (ont) conduit ou non à une notification.

L'IMEP a élaboré un modèle de section du CIF pour aider les pays à saisir les informations sur le comportement en matière de recours aux soins (**Fig. C3**). Deux modèles (un pour les pays endémiques et un pour les pays non endémiques) seront inclus dans les « *Global Guidelines for Acute Flaccid Paralysis Surveillance for Poliovirus* ». <sup>31</sup>

<sup>31</sup> La publication des « *Global Guidelines for Acute Flaccid Paralysis Surveillance for Poliovirus* » est prévue au cours de 2022. En attendant, des modèles de CIF modifiés pour les pays endémiques et non endémiques sont disponibles en ligne : <https://bit.ly/CIF-non-endemic-v2021> et <https://bit.ly/CIF-non-endemic-v2021>.

**Fig. C3. Exemple de section sur les consultations médicales à ajouter aux formulaires d'investigation de cas**

Health encounters	Did the Case seek help at any other place after parent(s) or caregiver(s) noticed paralysis or weakness in the child and before being seen at the current place? Yes / No					
	In chronological order, list the Place(s) and/or Person(s) the Case visited for health care between Onset and visiting this place (Notification). Please fill out the table below in chronological order, including this place:					
	Total Number of Health Encounters for this case: _____					
	Date of Visit	1: ___/___/___	2: ___/___/___	3: ___/___/___	4: ___/___/___	5: ___/___/___
	Name of Facility or Person (1)					
	Type of Facility or Person (2)					
	Location [Address] of Facility or Person with Phone number					
	Is this site a part of the reporting network?	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Was the case Notified?	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No	Yes / No
	Action(s) taken if case was not notified					
(1) "Name of Person" if Traditional or Faith Healer, or other Individual						
(2) 1=Hospital / 2=Clinic or Health Center / 3=Pharmacy / 4=Traditional or Faith healer / 4=Other (specify)						

Source : OMS

### Indicateurs du comportement en matière de recours aux soins

L'IMEP a identifié des indicateurs de comportements en matière de recours aux soins (**Tableau C1 et Annexe E**). Elle recommande la fréquence suivante pour l'évaluation des comportements en matière de recours aux soins :

- Les *pays prioritaires* devraient analyser mensuellement les comportements en matière de recours aux soins ;
- Les *pays non prioritaires* devraient examiner les comportements en matière de recours aux soins tous les trimestres et inclure les résultats de l'évaluation dans les revues documentaires.

**Tableau C1.** Indicateurs non essentiels du comportement en matière de recours aux soins\*. †

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Consultations de cas de PFA‡	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA avec } \leq 2 \text{ consultations médicales entre le début de paralysie et la notification}}{\text{Nombre de cas de PFA}}$	$\geq 80\%$
Adéquation de la notification par désignation	$\frac{\text{Nombre de premières consultations médicales ayant conduit à une notification, par désignation [source de données] §}}{\text{Nombre de consultations médicales par cette même désignation}}$	$\geq 80\%$
Pertinence du réseau de surveillance	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA ayant eu leur première consultation médicale dans un site de notification au sein du réseau de surveillance de la PFA.}}{\text{Nombre de cas de PFA}}$	$\geq 80\%$
Cas de PFA notifiés tardivement : exhaustivité des informations relatives aux consultations médicales	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA sans information sur les consultations médicales}}{\text{Nombre de cas de PFA notifiés } > 14 \text{ jours après la date de début de paralysie}}$	$\geq 80\%$

PFA = paralysie flasque aiguë

\* Pour les pays prioritaires (à très haut risque, haut risque et risque moyen), les indicateurs devraient être analysés mensuellement.

† Pour les pays non prioritaires, les indicateurs devraient être revus trimestriellement et inclus dans les revues documentaires.

‡ Les résultats devraient être ventilés par sexe.

§ Il s'agit du " pourcentage des 1ères rencontres par désignation (par exemple, médecin, infirmière, guérisseur traditionnel, vaccinateur, autre) qui ont conduit à la notification d'un cas de PFA. "



## ANNEXE D. SURVEILLANCE À BASE COMMUNAUTAIRE

Les informations ci-dessous sont tirées d'un outil de travail détaillé figurant dans les « *Global Guidelines for Acute Flaccid Paralysis Surveillance for Poliovirus* » qui seront publiées à la mi-2022.

### Définition et justification

La surveillance à base communautaire (SBC) consiste à détecter et à signaler systématiquement les événements importants pour la santé publique au sein d'une communauté et par ses membres. Dans le cadre de la SBC, des membres de la communauté ayant reçu une formation (par exemple, des informateurs, des bénévoles) sont invités à signaler les cas suspects de PFA, selon une définition simplifiée de cas de PFA adaptée à l'usage des membres de la communauté, à un point focal désigné, qui fait partie du système de surveillance de la PFA (généralement un point focal dans un établissement de santé du réseau ou un agent de surveillance). La SBC peut fournir un lien supplémentaire entre les communautés et le système de surveillance de la PFA basé dans l'établissement par l'intermédiaire du point focal désigné ; cela pourrait également augmenter l'engagement communautaire dans les soins de santé et l'acceptation des activités de vaccination et de surveillance. Cependant, la mise en place d'une SBC doit être soigneusement évaluée, car elle n'est peut-être pas l'option la plus efficace pour combler les lacunes de la surveillance qui pourraient être mieux traitées par des activités de sensibilisation et des ajustements au réseau de surveillance active. Il est conseillé aux programmes d'envisager d'abord des solutions plus durables et rentables.

### Modalités

Les méthodes ou modalités de la SBC vont d'une **faible intensité de ressources** (c-a-d, s'appuyer sur d'autres réseaux existants) à une **forte intensité de ressources** (c-a-d, payer des informateurs et utiliser des outils numériques spécialisés).

Les principaux inducteurs de coût de la SBC comprennent : la formation (formation initiale et de remise à niveau), supervision, mesures d'incitations ou paiement mensuel à la notification, et utilisation de technologies numériques, de téléphones portables ou d'autres outils (coûts initiaux et récurrents). La formation, la sensibilisation et la supervision sont des activités minimales essentielles pour toutes les modalités de la SBC. L'ajout d'autres activités et l'étendue de la mise en œuvre s'accompagnent d'une augmentation des coûts (par exemple, les mesures d'incitation à la notification peut varier, et la technologie peut aller du service de messages courts [SMS] à faible coût à des smartphones plus coûteux nécessitant des données). Lorsqu'ils envisagent de recourir à la SBC, les pays doivent tenir compte du fait que le système de surveillance peut être plus rentable s'il est utilisé pour plusieurs maladies plutôt que pour une seule.

Il est essentiel de trouver un équilibre entre la nécessité pour le programme d'augmenter la sensibilité de la surveillance de la PFA et les fonds et ressources disponibles, **en privilégiant une modalité de SBC à faible intensité**, si cela est possible dans le contexte donné. Dans certaines situations, notamment dans les zones difficiles d'accès et à haut risque, la modalité à forte intensité de ressources peut être la seule option viable pour atteindre l'objectif essentiel d'éradication.

Dans certaines zones et régions, les modalités de la SBC pour la poliomyélite sont qualifiées de SBC formelle ou informelle, selon la description suivante :

- La **SBC formelle nécessite** beaucoup de ressources, notamment des mesures incitatives, une supervision étroite et des outils de télécommunication (par exemple, le système de détection et de notification auto-visuel des cas de PFA [AVADAR]). Elle fonctionne généralement indépendamment

de la surveillance en établissement, les informateurs étant directement liés aux agents de surveillance.

- **La SBC informelle** dispose d'une modalité à faible intensité en ressources, avec des bénévoles sensibilisés chaque année, qui reçoivent des incitations minimales pour signaler les vrais cas vérifiés de PFA. Les informateurs sont généralement liés aux points focaux des établissements de santé à proximité, de sorte que la SBC informelle travaille souvent plus étroitement avec la surveillance en établissement.

## Évaluation des besoins en matière de SBC

Il convient de procéder à une évaluation des besoins afin de déterminer si la SBC sera une stratégie efficace pour améliorer la sensibilité de la surveillance de la PFA et, le cas échéant, de décider du type ou de la modalité.

Avant d'aller de l'avant avec la mise en œuvre de la SBC, une **évaluation des besoins doit être effectuée** et d'autres options potentielles de renforcement de la surveillance doivent être explorées en premier lieu.

L'évaluation des besoins est une analyse situationnelle qui explore les questions suivantes :

- Dans quelle mesure le système actuel de surveillance de la PFA couvre-t-il ou atteint-il des populations particulières ou des zones difficiles d'accès ?
- Quels sont les véritables problèmes qui se cachent derrière les lacunes en matière de surveillance ? Est-ce l'accès, l'utilisation ou l'acceptabilité ?
- Est-il possible de relier les informateurs aux établissements de santé existants ? Ou est-il impossible ou inacceptable de faire passer les informations par les établissements de santé ?
- Quel est le comportement des communautés en matière de recours aux soins et quels sont les facteurs d'influence (par exemple, le genre, l'origine ethnique, les populations déplacées à l'intérieur de leurs pays (PDI) ou les réfugiés, le lieu de résidence, etc.)
- Qui sont les principaux rapporteurs des cas de PFA dans les communautés et sont-ils inclus dans le réseau de surveillance active ?
- Quelles sont les ressources à consulter dans la zone géographique, telles que les établissements et les prestataires de soins de santé (publics et privés), les agences humanitaires (ONU, etc.) ou les organisations non gouvernementales (ONG) ? Existe-t-il des activités de la SBC actuellement en cours (par exemple, pour d'autres maladies) ?
- Quels prestataires de soins de santé et quels réseaux communautaires existants pourraient être engagés ? en particulier les groupes de femmes, les réseaux communautaires professionnels et politiques et les organisations communautaires - Processus d'établissement de la SBC

Si la conclusion de l'évaluation des besoins est que la SBC est la stratégie la plus efficace pour améliorer la sensibilité de la surveillance de la PFA et qu'aucune autre stratégie de surveillance ne peut être mise en œuvre pour une population ou une zone spécifique, le processus de mise en place de la SBC consiste à décider de la modalité et à suivre le processus ci-dessous.

1. **Sensibilisation** : Identifier, sensibiliser et informer les principaux acteurs communautaires (chefs locaux et religieux, guérisseurs traditionnels, femmes leaders) afin de les engager et obtenir leur appui pour le leadership de la SBC.

2. **Sélection** : Sélectionner les bénévoles communautaires conjointement avec les leaders communautaires en fonction de certains critères. Sélectionner des bénévoles qui ont un bon caractère, qui sont investis de la confiance et de l'acceptation de la communauté, et qui connaissent la région, vivent au sein de la communauté et parlent la langue/le dialecte local, en plus de ceux qui ont un niveau d'éducation, un âge et un genre adapté à la culture et aux normes de la communauté.
3. **Soutien** : Identifier les obstacles et les défis liés au genre auxquels la communauté et/ou les informateurs peuvent être confrontés et mettre en place le soutien nécessaire pour les résoudre. Par exemple, évaluer l'accès de l'informateur à l'information, son niveau d'alphabétisation ou sa formation, son pouvoir décisionnel, ou sa mobilité réduite /transport/argent. Les questions liées à la sécurité et à la sûreté devraient également être abordées, ainsi que l'acceptabilité des outils, de l'équipement et de la mobilité, en particulier pour les femmes informatrices.
4. **Renforcement des capacités** : Former les bénévoles de la communauté à l'aide de matériel éducatif concis, de définition simplifiée des cas de PFA, de politiques d'enregistrement et de notification des cas suspects de PFA, de procédures de collecte et de manipulation des selles, ainsi que de rôles et responsabilités clairs. Fournir du matériel pour soutenir les tâches, comme des aide-mémoires visuels, des formulaires d'investigation des cas (CIF), des outils pour enregistrer les informations, les coordonnées du point focal et des kits de collecte de selles.
5. **Activités** : Les bénévoles de la communauté vont :
  - rechercher activement les cas suspects de PFA dans la communauté par le biais de rumeurs, de visites régulières à domicile (c'est-à-dire toutes les deux semaines) et de visites plus fréquentes chez les guérisseurs traditionnels et les chefs religieux (c'est-à-dire des visites hebdomadaires);
  - tenir des registres sur le statut vaccinal et les données démographiques de base des familles et des enfants ; et
  - signaler immédiatement un cas suspect de PFA au point focal désigné de la SBC et/ou au responsable de la surveillance. L'agent de surveillance assurera le suivi pour confirmer que le cas suspect de PFA correspond à la définition de cas de PFA, lancera une enquête et un prélèvement d'échantillons, et informera l'autorité sanitaire du district.
6. **Supervision de soutien** : Établir une structure de supervision qui soutient les bénévoles de la communauté en effectuant des visites de supervision régulières et en fournissant un retour d'information aux bénévoles, et organiser des formations de remise à niveau périodiques pour s'assurer que les bénévoles maintiennent leurs connaissances et leurs compétences.

Avant de lancer la SBC dans les zones difficiles d'accès, des plans doivent être élaborés à l'avance pour soutenir :

- le stockage ou le transport des échantillons de selles vers un établissement de santé désigné ou un point focal pour la poliomyélite ;
- la possibilité de transférer le cas "suspect" vers l'établissement de santé ou un point focal pour la poliomyélite ;
- les activités et les formations de supervision à distance
- la notification au laboratoire pour l'informer d'une éventuelle augmentation de la charge de travail.

## Indicateurs essentiels et indicateurs non essentiels

Outre les indicateurs non essentiels de la SBC (**Tableau D1**), il faut également surveiller les indicateurs essentiels relatifs à la promptitude de la notification des cas de PFA, de l'enquête et des activités connexes sur le terrain (**Annexe E, Tableau E2**).

**Tableau D1. Indicateurs non essentiels pour la surveillance à base communautaire**

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Proportion de cas de PFA notifiés par la SBC*.	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA (ceux qui figurent sur la liste) identifiés par l'informateur communautaire}}{\text{Nombre de cas de PFA sur les listes}}$	À identifier au niveau pays*.
Exhaustivité des rapports hebdomadaires/mensuels « zéro cas » (WZR/MZR)	$\frac{\text{Nombre de rapports reçus des informateurs communautaires}}{\text{Nombre de rapports attendus des informateurs communautaires}}$	>=80%
Ponctualité du WZR/MZR	$\frac{\text{Nombre de rapports reçus à temps des informateurs communautaires}}{\text{Nombre de rapports attendus des informateurs communautaires}}$	>=80%

PFA = paralysie flasque aiguë ; SBC = surveillance à base communautaire ; MZR = rapport mensuel « zéro cas » ; WZR = rapport hebdomadaire « zéro cas »

\* Objectif à ajuster au niveau national ; les pays prioritaires devraient procéder à des analyses régulières.

Tableau D1 (suite)

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Proportion de femmes informatrices	$\frac{\text{Nombre de femmes informatrices}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	$\geq 50\%-80\%^*$
Proportion d'informateurs issus de la zone locale	$\frac{\text{Nombre d'informateurs locaux}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	$\geq 80\%^*$
Supervision des informateurs <sup>†,‡</sup>	$\frac{\text{Nombre d'informateurs ayant reçu au moins une visite de supervision au cours des 3 derniers mois.}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	$\geq 80\%$
Formation des informateurs <sup>‡, §</sup>	$\frac{\text{Nombre d'informateurs ayant suivi une formation au cours de la dernière année}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	$\geq 80\%$
Taux de rotation des informateurs <sup>‡, §, ¶</sup>	$\frac{\text{Nombre d'informateurs ayant quitté l'entreprise au cours de l'année précédente}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	A identifier par le niveau national

\* Objectif à ajuster au niveau national ; les pays prioritaires devraient procéder à des analyses régulières.

† A revoir tous les trimestres ; les pays prioritaires à analyser régulièrement. Suggérer de stratifier les résultats par le superviseur.

‡ Les résultats devraient être stratifiés par sexe.

§ A revoir annuellement ; les pays prioritaires à analyser régulièrement

¶ Le taux de rotation des informateurs constitue un indicateur ; l'objectif est à définir au niveau national.

## ANNEXE E. INDICATEURS

Les **indicateurs en gras** sont suivis aux niveaux national, régional et mondial ; les indicateurs qui ne sont pas en gras sont suivis uniquement aux niveaux régional et/ou national.

### Indicateurs essentiels de la promptitude

Des Indicateurs essentiels de la promptitude d'exécution ont été identifiés pour saisir la capacité mondiale du programme à identifier rapidement tout PVS ou PVDV. Cette capacité a été définie comme suit (1) la capacité du programme à signaler rapidement un cas positif de PFA ou un échantillon de Surveillance environnementale afin de pouvoir mettre en place une réponse rapide ; et (2) la capacité de traiter rapidement tout échantillon positif (**Tableau E1**). Des indicateurs supplémentaires mettent en évidence la capacité du programme à signaler rapidement tout résultat de laboratoire, quel que soit le résultat final.

**Tableau E1. Indicateurs globaux sur la promptitude**

Indicateur		Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
<b>Détection globale du PVS/PVDV</b>	Pour la PFA (1)	Nombre de cas de PFA* avec résultats de laboratoire définitifs des PVS/PVDV ≤35 jours d'apparition	≥80%
	Pour la SE (1)	Nombre de cas de PFA* avec résultats définitifs de laboratoire pour le PVS/ PVDV Nombre d'échantillons environnementaux avec des résultats définitifs de laboratoire des PVS/ PVDV ≤35 jours de collecte	≥80%
	Capacité du système (2) <sup>†</sup>	Nombre d'échantillons environnementaux avec des résultats définitifs de laboratoire des PVS/ PVDV Nombre de PVS et de PVDV dont les résultats de laboratoire définitifs sont ≤35 jours après le début de la maladie pour les cas de PFA ou la date de prélèvement pour les échantillons environnementaux. / Nombre de PVS et de PVDV	≥80%
<b>Détection de cas de PFA - système</b>		Nombre de cas de PFA* dont les résultats définitifs de laboratoire sont inférieurs à 35 jours après l'apparition des symptômes. / Nombre de cas de PFA*	≥80%
<b>Détection SE - système</b>		Nombre d'échantillons environnementaux dont les résultats définitifs de laboratoire sont ≤35 jours après la collecte / Nombre d'échantillons de SE	≥80%

PFA = paralysie flasque aiguë ; SE = Surveillance environnementale ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; PVS = poliovirus sauvage.

\*Résultats agrégés : tous les résultats de laboratoire (PFA + contacts) utilisés pour classer les cas de PFA comme confirmés/infirmés.

<sup>†</sup>Calcul sur la base d'échantillons

Tableau E2. Indicateurs de promptitude des activités de terrain

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
<b>Délai de notification</b>	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA notifiés } \leq 7 \text{ jours après la date de début de paralysie}}{\text{Nombre de cas de PFA}}$	$\geq 80\%$
<b>Promptitude de l'enquête</b>	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA ayant fait l'objet d'une enquête } \leq 48 \text{ heures après la notification}}{\text{Nombre de cas de PFA}}$	$\geq 80\%$
<b>Promptitude des activités sur le terrain</b>	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA avec deux échantillons de selles prélevés } \leq 24 \text{ heures d'intervalle ET } \leq 11 \text{ jours suivant le début de paralysie.}}{\text{Nombre de cas de PFA}}$	$\geq 80\%$
<b>Promptitude des activités sur le terrain et les acheminements</b>	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA avec deux échantillons de selles prélevés } \geq 24 \text{ heures d'intervalle ET reçus en bon état* dans un Laboratoire accrédité par l'OMS ET } \leq 14 \text{ jours suivant le début de paralysie}}{\text{Nombre de cas de PFA notifiés}}$	$\geq 80\%$
<b>Promptitude de l'acheminement des échantillons de selles</b>	$\frac{\text{Nombre d'échantillons de selles qui arrivent en bon état* dans un laboratoire accrédité par l'OMS ET } \leq 3 \text{ jours après la collecte des échantillons}}{\text{Nombre d'échantillons de selles prélevés}}$	$\geq 80\%$
<b>Promptitude de l'acheminement des échantillons de SE</b>	$\frac{\text{Nombre d'échantillons d'eaux usées qui arrivent dans un laboratoire accrédité par l'OMS } \leq 3 \text{ jours après la collecte des échantillons}}{\text{Nombre d'échantillons d'eaux usées prélevés}}$	$\geq 80\%$

PFA = paralysie flasque aiguë ; SE = Surveillance environnementale ; OMS = Organisation mondiale de la santé.

\*Pour les calculs : état des selles manquantes = mauvais état

Tableau E3. Indicateurs de la promptitude des activités de laboratoire

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
<b>PFA : Promptitude de la communication des résultats de laboratoire (performance du système)</b>	$\frac{\text{Nombre d'échantillons de selles dont les résultats définitifs de laboratoire sont disponibles } \leq 21 \text{ jours après réception depuis un pays DD OU } \leq 28 \text{ jours après réception depuis un pays non DD dans un laboratoire accrédité par l'OMS.}}{\text{Nombre d'échantillons de selles prélevés}}$	$\geq 80\%$
<b>PFA : Promptitude de la notification des résultats du PVS/PVDV(détection)</b>	$\frac{\text{Nombre d'échantillons de selles dont les résultats définitifs de laboratoire concernant les PVS/PVDV sont disponibles } \leq 21 \text{ jours après leur réception d'un pays DD OU } \leq 28 \text{ jours après leur réception d'un pays non DD dans un laboratoire accrédité par l'OMS.}}{\text{Nombre d'échantillons de selles prélevés positifs pour le PVS/PVDV}}$	$\geq 80\%$
<b>PFA : Promptitude de la communication des</b>	$\frac{\text{Nombre d'échantillons de selles de PV dont les résultats de séquençage sont disponibles } \leq 7 \text{ jours après leur réception dans un laboratoire de séquençage accrédité par l'OMS.}}{\text{Nombre d'échantillons de selles de PV prélevés positifs pour le séquençage}}$	$\geq 80\%$

<b>résultats de laboratoire de Poliovirus</b>	Nombre d'échantillons de selles de PV positifs par la DIT nécessitant un séquençage	
<b>SE : Promptitude de la communication des résultats de laboratoire</b>	<p>Nombre d'échantillons environnementaux dont les résultats de laboratoire définitifs sont disponibles &lt;=32 jours après leur réception dans un laboratoire de séquençage accrédité par l'OMS.</p> <p>/</p> <p>Nombre d'échantillons environnementaux prélevés avec les résultats finaux de laboratoire</p>	>=80%
<b>SE : Promptitude de la communication des résultats de laboratoire de Poliovirus</b>	<p>Nombre d'échantillons environnementaux de PV dont les résultats de séquençage sont disponibles &lt;=7 jours après leur réception dans un laboratoire de séquençage accrédité par l'OMS.</p> <p>Nombre d'échantillons environnementaux positifs de PV par DIT nécessitant un séquençage</p>	>=80%

PFA = paralysie flasque aiguë ; DD = détection directe ; SE = Surveillance environnementale ; DIT = différenciation intratypique ; PV = poliovirus ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; OMS = Organisation mondiale de la santé ; PV = poliovirus sauvage.



## Indicateurs essentiels de la qualité de la surveillance

Tableau E4. Indicateurs essentiels de la qualité de la surveillance de PFA

Indicateur	Calcul	Cible
<b>Taux de PFANP*</b>	$\frac{\text{(Nombre de cas non confirmés comme PFANP chez les enfants <15 ans)}}{\text{Nombre d'enfants âgés <15 ans}} \times 100\ 000 \text{ par an}$ <p>Note : Les pays endémiques sont encouragés à avoir <math>\geq 3</math></p>	AFR, EMR, SEAR: $\geq 2$ AMR, EUR, WPR: $\geq 1$ Affecté <sup>†</sup> par la flambée : $\geq 2$
<b>Taux de PFANP - infranational</b>	$\frac{\text{(Nombre de districts comptant } \geq 100\ 000 \text{ enfants <15 ans qui atteignent l'objectif du taux de PFANP)}}{\text{Nombre de districts avec } \geq 100\ 000 \text{ enfants <15 ans}} \times 100$ <p>Note : Nécessité d'atteindre <math>\geq 3</math> pour 100 000 dans tous les districts à haut risque d'un pays où sévit une flambée.</p>	AFR, EMR: $\geq 80\ %$ . SEAR: $\geq 50\ %$ . AMR, EUR, WPR: NA Districts touchés par la flambée* : 100%
<b>Adéquation des selles</b>	$\frac{\text{(Nombre de cas de PFA avec 2 échantillons de selles prélevés } \geq 24 \text{ heures d'intervalle ET } \leq 14 \text{ jours suivant le début de paralysie ET reçus en bon état } \ddagger \text{ dans un laboratoire accrédité par l'OMS.)}}{\text{Nombre de cas de PFA}} \times 100$ <p>Notes : Indicateur de certification (14 jours)</p>	$\geq 80\ %$
<b>Adéquation des selles - infranational</b>	$\frac{\text{(Nombre de districts ayant signalé } \geq 5 \text{ cas de PFA qui atteignent l'objectif d'adéquation des selles)}}{\text{Nombre de districts ayant déclaré } \geq 5 \text{ cas de PFA}} \times 100$	$\geq 80\ %$
<b>Promptitude de la collecte des échantillons de selles</b>	$\frac{\text{(Nombre de cas de PFA avec deux échantillons de selles prélevés } \geq \text{ de 24 heures d'intervalle ET } \leq 14 \text{ jours suivant le début de paralysie)}}{\text{Nombre de cas de PFA déclarés}} \times 100$ <p>Note : Indicateur de certification (14 jours suivant le début de paralysie)</p>	$\geq 80\ %$

PFA = paralysie flasque aiguë ; AFR = Région africaine ; AMR = région américaine ; EMR = Région de la Méditerranée orientale ; EUR = Région européenne ; NA = non applicable ; PFANP = paralysie flasque aiguë non poliomyélitique ; OB = flambée ; SEAR = Région de l'Asie du Sud-Est ; OMS = Organisation mondiale de la santé ; WPR = Région du Pacifique occidental.

\*Le taux doit être annualisé.

<sup>†</sup>Un pays touché par une flambée est défini comme suit : tout pays connaissant une flambée de PVS/PVDVc actuellement ou au cours des 12 mois précédents.

<sup>‡</sup>Pour le calcul : état des selles manquantes = mauvais état

Tableau E4 (suite)

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
État des selles	Nombre de cas de PFA avec deux <b>échantillons de selles</b> arrivant en bon état *dans un laboratoire accrédité par l'OMS. / Nombre de cas de PFA notifiés	>=80%
Indice composite - national	La population vivant dans des districts qui atteignent à la fois l'objectif du taux de PFANP et l'objectif d'adéquation des selles. / Population vivant dans tous les districts (Admin2)	>=80%
Indice composite - infranational	Nombre de districts comptant ≥100 000 enfants de moins de 15 ans qui atteignent l'objectif de taux de PFANP et l'objectif d'apport de selles. / Nombre de districts avec ≥100 000 enfants de moins de 15 ans	>=80%
Adéquation des visites <sup>†</sup> de surveillance active (2 calculs)	1. Nombre de visites des sites HP effectuées / Nombre de visites de sites HP prévues 2. Nombre de sites HP visités / Nombre total de sites HP	1. >=80% 2. 100%
Exhaustivité du suivi au 60 <sup>ème</sup> jour	Nombre de cas de PFA inadéquats avec un examen de suivi de la paralysie résiduelle réalisé >= 60 jours ET <= 90 jours après la date de début de paralysie / Nombre de cas de PFA inadéquats	>=80%
Exhaustivité du rapport hebdomadaire «zéro cas». (WZR)	Nombre de sites de notification / Nombre de sites désignés pour la surveillance de la PFA	>=80%
Actualité du WZR	Nombre de sites de notification avant la date limite / Nombre de sites désignés pour la surveillance de la PFA	>=80%

PFA = paralysie flasque aiguë ; HP = haute priorité ; PFANP = paralysie flasque aiguë non poliomyélitique ; WZR = rapport hebdomadaire « zéro cas ».

\*Pour le calcul : état des selles manquantes = mauvais état

†(a) Les sites hautement prioritaires sont les établissements où il y a une forte probabilité de voir un cas de PFA ; ils sont visités au moins une fois par semaine et parfois plus souvent, (b) Indicateur combiné dans lequel "tous les sites HP ont >=1 visite chaque mois" à utiliser comme indicateur, (c) Calculé par mois

Tableau E5. Indicateurs essentiels de la qualité de la surveillance environnementale (SE)

Indicateur*	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Taux de détection d'EV	Nombre d'échantillons où l'EV a été détecté / Nombre d'échantillons	>=50%
Echantillon de SE prélevé dans les délais	Nombre de mois avec >=1 échantillon prélevé / Nombre de mois avec >=1 échantillon prévu pour être prélevé	>=80%
Echantillon de SE prélevé dans les délais (semaine)	Le nombre d'échantillons est prélevé au cours de la semaine attribuée / Nombre d'échantillons prélevés	>=80%
Echantillon de SE prélevé à l'heure prévue (heure)	Le nombre d'échantillons est prélevé à l'heure recommandée de la journée. / Nombre d'échantillons prélevés	>=80%

<b>Condition de l'échantillon de SE</b>	Nombre d'échantillons arrivant au laboratoire en bon état <sup>†</sup> / Nombre d'échantillons arrivés au laboratoire	>=80%
---	---	-------

SE = Surveillance environnementale ; EV = entérovirus

\*Similaire aux autres indicateurs, calculé sur 12 mois. Indicateurs à calculer par site.

<sup>†</sup>Pour le calcul : état des selles manquantes = mauvais état

## Indicateurs non essentiels

**Tableau E6. Indicateurs non essentiels de la surveillance de la PFA\*.<sup>†</sup>**

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Cas de PFA non notifiés découverts pendant la surveillance active	Nombre de cas de PFA non notifiés trouvés dans le registre lors des visites de surveillance active / mois	Aucun
Pourcentage de visites de surveillance active supervisées <sup>‡</sup>	Nombre de visites de surveillance active supervisées par mois / Nombre de visites de surveillance active effectuées par mois	>=25%
Nombre de visites de supervision dans les sites hautement prioritaires	Nombre de sites HP avec >=1 visite supervisée au cours des 6 derniers mois / Nombre de sites HP	100%
Validation du champ du cas de PFA Note : par opposition à une validation clinique, elle serait effectuée par un superviseur ou une personne supérieure à celle qui a signalé le cas.	Nombre de cas de PFA validés <=14 de l'enquête / Nombre de cas de PFA	>=30%
Exhaustivité de l'échantillonnage des contacts de cas de PFA	Nombre de cas de PFA inadéquats avec échantillonnage par contact <sup>§</sup> / Nombre de cas de PFA inadéquats	>=80%
Promptitude de l'échantillonnage des contacts de cas de PFA	Nombre d'échantillons de selles prélevés chez les contacts des cas inadéquats <=7 jours d'enquête / Nombre d'échantillons de selles prélevés chez les contacts des cas inadéquats	>=80%

PFA = paralysie flasque aiguë ; HP = haute priorité

\* Pour les pays prioritaires (à très haut risque, haut risque et risque moyen), les indicateurs devraient être analysés mensuellement.

<sup>†</sup> Pour les pays non prioritaires, les indicateurs devraient être revus trimestriellement et inclus dans les revues documentaires.

<sup>‡</sup> Calculé par site prioritaire, par géographie et par trimestre.

<sup>§</sup> 2 ou 3 échantillons de contact par cas de PFA inadéquat, selon la recommandation régionale.

**Tableau E7. Indicateurs non essentiels du comportement en matière de recours aux soins\*.<sup>†</sup>**

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Consultations médicales des cas de PFA	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA avec } \leq 2 \text{ consultations médicales entre le début de paralysie et la notification}}{\text{Nombre de cas de PFA}}$	$\geq 80\%$
Caractère adéquat de la notification par désignation	$\frac{\text{Nombre de premières consultations médicales ayant donné lieu à une notification, par désignation [source du rapport] }^{\S}}{\text{Nombre de consultations médicales par cette même désignation}}$	$\geq 80\%$
Pertinence du réseau de surveillance	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA ayant eu leur premier contact avec un site de notification au sein du réseau de surveillance de la PFA.}}{\text{Nombre de cas de PFA}}$	$\geq 80\%$
Cas de PFA notifiés tardivement : Exhaustivité des informations fournies par les professionnels de santé	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA sans information sur les consultations médicales}}{\text{Nombre de cas de PFA notifiés } > 14 \text{ jours après la date de début de paralysie}}$	$\geq 80\%$

PFA = paralysie flasque aiguë

\* Pour les pays prioritaires (à très haut risque, haut risque, risque moyen), les indicateurs devraient être analysés mensuellement.

<sup>†</sup> Pour les pays non prioritaires, les indicateurs devraient être revus trimestriellement et inclus dans les revues documentaires.

<sup>‡</sup> Les résultats devraient être stratifiés par sexe.

<sup>§</sup> Il s'agit du "pourcentage des 1ères rencontres par désignation (par exemple, médecin, infirmière, guérisseur traditionnel, vaccinateur, autre) qui ont conduit à la notification d'un cas de PFA. "

**Tableau E8. Indicateurs non essentiels de la surveillance à base communautaire**

Indicateur	Calcul (exprimé en pourcentage)	Cible
Proportion de cas de PFA notifiés par la SBC	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA (ceux qui figurent sur la liste identifiés par l'informateur communautaire)}}{\text{Nombre de cas de PFA sur la liste}}$	A déterminer
Exhaustivité des rapports hebdomadaires/mensuels « zéro cas » (WZR/MZR)	$\frac{\text{Nombre de rapports reçus des informateurs communautaires}}{\text{Nombre de rapports attendus des informateurs communautaires}}$	>=80%
Actualité de WZR/MZR	$\frac{\text{Nombre de rapports reçus à temps des informateurs communautaires}}{\text{Nombre de rapports attendus des informateurs communautaires}}$	>=80%
Proportion de femmes informatrices	$\frac{\text{Nombre de femmes informatrices}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	>=50%-80%*
Proportion d'informateurs issus de la zone locale	$\frac{\text{Nombre d'informateurs locaux}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	>=80%*
Supervision des informateurs <sup>† ‡</sup>	$\frac{\text{Nombre d'informateurs qui ont reçu au moins une visite de supervision au cours des 3 derniers mois.}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	>=80%
Formation des informateurs <sup>‡ §</sup>	$\frac{\text{Nombre d'informateurs ayant suivi une formation au cours de la dernière année}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	>=80%
Taux de rotation des informateurs <sup>‡ § ¶</sup>	$\frac{\text{Nombre d'informateurs ayant quitté l'entreprise au cours de l'année précédente}}{\text{Nombre d'informateurs}}$	A déterminer

PFA = paralysie flasque aiguë ; SBC = surveillance à base communautaire ; MZR = rapport mensuel « zéro cas » ; WZR = rapport hebdomadaire « zéro cas ».

\*Objectif à ajuster au niveau national ; les pays prioritaires devraient procéder à des analyses régulières.

† A revoir trimestriellement ; les pays prioritaires devraient procéder à des analyses régulières. Suggérer de stratifier les résultats par superviseur.

‡ Les résultats devraient être stratifiés par sexe.

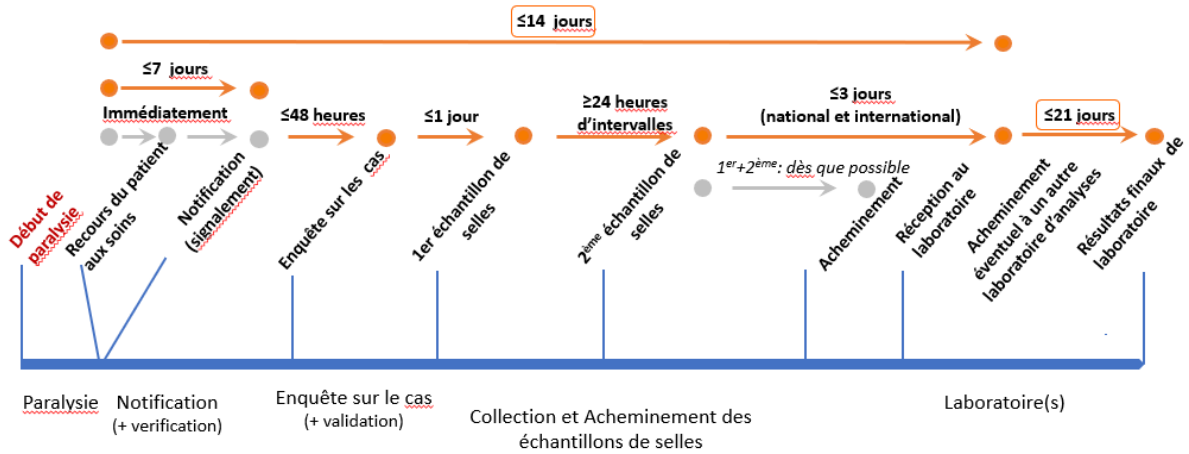
§ A revoir annuellement ; les pays prioritaires devraient procéder à une analyse régulière.

¶ Le taux de rotation des informateurs est un indicateur ; l'objectif doit être défini au niveau du pays.

## ANNEXE F. PROMPTITUDE : COMMENT RÉDUIRE LES RETARDS

La stratégie de l'IMEP a fixé un calendrier ciblé pour la détection et la riposte, que le Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite (GPSAP) 2022-2024 présente comme une fenêtre de 35 jours pour toutes les étapes, du début de paralysie jusqu'au résultat final de laboratoire (Fig. F1).

**Fig. F1. Délai de détection (cas de PFA), 35 jours (du début de paralysie jusqu'au résultat final de laboratoire)**



PFA = paralysie flasque aiguë  
Source = OMS.

Étant donné que des retards de détection peuvent survenir à n'importe quelle étape des activités sur le terrain, de la logistique et des laboratoires, les pays devraient surveiller le respect des délais à chaque étape du processus, en particulier au niveau infranational et surtout lors de la collecte et du transport des échantillons de selles. Ce n'est qu'avec une vision claire des retards que des mesures rapides peuvent être prises pour remédier aux blocages identifiés. De plus, il est fortement recommandé d'anticiper les problèmes et d'identifier de manière proactive les alternatives dans le cadre de la préparation.

Le tableau ci-dessous met en évidence certains de ces retards, leurs causes possibles et les moyens par lesquels le programme peut y remédier (**Tableau F1**), alors que ce tableau se concentre sur les cas de paralysie flasque aiguë (PFA), des retards, des causes possibles et des solutions similaires peuvent s'appliquer à d'autres échantillons humains (par exemple, provenant de contacts de cas de PFA et d'enfants sains) et à des échantillons de surveillance environnementale (SE).

Tableau F1. Retards possibles dans la détection, leurs causes et leurs mesures d'atténuation

Etape	Cible	Causes possibles	Mesures d'atténuation et solutions possibles
<b>Du début de paralysie jusqu' à la recherche de soins</b>	Cas de PFA nécessitant des soins et notifiés ≤ 7 jours suivant le début de paralysie  (Idéalement : immédiatement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Distance jusqu'à l'établissement / la personne la plus proche</li> <li>Méfiance à l'égard du système de santé</li> <li>Coût du service</li> <li>Barrière de la langue</li> <li>Obstacles liés au genre (notamment absence d'infirmière/médecin de sexe féminin, absence d'autorisation de se rendre dans un établissement de santé).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modifier les outils de collecte de données et analyser par données désagrégées : profil social ou linguistique/groupe de population à risque, sexe et comportements en matière de recours aux soins grâce à des outils modifiés de collecte et d'analyse des données.</li> <li>Effectuer une cartographie sociale périodique (six mois) dans le cadre de l'examen du réseau de surveillance active afin d'identifier les lacunes de la couverture.</li> <li>Sur la base des résultats, aborder tous les problèmes (par exemple, les cliniques mobiles, les agents de santé féminins, la consultation et la sensibilisation de la communauté).</li> </ul>
<b>De la recherche de soins à la notification</b>	Soins visant à signaler des cas de PFA notifiés ≤ 7 jours suivant le début de paralysie (Idéalement, immédiatement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque de prise de conscience et de sensibilisation des prestataires de soins de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer des visites de supervision cohérentes et encourageantes dans les unités de notifications.</li> <li>Assurer la formation et la sensibilisation de chaque nouveau membre du personnel.</li> <li>Fournir du matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) : définition du cas, exigence et voie de notification, coordonnées de l'agent de surveillance.</li> </ul>
<b>De la notification à l'enquête</b>	≤ 48 heures	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manque de formation</li> <li>Absence de personnes qualifiées pour mener l'enquête</li> <li>Retard dans la localisation du cas</li> <li>Le cas est perdu et échappe au suivi (c'est-à-dire qu'il ne peut être retrouvé).</li> <li>Priorités concurrentes, charges de travail difficiles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que les kits d'enquête sur les cas (équipement, fournitures et matériel) sont facilement disponibles.</li> <li>Promouvoir des responsabilités claires et des charges de travail raisonnables (c'est-à-dire que des remplaçants devraient être disponibles en l'absence du principal responsable de la surveillance).</li> <li>Organiser des formations régulières pour les agents de surveillance et leurs remplaçants (par exemple, d'autres agents de santé publique) sur le terrain</li> </ul>
<b>De l'Enquête à la collecte des selles 1</b>	≤ 1 jour	<ul style="list-style-type: none"> <li>Absence de kit</li> <li>Impossibilité de localiser le cas (en raison d'une décharge, d'un voyage, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S'assurer que les kits d'enquête (équipement, fournitures et matériel) sont facilement disponibles.</li> <li>S'assurer que les coordonnées et l'adresse du cas sont disponibles</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Échantillon de selles inadéquat, ou le cas est décédé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si la collecte des échantillons de selles doit être effectuée par le soignant, assurez-vous qu'il est effectuée de manière adéquate.</li> </ul>
<b>De la collecte des selles 1 à la collecte des selles 2</b>	≥ 24 heures d'intervalle	<ul style="list-style-type: none"> <li>Échantillon de selles inadéquat, ou le cas est décédé.</li> <li>Le cas n'est plus au même endroit (problèmes de suivi).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Donner des instructions claires aux infirmières et au personnel soignant sur le prélèvement de l'échantillon de selles.</li> <li>Fournir des instructions claires sur l'échantillonnage de contact dans l'éventualité d'un cas d'échantillons inadéquats</li> </ul>
<b>De la collecte des selles 2 jusqu'à l'acheminement au niveau national</b>	Arrivée des selles 1+2 au laboratoire ≤ 3 jours de la collecte des selles 2. (idéalement immédiatement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aucune ou peu de communication sur le moment où les selles 2 ont été recueillies</li> <li>Mauvaise coordination avec les services de messagerie</li> <li>Problèmes liés aux voies de transport (par exemple, confinements, fermeture de routes)</li> <li>Mise en lots des échantillons</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi électronique pilote des échantillons de selles<sup>32</sup></li> <li>Planifier le transport à l'avance, y compris les plans d'urgence.</li> <li>Obtenir une autorisation spéciale pour le transport des échantillons, si nécessaire.</li> <li>Identifier les itinéraires alternatifs, les transporteurs</li> <li>Augmenter la capacité de stockage, identifier les points de stockage</li> <li>Ne pas grouper les échantillons</li> <li>Prioriser les échantillons à expédier en cas de cas suspect de polio (cas "chaud")</li> </ul>
<b>De l'acheminement au niveau national à l'arrivée au niveau national</b>	Arrivée des selles 1+2 au laboratoire ≤ 3 jours de la collecte des selles 2.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mauvaise planification du transport, de l'acheminement</li> <li>Insécurité ou fermeture de routes</li> <li>Les échantillons sont conservés au niveau national jusqu'à ce qu'un certain nombre soit prélevé et expédié (acheminement par "lots").</li> <li>Fermeture des frontières internationales</li> <li>Suspension des vols</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suivi électronique pilote des échantillons de selles</li> <li>Créer des plans d'urgence avec des itinéraires ou des laboratoires alternatifs</li> <li>Explorer et poursuivre des solutions ad hoc en cas de conflit ou d'insécurité (par exemple, utiliser des vols humanitaires pour le transport ; envoyer des échantillons à un autre laboratoire accrédité par l'OMS).</li> </ul>
<b>Arrivée au niveau national pour acheminement au laboratoire (inter)national</b>	Arrivée des selles 1+2 au laboratoire ≤ 3 jours de la collecte des selles 2 (idéalement immédiatement).		
<b>De l'acheminement au laboratoire (inter)national à l'arrivée au laboratoire (inter)national</b>	Arrivée des selles 1+2 au laboratoire ≤ 3 jours de la collecte des selles 2.		
<b>De l'arrivée au laboratoire (inter)national</b>	Les selles 1+2 sont traités selon les	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fermeture des frontières internationales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantir un stock tampon minimum (consommables et réactifs critiques) pour</li> </ul>

<sup>32</sup>Pour plus d'informations, veuillez-vous reporter à l'objectif cinq du GPSAP. Une note d'orientation sera également élaborée prochainement par le groupe de surveillance de l'IMEP sur le suivi électronique des spécimens.



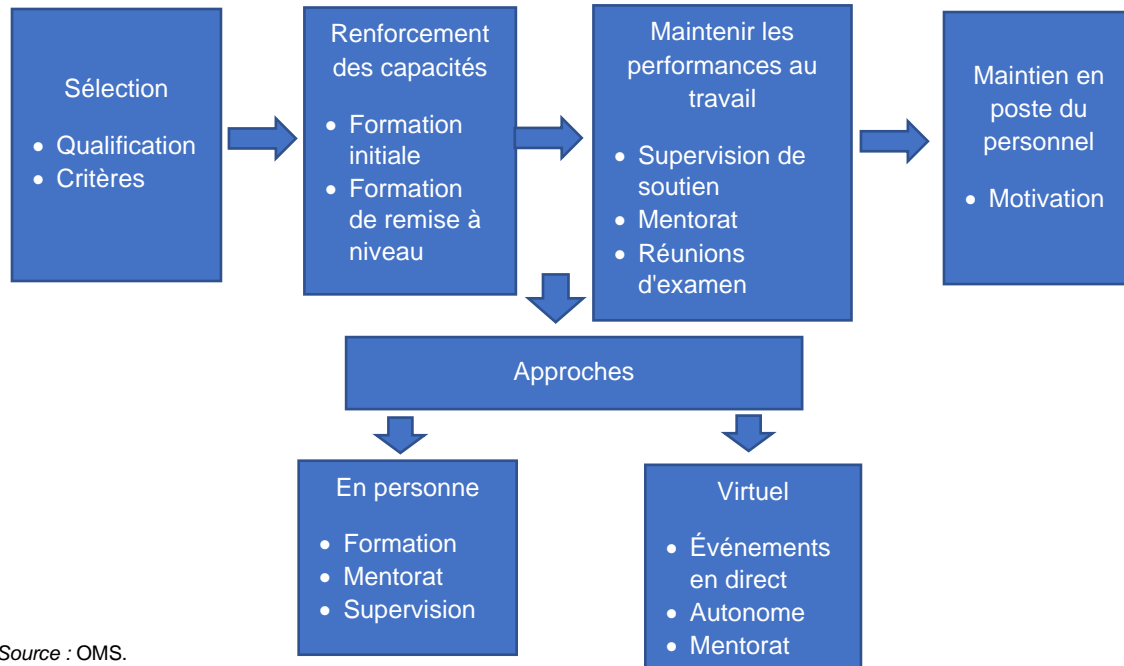
<p><b>jusqu'aux résultats finaux (c-a-d résultats négatifs ou de séquençage pour les échantillons positifs)</b></p>	<p>procédures standard du RMLP dans les délais cibles définis par le RMLP pour toutes les procédures.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes liés à l'acheminement des isolats au laboratoire de séquençage</li> <li>• Pénurie de réactifs essentiels</li> <li>• Ambiguïtés dans les résultats des tests (par exemple, numéros EPID non concordants ou manquants, suspicion de contamination croisée).</li> <li>• Réception de grands lots d'échantillons.</li> </ul>	<p>une charge de travail d'un an lors de la passation des commandes pour 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécuriser un contrat d'acheminement avec plusieurs transporteurs dans le pays.</li> <li>• Élaborer un plan d'acheminement national et international alternatif avec différents laboratoires de séquençage</li> </ul>
---	---	---	--

EPID = épidémiologique ; RMLP = Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite ; OMS = Organisation mondiale de la santé.

## ANNEXE G. FAVORISER UNE MAIN-D'OEUVRE QUALIFIÉE

Une main-d'œuvre qualifiée est essentielle au bon fonctionnement d'un système de surveillance. Pour favoriser l'accès à une main-d'œuvre qualifiée, les responsables de la surveillance devraient viser à mettre en œuvre un large éventail d'activités qui contribuent à renforcer et à maintenir les capacités humaines (**Fig. G1**), en tenant compte des approches décrites ci-dessous.

**Fig. G1. Spectre des activités visant à créer et à maintenir une main-d'œuvre qualifiée**

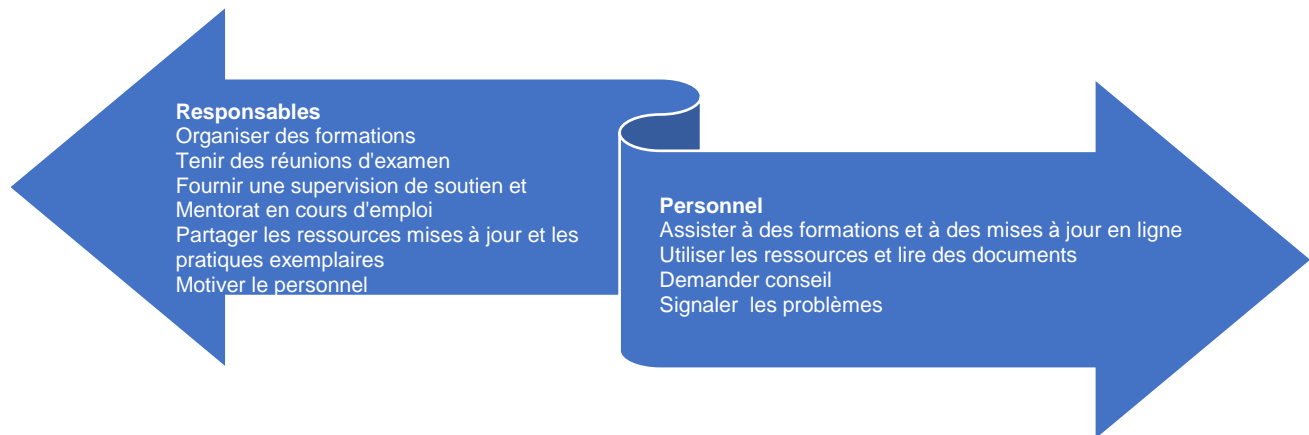


Source : OMS.

**Sélection** : La sélection des agents de surveillance, des superviseurs et des informateurs de la surveillance à base communautaire (SBC) doit être basée sur la capacité du candidat à remplir son rôle, ainsi que sur son potentiel de développement. L'équilibre entre les genres et l'adéquation aux normes culturelles et sociales devraient être privilégiés et maintenus pour tous les rôles.

**Renforcement des capacités** : Bien que le renforcement des capacités soit une fonction plus large qui représente une responsabilité partagée entre les responsables et le personnel (**Fig. G2**), il est fondamentalement ancré dans la formation. Tout le personnel de surveillance doit bénéficier d'une formation initiale et de formations formelles avancées, proposées aussi bien en présentiel qu'en virtuel, au moins tous les deux ans, ainsi que de formations de remise à niveau régulières, de préférence avec des certificats faisant référence à une période de validité, comme une certification annuelle.

**Fig. G2. Responsabilités partagées dans le cadre du renforcement des capacités**



Source : OMS

**Maintien des performances** : Les responsables devraient assurer le suivi de la formation et du renforcement des capacités pour s'assurer que le personnel sur le terrain est soutenu dans son rôle - de sorte que ses compétences soient appliquées et développées.

- Le mentorat individuel contribue à renforcer les capacités et la confiance du personnel sur le terrain. Dans le cadre de leur rôle de mentorat et de suivi, les responsables devraient effectuer régulièrement des visites de surveillance active et des enquêtes sur des cas avec le personnel de terrain, où ils peuvent fournir des démonstrations sur le lieu de travail et des exemples concrets. Des opportunités de mentorat ad hoc devraient également être proposées, en fonction des besoins.
- La supervision de soutien doit suivre un plan prédéfini, à l'aide des listes de contrôle pour les performances du personnel et d'autres documents, y compris le retour du personnel et le suivi des actions correctives potentielles.
- Les responsables devraient organiser des réunions d'évaluation - à la fois des réunions d'examen régulières de groupe et des évaluations personnelles individuelles - pour discuter des performances, faire le point et fixer des objectifs et des buts.

**Maintien en poste du personnel** : Le maintien du personnel est renforcé lorsque les responsables accordent la priorité à une supervision de soutien, récompensent et reconnaissent les bons éléments, plaident pour le développement de carrière, offrent des éléments de motivation lors des réunions (en se concentrant sur la contribution à la "vue d'ensemble") et impliquent des célébrités et des personnalités connues pour améliorer la perception du programme par le public.

Le groupe chargé de la surveillance finalise actuellement les « *Global Guidelines for Acute Flaccid Paralysis (AFP)* » et « *Poliovirus surveillance* », ainsi qu'un module de formation connexe sur la surveillance de la poliomyélite, qui sont en cours de mise à jour pour refléter les priorités, les indicateurs et les objectifs de la stratégie de l'IMEP. Ces ressources devraient être disponibles au premier trimestre de 2022. Les bureaux régionaux et les programmes nationaux sont censés adapter ce matériel au contexte local. Pour plus d'informations, veuillez contacter votre point focal régional chargé de la surveillance de la Polio/MPV.

**Tableau G1. Ressources en main-d'œuvre qualifiée**

Zone	Ressources
<b>Sites liés à la poliomyélite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lignes directrices sur la surveillance de la poliomyélite, les documents d'orientation, les aide-mémoire et les listes de vérification sont disponibles sur le site Web de l'IMEP, sous la rubrique <a href="#">Tools, Protocols and Guidelines</a></li> <li><a href="#">Polio Health Topic (Thème sur la santé de la poliomyélite)</a> sur le site Web de l'OMS</li> <li><a href="#">OpenWHO courses (Cours OpenWHO)</a> disponibles en anglais et en français</li> <li><a href="#">Agora e-courses (Cours en ligne) Agora</a> de l'UNICEF sur la poliomyélite et la santé publique</li> </ul>
<b>Compétences génériques de base</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">Video training (Formation vidéo)</a> de l'Académie de la vaccination</li> <li>La <a href="#">série CDC Public Health 101</a></li> <li><a href="#">The Laboratory Safety Institute (L'Institut de sécurité des laboratoires)</a></li> </ul>
<b>Apprentissage en ligne et mentorat virtuel</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><a href="#">E-learning methodologies and good practices (Méthodologies et bonnes pratiques d'apprentissage en ligne)</a> (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture)</li> <li><a href="#">Best practices for virtual mentoring (Meilleures pratiques en matière de mentorat virtuel)</a> (plateforme Together)</li> <li><a href="#">7 Lessons Learned from 7 Months of Remote Mentoring (7 leçons tirées de 7 mois de mentorat à distance)</a> (blog Towards Data Science)</li> <li><a href="#">Building human capacity (Renforcement des capacités humaines)</a> (l'initiative "3 x 5" pour le VIH/Sida)</li> </ul>
<b>Genre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formation sur le genre et la surveillance de la poliomyélite disponible en anglais et en français. Pour plus de détails sur les disponibilités, contactez <a href="mailto:Corey.Peak@gatesfoundation.org">Corey.Peak@gatesfoundation.org</a>.</li> <li><a href="#">Gender dimension of acute flaccid paralysis surveillance in Nigeria</a> (International Journal of Gender &amp; Women's Studies)</li> <li><a href="#">Gender mainstreaming for health managers: a practical approach</a> (OMS)</li> </ul>

CDC = Centres américains de contrôle et de prévention des maladies ; IMEP = Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ; UNICEF = Fonds des Nations unies pour l'enfance ; OMS = Organisation mondiale de la santé.

## ANNEXE H. INTÉGRATION DE LA SURVEILLANCE DES POLIOVIRUS

Depuis plus de 30 ans, L'IMEP soutient financièrement le programme d'éradication de la poliomyélite de l'OMS. Avec la fin prévisible de l'IMEP lorsque l'éradication sera déclarée, le financement de l'IMEP cessera. Cela présente un risque pour la durabilité de l'éradication, car de nombreux pays sont fortement tributaires des infrastructures de l'IMEP et ont bénéficié de son soutien pour des interventions de santé publique plus larges.

### Quelle est la différence entre transition et intégration ?

L'intégration" et la "transition" sont des processus distincts mais interdépendants.

- **La transition de la poliomyélite** vise à maintenir et, si nécessaire, à réorienter le réseau et l'infrastructure mis en place pour éradiquer la polio afin de renforcer des priorités plus larges en matière de santé, notamment la vaccination essentielle, la détection des maladies, ainsi que la préparation et la riposte aux situations d'urgence. La transition est le processus d'intégration des fonctions soutenues par l'IMEP dans les systèmes de santé nationaux et de transfert du financement de l'IMEP aux gouvernements des pays.<sup>33</sup>
- **L'intégration de la poliomyélite** est définie par la Stratégie de l'IMEP comme " des efforts conjoints entre le programme d'éradication de la poliomyélite et un éventail de partenaires menés dans le but d'améliorer les résultats de la vaccination [et de la surveillance] dans les zones géographiques ciblées"<sup>34</sup>. "L'intégration de la surveillance se fait principalement par une collaboration renforcée avec d'autres programmes.

### Pourquoi l'intégration est-elle nécessaire ?

- La transition devrait se faire par étapes. Cette approche progressive peut se faire par intégration, où le soutien des partenaires de l'IMEP sera encore nécessaire jusqu'à ce que les gouvernements et/ou d'autres partenaires soient prêts à prendre le relais.
- L'intégration est un élément essentiel de la nouvelle Stratégie de l'IMEP et fait partie intégrante du programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (IA 2030), ainsi que la phase 5.0 de la stratégie de Gavi (2021-2025) - chacun étant déterminé à travailler de manière systématique et intégrée pour protéger les populations.<sup>35</sup> Les objectifs primordiaux de ces stratégies ne visent pas seulement à atteindre et à maintenir l'éradication de la poliomyélite, mais aussi d'atteindre des aspirations plus larges, à savoir atteindre les enfants sous-immunisés et ceux qui ont reçu « zéro dose », afin de réduire la mortalité et la morbidité dues aux maladies à prévention vaccinale (MPV) tout au long du cycle de vie.
- La pandémie de COVID-19, a d'une part, eu un impact négatif sur les activités clés de surveillance et de vaccination contre la polio et les autres MPV et a temporairement interrompu la

<sup>33</sup> La transition de la polio est guidée par le plan d'action stratégique sur la transition pour la poliomyélite (2018-2023). Le dernier rapport sur la transition de la polio est disponible dans : Soixante-douzième Assemblée mondiale de la santé. Genève, 10 mai 2019. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA71/A71\\_9-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_9-fr.pdf)). Le groupe de transition de la polio peut être contacté à l'adresse suivante : [polio-transition@who.int](mailto:polio-transition@who.int).

<sup>34</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP). Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 : Tenir notre promesse. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350556/9789240035300-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

<sup>35</sup> Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (IA 2030): une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté (IA2030). OMS Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030>). Gavi, l'Alliance du Vaccin. Stratégie de la phase V (2021-2025). Genève, 2019 (<https://www.gavi.org/our-alliance/strategy/phase-5-2021-2025>).

transition de la polio. D'autre part, les moyens d'éradication de la poliomyélite ont joué un rôle crucial dans la lutte contre la pandémie en utilisant le personnel, les structures, les systèmes d'information et les méthodes de travail de la polio. Cette situation a ouvert des perspectives et des opportunités quant à la manière de fournir un service intégré en utilisant des approches rapides et innovantes. Pour soutenir la riposte à la pandémie tout en assurant la lutte contre la poliomyélite et des activités plus larges de vaccination et de surveillance de la poliomyélite, l'IMEP et le Programme élargi de vaccination (PEV) ont accéléré leur initiative d'intégration et lancé un programme de travail provisoire pour les actions intégrées dans le contexte de COVID-19 (iPOW).<sup>36</sup> Le iPOW fournit des orientations pour mettre en synergie les efforts d'éradication de la poliomyélite et du PEV dans des domaines mutuellement bénéfiques. En s'appuyant sur cet esprit de coopération, de planification conjointe et d'intervention d'urgence, l'éradication de la poliomyélite peut être réalisée au milieu de priorités sanitaires concurrentes et dans un environnement aux ressources limitées.

### Quels sont les risques liés à l'intégration ?

Il existe un risque que la qualité et la sensibilité mondiale de la surveillance de la poliomyélite dans les pays prioritaires soient compromises en raison d'une intégration mal planifiée ou mal mise en œuvre (c'est-à-dire en raison de ressources insuffisantes ou inadéquates, d'une répartition des responsabilités ou de l'absence, voire une dilution des structures de gestion et de surveillance).

### Quelle partie de la surveillance de la poliomyélite peut être intégrée ?

Les domaines de travail techniques et les fonctions habilitantes suivants sont bien adaptés pour être alignés et intégrés aux programmes et départements, mettant en œuvre la surveillance des MPV à tendance épidémique. A l'exception des pays endémiques, un large processus d'intégration est en cours depuis de nombreuses années. Pour soutenir l'intégration de la surveillance dans les pays endémiques avant l'éradication et la certification, il sera impératif de disposer d'une évaluation de base du niveau actuel d'intégration du système de surveillance de la poliomyélite.

**Tableau H1. Domaines potentiels d'intégration dans tous les pays prioritaires**

Domaine deactivates	Activités et processus d'intégration
<b>Surveillance de la PFA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Surveillance active, SBC, supervision, examens de surveillance, transport d'échantillons.</li> </ul>
<b>Surveillance de SE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prélèvement, supervision, transport d'échantillons pour la polio et autres agents pathogènes</li> </ul>
<b>Surveillance en laboratoire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer les laboratoires nationaux de poliovirus dans d'autres maladies virales ou infectieuses</li> </ul>
<b>Systèmes d'information</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Systèmes d'information, outils de collecte de données électroniques, données SIG, analyse des données et évaluation des risques.</li> </ul>
<b>Gestion et coordination</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planification stratégique intégrée aux niveaux national, régional et mondial</li> <li>Gestion technique et opérationnelle, y compris la gestion du personnel et le renforcement des capacités</li> </ul>

PFA = paralysie flasque aiguë ; SBC = surveillance à base communautaire ; SE= Surveillance environnementale ; SIG = système d'information géographique.

<sup>36</sup> IMEP = Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Polio Eradication and Essential Programme on Immunization Interim Programme of Work for Integrated Actions in the context of the COVID-19 pandemic. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/09/Integration-POW-under-Covid-v2.0.pdf>).

## Quelle est la meilleure façon d'aborder l'intégration ?

L'intégration des systèmes de surveillance ne peut se faire selon une approche "universelle". Les systèmes de surveillance devraient être adaptés aux besoins du pays, car les pays ont des caractéristiques démographiques, des niveaux de capacité technique différents, sont confrontés à des défis économiques et géopolitiques différents et se trouvent à des différents stades de transition épidémiologique. Ces facteurs sous-jacents sont les facteurs fondamentaux propres à chaque pays qui, en plus des risques spécifiques à la maladie, déterminent la capacité d'un pays à relever les défis.

Les principales mesures à prendre pour favoriser une intégration réussie de la surveillance sont les suivantes :

- Internaliser le fait que la stratégie de surveillance n'est pas une initiative universelle et veiller à ce que les stratégies de surveillance soient adaptées au contexte local ;
- Fournir aux pays prioritaires qui présentent les plus grandes lacunes en matière de capacités un soutien technique, financier et autres au niveau national ;
- Mettre l'accent sur la qualité de la surveillance et non sur la quantité, car le succès n'est pas défini par le nombre de MPV ciblés par le système, mais par la qualité et la sensibilité de la surveillance des MPV les plus prioritaires ;
- Identifier un objectif ambitieux à long terme tout en élaborant un plan d'action clair et ciblé à court terme.

Les mesures qui peuvent être prises pour garantir que l'intégration fonctionne pour le pays sont les suivantes :

- La création d'une équipe unifiée de surveillance et d'analyse, qui constitue une référence unique pour tous les besoins en matière de surveillance et d'analyse ;
- L'élaboration d'un plan opérationnel de surveillance harmonisé au niveau national ;
- Le développement de capacités ciblées en matière de ressources humaines, tant au niveau national qu'infranational ;
- L'harmonisation des orientations sur le terrain et des outils de collecte de données ; et
- L'harmonisation de l'infrastructure de gestion des données et des informations.

## Prochaines étapes

Les régions et les pays ont adopté des approches différentes et sont à des stades différents d'approbation et de mise en œuvre de l'intégration et de la transition. Cependant, pour que l'intégration soit réussie, le programme doit systématiquement examiner et promouvoir l'intégration à chaque étape des processus de surveillance de la poliomyélite aux niveaux national, régional et mondial, en mettant l'accent sur les pays prioritaires.

Pour réussir l'intégration, quelques pays prioritaires seront privilégiés pour une mise en œuvre rapide. L'IMEP a déjà pris des mesures et certaines activités intégrées sont proposées dans le présent GPSAP. Le Groupe chargé de la surveillance poursuivra l'intégration en collaborant avec d'autres parties prenantes travaillant sur la surveillance des MPV à tendance épidémique afin d'élaborer conjointement une feuille de route qui : définit clairement la vision de l'intégration de la surveillance dans les pays prioritaires, et aborde les étapes opérationnelles de l'intégration dans ces pays, tout en assurant la coordination aux niveaux national, régional et mondial.

## ANNEXE I. GENRE ET SURVEILLANCE DE LA POLIOMYÉLITE

Si les rôles, les normes et les relations entre les genres ne sont pas compris, analysés et traités de manière adéquate, les interventions d'éradication de la poliomyélite ne seront pas aussi efficaces pour atteindre chaque dernier enfant.

L'IMEP a publié sa *Stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023* afin de fournir à la fois une orientation et un champ d'action pour faire avancer l'égalité et renforcer l'intégration de la dimension de genre dans toutes les interventions, stratégies et politiques.<sup>37</sup> Pour aider les partenaires de l'IMEP, les bureaux régionaux et les programmes nationaux à mieux intégrer la dimension de genre, des définitions utiles et une échelle d'évaluation tenant compte de la dimension de genre sont fournies ci-dessous (**Tableau I1** et **Fig. I1**).

**Tableau I1. Définitions relatives au genre**

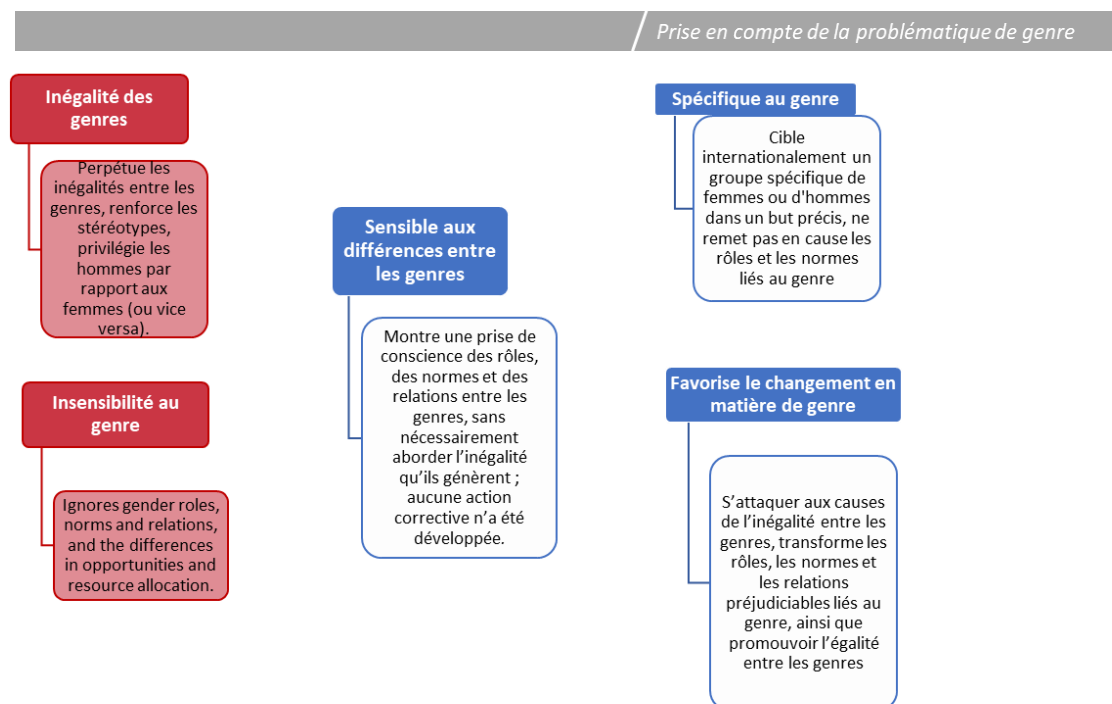
Terme	Définition
<b>Sexe</b>	Généralement attribué à la naissance et fait référence aux caractéristiques biologiques qui définissent les personnes comme étant de sexe féminin, masculin ou intersexe.
<b>Genre</b>	Désigne les rôles, les normes et les comportements socialement construits, qu'une société donnée juge appropriés pour les individus en fonction du sexe qui leur a été attribué à la naissance. Le genre façonne également les relations entre et au sein des groupes de femmes et d'hommes.
<b>Équité des genres</b>	Processus consistant à être équitable envers les femmes et les hommes. Il reconnaît que les hommes et les femmes ont des besoins, un pouvoir et un accès différents aux ressources, qui devaient être identifiés et traités de manière à corriger le déséquilibre. La prise en compte de l'équité des genres mène à l'égalité.
<b>Égalité des genres</b>	L'absence de discrimination fondée sur le sexe ou le genre d'une personne. Il s'agit d'offrir les mêmes chances à chaque personne, y compris l'accès et le contrôle des ressources sociales, économiques et politiques, avec la protection de la loi (comme les services de santé, l'éducation et le droit de vote).
<b>Intégration de la dimension de genre</b>	Processus d'évaluation des implications pour les femmes, les hommes et les personnes de diverses identités de genre de toute action prévue dans un système de santé, y compris la législation, les politiques, les programmes ou la prestation de services, dans tous les domaines techniques et à tous les niveaux. Il s'agit d'une stratégie visant à faire des préoccupations et des expériences des femmes et des hommes une dimension intégrale de la conception, de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques et des programmes dans tous les domaines, afin qu'ils en bénéficient également et que l'inégalité ne se perpétue pas. L'intégration de la dimension de genre n'est pas une fin en soi, mais une stratégie, une approche et un moyen d'atteindre l'objectif de l'égalité des genres.
<b>Sensibilité au genre</b>	Des programmes qui témoignent d'une prise de conscience des rôles, des normes et des relations de genre, sans nécessairement s'attaquer aux inégalités qu'ils génèrent. Aucune action corrective n'est développée.
<b>Sensibilité à la problématique de genre</b>	Programmes ou politiques où les normes, les rôles et les inégalités entre les genres ont été pris en compte et des mesures ont été prises pour y remédier activement. Ils vont au-delà de la sensibilité au genre et comprennent des actions spécifiques au genre et des actions de transformation du genre.
<b>Spécifique au genre</b>	Programmes qui ciblent intentionnellement un Groupe spécifique de femmes ou d'hommes dans un but précis, mais qui ne remettent pas en cause les rôles et les normes liés au genre.
<b>Changement de genre</b>	Approches qui tentent de redéfinir et de modifier les rôles, normes, attitudes et pratiques existants en matière de genre. Ces interventions s'attaquent aux causes profondes de l'inégalité entre les genres et remodelent les relations de pouvoir inégales.

\*Définitions tirées de *the IA2030 Gender Annex* (Annexe sur le genre de l'IA2030) (publication à venir), du WHO's Gender Mainstreaming Manual for health managers and WHO Q&R [https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1) et <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health>.

<sup>37</sup> Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2019 [https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Gender\\_Strategy\\_FR.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Gender_Strategy_FR.pdf).



Fig. I1. Échelle d'évaluation tenant compte de la problématique de genre



Source : Adapté de WHO's Gender Responsive Assessment Scale: Criteria for assessing programmes and policies. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2011 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501064\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44516/9789241501064_eng.pdf)).

## Retards dans la détection liés au genre

Quel que soit le contexte, et en particulier dans les zones à haut risque et auprès de populations particulières, le système de surveillance de la poliomyélite doit être en mesure d'identifier les étapes auxquelles les normes, les rôles et les relations entre les genres, ainsi que les inégalités existantes entre les genres, peuvent affecter la détection et la notification des cas (**Tableau I2**).

Pour minimiser le risque de retards dans la détection liés au genre :

- Les programmes sont encouragés à collecter et à analyser systématiquement les données ventilées par sexe, notamment au moyen de formulaires d'investigation des cas (CIF) et d'outils analytiques adaptés, et à identifier les étapes présentant des retards constants et récurrents (sur une période de 12 à 24 mois) en matière de détection, de notification et d'enquête, qui peuvent être associés à des obstacles liés au genre.
- Lorsqu'ils sont observés, les agents de surveillance et/ou les responsables de programme devraient procéder à des évaluations approfondies avec le soutien des responsables et des spécialistes en matière d'égalité des genres et envisager des mesures possibles et acceptables au niveau local pour combler les lacunes (voir **Tableau I2**).

Lorsque vous envisagez des mesures pour informer et soutenir les interventions de surveillance, il faut toujours :

- contacter et collaborer avec des Groupes de femmes, des Comités de santé des femmes, des réseaux locaux et d'autres organisations ayant une solide compréhension et une grande influence des comportements en matière de recours aux soins, les obstacles liés au genre et les questions de santé des enfants ;
- consulter les autorités communautaires, les chefs religieux, les personnes influentes et âgées, y compris les femmes, pour sensibiliser et négocier l'accès aux ménages et augmenter la participation des femmes ;
- sensibiliser et promouvoir la participation égale des pères et des hommes à la garde des enfants, aux soins et aux responsabilités et tâches ménagères ; et
- veiller à ce que les canaux de communication, les outils, le matériel et les messages soient spécifiques au contexte, fondés sur une analyse de genre et exempts de stéréotypes de genre préjudiciables.

**Tableau I2. Exemples d'obstacles liés au genre dans la détection et la riposte en matière de surveillance**

Étapes	Problèmes possibles et leurs causes	Mesures possibles
<p><b>Du début de paralysie jusqu'au recours aux soins</b></p>	<p>Non-recours aux soins ou retard dans le recours aux soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les femmes soignantes n'ont pas de pouvoir de prise de décision et/ou sont confrontées à des difficultés ou à des restrictions en matière de mobilité (manque de moyens de transport, d'argent, de temps, tâches ménagères multiples, besoin d'une autorisation pour se rendre à un établissement de santé et/ou d'un accompagnateur de sexe masculin/un compagnon de voyage)</li> <li>• le faible niveau de sensibilisation et d'alphabétisation des femmes soignantes et le manque d'accès aux informations sur la santé dans des formats adaptés</li> <li>• attitude discriminatoire dans le comportement en matière de recours aux soins chez les patientes (par exemple, accès prioritaire des garçons aux soins de santé / retards dans le recours aux soins pour les filles, mauvaise qualité des services des agents de santé envers les femmes)</li> <li>• Absence de prestataires de soins de santé féminins locaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effectuer une analyse/évaluation de genre afin d'identifier les obstacles spécifiques au contexte/à la situation.</li> <li>• Plaidoyer auprès des autorités locales</li> <li>• Sensibiliser la communauté et impliquer les hommes dans les activités de sensibilisation et d'information.</li> <li>• Adapter les services aux besoins des femmes (adaptation des horaires d'ouverture des services de santé, activités de sensibilisation en matière de surveillance, etc.)</li> </ul>

<b>Notification</b>	<p>Notification tardive ou absence de notification pour cause de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• insuffisance des connaissances et des possibilités de formation offertes aux femmes soignantes</li> <li>• hiérarchie médicale non réceptive lorsqu'une femme employée signale un cas de PFA</li> <li>• les visites de surveillance active ne sont pas effectuées régulièrement et/ou de manière adéquate en raison de l'absence de moyens de transport appropriés et/ou d'une escorte masculine.</li> <li>• l'absence de femmes en tant qu'informatrices communautaires (par exemple, dans la SBC) en raison des normes et rôles existants en matière de genre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer la disponibilité de la formation pour tout le personnel</li> <li>• S'engager avec les femmes travaillant en première ligne pour identifier et répondre à leurs besoins et défis, en particulier ceux liés à la sécurité (par exemple, le calendrier des formations, les options de transport, le lieu).</li> <li>• Sensibiliser les agents de santé locaux (y compris aux considérations de sécurité).</li> <li>• Assurer la disponibilité de moyens de transport sûrs et adéquats pour le personnel</li> <li>• Contacter et collaborer avec les Groupes de femmes locaux pour trouver des solutions.</li> <li>• Ajuster la composition de l'équipe de la SBC</li> </ul>
<b>Enquête sur le cas Et/ou collecte des selles</b>	<p>Enquête et/ou collecte des selles retardée en raison de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• insuffisance des possibilités de formation offertes aux agents de surveillance féminins</li> <li>• manque d'agents de surveillance féminins nécessaires pour accéder au domicile d'un cas de PFA</li> <li>• incapacité des femmes soignantes à passer la nuit dans un établissement de santé lorsque le malade est hospitalisé</li> <li>• les risques de sûreté et de sécurité auxquels sont confrontées les femmes employées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• la formation des agents de santé/surveillance tient compte des défis liés au genre et des obstacles à la participation des femmes (par exemple, le lieu, le moment, le transport, compagnon de voyage si nécessaire).</li> <li>• ajuster la composition de l'équipe de surveillance</li> <li>• sensibiliser le système de santé local et/ou la communauté</li> <li>• assurer la sécurité des femmes travaillant en première ligne</li> </ul>

PFA = paralysie flasque aiguë ; SBC = surveillance à base communautaire

## Genre, environnement de travail et culture organisationnelle

Les responsables de la surveillance de la poliomyélite devraient veiller à ce qu'une approche de genre soit également appliquée au programme, à la fois pour promouvoir l'égalité des genres et pour s'attaquer à tout obstacle lié au genre ou à d'autres facteurs ayant un impact sur la sécurité et les performances de son personnel, ainsi que sur son avancement professionnel. Une organisation qui ne promeut pas l'égalité des genres, qui ne répond pas aux besoins des femmes et des hommes dans ses politiques et ses programmes, et ne renforce pas la participation significative des femmes à tous les niveaux, ne peut pas offrir un environnement de travail sûr et propice et une culture qui maximise son potentiel.

### Mesures à envisager

- Augmenter la participation égale et significative des femmes à l'effectif de surveillance à tous les niveaux et identifier les lacunes dans la composition des équipes de surveillance qui peuvent

contribuer à des déficiences dans les enquêtes sur les cas (par exemple, des équipes exclusivement masculines ne pouvant pas accéder aux maisons dans certains contextes). Cela inclut l'équilibre entre les genres parmi les superviseurs.

- Identifier les besoins et les obstacles spécifiques rencontrés par les employées travaillant en première ligne pour augmenter la participation des femmes (par exemple, les besoins ou les obstacles liés à la mobilité, à la sécurité, au transport, à l'équipement, à l'alphabétisation [y compris l'alphabétisation numérique] et à la formation).
- Offrir une formation obligatoire à tout le personnel sur les PRSEAH.
- Echanger des informations sur les mécanismes de notification et de soutien existants et les systèmes mis en place pour faire face à toutes les formes d'exploitation, d'abus ou de harcèlement sexuels.
- Si ce n'est pas déjà fait, mettre en place des mécanismes de communication pour que les femmes qui participent à la surveillance de la poliomyélite puissent exprimer et discuter en toute confiance des questions ayant un impact sur leur bien-être physique et émotionnel au travail (par exemple, le mentorat, le représentant du personnel).
- Veiller à ce que le module sur le genre soit inclus dans toutes les formations sur la surveillance de la poliomyélite, en mettant l'accent sur une description du genre et des obstacles liés au genre dans la surveillance.
- Institutionnaliser la prestation systématique et régulière d'une analyse comparative de genre dans tous les rapports.
- Veiller à ce que les sessions de formation et de sensibilisation se déroulent dans les établissements de santé ou au sein des communautés :
  - Inclure les obstacles à la vaccination et à la surveillance liés au genre ;
  - Souligner l'égalité des responsabilités parentales et des responsabilités partagées en matière de soins et promouvoir la participation égale des pères à la garde des enfants, aux soins et aux tâches ménagères (en préférant les termes "parents et agents de santé") ;
  - Veiller à ce que des femmes et des hommes de divers horizons soient représentés dans les visuels et les images de formation ;
  - Fournir, dans la mesure du possible, des données ventilées par sexe et une analyse sur le genre, lorsque des exemples et des illustrations de la "vie réelle" sont nécessaires, et souligner l'importance de recueillir et d'analyser des données ventilées par sexe dans toutes les activités de suivi et d'évaluation;
  - Sont accessibles à tous les participants (par exemple, les installations sont sûres et facilement accessibles, le moment est propice, la disposition des sièges est appropriée, et les organisateurs et les animateurs savent comment animer les sessions pour garantir la participation de tous).

## Indicateurs liés au genre

L'IMEP a identifié des indicateurs de surveillance liés au genre et la surveillance de la poliomyélite (Tableau I3 et Annexe E).

Tableau I3. Indicateurs de suivi liés au genre

Indicateurs	Calcul (exprimé en pourcentage)
Détection de cas de PFA – Système	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA** par sexe avec des résultats définitifs de laboratoire } \leq 35 \text{ jours suivant le début de paralysie.}}{\text{Nombre de cas de PFA}}$
Promptitude des activités sur le terrain	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA par sexe avec 2 échantillons prélevés à } \geq 24 \text{ heures d'intervalle, les deux dans les 11 jours suivant le début de paralysie.}}{\text{Nombre de cas de PFA notifiés}}$
Promptitude de notification	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA par sexe notifiés dans les 7 jours suivant le début de paralysie}}{\text{Nombre de cas de PFA notifiés}}$
Contact de santé	$\frac{\text{Nombre de cas de PFA par sexe avec } \leq 2 \text{ consultations médicales entre le début de paralysie et avant la notification.}}{\text{Nombre de cas de PFA}}$
Profil professionnel par sexe (par catégorie)	$\frac{\text{Nombre de femmes [profil professionnel]}}{\text{Nombre de total d'employés ou d'informateurs (par catégorie : agent de surveillance, superviseur, informateur de SBC)}}$
Personnel ayant terminé la formation sur les PRSEAH	$\frac{\text{Nombre d'agents de surveillance ayant suivi la formation sur les PRSEAH}}{\text{Nombre d'employés}}$

PFA = paralysie flasque aiguë ; SBC = surveillance à base communautaire ; PRSEAH = Prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel

\*\*Résultats agrégés : tous les résultats de laboratoire (PFA + contacts) utilisés pour classer les cas de PFA comme confirmés/infirmés.

Tableau I4. Ressources sur le genre et la santé

Zone	Ressources
Ressources de l'IMEP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Stratégie pour l'égalité des genres 2019–2023</a> (2019)</li> <li>• <a href="#">Technical Brief: Gender</a> (2018)</li> </ul>
Outils et ressources d'orientation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WHO. <i>Gender Analysis Matrix (GAM) and Gender Analysis Questions (GAQ) in Gender mainstreaming for health managers: a practical approach</i> (2011)</li> <li>• Jhpiego. <i>Gender analysis toolkit for health systems</i> (2016)</li> <li>• UNICEF Regional Office for South Asia. <i>Gender toolkit: Integrating gender in programming for every child in South Asia</i> (2018)</li> <li>• UNICEF Regional Office for South Asia. <i>Gender-responsive communication for development: guidance, tools, and resources</i> (2018)</li> <li>• UNICEF Regional Office for South Asia. <i>Immunization and gender: a practical guide to integrate a gender lens into immunization programmes</i> (2019)</li> </ul>

## ANNEXE J. BUDGET ET FINANCES

Dans le cadre de l'effort d'éradication, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) fournit un soutien financier direct pour la surveillance aux pays, généralement par l'intermédiaire de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), mais également sous forme de soutien direct par des partenaires spécifiques de l'IMEP aux pays, régions ou à d'autres parties prenantes. Les fonds de l'IMEP qui sont inclus dans le budget officiel approuvé par l'IMEP sont appelés « *besoins en ressources financières (FRR)* » de l'IMEP. Les autres appuis fournis par les partenaires et les donateurs sont considérés comme des soutiens hors FRR.

Pour s'assurer que le programme atteigne les objectifs de la Stratégie de l'IMEP en matière de surveillance, notamment en ce qui concerne la promptitude de la détection, le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance a travaillé avec les bureaux régionaux de l'OMS pour élaborer des plans et des budgets de surveillance pour tous les pays. Le Groupe chargé de la surveillance a soumis une proposition de budget au Comité stratégique de l'IMEP, et un budget de surveillance final de 155 millions de dollars américains a été soumis au Conseil de surveillance de la poliomyélite, qui l'a approuvé, dans le cadre des besoins en ressources financières globaux de l'IMEP pour 2022 (**Tableau J1**).

**Tableau J1. Budget de surveillance de l'IMEP, besoins en ressources financières, 2022**

Région de l'OMS	Centres de coûts	Assistance technique	Coût de fonctionnement de la surveillance	Laboratoire	Total
AFR	AFRO	1,864,000	850,000	4,700,000	7,414,000
	Angola	1,592,000	1,137,000		2,729,000
	Cameroun	184,000	1,137,000		1,321,000
	Tchad	970,000	1,750,000		2,720,000
	RDC	2,256,000	2,887,000		5,143,000
	Éthiopie	1,011,000	2,187,000		3,198,000
	Guinée	199,000	370,000		569,000
	Kenya	593,000	775,000		1,368,000
	Niger	657,000	1,079,000		1,736,000
	Nigéria	12,800,000	8,443,000	2,919,000	24,162,000
Sud-Soudan	658,000	2,975,000		3,633,000	
AMR	AMRO		701,000	267,000	968,000
EMR	EMRO	2,753,000	1,080,000	1,210,000	5,043,000
	Afghanistan	8,722,000	13,224,000		21,946,000
	Pakistan	4,466,000	19,489,000	3,000,000	26,955,000
	Somalie	805,000	4,136,000		4,941,000
	Syrie			24,000	24,000
Yémen			49,000	49,000	
EUR	EURO	251,000	670,000	514,000	1,435,000
HQ	Mondial/HQ	3,239,000	21,750,000*	12,000,000	36,989,000
SEAR	SEARO		675,000	1,289,000	1,964,000
	Myanmar			16,000	16,000
	Bangladesh			55,000	55,000
	Indonésie			68,000	68,000
	Népal			6,000	6,000

WPR	WPRO	129,000	185,000	437,000	751,000
-----	------	---------	---------	---------	---------

AFR = Région africaine ; AFRO = Bureau régional africain ; AMR = Région des Amériques ; AMRO = Bureau régional des Amériques ; EMR = Région de la Méditerranée orientale ; EMRO = Bureau régional de la Méditerranée orientale ; EUR = Région européenne ; EURO = Bureau régional européen ; HQ = Siège ; SEAR = Région de l'Asie du Sud-Est ; SEARO = Bureau régional de l'Asie du Sud-Est ; WPR = Région du Pacifique occidental ; WPRO = Bureau régional du Pacifique occidental

Le budget approuvé comprend un soutien à l'assistance technique et aux coûts de fonctionnement de la surveillance pour deux pays endémiques au PVS, 10 pays prioritaires de la Région africaine et un pays prioritaire non endémique dans la Région de la Méditerranée orientale. Le soutien à l'Afghanistan, au Pakistan et au Nigéria représente 47% du budget global. Le budget global approuvé comprend également des allocations pour le renforcement des capacités, l'expansion de la surveillance environnementale (SE) et l'investissement dans l'infrastructure de gestion des données et des informations.

Dans le cadre de ce budget approuvé, les coûts du laboratoire ont augmenté de 110% pour atteindre 26,5 millions de dollars américains en 2022. Outre le maintien d'un soutien total au laboratoire, le budget prévoit un soutien supplémentaire pour de nouvelles initiatives telles que la détection directe (DD), l'expansion de la capacité de séquençage et le renforcement général de la capacité du laboratoire.

### Hors FRR

Les activités incluses dans le GPSAP 2022-2024 ne sont pas toutes financées par le budget FRR de l'IMEP. La réussite de la mise en œuvre du GPSAP dépendra également des contributions hors FRR, qui soutiennent les activités de base essentielles et les nouvelles initiatives. Le **tableau J2** ci-dessous résume le soutien hors FRR pour 2022. Ce soutien couvre les coûts essentiels de la surveillance dans les pays non endémiques au PVS qui sont financés par le budget de base de l'OMS, le soutien à la surveillance à base communautaire (SBC) dans les pays à haut risque, l'investissement dans l'infrastructure de gestion de l'information et des données, y compris la mise à niveau du système archaïque d'information pour l'action (IFA) et un soutien supplémentaire à l'innovation.

**Tableau J2. Soutien financier pour la surveillance hors des besoins en ressources financières de l'IMEP, 2022**

	Total hors FRR	OMS*	BMGF	CDC	USAID
Coût de fonctionnement de la surveillance	48,928,879	?	32,726,048	7,202,831	9,000,000
Surveillance sur le terrain (PFA et SE)	38,271,539	?	22,588,708	6,682,831	9,000,000
Gestion des données et des informations	10,657,340	?	10,137,340	520,000	
Laboratoire	10,809,572	0	2,499,199	8,310,373	
Assistance technique	-	?			
Total	59,738,451	-	35,225,247	15,513,204	9,000,000

PFA = paralysie flasque aiguë ; BMGF = Fondation Bill & Melinda Gates ; CDC = Centres américains de contrôle et de prévention des maladies ; SE = Surveillance environnementale ; hors FRR = hors les besoins en ressources financières ; USAID = Agence américaine pour le développement international ; OMS = Organisation mondiale de la santé.

### **Besoins supplémentaires**

Compte tenu de la volonté d'améliorer la qualité de la surveillance dans tous les pays prioritaires, des mesures ciblées d'amélioration de la surveillance peuvent s'avérer nécessaires. Lorsque ces besoins se feront sentir, le Groupe chargé de la surveillance examinera les plans proposés, y compris les ressources supplémentaires nécessaires. Conformément au processus et à la procédure établis, si les besoins en ressources supplémentaires ne peuvent être satisfaits dans le cadre du budget approuvé, le Groupe chargé de la surveillance soumettra la proposition au Comité stratégique de l'IMEP pour examen.

### **Prochaines étapes**

Le Groupe chargé de la surveillance réalisera les activités de suivi et d'évaluation suivantes :

- ✓ Sur une base mensuelle, produire des synthèses d'utilisation du FRR par centre de coûts, à partager avec tous les bureaux concernés.
- ✓ Sur une base trimestrielle, effectuer une revue conjointe de la mise en œuvre du programme, y compris l'utilisation des allocations FRR.
- ✓ Sur une base semestrielle, inclure un récit sur l'utilisation du FRR dans le rapport du Groupe chargé de la surveillance au Comité stratégique.
- ✓ Sur une base annuelle, évaluer les perspectives mondiales de financement de la surveillance, y compris celles qui ne sont pas liées au FRR, et les inclure dans le retour d'information annuel au Comité stratégique.



## ANNEXE K. RESSOURCES

### Programme information

- Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). (site web) - <http://polioeradication.org/>  
Le site web de l'IMEP contient des données actualisées sur le poliovirus sauvage et le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
- Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 : Tenir notre promesse. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350556/9789240035300-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.  
Disponible en Anglais, 中文, Arabe, Русский, et Español at: <https://polioeradication.org/gpei-strategy-2022-2026>
- Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Plan d'action mondial de surveillance de la poliomyélite, 2018-2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020-FR-1.pdf>.

### Surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA)

- Global Guidelines for Acute Flaccid Paralysis (AFP) and Poliovirus Surveillance. En cours de développement
- Interim Quick Reference on Strengthening Polio Surveillance during a Poliovirus Outbreak. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2021 ([https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference\\_Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks\\_24-March-2021.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference_Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks_24-March-2021.pdf)).
- Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas & Populations. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidelines-polio-surveillance-H2R-areas.pdf>).
- Job Aid: Use of AFP contact sampling and targeted healthy children stool sampling. Genève: Organisation mondiale de la santé (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/AFP-contact-sampling-and-targeted-healthy-children-stool-sampling-20200327.pdf>).

### Surveillance environnementale (SE)

- Field Guidance for the Implementation of Environmental Surveillance for Poliovirus. En cours de développement.
- Guidelines on Environmental Surveillance for the Detection of Polioviruses. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2015 ([polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPLN\\_GuidelinesES\\_April2015.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPLN_GuidelinesES_April2015.pdf)).
- Procédures opérationnelles standardisées, Riposte à un événement ou à une flambée de poliomyélite. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020, (<https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240002999>).
- Abdullahi WH, Blake IM, Sume G, Braka F, Jimoh A, Dahiru H, Bonos M, et al. Characterizing Environmental Surveillance Sites in Nigéria and Their Sensitivity to Detect Poliovirus and Other Enteroviruses. J Infect Dis. 2020; jiaa175,1-10 (<https://doi.org/10.1093/infdis/jiaa175>).

### Mise en œuvre du nVPO2 - suivi post-déploiement pour la surveillance

- « Exigences en matière de surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire dans le contexte de l'utilisation du nVPO2 ». Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021, <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/Polio-Field-and-Laboratory-Surveillance-requirements-in-the-context-of-nOPV2-use-20201031-FR.pdf>

### Surveillance à base communautaire (SBC)

- Technical Contributors to the June 2018 WHO meeting. A definition for community-based surveillance and a way forward: results of the WHO global technical meeting, France, 26 to 28 June 2018. Euro Surveill. 2019;24(2): pii=1800681 (<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.2.1800681>).

### **Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience (PVDVi)**

- Guidelines for Implementing Poliovirus Surveillance among Patients with Primary Immunodeficiency Disorders (PIDs). Genève: Organisation mondiale de la santé; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/Guidelines-for-Implementing-PID-Surveillance-3.3-20201215.pdf>).
- Li L, Ivanova O, Driss N, Tiongco-Recto M, da Silva R, Shahmahmoodi S, Sazzad H, Mach O, Kahn AL, Sutter RW. Poliovirus excretion among persons with primary immune deficiency disorders: summary of a seven-country study series. J Infect Dis. 2014;210 Suppl 1, S368-372 (<https://doi.org/10.1093/infdis/jiu065>).

### **Dépistage du Poliovirus**

- Département de la Vaccination, des vaccins et des produits biologiques. WHO Polio Laboratory Manual 4th ed. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la santé ; 2004 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68762/WHO\\_IVB\\_04.10.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68762/WHO_IVB_04.10.pdf)).

### **Genre**

- Équipe spéciale de l'OMS pour la prévention de l'exploitation sexuelle, des abus sexuels et du harcèlement sexuel (site web) - [https://www.who.int/fr/publications/m/item/information-on-policy-directive-on-protection-from-sexual-exploitation-and-sexual-abuse-\(sea\)](https://www.who.int/fr/publications/m/item/information-on-policy-directive-on-protection-from-sexual-exploitation-and-sexual-abuse-(sea))
- Informations relatives à la directive sur la protection contre l'exploitation et les abus sexuels. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2021 ([https://www.who.int/publications/m/item/information-on-policy-directive-on-protection-from-sexual-exploitation-and-sexual-abuse-\(sea\)](https://www.who.int/publications/m/item/information-on-policy-directive-on-protection-from-sexual-exploitation-and-sexual-abuse-(sea))).

### **COVID-19**

- Interim guidance for poliomyelitis (polio) surveillance network in the context of coronavirus disease (COVID-19), updated. Genève: Organisation mondiale de la santé; Mars 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Polio-surveillance-guidance-in-the-context-of-COVID-update-20210325.pdf>).
- Call to Action to Support COVID-19 Response: Polio Oversight Board Statement. Genève : Organisation mondiale de la santé; Avril 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/04/POB-COVID-19-Statement-20200402.pdf>).
- Polio Eradication and Essential Programme on Immunization Interim Programme of Work for Integrated Actions in the context of the COVID-19 pandemic. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/09/Integration-POW-under-Covid-v2.0.pdf>).
- Sharif S, Ikram A, Khurshid A, Salman M, Mehmood N, Arshad Y, et al. Detection of SARs-CoV-2 in wastewater using the existing environmental surveillance network: A potential supplementary system for monitoring COVID-19 transmission. PLoS ONE. 2021;16(6):e0249568 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249568>).
- Zomahoun DJ, Burman AL, Snider CJ, Chauvin C, Gardner T, Lickness JS, Ahmed JA, Diop O, Gerber S, Anand A. Impact of COVID-19 Pandemic on Global Poliovirus Surveillance. MMWR-Morbid Mortal W. 2021 Jan 1;69(5152):1648-1652 (<http://doi.org/10.15585/mmwr.mm695152a4>).

### **Intégration et transition**

- Polio Eradication and Essential Programme on Immunization Interim Programme of Work for Integrated Actions in the context of the COVID-19 pandemic. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/09/Integration-POW-under-Covid-v2.0.pdf>).
- Comité de suivi indépendant de la transition pour la poliomyélite (TIMB). 4ème report, Navigating complexity. Janvier 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/4th-TIMB-Report-Navigating-Complexity-20210131.pdf>).
- Stratégie mondiale pour la surveillance globale des maladies à prévention vaccinale (MPV). OMS, Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020. [http://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/Global\\_Comprehensive\\_VPD\\_Surveillance\\_Strategy\\_IA2030\\_FR.pdf](http://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/Global_Comprehensive_VPD_Surveillance_Strategy_IA2030_FR.pdf).
- Urgences sanitaires (WHE) de l'OMS. Global pandemic preparedness strategy. En cours

### **Post-Certification**

- Stratégie post-certification de la poliomyélite. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/04/polio-post-certification-strategy-20180424-fr.pdf>).