



INITIATIVE
MONDIALE POUR
L'ERADICATION DE LA **POLIO**

Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026

Tenir notre
promesse





INITIATIVE
MONDIALE POUR
L'ERADICATION DE LA **POLIO**

Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026

Tenir notre
promesse



Stratégie d'éradication de la Poliomyélite 2022–2026 : tenir notre promesse
[Polio Eradication Strategy 2022–2026: delivering on a promise]

ISBN 978-92-4-003530-0 (version électronique)
ISBN 978-92-4-003531-7 (version imprimée)

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 2021

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 Stratégie d'éradication de la Poliomyélite 2022–2026 : tenir notre promesse [Polio Eradication Strategy 2022–2026: delivering on a promise]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021. Licence : [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-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 <http://www.who.int/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.

Le présent document synthétise les contributions découlant d'un processus dirigé par les institutions partenaires de l'IMEP : Rotary International, OMS, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Fondation Bill & Melinda Gates, et Gavi, l'Alliance du vaccin.

Conception et mise en page : Evalueserve.

Photo de couverture : UNICEF Pakistan / Syed Mehdi Bukhari

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	iv
Remerciements	vi
Acronymes et abréviations	vii
Résumé d'orientation	viii
Vue d'ensemble	1
But 1 : Interrompre définitivement toute transmission du poliovirus dans les pays d'endémie	7
Contexte épidémiologique.....	7
Difficultés actuelles	7
Voie à suivre pour interrompre définitivement toute transmission du poliovirus dans les pays d'endémie ..	8
1. Créer un sentiment d'urgence et la responsabilisation au moyen du plaidoyer pour obtenir une volonté politique	11
2. Favoriser l'acceptation du vaccin par un engagement des communautés adapté au contexte	12
3. Améliorer les succès en première ligne en modifiant les opérations de campagne	15
4. Accélérer les progrès en développant les efforts d'intégration et l'unification des partenariats	16
5. Améliorer la détection et la riposte au moyen d'une surveillance sensible.....	18
But 2 : Arrêter la transmission des PVDVc et prévenir les flambées dans les pays où la poliomyélite n'est pas endémique	21
Contexte épidémiologique	21
Difficultés actuelles	22
Voie à suivre pour arrêter la transmission du PVDVc2 et prévenir les flambées dans les pays où la poliomyélite n'est pas endémique	22
1. Créer un sentiment d'urgence et la responsabilisation au moyen du plaidoyer pour obtenir une volonté politique	24
2. Améliorer la détection et la riposte au moyen d'une surveillance sensible	25
3. Améliorer les succès en première ligne en modifiant les opérations de riposte aux flambées	27
4. Favoriser l'acceptation du vaccin par un engagement des communautés adapté au contexte	30
5. Accélérer les progrès en développant les efforts d'intégration et l'unification des partenariats	32
Environnement favorable	35
1. Structure de l'IMEP	35
2. Égalité des genres	36
3. Communication	37
4. Approvisionnement en vaccins	38
La situation de l'approvisionnement en vaccins antipoliomyélitiques	38
6. Cadre de suivi et d'évaluation	40
7. Financement et chiffrage du coût	42
Préparation pour le monde post-certification	44
Confinement des poliovirus	45
Abandon du VPO.....	46
Annexe A. Liste des parties prenantes consultées	47
Annexe B. Situation épidémiologique actuelle.....	48
Annexe C. Programme pour la vaccination à l'horizon 2030	50
Annexe D. Intégration.....	51
Annexe E. Risques	54
Annexe F. Objectifs de la stratégie et indicateurs de performance	58
Annexe G. Planification prévoyant diverses éventualités pour le nVPO2	62
Annexe H. Examen de la gestion	64
Annexe I. Intégration des questions de genre	66
Annexe J. Recherche-développement.....	67
Annexe K. Point sur le confinement de la poliomyélite	70

■ AVANT-PROPOS

La promesse d'un monde sans poliomyélite a été un élément moteur de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), contribuant à des avancées cruciales dans le domaine de la santé au cours des trois dernières décennies. En effet, avant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), l'éradication de la poliomyélite représentait pour beaucoup ce que le monde pouvait réaliser en s'unissant pour protéger et promouvoir la santé de tous les enfants.

Tandis que le monde - et notamment les systèmes de santé des pays - s'adaptait à la nouvelle menace mondiale posée par la COVID-19, l'IMEP procédait à un examen approfondi visant à déterminer les obstacles à l'éradication et à élaborer une nouvelle stratégie permettant de tenir la promesse d'un monde sans poliomyélite. La tâche s'est avérée d'autant plus complexe que le programme a dû recenser les difficultés rencontrées au cours des années précédant la COVID-19 et définir des solutions qui fonctionneront dans un monde peut-être transformé à jamais après la COVID-19. Il ne fait pas l'ombre d'un doute que le plus grand atout pour cet exercice a été les plus de 300 parties prenantes qui, lors d'entretiens, d'ateliers et d'examen, ont permis de mieux connaître et comprendre le nouveau terrain méconnu de l'éradication de la poliomyélite tout en atténuant les risques et en répondant aux besoins d'une pandémie.



Au cours des derniers mois, il est apparu clairement que pour remettre l'IMEP sur la voie de l'éradication, nous devons opérer dans l'urgence tout en rendant davantage compte au partenariat collectif, en répondant mieux aux besoins des communautés touchées qui se recoupent, en accueillant plus favorablement les champs d'expertise convergents et en œuvrant davantage à l'intégration dans des programmes sociaux et sanitaires qui fournissent des interventions essentielles à des populations vulnérables.

La **Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026** correspond au type d'approches intégrées qui seront nécessaires pour tenir la promesse de l'éradication.

Avec cette nouvelle stratégie, nous pensons que l'IMEP a reconsidéré sa relation avec les gouvernements, a augmenté le niveau de son engagement avec les communautés touchées par la poliomyélite, a opéré des changements afin de favoriser l'autonomie du personnel en première ligne et de le protéger, et élargi ses partenariats pour générer un impact supérieur dans les zones géographiques prioritaires pour la poliomyélite, ainsi que des innovations décisives qui amélioreront la détection et la riposte. La stratégie fixe également des objectifs précis pour que le programme prenne davantage en compte les questions de genre, eu égard au fait que plus la participation constructive et l'autonomisation des femmes deviennent un élément fondamental de l'action de l'IMEP, comme indiqué dans la *Stratégie pour l'égalité des genres*, plus les progrès effectués en vue de l'éradication seront importants. Pour poursuivre l'alignement sur le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (Vaccination 2030) et le plan stratégique de Gavi, l'Alliance du Vaccin (Gavi 5.0), la nouvelle stratégie propose une approche plus holistique de la vaccination et partage les principes du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 qui consistent à placer l'individu au centre, à favoriser la prise en main par les pays, à promouvoir le partenariat comme socle et à utiliser les données pour la prise de décisions.

Après la mise à jour de la stratégie et la définition d'une voie vers l'éradication, nous devons accélérer la réalisation de progrès à l'approche de la période 2022–2026. Les parties prenantes ont bien formulé cet enjeu pendant le processus de consultation lorsqu'elles ont indiqué qu'il convenait maintenant non pas seulement de faire les bonnes choses ou les choses difficiles, mais les choses vraiment difficiles.

En tant que membres du Conseil de surveillance de la poliomyélite, nous nous joignons au reste du partenariat pour exprimer notre engagement en faveur d'une plus grande responsabilisation sur la voie de l'éradication. Lors de nos réunions, les membres du Conseil de surveillance de la poliomyélite examineront régulièrement le nouveau cadre de suivi et d'évaluation et de gestion des risques de la stratégie. Nous sommes à vos côtés, réaffirmant notre engagement à éradiquer la poliomyélite.

En travaillant ensemble et en partenariat étroit avec les pays touchés, nous pouvons rattraper le retard pris par la lutte contre la poliomyélite pendant la pandémie de COVID-19, en continuant à se servir de l'infrastructure du programme pour soutenir les systèmes de santé fragiles. Bien que la COVID-19 continue de poser des difficultés aux programmes de santé partout dans le monde, nous décelons une possibilité de revenir plus forts dans notre entreprise visant à créer un monde plus sain et plus équitable, et qui compte notamment l'éradication d'une des maladies infectieuses les plus cruelles et ainsi la garantie que la poliomyélite n'est plus une menace pour les enfants et les familles nulle part sur la planète.

Le Conseil de surveillance de la poliomyélite de l'IMEP



Chris Elias

*Président de la Division Développement mondial, Bill & Melinda Gates Foundation
Président du Conseil de surveillance de la poliomyélite en 2021*



Mike McGovern

*Président du Comité international PolioPlus,
Rotary International*



Seth Berkley

Directeur exécutif de Gavi, l'Alliance du vaccin



Tedros Adhanom Ghebreyesus

Directeur général de l'OMS



Henrietta Fore

Directrice générale du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)



Rochelle Walensky

Directrice des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis

REMERCIEMENTS

L'IMEP a mobilisé un large éventail de parties prenantes au cours de l'élaboration de *la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026 : Tenir notre promesse*. Le processus de participation a bénéficié des généreuses contributions des équipes de pays, des gouvernements nationaux, des donateurs et de plus de 40 groupes externes et internes d'experts, nombre d'entre eux ont encouragé le partenariat à adopter une approche plus holistique pour l'éradication de la poliomyélite (voir l'**Annexe A**).

De toutes les contributions des participants a découlé une stratégie dont l'objectif est de surmonter les difficultés restantes en convenant que l'éradication de la poliomyélite dépend d'une vaste palette de partenaires et d'une diversité d'acteurs.

Compte tenu des contributions inestimables qu'ils apportent à la santé mondiale en vaccinant les enfants et en fournissant d'autres services de santé à leurs communautés, l'IMEP dédie la présente stratégie aux intervenants de première ligne, et en particulier à ces intervenants qui ont perdu la vie. La présente stratégie est également dédiée aux enfants, aux adolescents et aux adultes atteints par la poliomyélite et aux porte-paroles affectés par la poliomyélite qui ont utilisé leur voix et leur expérience pour jouer un rôle clé dans les activités liées à l'éradication.



ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

ANC	Autorité nationale chargée du confinement	PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
ARNm	Acide ribonucléique messager	PVDV1	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 1
AVS	Activité de vaccination supplémentaire	PVDV2	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2
CMC	Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite	PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
COU	Centre d'opérations d'urgence	PVDVc1	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1
COVID-19	Maladie à coronavirus 2019	PVDVc2	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2
GAPIII	Plan d'action mondial visant à minimiser les risques post-éradication associés à la propagation des poliovirus (3ème édition)	PVDVc3	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 3
GT nVPO2	Groupe de travail sur le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2	PVS	Poliovirus sauvage
GTC-CMC	Groupe de travail sur le confinement de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite	PVS1	Poliovirus sauvage de type 1
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite	PVS2	Poliovirus sauvage de type 2
LQAS	Échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité	PVS3	Poliovirus sauvage de type 3
MAPI	Manifestation postvaccinale indésirable	R-D	Recherche-développement
MNCAH	Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	RMLP	Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite
MPV	Maladie à prévention vaccinale	RSI	Règlement sanitaire international
nVPO1	Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 1	RSS	Renforcement des systèmes de santé
nVPO2	Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2	SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination
nVPO3	Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 3	SC	Comité stratégique
OMS	Organisation mondiale de la Santé	SE	Surveillance environnementale
ONG	Organisation non gouvernementale	SIG	Système d'information géographique
ORPG	Groupe pour la riposte et la préparation aux flambées	MON	Modes opératoires normalisés
PAUN	Plan d'action d'urgence national	SPC	Stratégie post-certification
PEV	Programme élargi de vaccination	SSP	Soins de santé primaires
PFA	Paralysie flasque aiguë	GCT	Groupe consultatif technique
PFANP	Paralysie flasque aiguë non poliomyélitique	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
POB	Conseil de surveillance de la poliomyélite	Vaccination 2030	Programme pour la vaccination à l'horizon 2030
PPPV	Poliomyélite paralytique postvaccinale	VE	Vaccination essentielle
PPV	Particule pseudo-virale	VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
PQ	Préqualification	VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
PRC	Comité de recherche sur la poliomyélite	VPO2	Vaccin antipoliomyélitique oral de type 2
protocole EUL	protocole d'autorisation d'utilisation d'urgence	VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
		VPOm1	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 1
		VPOm2	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2
		VPOm3	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 3
		VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent

■ RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Au cours de la dernière décennie, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a progressé régulièrement sur la voie de l'éradication. Les poliovirus sauvages des types 2 et 3 (PVS2 et PVS3) ont été déclarés éradiqués respectivement en 2015 et en 2019 ; la Région OMS (Organisation mondiale de la Santé) de l'Asie du Sud-Est a été déclarée exempte de poliovirus en 2014 ; et, tout récemment, la Région africaine de l'OMS a aussi été déclarée exempte de poliovirus sauvage (PVS) en août 2020. Néanmoins, les dernières étapes vers l'éradication se sont avérées les plus difficiles.

L'IMEP est désormais confrontée à des difficultés programmatiques et épidémiologiques qui requièrent de nouvelles approches permettant de mobiliser le partenariat et de mettre les pays touchés dans les conditions d'une action d'urgence (voir l'**Annexe B**). Pour atteindre finalement un monde libéré de poliomyélite, l'IMEP a renouvelé sa vision de la phase finale, avec un appel urgent à une appropriation et une responsabilisation collectives de l'ensemble du partenariat de l'IMEP et des gouvernements, des communautés et des autres parties prenantes.

La **Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026** propose un ensemble complet d'actions grâce auquel l'IMEP sera en mesure de tenir une promesse qui a rassemblé le monde autour d'un engagement collectif d'éradication de la poliomyélite. Ces actions, dont beaucoup sont déjà en cours en 2021, donneront à l'IMEP le pouvoir de relever les défis à affronter et de parvenir à un monde libéré de la poliomyélite.

L'IMEP transformera son approche dans chaque Région et pays au moyen de cinq objectifs se renforçant mutuellement qui serviront de base à la réalisation deux buts principaux : *But 1* – interrompre définitivement toute transmission du poliovirus dans les derniers pays de transmission endémique du PVS, l'Afghanistan et le Pakistan, et *But 2* – arrêter la transmission des poliovirus circulant dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) et prévenir les flambées dans les pays où la poliomyélite n'est pas endémique.



Objectifs stratégiques



Créer un sentiment d'urgence et la responsabilisation pour obtenir une volonté politique plus forte en revoyant les relations de l'IMEP avec les gouvernements et en systématisant le plaidoyer politique.



Favoriser l'acceptation du vaccin par un engagement des communautés adapté au contexte, afin de réduire les refus et d'augmenter l'engagement local pour la vaccination des enfants.



Accélérer les progrès en développant les efforts d'intégration avec une gamme plus large de partenaires dans les domaines de la vaccination, des soins de santé essentiels et des services communautaires.



Améliorer les succès en première ligne en modifiant les opérations de campagne et de riposte aux flambées, avec notamment la reconnaissance du travail des personnels en première ligne et leur autonomisation.



Renforcer la détection et la riposte au moyen d'une surveillance apportant au programme des informations cruciales pour agir.

But 1 : Interrompre définitivement toute transmission du poliovirus dans les pays d'endémie

Pour préserver l'investissement que des générations ont fait pour l'éradication de la poliomyélite, le **But 1** propose une voie à suivre pour parvenir à l'interruption permanente de la transmission de tous les poliovirus en Afghanistan et au Pakistan. La voie de l'éradication dans les derniers pays d'endémie comprendra :

- une volonté politique plus forte à tous les niveaux du gouvernement et avec tous les acteurs locaux grâce à un engagement en faveur de la nature apolitique de l'éradication de la poliomyélite ;
- un partenariat solide et durable avec les communautés marginalisées, en particulier celles qui vivent là où le risque de la poliomyélite est le plus élevé ;
- un programme qui fonctionne bien avec des effectifs de première ligne motivés et dotés du personnel nécessaire fournissant régulièrement des vaccins au domicile de chaque foyer ou à chaque fois que l'occasion se présente dans les zones où l'accès aux habitations est restreint ;
- une approche de la prestation de services intégrée qui donne la priorité à la vaccination essentielle et à la fourniture d'autres services de santé (voir la **Figure 1**) ;
- un investissement soutenu dans la qualité de la surveillance et de la rapidité de la détection et leur amélioration continue.

Ensemble, ces approches permettront d'améliorer l'efficacité des opérations du programme, modifieront la manière dont le programme écoute les communautés et leur répond et renforceront les engagements des parties prenantes aux niveaux local, provincial et national vis-à-vis de l'éradication.







But 2 : Arrêter la transmission des PVDVc et prévenir les flambées dans les pays où la poliomyélite n'est pas endémique

Les flambées d'infection par le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDV2c) sont devenues un enjeu planétaire, le nombre de cas annuels de PVDV2c enregistrés à l'échelle mondiale ayant été supérieur à ceux de poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) depuis 2017. Alors que l'IMEP a déclaré que 27 flambées avaient été endiguées au cours des deux dernières années, l'ampleur et la vitesse de la propagation de la maladie représentent un risque pour l'éradication mondiale de la poliomyélite. Dans ce contexte, le **But 2** décrit les stratégies et les tactiques visant à mettre l'IMEP et les pays touchés dans les conditions d'une action d'urgence, afin qu'ils mettent un terme à la transmission du PVDV2c. En plus du

maintien d'une surveillance sensible permettant de détecter rapidement tout poliovirus et d'y faire face, les nouvelles approches pour l'interruption de la transmission du PVDVc2 comprendront :

- un plaidoyer politique ciblé et coordonné dans les pays touchés par des flambées pour que la préparation et la riposte aux flambées de poliomyélite soient mises en relation avec le reste des priorités nationales en matière de santé ;
- des structures hiérarchiques d'urgence pour la riposte aux niveaux national, régional et mondial grâce auxquelles des décisions peuvent être prises rapidement pendant la détection des flambées et la riposte ;
- des capacités régionales et nationales accrues propres à soutenir la surveillance et la riposte aux flambées ;
- le déploiement du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2) pour minimiser l'apparition de flambées, et d'autres nouveaux outils, approches et partenaires permettant l'amélioration de la surveillance, de la rapidité et de la qualité de la riposte ainsi que de l'engagement de la communauté ;
- une solide coordination entre le Programme élargi de vaccination (PEV) dans les pays et les partenaires de la vaccination essentielle pour que, dans les zones géographiques prioritaires pour la poliomyélite, les communautés « zéro dose » et sous-vaccinées soient repérées (voir la **Figure 1**).¹

Figure 1. Modalités et régions d'intégration

	Riposte à la pandémie, y compris l'appui à la vaccination anti-COVID-19, partout où l'IMEP est nécessaire.
	Prestation intégrée des services dans les districts à haut risque en <i>Afghanistan</i> .
	Prestation intégrée des services pour les communautés prioritaires au <i>Pakistan</i> .
	Campagnes de vaccination multi-antigénique pour renforcer l'immunité face aux maladies à prévention vaccinale.
	Coordination avec Gavi et le Programme élargi de vaccination sur l'initiative « zéro dose », en incluant la riposte aux flambées.
	Accélération de la transition pour les fonctions essentielles de la poliomyélite dans les zones où la poliomyélite est déjà intégrée.

Source : OMS.

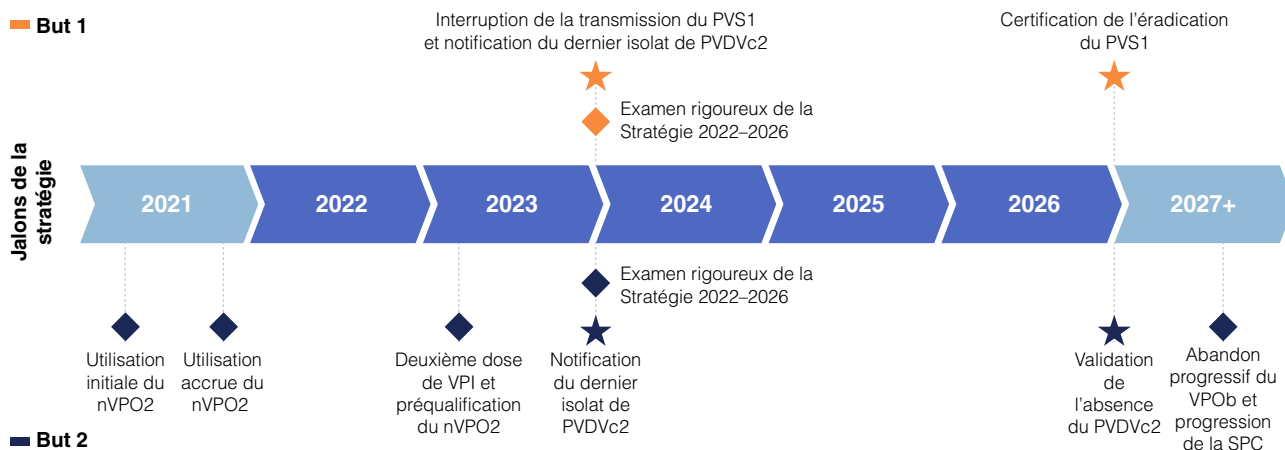
Jalons et mesures du succès

La **Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026** a fixé des critères de référence audacieux pour mesurer les progrès vers l'éradication (voir la **Figure 2**). À cause des incertitudes et des risques sans précédent auxquels le partenariat est confronté, ce calendrier sert d'outil budgétaire et de planification et sera évalué régulièrement, un examen approfondi du programme ayant été planifié pour 2023. La réalisation des derniers jalons pour la certification de l'éradication du PVS1 et de l'interruption du PVDVc2 marquera le lancement officiel de la *Stratégie post-certification* (SPC)², pour laquelle des étapes ont déjà été entreprises en vue du renforcement de la surveillance intégrée de la poliomyélite sur le long terme, des capacités de riposte, de la vaccination essentielle et du confinement.

¹ Les « enfants zéro dose » sont des enfants qui n'ont pas reçu de vaccination essentielle, souvent du fait de systèmes de santé nationaux affaiblis. Cette attention aux communautés défavorisées avec un grand nombre d'enfants « zéro dose » est l'occasion de collaborer avec Gavi et d'améliorer l'efficacité. Voir Gavi, l'Alliance du Vaccin. Phase V Strategy (2021–2025). Genève : Gavi, l'Alliance du vaccin ; 2019 (<https://www.gavi.org/fr/notre-alliance/strategie/la-phase-5-2021-2025>, consulté le 9 juin 2021).

² Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (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>, consulté le 10 juin 2021).

Figure 2. Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026 : calendrier de planification et de budgétisation, 2021–2027+



nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ; PVDVc2 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; PVS1 = poliovirus sauvage de type 1 ; SPC = stratégie post-certification ; VPI = vaccin antipoliomyélique inactivé ; VPOb = vaccin antipoliomyélique oral bivalent.

Source : OMS.

La nouvelle stratégie instaure une approche plus complète et systématique de la gestion des performances et des risques à tous les niveaux du programme. Pour le suivi des progrès et l'ajustement aux risques imprévus, une nouvelle matrice de suivi et d'évaluation a été élaborée avec des jalons quantifiables, des résultats et des indicateurs de performance qui aideront à repérer les faiblesses du programme en temps opportun et à mettre en place des mesures de correction et d'atténuation selon que de besoin. Un registre séparé des risques dresse l'inventaire des menaces interdépendantes pour le succès de la stratégie. Des responsables techniques mondiaux suivront régulièrement les indicateurs et les résultats du suivi-évaluation et le Conseil de surveillance de la poliomyélite examinera chaque trimestre les jalons à la lumière des buts établis. Pour renforcer le suivi mondial de la santé, ce système de suivi-évaluation contribue au cadre de suivi du Programme de vaccination à l'horizon 2030 et s'aligne sur celui-ci.³

Alignement stratégique sur le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030

Le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 est une stratégie de vaccination mondiale ambitieuse approuvée par la Soixante-Treizième Assemblée mondiale de la Santé et soutenue par des partenaires de l'action sanitaire mondiale. En mettant à profit l'outil qui l'a précédé, le Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV) pour une nouvelle décennie (2021–2030), le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 soutient les efforts nationaux menés en vue d'améliorer les programmes de vaccination et les soins de santé primaires afin de réduire et d'éliminer les maladies évitables par la vaccination.

Compte tenu de l'importance cruciale de programmes de vaccination solides pour parvenir à l'éradication durable de la poliomyélite, l'IMEP contribuera aux priorités stratégiques du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (voir l'**Annexe C**). L'alignement des jalons et des mesures du succès de l'IMEP sur le cadre de suivi-évaluation du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 contribuera à intégrer l'IMEP dans le suivi mondial de la santé et à harmoniser l'évaluation et l'établissement de rapports. L'IMEP fera également partie des mécanismes d'appropriation et de responsabilisation du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, notamment du Conseil du partenariat, ce qui sera un gage d'harmonisation et de responsabilisation conjointe entre les partenaires de la vaccination.

En tant que pilier central du succès du programme, la responsabilisation sera assurée par des mécanismes distincts aux niveaux national et mondial qui seront collectivement renforcés par l'évaluation d'organes indépendants, tels que les Comités de suivi indépendant, le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination et les commissions mondiales et régionales de certification. En définitive, c'est envers les enfants du monde que le programme d'éradication de la poliomyélite et ses partenaires ont une responsabilité, celle de s'assurer qu'ils sont complètement protégés et ne courent plus le risque d'être touchés par cette maladie transmissible hautement infectieuse (voir le **Pilier de la responsabilisation**, page suivante).

³ Implementing the Immunization Agenda 2030: draft framework for action through coordinated planning, monitoring & evaluation, and ownership & accountability. OMS, Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/implementing-the-immunization-agenda-2030>, consulté le 10 juin 2021).

Pilier de la responsabilisation

Organes d'États Membres

● Assemblée mondiale de la Santé

● Comité d'urgence du Règlement sanitaire international

Organes indépendants

- Comités de suivi indépendants
- Groupe stratégique consultatif d'experts
- Commissions mondiales et régionales de certification

Programme mondial

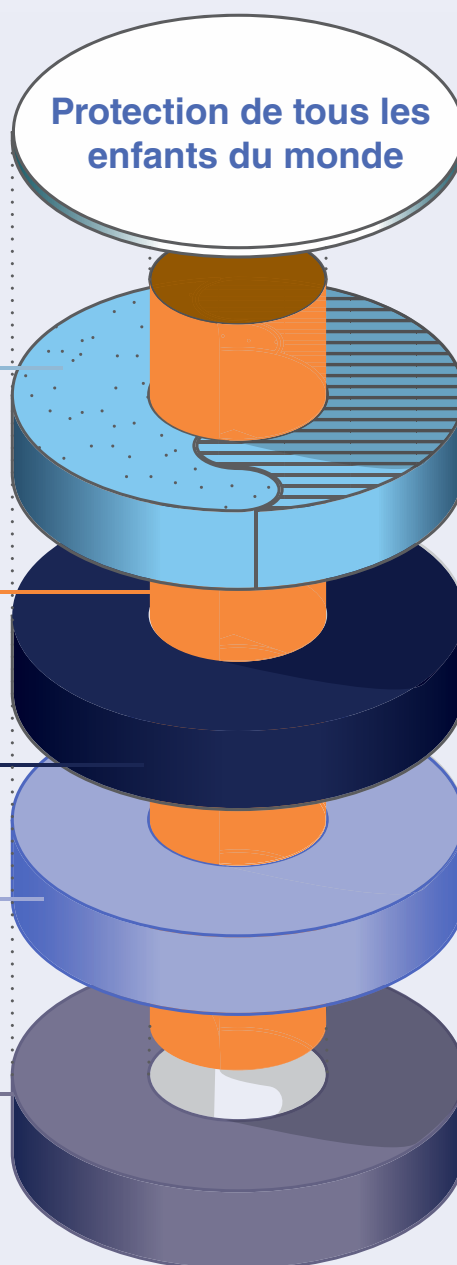
Cadre de suivi et d'évaluation avec indicateurs de performance et gestion des risques

Programmes pour pays d'endémie

Cadres qui appuient des plans d'action d'urgence nationaux

Programmes pour pays non endémiques

Cadres qui appuient la riposte aux flambées



KPI = key performance indicator; M&E = monitoring and evaluation.

Source : OMS.

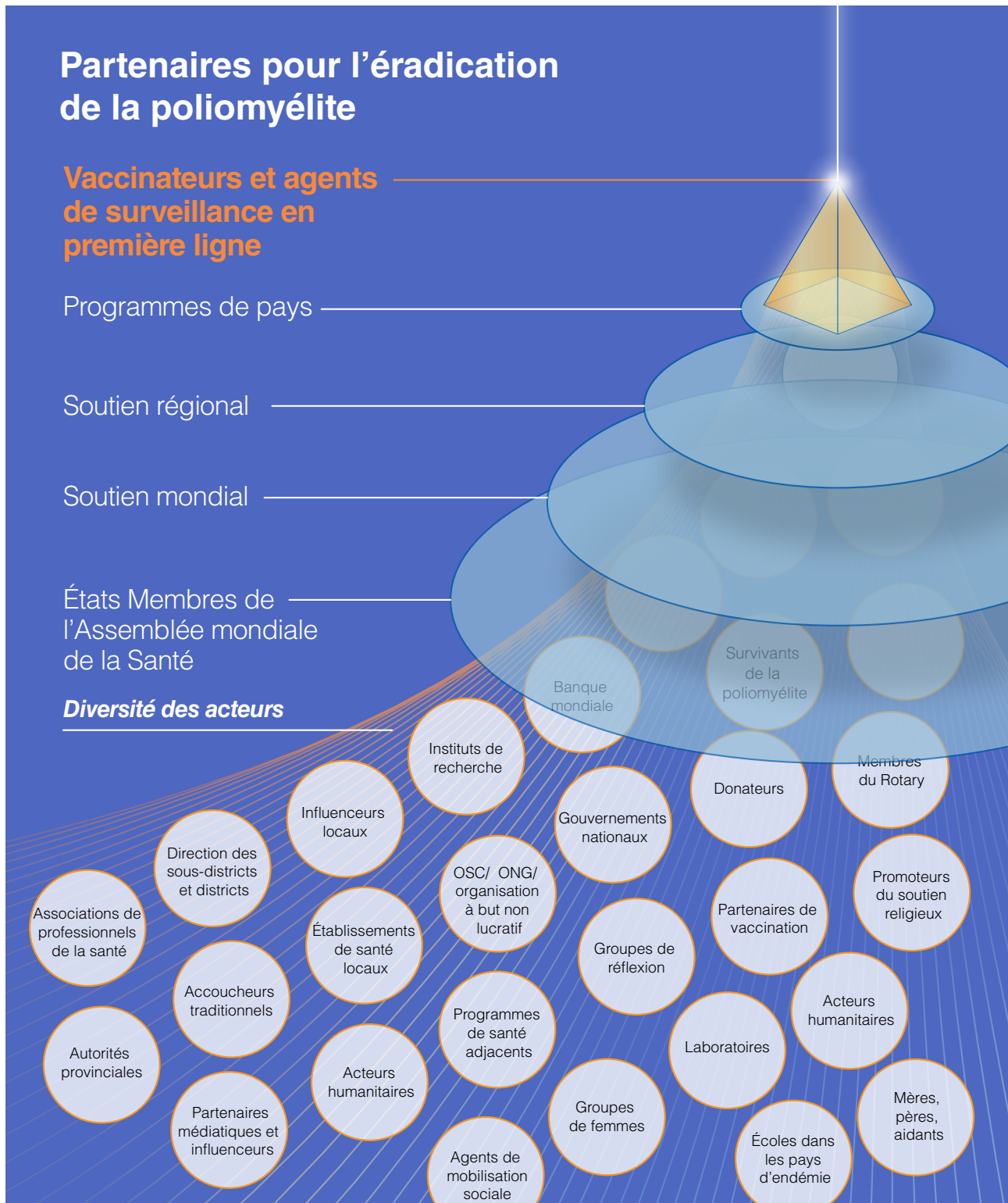
Facteurs favorables

Pour garantir que le partenariat soit en mesure d'atteindre ses buts, l'IMEP doit réaligner sa structure afin de renforcer la responsabilisation et de transférer plus de pouvoirs décisionnels à un échelon plus proche de celui auquel les programmes sont mis en œuvre – aux niveaux national et provincial. Les facteurs supplémentaires qui contribueront à un environnement favorable incluront :

- l'optimisation de l'organisation de l'IMEP pour favoriser la définition des rôles et accélérer la prise de décisions ;
- le fait d'aborder la mise en œuvre des activités du programme avec une perspective soucieuse de l'égalité des genres ;
- la mise au point d'une stratégie de communication qui utilise des analyses des données sociales et comportementales pour faire progresser l'acceptation du vaccin et réduire les risques au minimum ;
- la garantie que les mécanismes d'approvisionnement en vaccins soient résilients et opèrent sans interruption ;
- l'investissement dans la recherche et développement de nouvelles innovations qui soutiennent l'éradication ;
- la préparation et la riposte aux risques grâce à un cadre de suivi ;
- l'allocation de ressources au programme au moyen de chiffrage des coûts et de financement appropriés.

La voie à suivre

Les défis à relever au cours des cinq prochaines années requièrent un engagement unifié de la part des organismes faisant partie de l'IMEP, des gouvernements et des parties prenantes aux niveaux mondial, national et local. L'objet principal de la nouvelle stratégie sera d'aligner les efforts de tous les partenaires impliqués dans l'éradication de la poliomyélite et d'axer l'appui sur les activités de vaccination contre la poliomyélite en première ligne et les services qui s'y rapportent (voir **Partenaires pour l'éradication de la poliomyélite**, page suivante). Par un accent mis sur l'action d'urgence et une approche plus intégrée pour délivrer les interventions sanitaires cruciales dans les pays et les régions affectés par la poliomyélite ou exposés au risque, l'IMEP parviendra à instaurer un monde libéré de la poliomyélite – et rappellera à la communauté mondiale les énormes succès qui peuvent être remportés grâce à un engagement coopératif et une quête collective.



ONG = organisation non gouvernementale ; OSC = organisation de la société civile.

Source : OMS.

COVID-19 : une étude de cas sur l'action d'urgence et un partenariat efficace

Lorsque la COVID-19 est apparue en 2020, les pays où l'IMEP était très présente ont pu utiliser l'expertise et les infrastructures mises en place par le programme de lutte contre la poliomyélite pour coordonner une riposte efficace contre la COVID-19. Des milliers d'agents de la poliomyélite ont modifié leur centre d'action pour aider à endiguer la propagation du virus SARS-CoV-2. Les centres d'opérations d'urgence pour la poliomyélite sont rapidement passés à la riposte contre la COVID-19 au moyen de la surveillance, de la recherche des contacts et du transport des échantillons, de la fourniture de savon et de produits antiseptiques pour les mains, de la distribution de matériels de formation destinés aux personnels médicaux et aux agents en première ligne, ainsi que de l'engagement auprès des locaux pour les mesures d'atténuation.[†]

Au Nigéria et au Pakistan, les ressources de l'IMEP ont été particulièrement précieuses. Au Pakistan, les laboratoires pour la poliomyélite ont pratiqué des tests et des séquençages pour la COVID-19, le centre d'appel de la poliomyélite est devenu (et reste encore) la ligne d'appel nationale pour la COVID-19, le personnel de la poliomyélite a formé plus de 18 600 professionnels de santé et les agents locaux de mobilisation pour la poliomyélite ont engagé plus de 7 000 chefs religieux et 26 000 influenceurs. Au Nigéria, les équipes de riposte à la COVID-19 ont utilisé les systèmes de données et les moyens d'analyse des centres d'opération d'urgence pour suivre et visualiser la prestation des soins de santé primaires, ce qui a aidé à repérer les lacunes et à cibler les services de rattrapage.

Pour soutenir la riposte à la pandémie, tout en assurant les activités pour la poliomyélite et plus largement celles de la surveillance et de la vaccination, l'IMEP et le Programme élargi de vaccination (PEV) ont accéléré leur initiative d'intégration et ont lancé un Programme de travail provisoire pour l'intégration des actions dans le contexte de la COVID-19 (iPOW : interim Programme of Work for Integrated Actions in the context of COVID-19).[‡] Celui-ci donne des orientations pour établir des synergies entre les efforts d'éradication de la poliomyélite et du PEV dans des domaines mutuellement bénéfiques.

Dans les années à venir, il se peut que les pays continuent de dépendre de l'appui de l'IMEP pour combattre la COVID-19 ou d'autres urgences sanitaires. En tirant parti de cet esprit de coopération, de la planification conjointe et de la riposte d'urgence, on pourra parvenir à éradiquer la poliomyélite malgré les priorités sanitaires en concurrence et une situation de limitation des ressources.

[†] Près de 50 pays ont signalé l'aide de la lutte contre la poliomyélite pour la COVID-19 dans la Région africaine (36), la Région de la Méditerranée orientale (8) et la Région de l'Asie du Sud-Est (5), pour un total de 26,7 millions d'USD en juin 2020. Voir Contributions of the polio network to the COVID-19 response: turning the challenge into an opportunity for polio transition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/contributions-of-the-polio-network-to-the-covid-19-response-turning-the-challenge-into-an-opportunity-for-polio-transition>, consulté le 10 juin 2021).

[‡] Voir Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (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>, consulté le 10 juin 2021).



VUE D'ENSEMBLE

L'IMEP se trouve à la croisée des chemins, ayant besoin de nouvelles approches pour surmonter les derniers obstacles restants et parvenir à l'éradication de la poliomyélite. Dans les deux derniers pays d'endémie, l'Afghanistan et le Pakistan, le PVS1 persiste aux côtés du PVDVc2. À l'échelle mondiale, les flambées de PVDVc2 sont observées dans quatre des six régions géographiques de l'OMS.⁴ (Voir l'**Annexe B** pour la situation épidémiologique actuelle.)

En 2019, l'IMEP a établi une stratégie présentant des orientations pour éradiquer la poliomyélite,⁵ mais des progrès négligeables et la baisse de l'immunité dans la population des pays et régions à haut risque ont contribué à une dégradation de la situation épidémiologique, les méthodes traditionnelles s'étant avérées insuffisantes.⁶

Alors que l'IMEP cherche à créer un sentiment commun d'urgence, un engagement et une responsabilisation en matière d'éradication de la poliomyélite, se posent les problèmes suivants :

- la difficulté à obtenir et à maintenir une volonté politique due en partie à l'utilisation d'approches inadaptées pour l'appropriation des activités d'éradication par les gouvernements des pays touchés par la poliomyélite ;
- des communautés touchées qu'on n'implique pas suffisamment et qui ne proposent pas assez de participer car l'éradication de la poliomyélite ne figure pas parmi leurs besoins globaux et le problème de méfiance à l'égard du programme persiste ;
- un manque de définition et souvent de financement des engagements visant à intégrer le programme de lutte contre la poliomyélite dans d'autres initiatives de santé et de développement auxquelles les gouvernements ont donné la priorité ou dont les communautés ont besoin ;
- des lacunes dans les résultats des campagnes qui n'ont pas été comblées du fait de l'absence de cadres de suivi-évaluation solides et d'engagement résolu de la communauté ;
- une détection tardive de la transmission des poliovirus, aggravée par une série de problèmes logistiques qui font que le temps de réponse dépasse la période nécessaire pour que l'impact soit maximal.

Nouveau cadre stratégique

Pour faire face à ces difficultés et interrompre de manière permanente la transmission des poliovirus, l'IMEP a lancé une nouvelle stratégie pour transformer son approche : saisir toutes les occasions de vacciner les enfants, établir l'appropriation et la responsabilisation collectives pour l'effort d'éradication et instaurer un niveau d'urgence à la hauteur de la déclaration de 2014 désignant la poliomyélite comme une urgence de santé publique de portée internationale.⁷

Le nouveau cadre stratégique a été élaboré pour trouver des solutions novatrices permettant de franchir les obstacles à l'éradication les plus insurmontables tout en optimisant les stratégies centrales qui ont permis d'effectuer des progrès dans la lutte contre la poliomyélite jusqu'à ce jour (**Figure 3**). Cette stratégie plus holistique permettra au partenariat de dépasser une approche de l'éradication strictement épidémiologique et « verticale » grâce à des solutions transformatrices et durables.

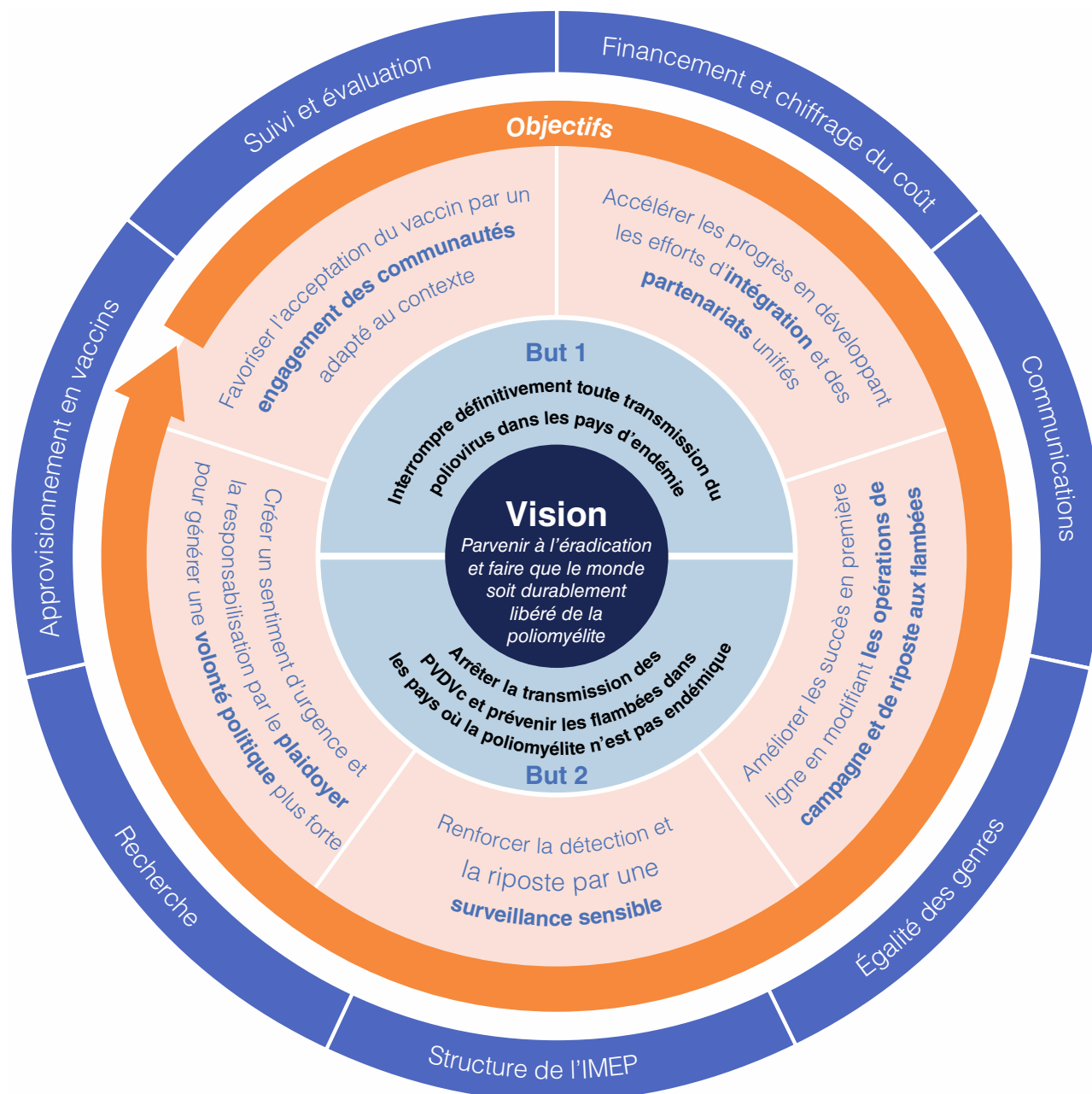
⁴ En 2020, 140 cas de PVS1 ont été notifiés en Afghanistan (56) et au Pakistan (84) et 1418 cas et isolats de PVDVc2 ont été signalés dans le cadre de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (971) et de la surveillance de l'environnement (447), les flambées les plus importantes s'étant produites en Afghanistan (269), au Pakistan (135), au Tchad (98), en République démocratique du Congo (75) et en Côte d'Ivoire (71).

⁵ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019 –2023 : Éradication, intégration, certification et confinement. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://polioeradication.org/who-we-are/polio-endgame-strategy-2019-2023>, consulté le 10 juin 2021).

⁶ Pour en savoir plus sur les insuffisances des approches du passé, consulter le dix-neuvième rapport du Comité de suivi indépendant de l'IMEP (en anglais). The world is waiting: Nineteenth report ; de décembre 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/12/19th-IMB-Report-The-World-is-Waiting-20201223.pdf>, consulté le 10 juin 2021).

⁷ Déclaration de l'OMS à la suite de la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la propagation internationale du poliovirus sauvage. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 5 mai 2014 (<https://www.who.int/fr/news/item/05-05-2014-who-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus>, consulté le 10 juin 2021).

Figure 3. Cadre stratégique de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026



Source : OMS.

Intégration sur la voie de l'éradication – et au-delà

L'IMEP s'est engagée en faveur d'une approche intégrée de la mise en œuvre du programme qui permet aux pays de tirer pleinement parti des atouts existants du programme de lutte contre la poliomyélite et de répondre aux besoins de santé des communautés vulnérables. L'IMEP définit l'intégration 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 dans des zones géographiques ciblées. Les efforts d'intégration sont poursuivis par deux moyens principaux : une collaboration renforcée avec d'autres programmes de vaccination et des stratégies adaptées au contexte pour l'approvisionnement en vaccins associé aux soins de santé primaires et d'autres services.

La **Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026** met l'accent sur l'intégration grâce à deux transformations de l'approche. La première est la reconnaissance du fait que, pour que l'éradication de la poliomyélite réussisse, il faut s'attaquer au faible taux de couverture vaccinale chroniquement bas et aux refus de vaccins antipoliomyélitiques de certaines personnes qui attendent que les pouvoirs publics accèdent à leurs requêtes dans des zones géographiques et des populations clés, pour lesquels l'intégration fournit des solutions ciblées. La deuxième est une réévaluation de l'intégration en tant qu'étape vers la transition durable et à long terme des fonctions relatives à la poliomyélite vers d'autres programmes de santé et systèmes de santé nationaux alors que le monde se rapproche de l'éradication de la poliomyélite.

L'IMEP jouera de multiples rôles dans la mise en œuvre des activités d'intégration, et l'évaluation et la sélection des possibilités d'intégration seront guidées par un cadre décisionnel (voir l'**Annexe D**). Les rôles pourront varier mais l'intention restera cohérente et reflètera cette nouvelle approche. Dans toutes les modalités et régions, les efforts déployés en faveur de l'intégration permettront à l'IMEP de mieux rendre compte des besoins, des voix et des capacités de l'éventail des parties prenantes nécessaires pour parvenir à l'éradication.

Les efforts d'intégration de l'IMEP au niveau mondial comprendront :

- la participation à des discussions multisectorielles avec les gouvernements et les programmes sanitaires et humanitaires concernés afin que des initiatives d'intégration puissent être recensées et planifiées ;
- la fourniture d'un cofinancement et d'une assistance opérationnelle pour la co-administration du vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb) dans le cadre d'autres campagnes ;
- la fourniture d'un cofinancement pour la prestation de services intégrés dans les districts à haut risque de l'Afghanistan et les communautés prioritaires au Pakistan ;
- la mobilisation des ressources et le plaidoyer permettant d'orienter les fonds existants vers l'expansion des soins de santé primaires, notamment la vaccination essentielle dans les zones infranationales ciblées à haut risque de poliomyélite ;
- la coopération avec les gouvernements nationaux visant à déterminer comment les fonctions essentielles de la poliomyélite seront gérées et éventuellement transmises au PEV ;
- la fourniture d'assistance technique et d'une surveillance stratégique dans les domaines liés à l'administration de la vaccination essentielle et à la surveillance des maladies évitables par la vaccination ; et
- la participation aux structures de gouvernance du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et des mécanismes d'examen nationaux et régionaux de la Banque mondiale.



Préparation opérationnelle pour la suite

Comme la pandémie de COVID-19 l'a démontré, des événements soudains et inattendus peuvent retarder les progrès effectués en vue de l'éradication. S'appuyant sur ces leçons durement apprises, le partenariat entre dans cette période stratégique, doté d'une nouvelle approche de gestion des risques visant à surveiller de manière proactive les risques et leurs effets en cascade potentiels sur le programme (voir l'**Annexe E**).

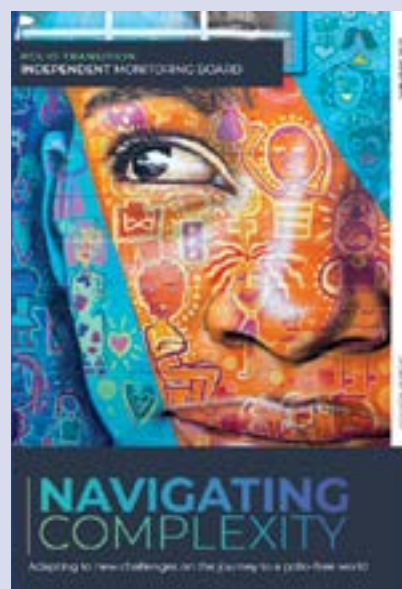
Renforcée par de nouveaux outils et cadres, l'IMEP lance cette stratégie en ayant repris conscience de la précarité des gains en matière de santé publique et de sécurité sanitaire mondiale, de l'urgence de leur protection et du fait qu'il est évident que la collaboration et le partenariat restent l'atout le plus important du programme. En soulignant l'urgence dans toutes les activités, en devenant un partenaire bien disposé et à l'écoute des gouvernements, des communautés et d'autres initiatives de santé, et en rééquilibrant les capacités et la prise de décisions au profit des équipes régionales et nationales, le programme de lutte contre la poliomyélite et ses partenaires susciteront ensemble une plus grande responsabilisation et une appropriation accrue des efforts d'éradication - et parviendront à instaurer un monde libéré de la poliomyélite.

Appréhender la transition

Pendant plus de trois décennies, l'IMEP a mis en place des infrastructures dans l'objectif d'atteindre l'éradication de la poliomyélite dans les pays du monde entier. Ce qui a soutenu non seulement les activités liées à l'éradication de la poliomyélite, mais aussi des fonctions qui vont bien au-delà de cet objectif fondamental, notamment la surveillance des maladies évitables par la vaccination et les fonctions de laboratoire ; les activités de vaccination essentielle ; les introductions de nouveaux vaccins dans de nombreux pays ; la préparation et la riposte aux situations d'urgence ; et le renforcement des systèmes de santé.

L'IMEP a également interfinancé le soutien aux opérations. Des services tels que la logistique, les données, les finances, les ressources humaines et l'administration sont essentiels à la gestion des activités d'éradication de la poliomyélite – et ils ont, eux aussi, été répartis beaucoup plus largement. Les pays dans une large partie du monde, en particulier dans les Régions de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est, sont devenus fortement tributaires de l'infrastructure de l'IMEP pour soutenir d'autres fonctions de santé publique. Dans le contexte de la riposte à la pandémie de COVID-19 et de conditions budgétaires qui se durcissent sans cesse, l'IMEP s'efforcera d'éradiquer le PVS1, d'interrompre la transmission du PVDVc et de maintenir un statut exempt de poliomyélite tout en soutenant une transition accélérée et fondée sur les risques du personnel et de l'infrastructure du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et de l'OMS vers les États Membres et les programmes essentiels de vaccination ou d'urgence sanitaire.

Voir le rapport du Comité indépendant de surveillance de la transition sur l'appréhension de la complexité (*Navigating Complexity**) pour en savoir plus sur la transition des moyens et des fonctions initialement destinés à la lutte contre la poliomyélite.



*Polio Transition Independent Monitoring Board (TIMB). Fourth report, Navigating complexity. January 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/02/4th-TIMB-Report-Navigating-Complexity-20210131.pdf>, consulté le 11 juin 2021).





But 1

Interrompre
définitivement
toute
transmission
du poliovirus
dans les pays
d'endémie

L'interruption de la transmission du PVS1 et du PVDVc2 dans les deux derniers pays d'endémie est le premier objectif sur la voie vers l'éradication de la poliomyélite. Pour interrompre toute transmission de poliovirus en Afghanistan et au Pakistan, l'IMEP prévoit d'abord de limiter la circulation aux réservoirs principaux et aux couloirs de transmission partagés puis de mettre fin à la transmission des poliovirus dans les réservoirs d'ici 2023, en parvenant à ce que l'éradication mondiale de tous les poliovirus sauvages soit déclarée d'ici 2026. Le programme a fait des progrès en vue de l'interruption de la transmission du PVDVc2 et continuera à intervenir face aux flambées pour que la transmission du PVDVc2 soit enrayerée.

CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La transmission du poliovirus n'a jamais été stoppée simultanément en Afghanistan et au Pakistan. En raison de leurs liens sociaux, culturels et économiques profonds et des déplacements de populations transfrontaliers à grande échelle, l'Afghanistan et le Pakistan représentent un bloc épidémiologique unique et ces pays doivent tous les deux mettre fin à la transmission du poliovirus pour que chaque pays puisse parvenir à l'éradication et la faire perdurer. À la suite de l'émergence d'un PVDVc2 en 2019, l'affaiblissement de l'immunité mucoale au poliovirus de type 2 et des lacunes dans les activités de vaccination ont conduit à la propagation du PVDVc2, et l'Afghanistan et le Pakistan font désormais face à une cocirculation de PVS1 et de PVDVc2. (Voir l'**Annexe B** pour la situation épidémiologique actuelle.)

DIFFICULTÉS ACTUELLES

En Afghanistan, du fait d'une interdiction de la vaccination de porte en porte, plus d'un million d'enfants dans les régions du Sud ont continuellement été omis lors des campagnes de vaccination contre la poliomyélite depuis mai 2018. Par conséquent, en 2019 et en 2020, 90 % et 75 % respectivement des cas de PVS1⁸ en Afghanistan provenaient de zones qui n'étaient alors pas accessibles pour la vaccination. Dans les zones accessibles, les progrès sont entravés par plusieurs facteurs, notamment des campagnes de piètre qualité à cause de problèmes d'insuffisance de planification et de dotation en personnel au sein des centres d'opération d'urgence nationaux et provinciaux, ainsi que d'un manque de mécanismes de responsabilisation rigoureux.

⁸ Voir Groupe consultatif technique (TAG) sur l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan, mars 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Afghanistan-TAG-Report-20210317-20.pdf>, consulté le 23 août 2021).

Au Pakistan, une combinaison de facteurs a empêché la réalisation de progrès : un relâchement à la suite de la diminution des cas de 2015 à la mi-2018,⁹ y compris quelques mois sans un seul cas ; des transitions au niveau des autorités nationales et la politisation de la poliomyélite qu'elles ont entraîné ; une augmentation de la réticence à la vaccination ; et un décalage entre les nouveaux défis émergents dans les domaines prioritaires et les approches de vaccination qui étaient mieux adaptées à une époque antérieure. En outre, les fausses informations sur les vaccins et les programmes de vaccination circulent largement sur les plateformes de médias sociaux, ce qui contribue à l'augmentation des taux de refus. La portée de la campagne a été affectée par un engagement inefficace auprès des populations marginalisées à haut risque de poliomyélite, en particulier les communautés de langue pashto qui représentent 15 % de la population du pays mais sur qui pèse une charge disproportionnée (81 %) des cas de PVS au Pakistan au cours des 10 dernières années.⁹ Ce contexte difficile, combiné à des lacunes opérationnelles dans l'administration des vaccins, a entraîné une augmentation des cas de PVS1 et a contribué à la propagation du PVDVc2.

Pour les deux pays, la pandémie de COVID-19 a exacerbé ces difficultés. Au début de l'année 2020, la première vague de COVID-19 a entraîné des restrictions de déplacement et la suspension temporaire des activités liées à la poliomyélite entre mars et juillet. Pendant cette interruption des opérations, la qualité de la surveillance s'est détériorée et les campagnes de vaccination ont été reportées. En 2021 et ensuite, l'introduction des vaccins contre la COVID-19 sera l'occasion de créer une synergie entre les messages concernant la vaccination. Il faudra toutefois remédier à l'épidémie de désinformation sur la vaccination (maintenant appelée « infodémie ») pour atteindre une couverture vaccinale élevée.

VOIE À SUIVRE POUR INTERROMPRE DÉFINITIVEMENT TOUTE TRANSMISSION DU POLIOVIRUS DANS LES PAYS D'ENDÉMIE

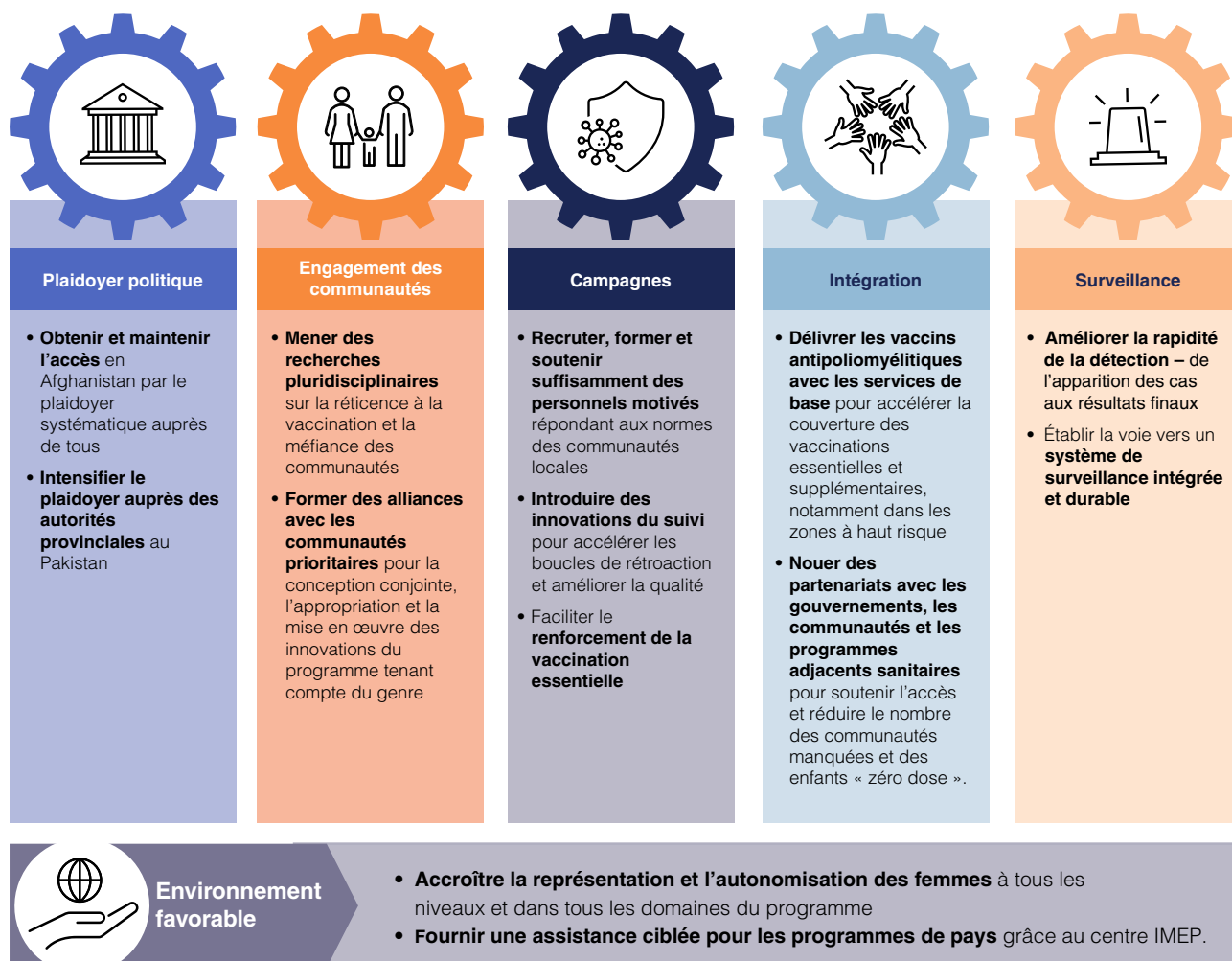
Pour interrompre toute transmission du poliovirus en Afghanistan et au Pakistan, les gouvernements nationaux, les programmes dans les pays, les organismes de mise en œuvre de l'IMEP et les principaux partenaires devront adopter un mode d'action d'urgence. L'UNICEF et l'OMS continueront d'exercer leurs activités en vertu de leurs pouvoirs respectifs en matière de déclaration d'urgence afin d'accélérer la mobilisation et l'allocation des ressources, de raccourcir les processus de dotation en personnel et de déploiement et d'accroître la délégation de pouvoirs à un échelon plus proche du terrain.

La voie de l'éradication (voir la **Figure 4**) devra comporter :

- une volonté politique plus forte à tous les niveaux du gouvernement et avec tous les acteurs locaux grâce à un engagement en faveur de la dimension apolitique de l'éradication de la poliomyélite ;
- un partenariat solide et durable avec les communautés marginalisées, en particulier celles qui vivent là où le risque de la poliomyélite est le plus élevé ;
- un programme qui fonctionne bien avec des effectifs de première ligne motivés et dotés du personnel nécessaire qui fournit régulièrement des vaccins au domicile de chaque foyer ou à chaque fois que l'occasion se présente dans les zones où l'accès aux habitations est restreint ;
- une approche de prestation de services intégrée qui donne la priorité à la vaccination essentielle et à la fourniture d'autres services de santé ;
- un investissement dans la qualité de la surveillance et de la rapidité de la détection et leur amélioration constante.

⁹ Voir Réunion du Groupe consultatif technique (TAG) sur l'éradication de la poliomyélite au Pakistan, février 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Pakistan-TAG-Report-20210209-11.pdf>, consulté le 23 août 2021).

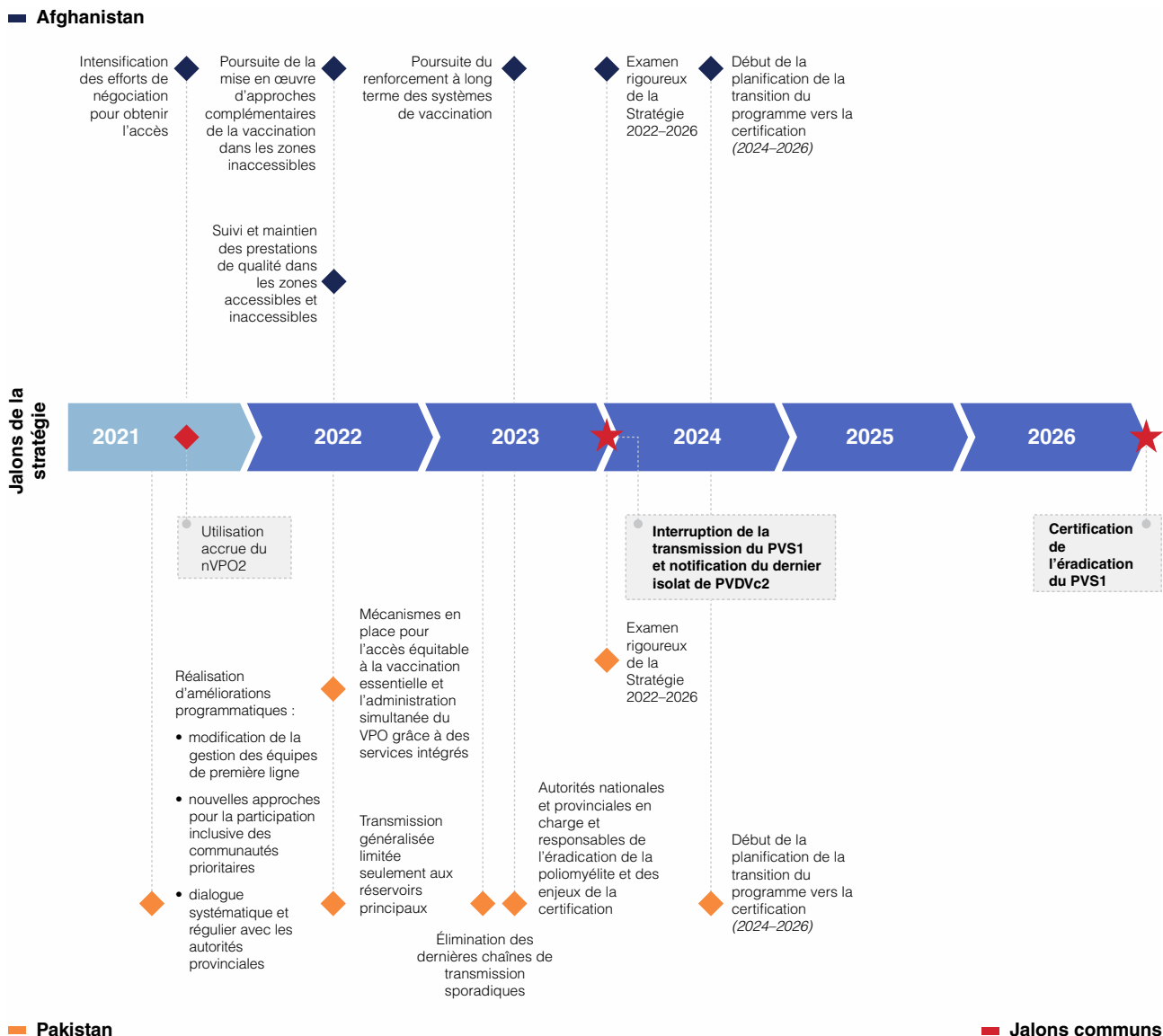
Figure 4. But 1 : objectifs stratégiques et activités principales



Source : OMS.

Pour s'assurer que les deux pays d'endémie restent sur la bonne voie pour atteindre les jalons posés pour parvenir à l'interruption (voir la **Figure 5**), l'IMEP suivra de près les progrès grâce à des indicateurs de performance qui donnent la priorité au plaidoyer, à la participation communautaire et à l'intégration de l'administration du vaccin antipoliomyélique avec d'autres services souhaités, ainsi qu'à des améliorations programmatiques et opérationnelles ciblées (voir le **Cadre de suivi et d'évaluation** et l'**Annexe F**).

Figure 5. Jalons posés pour l'interruption de la transmission du poliovirus en Afghanistan et au Pakistan, 2021–2026



nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ; PVDVc2 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; PVS1 = poliovirus sauvage de type 1 ; VPO = vaccin antipoliomyélique oral.

Source: OMS.

1. Créer un sentiment d'urgence et la responsabilisation au moyen du plaidoyer pour obtenir une volonté politique

Pour parvenir à l'éradication en Afghanistan et au Pakistan, il sera nécessaire de remettre l'accent sur l'engagement des parties prenantes et le plaidoyer politique et de les aborder avec une nouvelle approche.

En Afghanistan, le conflit généralisé et l'insécurité perturbent les opérations de campagne du fait de l'accès restreint dans des zones géographiques clés. Ces obstacles à l'accès aux enfants qui n'ont pu être atteints par le programme ne seront résolus qu'en impliquant tous les acteurs locaux, directement ou par le biais d'intermédiaires, pour parvenir à la négociation de l'accès et à un large consensus sur le fait que la vaccination contre la poliomyélite est apolitique et que tous les enfants, quel que soit l'endroit où ils vivent, méritent d'être protégés contre la poliomyélite. Compte tenu des incertitudes entourant la situation politique actuelle au niveau infranational, le programme de lutte contre la poliomyélite utilisera activement tous les moyens et toutes les possibilités pour atteindre les enfants dans les zones inaccessibles aux vaccinateurs de porte-à-porte.

Au Pakistan, le succès du programme dépend de l'augmentation de l'appropriation par le gouvernement de la prestation des services de lutte contre la poliomyélite. Le gouvernement a la capacité d'assurer une couverture vaccinale à l'échelle nationale, mais la poliomyélite n'est plus une priorité de santé publique, en particulier aux niveaux des districts et des provinces où se trouve l'autorité décisionnelle en matière de santé. Le renouvellement de l'engagement en faveur de l'éradication de la poliomyélite exige un dialogue systématique avec les dirigeants nationaux et provinciaux et d'autres parties prenantes influentes. Le programme saisira toutes les occasions qui se présenteront pour veiller à ce que l'éradication de la poliomyélite demeure une priorité absolue en matière de santé publique pour le gouvernement, notamment pour le groupe spécial national présidé par le Premier Ministre, les groupes spéciaux provinciaux présidés par les ministres principaux des provinces, et grâce à l'engagement direct des dirigeants mondiaux et du Conseil de surveillance de la poliomyélite dans tous les forums appropriés. L'IMEP continuera également de fournir un soutien total au gouvernement et au programme de pays, notamment par le biais de plans d'action d'urgence nationaux.¹⁰

Appropriation par le gouvernement au Nigéria

Le 18 juin 2020, après avoir relevé des défis liés à l'insécurité, à l'inaccessibilité, à la réticence à la vaccination et à l'affaiblissement des systèmes de santé, le Nigéria a été déclaré exempt de poliovirus sauvage. Un élément clé du succès du pays a été l'appropriation et l'engagement du gouvernement.* Les chefs d'État nigériens ont joué un rôle visible et actif, lançant même des campagnes nationales en vaccinant leurs propres petits-enfants à la télévision. Les contributions financières nationales ont été une indication de l'engagement ferme du gouvernement. Entre 2011 et 2019, le Nigéria a contribué à hauteur de 190 millions de dollars des États-Unis par le biais de fonds de prêt et du soutien des contribuables aux besoins en ressources financières du pays au titre de l'IMEP.† Dans un grand pays fédéré, un engagement était nécessaire au niveau de l'État. Les 36 gouverneurs exécutifs ont signé un accord visant à assurer le leadership,‡ à l'aide de réunions régulières permettant d'examiner les progrès réalisés par rapport à un solide cadre de surveillance et de responsabilisation. Cet engagement de l'État a été renforcé par les dirigeants communautaires qui ont défendu l'éradication de la poliomyélite.

* Vaz RG, Mkanda P, Nsubuga P, Ado M, Etsano A. Best Polio Eradication Initiative (PEI) practices in Nigeria with support from the WHO. J. Infect. Dis. 2016;213(suppl_3): S65–S66 (https://academic.oup.com/jid/issue/213/suppl_3, consulté le 11 juin 2021).

† Voir Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Historical Contributions, 1985–2019 (<https://polioeradication.org/financing/donors/historical-contributions>, consulté le 11 juin 2021).

‡ Voir Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Abuja Commitments to Polio Eradication in Nigeria (<https://polioeradication.org/tools-and-library/policy-reports/declarations-and-resolutions>, consulté le 11 juin 2021).

Principaux domaines de progression

Le rétablissement du mode d'action d'urgence nécessaire pour interrompre la transmission supposera d'ériger à nouveau la poliomyélite en tant que priorité de santé publique afin qu'une attention renouvelée soit accordée par les gouvernements nationaux et provinciaux et les parties prenantes à tous les niveaux dans les deux pays. Afin de redéfinir les priorités en matière d'éradication de la poliomyélite et de créer un sentiment d'urgence et la responsabilisation propres à susciter une plus grande volonté politique, l'IMEP :

- adoptera une approche proactive et stratégique grâce à laquelle un dialogue pourra être entamé avec toutes les parties prenantes – des niveaux national et provincial aux milieux communautaires locaux – afin d'établir des relations personnelles, d'accroître la confiance et de mieux comprendre les avantages d'un programme efficace de lutte contre la poliomyélite ;

¹⁰ Les plans d'action d'urgence nationaux sont disponibles en anglais sur le site Web de l'IMEP sur les pages par pays consacrées à l'Afghanistan et au Pakistan (<https://polioeradication.org/where-we-work/afghanistan> et <https://polioeradication.org/where-we-work/pakistan>, toutes deux consultées le 11 juin 2021).

- explorera toutes les options pour remédier à l'interdiction de la vaccination de porte-à-porte, y compris la négociation d'options de vaccination intermédiaires (bien que moins efficaces), telles que les vaccinations de mosquée à mosquée, de site à site et l'élargissement de la vaccination aux points de transit permanents ;
- créera un axe de travail spécifique sur le plaidoyer politique avec une capacité de dotation en personnel visant à soutenir les pays et coordonner à l'échelle régionale et mondiale, selon que de besoin. Le centre de l'IMEP aidera les pays à effectuer un recensement des parties prenantes en procédant au suivi des actions de sensibilisation et en regroupant les informations. Le centre assurera également la liaison avec les groupes de plaidoyer politique et de communication mondiale de l'IMEP et facilitera l'expertise pluridisciplinaire (sociale, politique, économique) provenant de l'extérieur de l'IMEP afin de développer de nouvelles approches qui renforceront les liens avec les principales parties prenantes et amélioreront la communication avec des publics spécifiques ;
- utilisera les plateformes régionales et nationales pour mobiliser un soutien plus large en faveur de l'éradication de la poliomyélite. Au niveau régional, le nouveau sous-comité ministériel régional sur l'éradication de la poliomyélite et les flambées épidémiques pour la Méditerranée orientale jouera un rôle clé dans la consolidation et le maintien de l'engagement régional en faveur du programme de lutte contre la poliomyélite. Les efforts de communication aux niveaux régional, national et infranational permettront également de créer et de maintenir un environnement favorable à l'effort d'éradication et d'appuyer le dialogue et l'engagement en cours avec les communautés afin de minimiser les risques liés à la communication et de générer une demande de vaccins.

Ensemble, ces changements offriront à l'IMEP de plus grandes possibilités de communiquer l'intérêt des ressources et des infrastructures de lutte contre la poliomyélite pour d'autres priorités en matière de santé et de se renseigner sur les meilleurs mécanismes pour plaider en faveur d'un financement national et d'une responsabilisation accrue du gouvernement.

Indicateurs de réussite

Résultat 1 : Une appropriation nationale renforcée sous la forme de déclarations et d'engagements politiques manifestés par la fréquence et la régularité des réunions du groupe spécial national présidé par le chef de l'État ou du gouvernement et par la fréquence et la régularité des réunions du groupe spécial provincial présidé par les dirigeants du gouvernement provincial ; et une diminution du nombre d'enfants qui restent inaccessibles en Afghanistan.

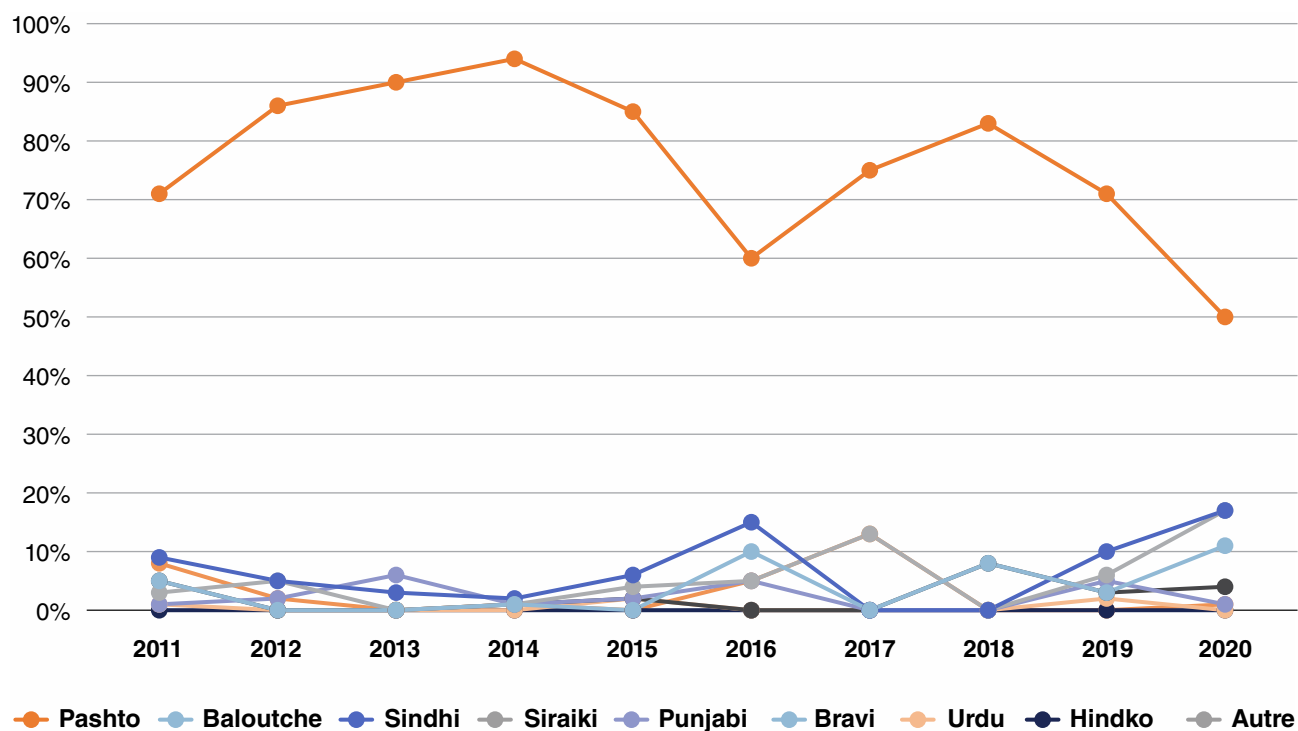
Résultat 2 : Une appropriation par les gouvernements provinciaux et locaux renforcée dont témoignent le personnel qualifié en place à même d'agir rapidement et dans les bonnes localités, et les postes vacants pour des fonctions clés sont pourvus dans un délai de trois mois. La disponibilité des postes approuvés pour le personnel requis au niveau provincial et dans toutes les zones à haut risque au niveau du district et du sous-district et la proportion de ces postes pourvus seront utilisées pour évaluer les progrès.

2. Favoriser l'acceptation du vaccin par un engagement des communautés adapté au contexte

L'IMEP surmontera le problème de la réticence aux vaccins et suscitera leur acceptation en favorisant une meilleure compréhension des obstacles culturels et sociaux et d'autres facteurs clés qui influencent la décision des aidants et en établissant des partenariats constructifs avec les communautés à haut risque touchées de manière disproportionnée par la poliomyélite. En s'appuyant sur les compétences en matière de sciences comportementales, de conception centrée sur la personne, d'analyse intersectionnelle des questions de genre et de divers leviers de changement social, le programme élaborera et déploiera de nouvelles approches pour renforcer la vaccination en tant que norme sociale clé et pratique des soins familiaux. En s'associant avec les communautés et les structures de gouvernance locales et en utilisant des stratégies de vaccination adaptées au contexte, le programme offrira de meilleures opportunités dans le domaine de la santé pour les enfants, tout en atteignant l'objectif de l'éradication mondiale de la poliomyélite.

Les communautés de langue pashto en Afghanistan et au Pakistan ont représenté un pourcentage disproportionnellement plus élevé de cas de PVS1 par rapport aux autres groupes ethnolinguistiques (voir la **Figure 6** pour les cas au Pakistan). S'il est vrai qu'elles portent une charge de poliomyélite plus élevée, ces communautés sont également nombreuses et diverses – leur risque relatif de poliomyélite étant réparti de manière inégale entre les différentes zones, localités et contextes. Étant donné que de nombreuses communautés pachounes vivent et traversent la frontière commune entre l'Afghanistan et le Pakistan et que beaucoup ont été déplacées en raison des turbulences politiques, la mise en place d'un partenariat solide avec ces communautés sera essentielle pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite dans les deux pays.

Figure 6. Tendances de la proportion de cas de PVS par groupe linguistique au Pakistan, 2011–2020



Source: Initiative pour l'éradication de la poliomyélite au Pakistan, Plan d'action national pour les situations d'urgence 2021–2022.

Principaux domaines de progression

Pour susciter l'acceptation du vaccin, le programme doit d'abord déterminer de manière détaillée la dynamique à l'origine de la réticence et la contrer au moyen d'une communication, d'un engagement et d'une création d'alliances régulières. Les programmes dans les pays :

- utiliseront davantage les données sociales, les sciences comportementales, les interventions comportementales et l'analyse des médias sociaux pour éclairer les stratégies de communication « en ligne » et « hors ligne » et élaborer de nouvelles approches intégrées numériquement et adaptées au contexte, contribuant ainsi à un environnement plus favorable ;



- investiront dans le renforcement des compétences en communication des agents de première ligne et des superviseurs, en mettant l'accent sur l'amélioration des capacités relationnelles, de l'encadrement, de la motivation et de la supervision de soutien qui sont axés sur l'établissement de crédibilité et de bonnes relations dans le cadre des visites à domicile. La formation des travailleurs de première ligne tiendra compte des besoins locaux et sera étayée par des données sociales pour répondre à des enjeux et à des défis communautaires spécifiques ;
- travailleront avec des personnes influentes dans les communautés de langue pashto, y compris les accoucheuses traditionnelles et les groupes de femmes, pour créer une approche pluridisciplinaire et centrée sur les Pachtounes qui vise à comprendre les comportements en matière de recours aux soins des femmes enceintes dans les communautés mal desservies et propose la vaccination contre la poliomyélite en tant qu'appui du reste de leurs pratiques de soins de l'enfant. Les méthodes qui seront mises en œuvre incluent le renforcement des connaissances et la conception de programmes participatifs qui regroupent des informations ethnographiques, démographiques et issues de système de santé tenant compte des questions de genre ;
- instaureront un changement de paradigme qui consiste à faire de la participation communautaire une priorité grâce à la création de comités de vaccination au niveau communautaire, où les membres de la communauté peuvent influencer directement sur le programme, contribuer à la planification de la campagne et relayer les besoins plus généraux en matière de santé qui peuvent être envisagés pour des ensembles de services intégrés. Des interventions ciblées dans des secteurs autres que la vaccination et la santé seront menées dans les zones où les niveaux de méfiance restent élevés. Afin d'assurer l'appropriation et la mise en œuvre conjointe de toute initiative, des analyses seront effectuées en étroite coordination avec les équipes de première ligne et les comités de vaccination au niveau communautaire. Lorsque cela est possible, les comités de vaccination au niveau communautaire seront mis en place en coordination avec les mécanismes existants, tels que les chouras (conseils consultatifs) pour la santé et les comités de développement rural ;
- mettront à profit les moyens techniques du secteur privé en travaillant avec des entités engagées en faveur l'impact social et qui ont fait preuve de leurs compétences auprès des communautés de langue pashto. Ces entités, qui sont, entre autres, des institutions universitaires et sociales, des groupes de réflexion, le secteur des entreprises, des entreprises familiales, des jeunes entreprises et des organismes locaux à but non lucratif, peuvent offrir de nouvelles perspectives et d'autres analyses des obstacles à l'acceptation du vaccin.

En outre, en coordination avec le gouvernement et les partenaires de développement, l'IMEP s'efforcera de devenir un allié efficace pour ces communautés en plaidant pour des engagements accrus en matière de prestation de services de santé de base (voir la **section 4** ci-après).

Indicateurs de réussite

Résultat 1 : Une sensibilisation accrue aux campagnes de vaccination en amont de leur mise en place, en veillant à ce qu'au moins 90 % des ménages soient au courant de la tenue des campagnes avant les visites des équipes de vaccination.

Résultat 2 : Une amélioration de l'acceptation des vaccins dans les zones infranationales prioritaires et une participation accrue de la communauté aux campagnes de vaccination, se traduisant par une augmentation de la proportion d'intervenantes locales de première ligne travaillant en tant que vaccinatrices et superviseuses de zone, conformément aux mesures de l'IMEP visant à protéger le personnel de l'exploitation et des atteintes sexuelles et à le préserver, contribuant ainsi à une diminution globale de la réticence à la vaccination dans les districts à haut risque.

Résultat 3 : Une utilisation accrue d'approches novatrices permettant d'améliorer la participation communautaire (y compris la recherche sur le changement social et comportemental, l'analyse et la conception de campagnes) dont témoignent les solutions élaborées et mises en œuvre localement dans le cadre de campagnes de vaccination contre la poliomyélite et de vaccination essentielle.

Potentiel de transformation : le rôle de l'égalité des genres dans l'éradication

En Afghanistan et au Pakistan, le recrutement, la formation et la capacité à garder des femmes aux postes de vaccinatrices, agentes de mobilisation et de surveillance sont une priorité pour l'IMEP et sont considérés comme essentiels au succès de la campagne, car l'accès aux enfants dépend souvent de la présence de personnel de santé féminin. Pendant la durée de cette stratégie, le Groupe consultatif technique pour l'Afghanistan et le Pakistan formulera régulièrement des recommandations visant à faire en sorte que les programmes de pays tiennent davantage compte des questions de genre dans la planification et la mise en œuvre.*

* Pour plus d'informations, veuillez consulter les rapports de réunions relatifs au Pakistan et à l'Afghanistan (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Pakistan-TAG-Report-20210209-11.pdf> et <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/04/Afghanistan-TAG-Report-20210317-20.pdf>, consultés le 14 juin 2021) de février et mars 2021, respectivement. Voir également les plans d'action d'urgence nationaux qui peuvent être consultés en anglais sur le site Web de l'IMEP sur les pages par pays consacrées à l'Afghanistan et au Pakistan (<https://polioeradication.org/where-we-work/afghanistan> et <https://polioeradication.org/where-we-work/pakistan>, consultées le 14 juin 2021).

3. Améliorer les succès en première ligne en modifiant les opérations de campagne

L'éradication de la poliomyélite dépend finalement de la vaccination de qualité moyennant l'administration de vaccins antipoliomyélitiques dans le cadre de la vaccination essentielle et des activités de vaccination supplémentaires (AVS) par des agents de première ligne compétents et motivés qui atteignent chaque garçon et chaque fille au bon âge avec les vaccins appropriés. Dans les zones où la couverture vaccinale essentielle est insuffisante, les AVS sont le moyen par lequel l'IMEP augmente la couverture vaccinale contre la poliomyélite et a fait des progrès vers l'éradication de la poliomyélite. Toutefois, les lacunes opérationnelles et le personnel en manque de motivation dans les programmes pour les pays endémiques ont contribué à une qualité sous-optimale des campagnes. Ces lacunes ne se limitent pas aux zones à haut risque et aux réservoirs principaux, mais sont plus systémiques et ont une incidence sur de nombreuses campagnes. Pour parvenir à l'éradication, il faut remédier à ces lacunes qui n'ont pas été comblées dans les zones situées en dehors des réservoirs principaux.

Principaux domaines de progression

Pour améliorer la qualité des campagnes, l'IMEP améliorera l'exécution des programmes de première ligne et s'attaquera aux difficultés opérationnelles. Les programmes dans les pays :

- s'assureront que les bons vaccinateurs et superviseurs sont déployés pour chaque communauté en recrutant, en formant et dissuadant de partir du personnel issu de la communauté locale, qui parle le dialecte de la langue locale et est de préférence composé de femmes, notamment des femmes âgées qui transmettent souvent une expérience pouvant influencer positivement les aidants ;
- créeront un environnement favorable pour les agents de première ligne en s'assurant qu'ils disposent des fournitures, des installations et de l'appui à la sécurité nécessaires pour effectuer leur travail et qu'ils sont bien formés, et détiennent en particulier des compétences de gestion « douce » telles que le renforcement de l'esprit d'équipe, la gestion avisée et la communication interpersonnelle qui contribuent à leur développement professionnel, renforçant ainsi la motivation ;
- remodeleront la formation et les lignes directrices sur la microplanification appropriée et soutiendront les efforts du gouvernement menés en vue de l'adoption de technologies à fort impact, comme la cartographie numérique ;
- assureront des processus d'examen réguliers et efficaces qui recensent et résolvent les problèmes au niveau approprié.

Pour opérer ces changements, le programme renforcera les mécanismes de suivi des campagnes. L'IMEP soutiendra et accélérera les actions du gouvernement visant à adopter des outils numériques qui simplifient la collecte des données, fournissent une plus grande précision et permettent un retour d'information plus rapide et axé sur les données afin de repérer les lacunes dans la microplanification et d'améliorer la qualité des campagnes. Grâce à ces actions, des données récentes seront fournies aux décideurs à tous les niveaux du programme.

Devoir de diligence : protéger les populations et les agents de lutte contre la poliomyélite

Le fait de « préserver » consiste à prendre toutes les mesures raisonnablement possibles permettant de prévenir le décès et les violences, notamment l'exploitation, les atteintes et le harcèlement sexuels ; à protéger les populations, en particulier les adultes et les enfants vulnérables, contre ces violences ; et à intervenir de façon appropriée en cas de préjudice. Dans le cadre l'éradication de la poliomyélite, cela s'applique à la sécurité et au bien-être des communautés touchées par la poliomyélite et des agents de lutte contre la poliomyélite, en accordant une attention particulière aux besoins des femmes et des communautés où elles travaillent.

Conformément à la déclaration de 2018 du Conseil de surveillance de la poliomyélite, l'IMEP mettra l'accent sur trois axes de travail pour prévenir et combattre l'exploitation et les atteintes sexuelles :

- (1) **les politiques** grâce à une analyse rapide des politiques et normes existantes au niveau des pays;
- (2) **les opérations** visant à assurer le soutien aux survivantes, à améliorer la responsabilisation et la transparence, à renforcer le signalement et à lutter contre l'impunité ; et
- (3) **le changement culturel et le renforcement des capacités** permettant de promouvoir le changement culturel et de renforcer les capacités organisationnelles (y compris le renforcement de la capacité des partenaires d'exécution) afin de satisfaire aux normes minimales visant à prévenir et à combattre l'exploitation et les atteintes.

Indicateurs de réussite

Résultat 1 : Une amélioration de la qualité des campagnes, en particulier pour réduire le nombre d'enfants ayant échappé à la vaccination (mis en évidence par des données ventilées par âge et par sexe) dans le cadre des AVS, attestée par l'augmentation de la proportion de microplans élaborés dans le cadre d'ateliers intégrés (qui intègrent le PEV ; la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; la communication et le système d'information géographique) mis à profit en tenant compte des questions de genre ; et les campagnes atteignant une couverture d'au moins 90 % (d'après l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité et/ou le suivi durant la campagne).

4. Accélérer les progrès en développant les efforts d'intégration et l'unification des partenariats

Les ressources de lutte contre la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan ont été utilisées pour mener des campagnes de vaccination combinée et mener d'autres interventions sanitaires essentielles, notamment la distribution de vitamine A et de comprimés vermifuges et la diffusion de messages sur la santé de la mère et de l'enfant. Le personnel d'éradication de la poliomyélite déployé sur le terrain a fourni un soutien à la campagne pour des objectifs de vaccination plus larges, la surveillance des maladies évitables par la vaccination et à tendance épidémique, et la riposte à d'autres flambées et urgences sanitaires, tout récemment dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Tandis que le soutien à la lutte contre la poliomyélite a contribué à la santé locale et à des objectifs plus larges en matière de vaccination, l'assistance a souvent été fondée sur les besoins et spécifique à l'incident.

L'IMEP élaborera une approche plus large, systématique et multisectorielle de la prestation de services intégrés, en mettant particulièrement l'accent sur les communautés mal desservies dans les zones à haut risque. Plus précisément, dans les districts à haut risque de l'Afghanistan et les communautés prioritaires au Pakistan, l'IMEP cofinancera la prestation de services intégrés et utilisera les investissements dans l'ensemble du secteur de la santé pour remédier à la faiblesse persistante de la couverture vaccinale essentielle. En outre, dans le cadre de la mise en œuvre de la vision globale pour la vaccination décrite dans le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et Gavi 5.0, l'IMEP soutiendra les efforts déployés en Afghanistan et au Pakistan pour renforcer les programmes de vaccination en mettant l'accent sur les soins de santé primaires afin d'atteindre les enfants « zéro dose » avec tous les vaccins, notamment les vaccins antipoliomyélitiques¹¹. L'IMEP s'est également engagée à soutenir la surveillance de la COVID-19 et le déploiement du vaccin en 2021 et au-delà.¹²

Principaux domaines de progression

En Afghanistan et au Pakistan, les régions où le risque de poliomyélite est le plus élevé ont la concentration la plus élevée d'enfants « zéro dose » pour la poliomyélite et d'autres maladies évitables par la vaccination. Dans les zones inaccessibles de l'Afghanistan, où les campagnes de porte à porte sont interdites, et dans les zones inaccessibles du Pakistan, où les taux de refus sont élevés, la prestation intégrée de services deviendra un pilier de la stratégie. En intégrant les vaccins antipoliomyélitiques dans un ensemble plus vaste de services de santé et de services connexes qui reflètent les besoins des communautés, le programme rétablira la confiance, obtiendra un accès et fera augmenter l'acceptation des vaccins. Par ailleurs, la collaboration étroite avec des organisations non gouvernementales (ONG), telles que le Comité international de la Croix-Rouge, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres entités privées réputées aidera à comprendre quels sont les facteurs sous-jacents du refus de la vaccination et à agir pour les surmonter, contribuant ainsi à réduire le nombre des enfants « zéro dose ».

¹¹ Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 : Une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté. OMS, Vaccination, vaccins et produits biologiques (IVB). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020, (<https://www.who.int/fr/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>, consulté le 10 juin 2021). Gavi, l'Alliance du Vaccin. Stratégie Phase V (2021–2025). Genève : Gavi, l'Alliance du vaccin ; 2019 (<https://www.gavi.org/fr/notre-alliance/strategie/la-phase-5-2021-2025>, consulté le 14 juin 2021).

¹² Pour en savoir plus, veuillez consulter Contributions of the polio network to the COVID-19 response: turning the challenge into an opportunity for polio transition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/contributions-of-the-polio-network-to-the-covid-19-response-turning-the-challenge-into-an-opportunity-for-polio-transition>, consulté le 14 juin 2021).

Pour appuyer la vaccination contre la poliomyélite et d'autres mesures de lutte contre les maladies évitables par la vaccination, le programme :

- fournira une assistance opérationnelle et un financement pour la co-administration du VPOb dans le cadre d'activités de vaccination essentielle ;
- améliorera l'accès et le recours aux services de vaccination essentielle, grâce à l'appui à l'administration de la dose de vaccin antipoliomyélique oral (VPO) à la naissance dans les établissements de santé, l'intégration des microplans opérationnels, le renforcement de la supervision bienveillante et le suivi des activités de proximité, l'harmonisation de la mobilisation sociale et des mesures de promotion de la santé, et l'utilisation des nouvelles technologies (comme le paiement par téléphone mobile [mobile money] et le système d'information géographique) en appui aux opérations, selon les besoins ;
- repérera et suivra les enfants « zéro dose » de vaccin antipoliomyélique et analysera la couverture du VPO à la naissance ;
- soutiendra le cadre de suivi et d'évaluation pour toutes les activités de vaccination et unifiera les approches d'analyse des données et les processus d'examen, notamment l'utilisation de la technologie pour fournir des données précises sur la couverture vaccinale et les populations « zéro dose » ;
- plus généralement, veillera à ce que les objectifs stratégiques du programme d'éradication de la poliomyélite soient pris en compte dans des investissements plus larges dans le PEV et le renforcement des systèmes de santé.

Afin de recenser les interventions qui répondent aux besoins globaux des communautés et qui sont élaborées conjointement grâce à la participation active de ces communautés et aux partenariats, le programme plaidera auprès des autorités nationales et locales pour que des services de base soient fournis et agira en coordination avec les partenaires pour que l'appui opérationnel et le financement soient alignés pour ces activités ciblées. Pour l'évaluation des possibilités et des activités d'intégration, les pays seront guidés par un cadre décisionnel (voir l'**Annexe D**).¹³ Pour soutenir les programmes dans les pays, l'IMEP procédera également à un recensement complet et transparent des parties prenantes représentant des partenaires potentiels de l'intégration parmi les ONG et les programmes de santé adjacents et connexes et élaborera une politique d'engagement axée sur l'action qui fournira des mises à jour régulières reposant sur des bases factuelles aux plus hautes sphères gouvernementales.

Indicateurs de réussite

Résultat 1 : Des services intégrés adaptés au contexte communautaire et dispensés à l'aide d'une perspective tenant compte des questions de genre dans les régions géographiques ciblées (conformément aux plans d'action d'urgence nationaux), dont témoigne la mise en œuvre d'un ensemble de services intégrés dans les zones à haut risque.

Résultat 2 : Un alignement entre les objectifs de lutte contre la poliomyélite et de vaccination, ce qui se traduit par des investissements dans le renforcement des systèmes de santé et le PEV qui reflètent les objectifs stratégiques du programme de lutte contre la poliomyélite, et le programme de lutte contre la poliomyélite contribuant au Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et aux objectifs nationaux de vaccination visant à réduire le nombre d'enfants « zéro dose », dont témoigne la proportion de campagnes de vaccination combinée.

Résultat 3 : Un soutien continu à des initiatives mondiales et nationales plus vastes en matière de santé publique en tant que voie vers une transition du programme réussie, qui se manifeste par une augmentation du montant des investissements dans les soins de santé primaires dans les districts à haut risque dans les pays d'endémie et des contributions du personnel chargé de la lutte contre la poliomyélite à la riposte à la COVID-19.

¹³ Les principales zones infranationales à haut risque de poliomyélite ont été définies par les programmes nationaux des pays d'endémie et comprennent la région du sud de l'Afghanistan et les districts constituant les principaux réservoirs au Pakistan. Des modifications pourront avoir lieu en fonction de la situation épidémiologique.

5. Améliorer la détection et la riposte au moyen d'une surveillance sensible

Contrairement aux activités de vaccination qui sont limitées dans certaines parties de l'Afghanistan, le système de surveillance des poliovirus a accès à tous les districts et fonctionne bien en Afghanistan et au Pakistan. Les deux pays disposent d'un système de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et d'un vaste réseau de sites de surveillance environnementale qui sont complétés par des prélèvements réguliers chez des cas contacts et des prélèvements occasionnels chez des enfants en bonne santé.

La sensibilité du système de surveillance au niveau infranational et dans les zones difficiles d'accès montre toutefois des lacunes dans la détection. Au cours des deux dernières années, le nombre et la proportion de virus orphelins (chaînes de transmission non détectées en temps opportun) ont augmenté. Ces virus sont regroupés dans des zones caractérisées par des mouvements de population nomades réguliers et des migrations saisonnières dans le sud de l'Afghanistan et le centre du Pakistan. La propagation de la COVID-19, les confinements qui en ont résulté et les changements de comportement en matière de recours aux soins ont également entraîné une diminution temporaire du nombre de cas de PFA signalés.

L'IMEP comblera ces lacunes et utilisera les innovations technologiques et les nouvelles méthodes de détection au maximum afin d'améliorer encore la qualité, la sensibilité et la rapidité de la surveillance au niveau infranational.¹⁴

Principaux domaines de progression

Pour améliorer la qualité de la surveillance, l'IMEP comblera les lacunes en matière de surveillance infranationale dans tous les districts qui affichent des résultats insuffisants tout en s'efforçant d'apporter des améliorations progressives dans l'ensemble du système. Dans les deux pays d'endémie, le programme :

- renforcera la surveillance de la PFA dans les districts dont les résultats sont insuffisants en mettant l'accent sur l'amélioration de la surveillance active et le renforcement de l'utilisation de la surveillance à l'échelon local dans les zones difficiles d'accès ;
- soutiendra l'élargissement de la surveillance environnementale en Afghanistan tout en optimisant la taille du réseau de surveillance environnementale au Pakistan ;
- raccourcira le délai entre l'apparition des symptômes d'un cas de PFA et la disponibilité des résultats finaux en :
 - faisant des progrès à chaque étape du processus entre l'apparition du cas et l'arrivée de l'échantillon au laboratoire régional de référence ;
 - réduisant considérablement le délai entre l'arrivée de l'échantillon en laboratoire et les résultats finaux en mettant en place la détection directe et d'autres nouvelles technologies permettant la détection et la caractérisation précoces du virus ;
- développera les systèmes de surveillance en ligne actuellement utilisés pour améliorer la qualité et l'exactitude des données en faisant passer tous les autres outils de collecte de données sur papier sur le terrain à un format électronique ;
- établira une stratégie nationale de renforcement des capacités de surveillance qui propose régulièrement des formations aux niveaux national et infranational visant à atténuer la réduction des effectifs ;
- accélérera l'intégration de la surveillance des maladies évitables par la vaccination dans le plan de travail de surveillance de la poliomyélite,¹⁵ en commençant par la COVID-19 et la rougeole, en coordination avec les bureaux chargés de la surveillance des maladies et de la riposte au niveau des pays sous la direction des centres d'opération d'urgence nationaux et provinciaux ;
- veillera à ce qu'un examen mensuel de la surveillance au niveau infranational et un examen trimestriel des résultats de la surveillance au niveau des pays soient effectués et adoptera des activités nationales et infranationales de supervision, de suivi et de contrôle qui s'auto-renforcent et qui fournissent des possibilités d'évaluation continue du système, de formation et d'encadrement du personnel et (surtout) des données permettant d'intervenir rapidement.

¹⁴ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite, 2018-2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020-FR-1.pdf>, consulté le 14 juin 2021). Révision en cours.

¹⁵ Voir les recommandations en matière de surveillance disponibles en anglais dans le document Global Polio Eradication Initiative (GPEI). Meeting of the Technical Advisory Group (TAG) on Polio Eradication in Pakistan. Geneva: World Health Organization; June 2020; p. 15 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/Pakistan-TAG-Report-June-2020-FV.pdf>, consulté le 14 juin 2021).

Indicateurs de réussite

Résultat 1 : Une application cohérente des normes de surveillance à l'échelle mondiale, l'accent étant mis sur les districts prioritaires pour la poliomyélite, mesurée par la proportion de districts satisfaisant les normes de surveillance de la PFA et la proportion de sites de surveillance environnementale atteignant des seuils de sensibilité élevés.

Résultat 2 : Une augmentation de la vitesse de détection et de la précision du système de surveillance démontrées par (au moins) 80 % des cas pour lesquels le prélèvement d'échantillons de selles est adéquat, ventilés par sexe et la proportion de poliovirus sauvage (PVS) et de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV) pour lesquels des résultats de laboratoire finaux ont été notifiés dans les 35 jours suivant l'apparition des cas de PFA ou du prélèvement d'échantillons dans le cadre la surveillance environnementale.





But 2

Arrêter la transmission des PVDVc et prévenir les flambées dans les pays où la poliomyélite n'est pas endémique

D'ici 2026, l'IMEP prévoit d'atteindre l'interruption de la transmission et la validation de l'absence de PVDVc2 dans tous les pays actuellement touchés par des flambées en passant à une structure de gestion des urgences dans laquelle les rôles et les responsabilités sont clairement définis, en élaborant et en mettant en œuvre un cadre de responsabilisation global, en augmentant l'appropriation par le gouvernement grâce à des activités de plaidoyer politique et en renforçant les capacités régionales et nationales pour une surveillance sensible et une riposte rapide et de haute qualité. Des outils et des méthodes novateurs, ainsi que de nouveaux partenariats, seront recherchés pour renforcer les opérations de riposte en cas de flambées.

CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

En avril 2016, après la déclaration de 2015 sur l'éradication du PVS2, le passage mondial du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au vaccin bivalent (VPOb), renfermant seulement les types 1 et 3 a été mis en œuvre pour retirer toutes les souches vaccinales atténuées de type 2, avec le risque qui s'y associe. Bien que ce retrait coordonné ait été précédé par l'introduction d'une dose de vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) dans les calendriers nationaux de vaccination et par l'intensification des efforts visant à accroître l'immunité de la population au virus de type 2, ces efforts n'ont pas été couronnés de succès ou obtenus dans les temps dans de nombreux pays, créant des lacunes en matière d'immunité au virus de type 2. De plus, les ripostes aux flambées de PVDVc2 attendues ont été de qualité inégale, ont utilisé beaucoup plus de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 2 (VPOm2) que prévu et ont entraîné beaucoup plus d'émergences de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale de type 2 (PVDV2) et de flambées de PVDVc2 que ce qui avait été anticipé. Depuis le passage au VPOb, 64 flambées de PVDVc2 ont émergé, se propageant dans 33 pays dans quatre régions et entraînant ensemble 1572 cas de poliomyélite paralytique en 2020.¹⁶ En 2020, 1051 cas de PVDVc2 ont été détectés dans 29 pays, parmi lesquels 14 ont été touchés pour la première fois en 2020.¹⁶ L'augmentation récente des cas a été provoquée par de vastes flambées épidémiques en Afghanistan, au Pakistan, au Tchad et en Côte d'Ivoire, qui représentent collectivement 59 % du total des cas notifiés en 2020. La suspension des campagnes de lutte contre la poliomyélite de mars à juillet 2020 causée par la COVID-19, associée aux perturbations connexes des activités essentielles de vaccination et de rattrapage du VPI, a également

¹⁶ L'IMEP donne chaque semaine des informations sur l'épidémiologie des poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales dans le monde, qui peuvent être consultées en ligne (<https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/circulating-vaccine-derived-poliovirus>).

entraîné une augmentation de la transmission. Au début de l'année 2021, les risques associés à la propagation des flambées de PVDVc2 en cours ont augmenté, les flambées croissantes menaçant de larges populations n'ayant pas d'immunité au virus de type 2. (Voir l'**Annexe B** pour la situation épidémiologique actuelle.)

DIFFICULTÉS ACTUELLES

La propagation et la persistance des flambées actuelles de PVDVc2 sont dues à plusieurs facteurs, notamment la diminution de l'immunité mucoale au virus de type 2 chez les jeunes enfants nés après le passage du VPOT au VPOb ; une faible couverture vaccinale essentielle par le VPI ; des schémas de migration régionale qui permettent au virus de se transmettre d'une population à une autre ; des délais dans la détection des flambées de PVDVc2 ; une portée limitée des activités de vaccination supplémentaires (AVS) du fait d'une disponibilité limitée des stocks mondiaux de vaccins ; une mise en œuvre tardive des ripostes aux flambées ; et des AVS de qualité variable lors de la riposte aux flambées. Lorsque des campagnes de VPOM2 de grande portée et de qualité inégale sont menées dans ces environnements, cela augmente le risque de nouvelles émergences dans des zones à faible couverture et des zones frontalières des zones d'intervention, prolongeant ainsi le cycle.¹⁷ Les priorités concurrentes des pays et des donateurs, l'engagement politique limité et le manque de responsabilisation des pays et des partenaires de l'IMEP sous-tendent ces difficultés.

VOIE À SUIVRE POUR ARRÊTER LA TRANSMISSION DU PVDVc2 ET PRÉVENIR LES FLAMBÉES DANS LES PAYS OÙ LA POLIOMYÉLITE N'EST PAS ENDÉMIQUE

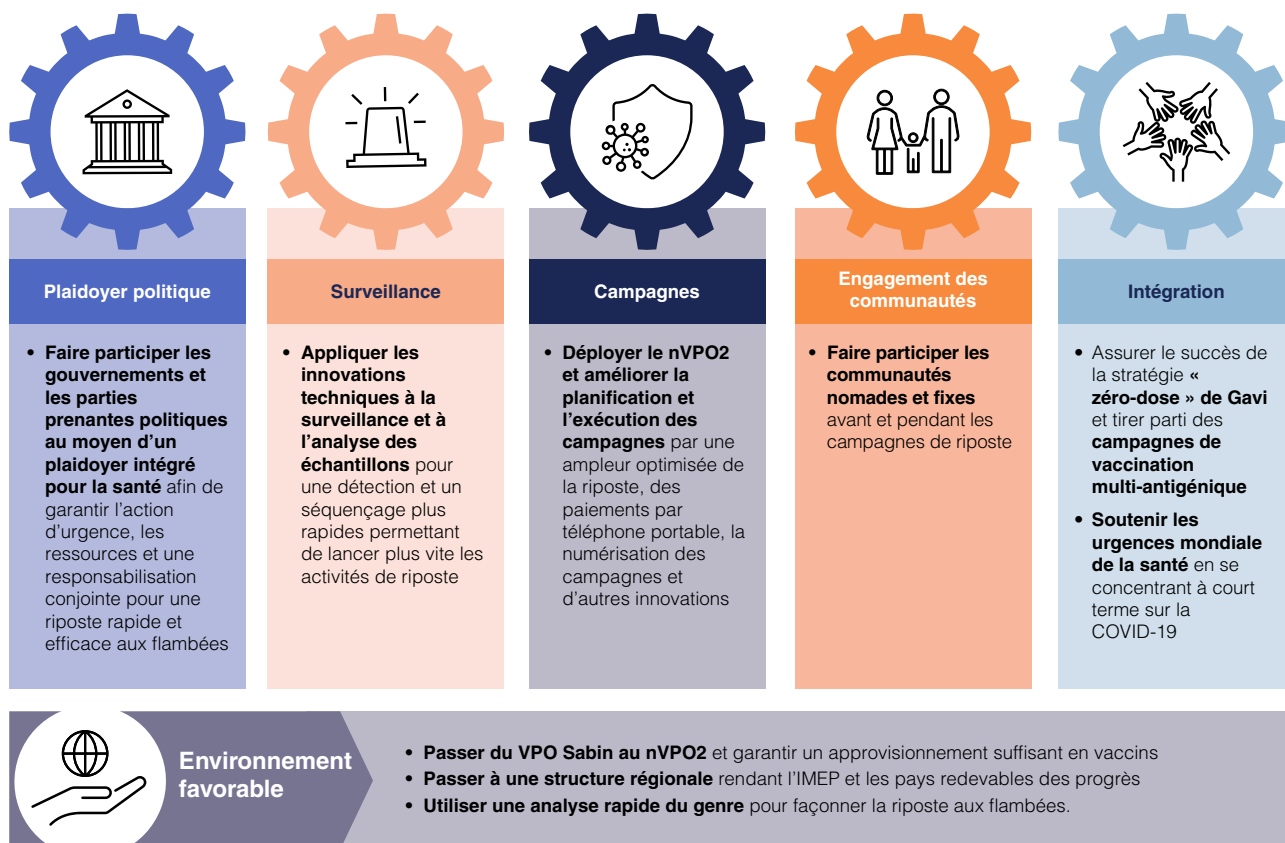
L'IMEP agira dans l'urgence pour assurer une détection rapide des cas et une riposte aux flambées solide permettant d'arrêter rapidement la transmission du PVDVc2 et de minimiser le risque de nouvelles émergences. La clé d'une réponse réussie est le maintien d'une surveillance sensible visant à détecter rapidement tout poliovirus, suivie de campagnes de riposte rapide menées avec une qualité suffisante pour atteindre des niveaux élevés de couverture vaccinale associées à de solides services de vaccination essentielle à même de minimiser le risque qu'un poliovirus ne s'implante à nouveau.

Les nouvelles approches visant à interrompre la transmission du PVDVc2 (voir la **Figure 7**) comprennent :

- un plaidoyer politique ciblé et coordonné dans les pays touchés par des flambées pour que la préparation et la riposte aux flambées de poliomyélite soient mise en relation avec le reste des priorités nationales en matière de santé ;
- des structures hiérarchiques d'urgence pour la riposte aux niveaux national, régional et mondial grâce auxquelles des décisions peuvent être prises rapidement pendant la détection des flambées et la riposte ;
- des capacités régionales et nationales accrues propres à soutenir la surveillance et la riposte aux flambées ;
- le déploiement du nVPO2 pour minimiser l'apparition de flambées, et d'autres nouveaux outils, approches et partenaires permettant l'amélioration de la surveillance, de la rapidité et de la qualité de la riposte ainsi que de l'engagement de la communauté ;
- une solide coordination entre le PEV dans les pays et les partenaires de la vaccination essentielle pour que les communautés « zéro dose » et sous-vaccinées dans les zones géographiques prioritaires pour la poliomyélite soient repérées.

¹⁷ Le VPO Sabin a joué un rôle essentiel dans la réduction mondiale des cas de poliomyélite et dans l'éradication mondiale du PVS2 et du PVS3, comme l'a déclaré la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite en 2015 et 2019, respectivement. Dans de rares cas, cependant, le virus vivant atténué contenu dans le vaccin peut causer des symptômes neurologiques de poliomyélite et devenir un PVDV. Lorsque l'immunité de la population est faible, ce PVDV peut se mettre à circuler, provoquant une flambée de PVDVc.

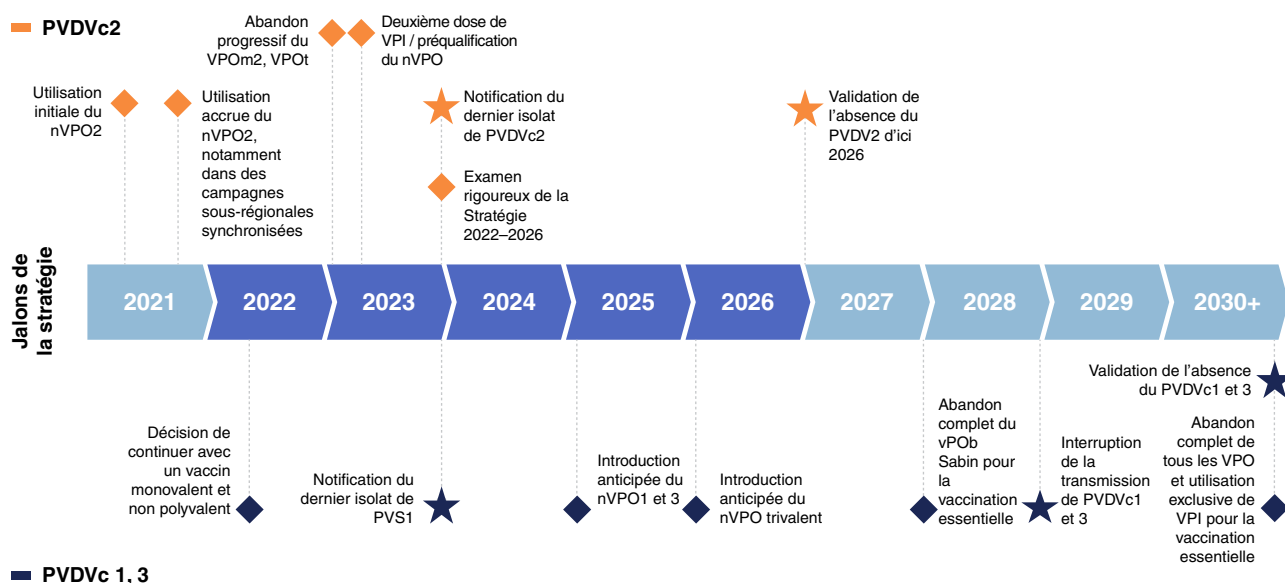
Figure 7. But 2 : objectifs stratégiques et activités principales



nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ; VPO2 = vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ;
 Source: OMS.

Le programme vise à notifier le dernier isolat de PVDVc2 d'ici la fin de 2023, à mettre au point un nouveau VPO pour les types 1 et 3 afin d'arrêter toute transmission du PVDVc en 2028, et finalement passer à une vaccination essentielle utilisant exclusivement le VPI. Les principaux jalons et mesures du succès concernant l'interruption de la transmission du PVDVc dans les pays touchés par des flambées ou à risque sont indiqués ci-dessous (voir la Figure 8).

Figure 8. Jalons posés pour l'interruption de la transmission du PVDVc dans les pays touchés par des flambées ou à risque, 2021–2030+



nVPO1 et 3 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 1 et de type 3 ; nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ; PVDVc1 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 ; PVDVc2 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; PVDVc3 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 3 ; PVDV2 = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; PVS1 = poliovirus sauvage de type 1 ; VPI = vaccin antipoliomyélique inactivé ; VPO = vaccin antipoliomyélique oral ; VPOb = vaccin antipoliomyélique oral bivalent ; VPOm2 = vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2 ; VPOt = vaccin antipoliomyélique oral trivalent.
 Source: OMS.

1. Créer un sentiment d'urgence et la responsabilisation au moyen du plaidoyer pour obtenir une volonté politique

Le plaidoyer politique sera essentiel pour accroître l'appropriation et la responsabilisation du gouvernement et mettre rapidement un terme aux flambées de PVDVc2. Dans la Région africaine, par exemple, on constate un manque de prise de conscience de la nécessité de poursuivre les efforts menés pour enrayer la propagation croissante des flambées de PVDVc2 en raison de la récente certification de la région en tant que région exempte de PVS en août 2020. De plus, du fait de la pandémie de COVID-19, la santé publique nationale a été réorientée vers la riposte à la COVID-19, la reprise économique et la sécurité sanitaire. La santé et la vaccination ne se sont jamais situées si haut sur l'échelle des préoccupations mondiales mais les programmes de longue date tels que l'éradication de la poliomyélite sont fortement touchés par des obstacles politiques et financiers majeurs, ce qui se traduit par des activités auxquelles on n'accorde pas le degré d'urgence et de priorité suffisant pour mettre fin aux flambées de PVDVc2 et maintenir les régions exemptes de PVDVc. Le contexte général caractérisé par les informations erronées et la désinformation quant aux vaccins requiert de nouvelles tactiques d'action de plaidoyer permettant de susciter l'intérêt et l'engagement politiques.

Principaux domaines de progression

Pour relever ces défis, l'IMEP renforcera les compétences en matière de plaidoyer politique aux niveaux national, régional et mondial du partenariat, et impliquera des partenaires externes dotés de compétences pluridisciplinaires pour garantir que les capacités allouées à ce domaine de travail clé soient suffisantes. Des stratégies de plaidoyer politique ciblées seront essentielles au renforcement de l'appropriation et de la responsabilisation du gouvernement.

Afin d'obtenir un plus grand soutien de la part des pouvoirs publics, l'IMEP :

- fera participer les acteurs gouvernementaux et les influenceurs tiers de manière proactive et régulière afin d'assurer une bonne compréhension des difficultés et des actions nécessaires pour mettre fin aux flambées de PVDVc2, d'écouter et de recueillir des commentaires sur la façon dont l'IMEP peut apporter un meilleur soutien aux gouvernements, et de promouvoir la responsabilisation conjointe dans les partenariats de l'IMEP avec les gouvernements pour mettre fin rapidement à toutes les formes de poliomyélite ;
- utilisera des plateformes et des partenaires régionaux (par exemple, l'Union africaine et ses entités axées sur la santé), des mécanismes existants (comme Vaccination 2030), des sous-comités ministériels dans les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Afrique, de nouveaux tableaux de bord ciblés, des défenseurs locaux, la société civile et des organisations confessionnelles pour rendre la poliomyélite plus visible et accroître la responsabilisation pour que les flambées de PVDVc2 soient enrayerées ;
- informera les acteurs gouvernementaux de l'intérêt des ressources de la lutte contre la poliomyélite pour d'autres priorités urgentes du pays, en soulignant la valeur des outils, des effectifs et des infrastructures relatifs à la lutte contre la poliomyélite en tant qu'investissement clé dans une intervention d'urgence plus vaste et une préparation à de futures pandémies. Cela nécessitera une coordination et une collaboration avec d'autres programmes de santé permettant de mettre au point des approches conjointes de plaidoyer, notamment la couverture vaccinale essentielle contre la poliomyélite et d'autres maladies évitables par la vaccination (MEV) ;
- avec les partenaires de vaccination, ainsi qu'avec les acteurs humanitaires et les organisations de la société civile (OSC), appellera à se remédier rapidement aux conséquences de la COVID-19 sur la couverture vaccinale afin que les plus vulnérables puissent être protégés contre les MEV et que les enfants soient vaccinés contre la poliomyélite dans les États fragiles ;
- examinera des possibilités de financement novatrices visant à renforcer la responsabilisation et à encourager une riposte efficace et urgente en cas de flambée. Lorsque cela est possible, l'IMEP plaidera en faveur de contributions nationales qui soutiennent les activités et les ressources de lutte contre la poliomyélite afin de stimuler l'action menée en vue de mettre fin aux flambées de PVDVc2 tout en veillant à ce que ces ressources soient disponibles pour soutenir les systèmes de santé à long terme.

Cette approche proactive de plaidoyer s'appuiera sur l'analyse du paysage politique aux niveaux national et régional et sur le recensement des parties prenantes ; sera adaptée en fonction des autres priorités urgentes des pays ; et mise à jour en continu grâce à un dialogue continu et bilatéral avec les parties prenantes politiques et les tierces parties. En outre, les actions de plaidoyer aux niveaux mondial et régional seront étroitement liées aux sous-comités ministériels, aux mécanismes régionaux et nationaux de responsabilisation et au développement de l'intégration dans les pays touchés par des flambées.

Indicateurs de réussite

Résultat 1 : Le renforcement de l'appropriation par le gouvernement et de l'engagement politique mesuré par le suivi du nombre de pays déclarant une urgence de santé publique dans la semaine suivant la confirmation de la flambée.

Résultat 2 : Des effectifs qualifiés qui sont disponibles rapidement et sur lesquels on peut compter pour appuyer la riposte aux flambées faisant l'objet de rapports pour le personnel de l'IMEP et du gouvernement pour chaque intervention de lutte contre les flambées et régulièrement examinés en vertu du cadre de responsabilisation régional.

Résultat 3 : Des contributions nationales mesurables apportées aux activités de riposte aux flambées attestées et examinées pour toutes les ripostes de ce type.

2. Améliorer la détection et la riposte au moyen d'une surveillance sensible

L'interruption du PVDVc2 dans toutes les régions ne peut être obtenue que si les activités de riposte aux flambées sont fondées sur des réseaux et des outils de surveillance sensibles, systématiques et suffisamment rapides. Avec l'expansion des flambées de PVDVc2 et des pays supplémentaires considérés comme à risque, les méthodes de surveillance doivent être rapidement développées pour inclure la surveillance environnementale et la surveillance à base communautaire dans un plus grand nombre de zones géographiques en complément de la surveillance traditionnelle de la PFA.¹⁸ En outre, les capacités de surveillance doivent évoluer et être maintenues indéfiniment pour soutenir l'engagement du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 en faveur d'une intégration plus large de la surveillance des MEV, en maintenant des obligations de signalement du Règlement sanitaire international (RSI) et suivre la transmission communautaire dans le cas hautement improbable mais à fort impact d'une défaillance du confinement au niveau d'un laboratoire ou d'une usine de fabrication de vaccins (voir la section **Préparation pour le monde post-certification**).

Principaux domaines de progression

Bien que la surveillance de la PFA et le réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite continuent d'être la référence en matière de surveillance des poliovirus, les inquiétudes suscitées par la propagation des PVDVc et la nécessité de maintenir la surveillance de manière permanente ont entraîné des changements dans l'approche de la surveillance de l'IMEP.

La transformation de l'approche sera réalisée grâce :

- au soutien apporté aux pays lors de la transition vers des systèmes de surveillance électronique adaptés aux systèmes nationaux d'information sanitaire et aux politiques et stratégies nationales de santé relatives à la cybersanté pour que tous les programmes puissent bénéficier des investissements dans le domaine de la poliomyélite et de l'interopérabilité;¹⁹
- au soutien fourni aux pays pour qu'ils créent et s'approprient des normes de qualité rigoureuses pour la surveillance de la PFA ; à la mise en place et à l'optimisation de systèmes de surveillance environnementale et de surveillance à base communautaire efficaces et durables ; et à la réalisation des tests de laboratoire et de l'analyse des séquences du poliovirus au niveau des pays, si possible ;
- à la mise en œuvre d'innovations dans le suivi et le transport des échantillons, en ciblant les régions où les retards sont les plus marqués ;
- à la mise en place de la détection directe et d'autres nouvelles technologies de détection et de caractérisation des virus ;
- à l'adoption de systèmes et d'activités nationaux et infranationaux de supervision, de suivi et de surveillance qui offrent des possibilités d'évaluation continue du système, de formation et d'encadrement du personnel, et d'utilisation de données pour une riposte rapide, tels que l'information en ligne pour l'action (WebIFA) et la surveillance électronique (eSURV) ;
- à l'intégration dans d'autres systèmes de surveillance des MEV et le respect des engagements de l'IMEP en tant que partie intégrante de la stratégie mondiale de surveillance globale des MEV ;²⁰

¹⁸ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite, 2018-2020. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/GPEI-global-polio-surveillance-action-plan-2018-2020-FR-1.pdf>, consulté le 15 juin 2021). Révision en cours.

¹⁹ Par exemple, les ensembles de données des systèmes d'information géographique servant pour la microplanification de la lutte contre la poliomyélite peuvent être intégrés dans les systèmes nationaux de gestion de l'information sanitaire et utilisés pour la distribution de moustiquaires, d'autres estimations de population réalisées pour lutter contre la poliomyélite peuvent être intégrées dans les systèmes nationaux existants et utilisées par d'autres programmes, et les technologies mobiles utiles pour la lutte contre la poliomyélite peuvent être utilisées pour d'autres programmes.

²⁰ Global strategy for comprehensive Vaccine-Preventable Disease (VPD) surveillance. WHO Immunization, Vaccines and Biologicals (IVB). Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications/m/item/global-strategy-for-comprehensive-vaccine-preventable-disease-\(vpd\)-surveillance](https://www.who.int/publications/m/item/global-strategy-for-comprehensive-vaccine-preventable-disease-(vpd)-surveillance), consulté le 15 juin 2021).

- à l'évolution de la surveillance, en particulier dans les pays où il n'y a pas de flambées actives, pour qu'elle relève de la responsabilité commune des gouvernements et de l'IMEP, posant ainsi les bases de la transition vers le monde post-certification.

Conformément aux priorités de l'IMEP en matière d'intégration, une attention particulière sera accordée à la mise au point de capacités partagées au sein des pays afin de soutenir les objectifs d'intégration à long terme concernant les maladies évitables par la vaccination, notamment les activités de terrain. À court terme, les ressources pour le diagnostic du poliovirus seront harmonisées et intégrées à d'autres procédures de diagnostic des maladies évitables par la vaccination, dans la mesure du possible. À plus long terme, l'IMEP œuvrera à la création de réseaux de surveillance, de capacités de laboratoire et des systèmes d'information partagés afin d'améliorer l'efficacité, la rapidité et la coordination de l'ensemble de la surveillance des maladies évitables par la vaccination.

Les solutions permettant de détecter plus rapidement le poliovirus (voir l'encadré **Le temps presse**) seront d'abord privilégiées pour les flambées actuelles de PVDC2 et les pays à haut risque afin d'améliorer la rapidité et l'efficacité des campagnes, notamment la transition vers l'utilisation du nVPO2. Certains retards dans la détection dans la Région africaine (et dans certains pays africains de la Région de la Méditerranée orientale) ont ralenti dans certains cas les ripostes aux flambées et contribué à la propagation du PVDVc2. Compte tenu du risque de propagation de l'épidémie, ces pays doivent être prioritaires pour l'amélioration de la vitesse et de la sensibilité de la surveillance, des outils et des indicateurs, notamment la surveillance environnementale. Afin de raccourcir le processus de déclenchement d'une riposte rapide dans les endroits où le vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (VPO2) n'a pas été utilisé récemment et à la suite de la confirmation de la détection du poliovirus de type 2, la mise au point de l'évaluation des risques devrait commencer immédiatement plutôt que d'attendre la confirmation du PVDVc2.

Indicateurs de réussite

Résultat 1 : Une application cohérente des normes de surveillance à l'échelle mondiale, mesurée par le suivi du pourcentage de districts dont le taux de paralysie flasque aiguë non poliomyélique (PFANP) est > 2/100 000 et de sites environnementaux atteignant un seuil de sensibilité d'au moins 50 % d'échantillons positifs pour les entérovirus sur six mois ou plus.

Résultat 2 : Une augmentation de la vitesse de détection et de la précision du système de surveillance démontrées par (au moins) 80 % des cas pour lesquels le prélèvement d'échantillons de selles ventilé par sexe est adéquat et la proportion de PVS et de PVDV pour lesquels des résultats de laboratoire finaux ont été notifiés dans les 35 jours suivant l'apparition des cas de PFA ou du prélèvement d'échantillons dans le cadre la surveillance environnementale.

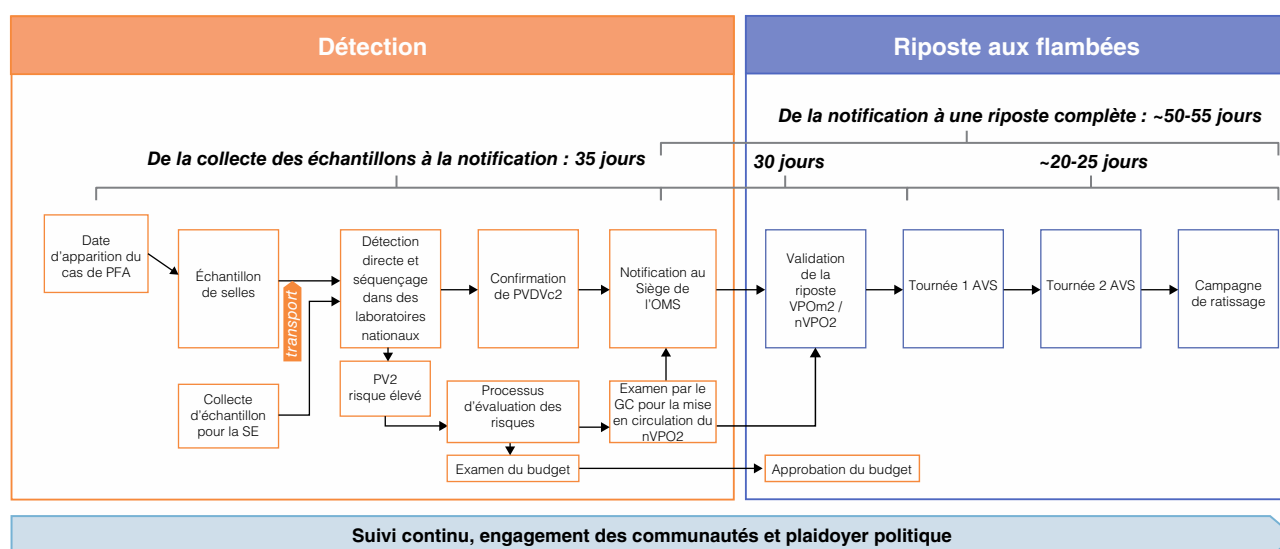
Le temps presse

Le délai entre la collecte d'échantillons et la confirmation de la présence du PVDVc est crucial pour détecter et lancer des ripostes rapides aux flambées. Au fur et à mesure que les flambées se sont propagées à des pays qui étaient depuis longtemps exempts de polio, ce délai s'est allongé et a contribué à retarder la notification des flambées de PVDVc2.

Les possibilités d'amélioration à chaque étape du parcours, du terrain à la confirmation en laboratoire, permettront d'accélérer les temps de réponse aux flambées. La détection du poliovirus directement à partir d'échantillons de selles est une nouvelle méthodologie plus rapide pour l'identification du poliovirus qui permettra de réduire jusqu'à une semaine le temps d'analyse en laboratoires. La réduction du temps d'analyse peut être encore améliorée si la détection directe est associée au séquençage sur place, ce qui permet d'éviter les goulets d'étranglement dans le transport international des échantillons (voir la **Figure 9**). Avec la réduction du délai de traitement des échantillons de PFA après leur collecte, les résultats seraient plus rapidement disponibles pour la planification et la mise en œuvre rapides des activités de riposte. Ce processus pourrait aussi permettre d'atteindre les objectifs de confinement fixés dans le GAPIII en limitant l'inoculation de cultures cellulaires qui permettent la réplication du poliovirus.* Pour être la plus efficace possible dans la réduction du délai d'obtention des résultats des laboratoires, la détection directe doit être encore optimisée pour ce qui est de l'analyse des échantillons d'eaux usées, et des méthodes complémentaires doivent être élaborées pour caractériser les poliovirus détectés à l'aide d'un séquençage génétique rapide dans un plus grand nombre de laboratoires.

* GAPIII: Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral, troisième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/12/GAPIII_2014_FR.pdf, consulté le 15 juin 2021).

Figure 9. Situation future souhaitée pour la détection et la riposte aux flambées



AVS = activité de vaccination supplémentaire ; GC = groupe consultatif ; nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ; PFA = paralysie flasque aiguë ; PVDVc2 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; PV2 = poliovirus de type 2 ; SE = surveillance environnementale ; VPOM2 = vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2.

Source: OMS.

3. Améliorer les succès en première ligne en modifiant les opérations de riposte aux flambées

Pour enrayer rapidement les flambées de PVDVc, la réponse vaccinale doit être déployée rapidement après l'identification de la riposte aux flambées à apporter dans le cadre de campagnes de qualité et de portée appropriée visant à arrêter la transmission et empêcher la propagation en dehors de la zone de riposte aux flambées (voir le **Figure 9**). Pour y parvenir, l'IMEP optimisera encore davantage la riposte aux flambées à l'aide d'orientations opérationnelles actualisées, des structures de prise de décisions et d'interventions d'urgence rationalisées, une coordination transfrontalière, une allocation de ressources adéquate et des améliorations opérationnelles permettant de faciliter une mobilisation rapide pour la riposte aux flambées dans les pays.

Principaux domaines de progression

L'introduction et le déploiement du nVPO2 pour la riposte aux flambées de PVDVc2 est l'un des principaux objectifs de cette nouvelle stratégie. La réduction attendue du risque que le nVPO2 soit à l'origine de nouvelles émergences permettra d'accroître les possibilités d'utilisation du vaccin chez les populations n'ayant jamais reçu le VPO2, ce qui devrait permettre aux pays d'interrompre plus rapidement la transmission et d'empêcher la propagation en dehors des zones d'intervention. Pour être efficace, l'utilisation du nVPO2 doit s'accompagner d'une amélioration de la planification, de l'exécution et du suivi des interventions afin de garantir des ripostes rapides et de qualité. (Voir l'encadré **le nVPO2 : un outil très attendu**).

Les améliorations de la planification et de l'exécution de la riposte aux flambées comprendront :

- la garantie d'une utilisation optimale des vaccins, notamment le nVPO2, en fonction de la situation épidémiologique prévalente et de l'état de préparation du pays pour l'utilisation du nVPO2 dans le cadre du protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence (protocole EUL) ;
- l'accélération des interventions d'urgence grâce à des plans de riposte aux flambées rapidement approuvés au niveau régional et à une structure de commandement en cas d'incident opérationnelle à tous les niveaux de l'IMEP permettant de guider et de diriger la riposte aux flambées, notamment le transfert rapide de fonds des régions vers les pays et enfin vers les agents de terrain (voir l'encadré **Déplacer des fonds plus rapidement**) ;

Déplacer des fonds plus rapidement

Les paiements en espèces pour les opérations de campagne de lutte contre les flambées ont conduit à des reports de campagnes, des opérations de mauvaise qualité et des effectifs démotivés du fait des retards de paiement.[†] Dans la nouvelle stratégie, l'IMEP développera les programmes d'argent mobile (paiement numérique) afin d'accélérer la distribution des fonds, d'améliorer la qualité de la riposte aux flambées et d'accroître la satisfaction des travailleurs.[‡] Dans un pays (la Côte d'Ivoire), le délai de paiement moyen pour le deuxième tournée de la campagne était de deux heures, contre une moyenne de trois semaines pour le traitement des paiements en espèces, ce qui démontre les effets non négligeables des paiements par mobile sur les campagnes contre les flambées.

[†] Au cours du premier trimestre de 2020, 50 % des campagnes de lutte contre les flambées de poliomyélite dans la Région africaine ont été reportées ou affectées négativement par le retard dans la distribution des fonds au niveau opérationnel.

[‡] Plus de 50 000 agents de campagne de première ligne en Côte d'Ivoire, au Mali et au Ghana ont été payés rapidement et de manière transparente en utilisant les virements mobiles en 2020.

- l'utilisation et l'élargissement des mécanismes de coordination gouvernementaux existants dans le pays visant à établir des salles de commande de lutte contre la poliomyélite, permettant l'utilisation de données en temps réel pour la prise de décisions et une structure de gestion des incidents grâce à laquelle les opérations d'urgence peuvent être rationalisées ;
- l'optimisation de la capacité de préparation et de riposte aux épidémies dans les pays à haut risque par le biais d'un mécanisme régional de recrutement permettant à la fois un déploiement rapide et une flexibilité pour le déplacement du personnel d'appui technique d'un pays à l'autre en fonction de l'évolution de la situation épidémiologique, des performances et de la responsabilisation, et en repérant les synergies avec les plans de riposte aux flambées rapportés annuellement à la commission régionale de certification, les actions du plan de riposte stratégique aux épidémies de rougeole et les autres initiatives liées aux MEV ;²¹
- l'utilisation d'analyses rapides des questions de genre, d'estimations locales des risques et données modélisées pour que la portée de la riposte aux flambées soit optimisée, notamment les approches ciblant spécifiquement les communautés nomades et autres populations mobiles ;
- la numérisation de l'ensemble de la riposte aux flambées, de la planification au suivi durant et après la campagne, afin d'utiliser une approche reposant sur des bases factuelles pour des évaluations précises de la couverture et la qualité de la riposte, y compris les données de surveillance ventilées par âge et par sexe ;
- la garantie d'un rôle plus important pour les femmes dans les opérations de riposte aux flambées grâce à une participation accrue à la surveillance, à la gestion, à la supervision et à l'exécution de la riposte aux flambées..

L'IMEP met à jour les modes opératoires normalisés et les manuels pour les AVS, en tenant compte des dernières avancées, des nouveaux outils et réalités, ainsi que de la nécessité d'améliorer la rapidité et la qualité des campagnes pour s'assurer que les flambées sont enrayerées rapidement et efficacement.²² Pour que le déploiement du nVPO2 soit couronné de succès, une planification globale a permis de représenter des scénarios potentiels et de recenser des moments de décision charnière permettant de soutenir l'utilisation du nVPO2 dans les pays (voir l'**Annexe G**).

Le nVPO2 : un outil très attendu

Le VPO est utilisé depuis 50 ans et s'est avéré efficace pour interrompre le PVDVc2 dans les zones d'intervention. Entre 2019 et 2020, près de 80 % des flambées de PVDVc2 ont été endiguées après deux tournées de VPO2 de type Sabin. Cependant, en raison du risque que le virus vaccinal contenu à l'origine dans le VPO acquière à nouveau sa neurovirulence et provoque de nouvelles flambées, le programme a commencé à investir en 2011 dans le développement d'un nouveau VPO2 (nVPO2). Le nouveau vaccin est entré dans les phases I et II des essais en 2017 et 2019, respectivement, lors desquelles l'innocuité, l'immunogénicité et la stabilité génétique qui rendront le virus vaccinal moins susceptible de reprendre une forme qui peut causer la paralysie ont été validées. L'autorisation d'utilisation d'urgence au titre du protocole EUL ayant été reçue à la fin de 2020, le nVPO2 est maintenant introduit dans les premiers pays touchés par des flambées pour mener à bien la vérification de l'état de préparation.

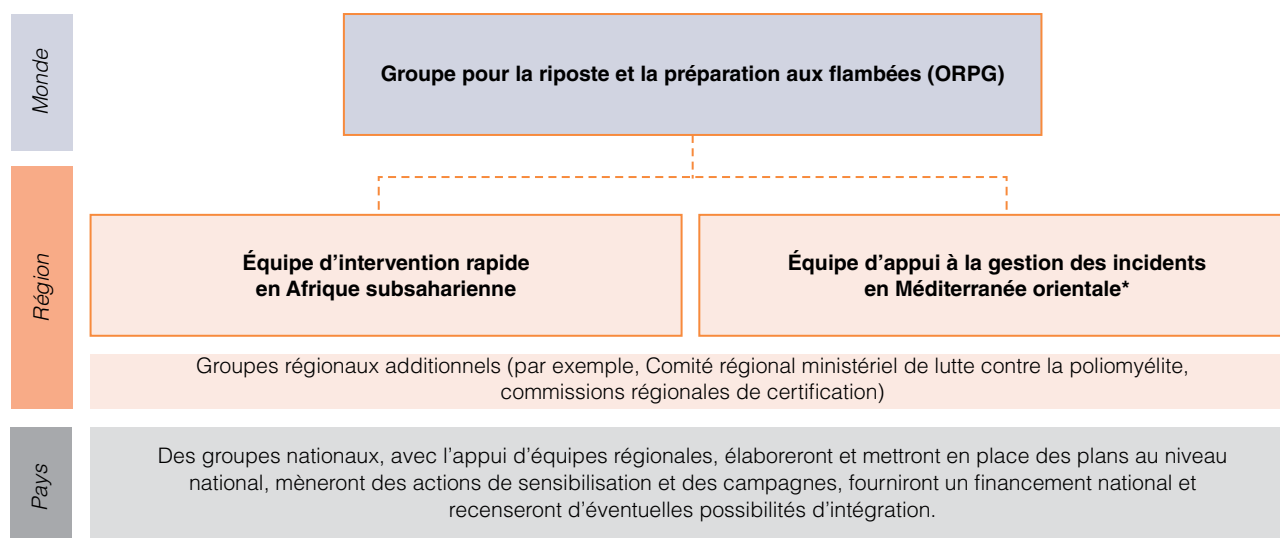
Le besoin de nVPO2 est urgent. L'introduction du nVPO2 est une décision prise par les partenaires et les autorités nationales de vaccination, tels que le Ministère de la santé, le groupe consultatif technique national pour la vaccination et les autorités nationales de réglementation. Lorsque les pays remplissent les critères relatifs à l'utilisation du nVPO2, ils doivent s'engager à surveiller en permanence l'innocuité et l'efficacité du vaccin dans le cadre du protocole EUL et en partenariat avec l'IMEP et le fabricant du vaccin. À mesure que davantage de pays auront procédé à l'étape de vérification de l'état de préparation pour l'utilisation du nVPO2 et que la période d'utilisation initiale cèdera la place à une utilisation plus large, on s'attend à ce que l'utilisation du VPO2 de type Sabin dans la riposte à l'épidémie diminue tout au long de l'année 2021. Si les données issues du terrain et des études en cours sur le nVPO2 continuent d'être jugées favorables, le VPOm2 sera progressivement éliminé. Aux fins de la planification stratégique, l'IMEP prévoit des AVS beaucoup plus importantes utilisant le nVPO2 en réponse à toute flambée et fait l'hypothèse que chaque flambée sera interrompue dans les délais prévus dans les modes opératoires normalisés pour la riposte aux flambées. (Voir l'**Annexe G** pour des informations détaillées sur l'établissement de plans de rechange.)

La responsabilité et la responsabilisation pour la riposte aux flambées incomberont à trois groupes de l'IMEP (voir la **Figure 10**). Le Groupe pour la riposte et la préparation aux flambées (ORPG) fera le lien entre les équipes mondiales et régionales qui s'emploient à lutter contre les flambées de poliomyélite. Les activités dans les régions les plus touchées par les flambées de PVDVc2 seront du ressort de deux groupes axés sur les flambées et la riposte : l'Équipe d'intervention rapide en Afrique subsaharienne et l'Équipe régionale d'appui à la gestion des incidents pour les pays non endémiques de la région de la Méditerranée orientale. Ces équipes sont les organes de décision pour les opérations de riposte dans leurs régions respectives, ayant la responsabilité de la gestion globale des activités de riposte aux flambées. L'ORPG gèrera les capacités opérationnelles en cas de flambées dans d'autres régions.

²¹ Measles outbreaks strategic response plan 2021–2023. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340657/9789240018600-eng.pdf>, consulté le 15 juin 2021).

²² Les modes opératoires normalisés et les manuels pour les AVS mis à jour seront publiés sur le site Web de l'IMEP dès qu'ils seront disponibles (<https://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/gpei-tools-protocols-and-guidelines>, consulté le 15 juin 2021).

Figure 10. Équipes pour la riposte aux flambées aux niveaux mondial et régional



*comprend les pays non endémiques de la Région de la Méditerranée orientale et certains pays de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (ONU).
Source: OMS.

Un cadre de responsabilisation sera créé conformément aux modes opératoires normalisés relatifs aux flambées et fera l'objet d'une surveillance régulière par une fonction de vérification indépendante afin que les résultats soient évalués. Les équipes des opérations régionales seront liées à des sous-comités ministériels afin de faciliter la responsabilisation au niveau national dans le cadre de mécanismes régionaux existants et d'examiner régulièrement les indicateurs relatifs aux flambées.²³ En outre, la Commission régionale de certification pour l'Afrique, les Groupes consultatifs techniques pour l'Afghanistan et le Pakistan et d'autres organismes consultatifs compétents mettront davantage l'accent sur l'examen et la validation de la riposte au PVDV afin que des opinions indépendantes puissent être entendues sur les opérations régionales et la performance de l'IMEP.

Indicateurs de réussite

Résultat 1 : L'amélioration de la qualité des campagnes, visant notamment à réduire le nombre d'enfants manqués lors des AVS, mesurée par le suivi du pourcentage de flambées endiguées grâce à deux tournées et au ratissage dans les six mois suivant l'identification de la flambée.

Résultat 2 : Une préparation et une riposte aux flambées en temps opportun mesurées par le suivi du nombre moyen de jours entre la confirmation de la flambée et le début de la première AVS.

Résultat 3 : Un déploiement réussi et rapide du nVPO2 mesuré en suivant le pourcentage de pays cibles qui répondent aux exigences relatives à l'utilisation du nVPO2 et en suivant le nombre de pays qui utilisent le nVPO2 pour la riposte aux flambées.

Analyse rapide des questions de genre dans la riposte aux flambées

Lorsque le genre devient partie intégrante de l'évaluation rapide des flambées, une réponse plus efficace devient possible. Les analyses rapides des questions de genre, telles que définies dans les procédures opérationnelles standardisées, renforcent la riposte aux flambées et soutiennent l'interruption.* En recueillant et en analysant des données ventilées par sexe et des renseignements tenant compte des questions de genre, les équipes de première ligne développent une compréhension plus approfondie de la population qui améliore la participation communautaire et augmente l'acceptation du vaccin. Pour appuyer l'intégration des activités liées au genre dans lors des flambées, une future liste de contrôle décrira les activités allant du recrutement d'équipes équilibrées en termes de genre (y compris du personnel de renfort), à la collecte et à l'analyse de données ventilées par sexe pour la surveillance dans la PFA et le suivi des campagnes, en passant par l'incorporation de données sociales tenant compte du genre dans les activités de mobilisation sociale, de communication et de la participation communautaire.

* Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Procédures opérationnelles standardisées : riposte à un événement ou à une flambée de poliomyélite, version 3.1 [Standard operating procedures: responding to a poliovirus event or outbreak, version 3.1]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332921/9789240007802-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 15 juin 2021). L'analyse rapide des questions de genre de l'IMEP dans le cadre de la riposte aux flambées sera guidée par l'évaluation multisectorielle initiale rapide (MIRA) du Comité permanent interorganisations et l'analyse rapide des questions de genre de CARE International. Voir See Inter-Agency Standing Committee (IASC) Needs Assessment Task Force. Multi-sectoral initial rapid assessment guidance; revised July 2015 (https://interagencystandingcommittee.org/system/files/mira_manual_2015.pdf, consulté le 15 juin 2021); In Practice, Rapid gender analysis [website]. Geneva: CARE International; 2021 (<https://insights.careinternational.org.uk/in-practice/rapid-gender-analysis>, consulté le 15 juin 2021).

²³ Ces comités comprendront des Ministres de la santé des pays, soutenus par des Directeurs régionaux de l'OMS et de l'UNICEF, qui assureront la surveillance et le suivi des résultats des pays.

4. Favoriser l'acceptation du vaccin par un engagement des communautés adapté au contexte

Dans les pays touchés par des flambées ou à risque, l'IMEP adoptera des tactiques visant à optimiser la participation communautaire et promouvoir la sensibilisation aux vaccins et leur acceptation. L'IMEP enrichira ses modèles de participation communautaire et d'écoute pour inclure des plateformes numériques et utilisera des réseaux sociaux et des groupements de partenaires plus vastes pour créer l'impulsion nécessaire pour la riposte aux flambées en luttant contre les informations fausses et en soutenant le déploiement du nVPO2 et du vaccin contre la COVID-19.

Principaux domaines de progression

La communication sur les flambées du programme de lutte contre la poliomyélite sera mise en place bien avant qu'un agent de vaccination ne se présente dans les foyers pour proposer des vaccins antipoliomyélitiques. En s'appuyant sur les enseignements tirés et les meilleures pratiques universelles, l'IMEP réinventera son approche afin que des environnements favorables aux campagnes de lutte contre les flambées soient rapidement créés grâce :

- au passage d'une approche axée sur la campagne à des investissements dans le maintien de la confiance et l'établissement de relations avec les communautés, ainsi qu'à la préparation aux flambées et le prépositionnement des ressources de communication dans le respect des normes sociales locales ;



- à l'utilisation des Normes et indicateurs de qualité minimaux de l'UNICEF en matière de participation communautaire permettant d'examiner les succès et de rechercher des possibilités d'améliorer les activités de mobilisation sociale en situation de flambée ;²⁴
- à l'intégration d'indicateurs relatifs à la participation communautaire dans les tableaux de bord de préparation des campagnes pour s'assurer que les activités de mobilisation sociale sont suivies grâce à des indicateurs judicieux et à des stratégies d'amélioration « en ligne » et « hors ligne » reposant sur des bases factuelles.

En outre, l'IMEP étudiera la possibilité de nouveaux partenariats locaux et réseaux sociaux et de nouvelles plateformes numériques permettant de collecter des données qualitatives qui serviront de base pour les actions de communication visant à atteindre tous les enfants ayant échappé à la vaccination et à prépositionner des ressources de communication. Il importe grandement de mieux comprendre les raisons sociales et les enjeux de la résistance des populations aux vaccins antipoliomyélitiques dans le contexte des flambées, en particulier dans les pays les plus exposés au risque d'émergence du PVDVc dans les Régions africaine et de la Méditerranée orientale.

Une communication rigoureuse et bien soutenue concernant les flambées de PVDVc2 et la préparation et la vérification de l'état de préparation en matière de nVPO2 et son utilisation, équilibrée et gérée avec soin dans un contexte plus général de fausses informations relatives à la vaccination, est en train de devenir une part intégrante de la stratégie de riposte aux flambées de l'IMEP.

Pour faire face aux nombreuses complexités qui entourent l'introduction du vaccin dans ce contexte, l'IMEP élaborera des produits et des tactiques de communication qui se serviront des principaux jalons pour communiquer sur les crises liées aux flambées de PVDVc2 et la stratégie de l'IMEP pour les interrompre, y compris le rôle potentiel du nVPO2. Ce contenu sera préparé en vue d'un déploiement rapide en cas de flambée et contribuera à donner l'élan nécessaire à un large éventail de parties prenantes en vue d'une riposte aux flambées rapide et de qualité.

Indicateurs de réussite

Résultat 1 : La création et le déploiement de capacités et de produits pour que la sensibilisation à la campagne soit accrue rapidement et que la confiance dans les vaccins antipoliomyélitiques soit renforcée partout, en menant des AVS pour les flambées de poliomyélite, mesurés par le suivi du pourcentage d'AVS pour lesquelles on constate que la sensibilisation à la campagne a couvert plus de 90 % des ménages (d'après échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité et/ou le suivi durant la campagne).

Les nouvelles tactiques pour les contenus numériques de première ligne

Pour s'employer à résoudre le problème de l'infodémie en matière de vaccins et lutter contre les informations fausses qui conduisent à la réticence à la vaccination ou à son refus, l'IMEP a adopté de nouvelles tactiques : a) « écouter » en surveillant systématiquement l'écosystème des médias numériques et sociaux au moyen de plateformes analytiques et aux technologies ; b) évaluer l'ampleur et les conséquences potentielles des rumeurs liées aux vaccins et des informations erronées sur les activités de vaccination ; et c) prévenir en amont ou rectifier après coup de manière proactive les contenus numériques préjudiciables, les fausses informations et la désinformation sur les vaccins. Pour atténuer le risque de rumeurs sur le nVPO2, l'IMEP a lancé des projets dans les pays touchés par les flambées qui repèrent avec succès les médias sociaux et les contenus numériques préjudiciables pour que les stratégies permettant de lutter contre les refus du vaccin et d'atténuer les risques relatifs au programme soient adaptées, notamment les violences potentielles ou les torts infligés aux agents de lutte contre la poliomyélite. Cette approche novatrice axée sur les données continuera d'évoluer en fonction des technologies disponibles pour éclairer les systèmes de préparation et de riposte dans les pays à risque élevé de flambées.

²⁴ Minimum quality standards and indicators for community engagement. New York: United Nations Children's Fund; undated (https://www.unicef.org/mena/media/8401/file/19218_MinimumQuality-Report_v07_RC_002.pdf, consulté le 11 juin 2021).

5. Accélérer les progrès en développant les efforts d'intégration et l'unification des partenariats

L'IMEP transformera la façon dont elle délivre les vaccins aux enfants dans les pays touchés par une flambée et ailleurs. Les efforts d'intégration, menés en particulier avec les programmes de vaccination essentielle et la surveillance des MEV, joueront un rôle capital dans la lutte contre les flambées de PVDVc en contribuant à accroître l'immunité de la population, à détecter les flambées dans toutes les régions en mettant l'accent sur les communautés non desservies et sous-vaccinées et à maintenir la capacité de répondre aux futures flambées.

Dans les pays touchés par des flambées ou à risque, la couverture vaccinale essentielle continue d'être variable, ce qui empêche de maintenir des niveaux suffisamment élevés d'immunité contre le poliovirus dans la population. Dans la lutte contre ces difficultés, l'intégration favorisera une plus grande efficacité grâce à la mise en œuvre simultanée d'interventions considérées comme étant sur le chemin critique de l'éradication, ainsi qu'à l'amélioration de la coordination, de la planification, de la gestion et de la mobilisation des ressources.

Principaux domaines de progression

L'IMEP évaluera les possibilités d'intégration dans d'autres programmes et initiatives de santé en utilisant le cadre de prise de décisions en matière d'intégration (voir l'**Annexe D**). Les équipes pour la riposte aux flambées se coordonneront avec les partenaires du PEV et de la vaccination afin d'améliorer les performances en matière de vaccination essentielle dans les lieux touchés par l'épidémie et les zones géographiques voisines dès les étapes initiales de la planification et entre les cycles de VPO. Saisissant l'occasion de la survenue des flambées pour signaler les faiblesses systémiques du PEV, le programme travaillera avec les autorités locales et plus largement des partenaires de la vaccination, tels que Gavi, pour mobiliser un soutien visant à renforcer la vaccination essentielle et les soins de santé primaires. Au cours des dernières phases de la riposte aux flambées, des activités multiantigéniques ou d'intervention seront envisagées.

L'IMEP aux niveaux mondial et régional a un rôle à jouer dans la mobilisation des ressources et le plaidoyer pour orienter les fonds existants vers l'expansion des services de soins de santé primaires, notamment les résultats en matière de vaccination essentielle et la vaccination de proximité, ainsi que le VPI. Pour ce faire, on utilisera la structure de gestion des incidents pour qu'une coordination générale soit assurée avec les gouvernements, le PEV, les soins de santé primaires et les partenaires afin de recenser les communautés « zéro dose » et sous-vaccinées pour les interventions de proximité, en partageant des informations sur les microplans pour améliorer le ciblage et la couverture vaccinale essentielle, et en intégrant la communication et les messages visant à promouvoir la vaccination essentielle et les soins de santé primaires.

Pour faire en sorte que l'intégration aille de pair avec l'harmonisation et la responsabilisation, l'IMEP :

- prendra part à des cadres opérationnels et des mécanismes d'examen des partenaires, tels que l'examen annuel de la Banque mondiale, les mécanismes et structures d'appropriation et de responsabilisation du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030, et les mécanismes d'opérationnalisation et d'examen de la stratégie quinquennale de Gavi (Gavi 5.0), pour s'assurer que les investissements soutiennent mutuellement l'éradication de la poliomyélite et d'autres avantages pour la santé ;
- utilisera les ressources de la lutte contre la poliomyélite et le plaidoyer de haut niveau, notamment par l'intermédiaire du Conseil de surveillance de la poliomyélite, pour soutenir l'achat, l'enregistrement, le ciblage et le déploiement du vaccin contre la COVID-19.

En se servant de la survenue de la flambée pour redynamiser la planification et l'action des autorités sanitaires nationales, provinciales et locales, l'IMEP – en collaboration avec Gavi et d'autres partenaires – cherchera à laisser le système sur la voie de la reprise à la fin de la flambée et à renforcer les mesures de préparation aux flambées épidémiques.

Indicateurs de réussite

Résultat 1 : Une harmonisation entre les objectifs de lutte contre la poliomyélite et la vaccination, conduisant à des investissements dans les systèmes et services de santé et le PEV conformément aux objectifs stratégiques du programme de lutte contre la poliomyélite, ce programme contribuant au Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et aux objectifs nationaux de vaccination, mesurée par le suivi des AVS contre les MEV qui co-administrent le VPOb et le pourcentage de zones géographiques infranationales prioritaires pour la poliomyélite où GAVI et l'IMEP réalisent des investissements conjointement ou en collaboration.

Résultat 2 : Un soutien continu à des initiatives mondiales et nationales plus vastes en matière de santé publique en tant que voie vers une transition du programme réussie, mesuré par le suivi du montant des investissements dans les soins de santé primaires destinés aux districts à haut risque de poliomyélite dans les pays touchés par des flambées ou à risque, ainsi que des contributions du personnel financé par le programme de lutte contre la poliomyélite à la riposte à la COVID-19.





Environnement favorable

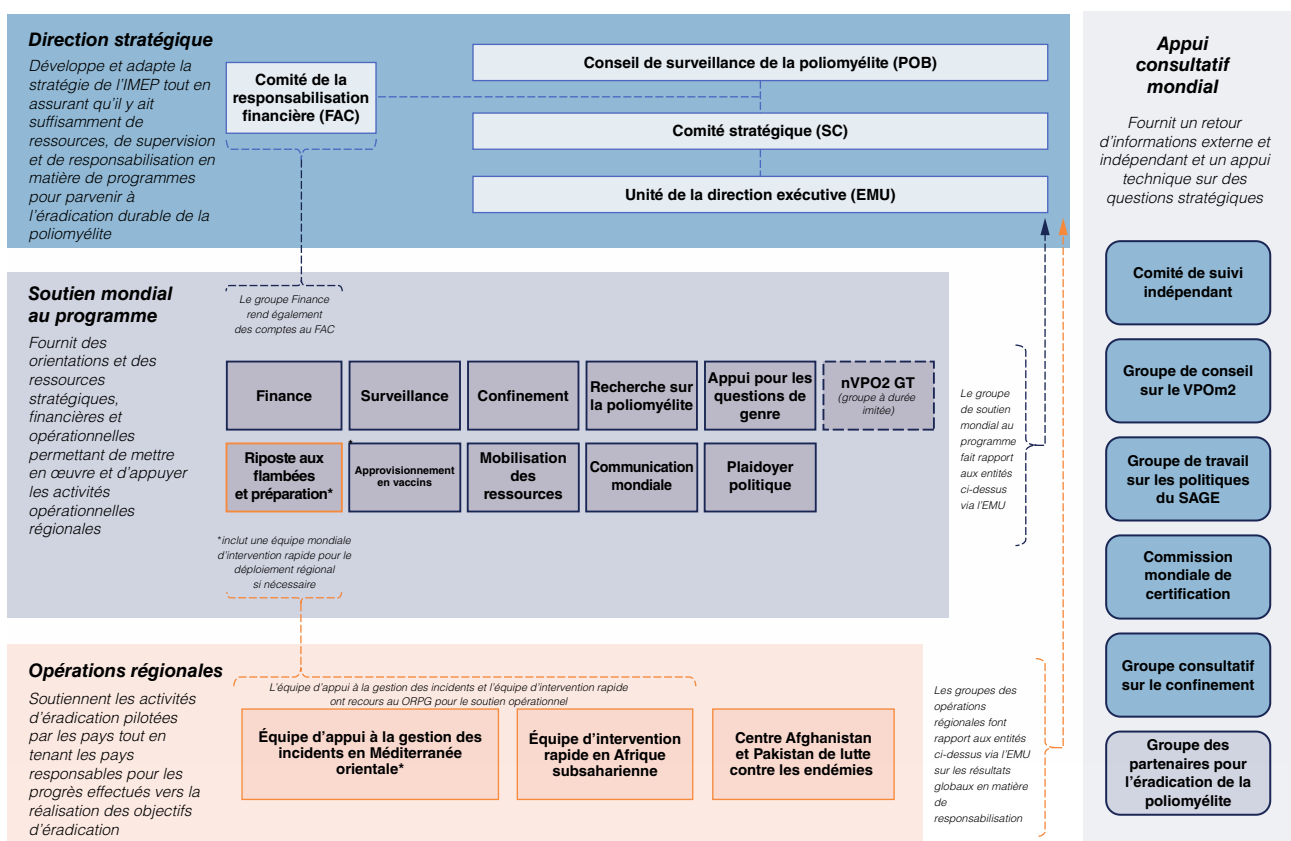
Pour réussir, l'exécution de la **Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026** suppose un environnement favorable créé par des structures opérationnelles efficaces, des engagements cruciaux pour des programmes et des opérations tenant compte du genre, des stratégies de communication efficaces, claires et bien coordonnées, un approvisionnement en vaccins soigneusement géré, des investissements continus dans les innovations de la recherche, un cadre de suivi-évaluation axé sur les données, et une modélisation financière et la mobilisation des ressources.

1. STRUCTURE DE L'IMEP

L'IMEP a procédé à un examen complet de la gouvernance et de la gestion afin de restructurer le programme pour qu'il soit adapté à l'éradication de la poliomyélite. Le processus de restructuration a bénéficié de la contribution d'un large éventail de partenaires (donateurs et gouvernements), de groupes consultatifs (y compris le Comité de suivi indépendant) et de groupes chargés de la gestion. L'évaluation qui en a découlé a permis de cerner plusieurs secteurs clés nécessitant des changements structurels permettant de s'attaquer aux enjeux de la définition des rôles, de la prise de décisions et de la responsabilisation.

Des changements critiques sont en cours pour améliorer l'agilité, l'efficacité et l'efficacité du programme de l'IMEP aux niveaux mondial et régional, notamment en rationalisant la structure organisationnelle de l'IMEP (voir la **Figure 11**), en donnant aux responsables de la mise en œuvre les moyens d'agir et en introduisant un système de responsabilisation dans l'ensemble du partenariat contre la poliomyélite.

Figure 11. Organigramme révisé de l'IMEP



* Includes non-endemic countries in the Eastern Mediterranean Region and overlaps with countries in the Middle East and North African Region (United Nations).

Note: L'organigramme de l'IMEP est en cours de révision et d'autres changements structurels pourront être mis en place dans le cadre de l'examen continu de la gestion et du processus de gouvernance.

nVPO2 GT = Groupe de travail sur le nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ; SAGE = Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination ;

VPOM2 = vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2.

Source: OMS.

Globalement, ces changements apportés à la structure de l'IMEP reflètent l'engagement du programme à :

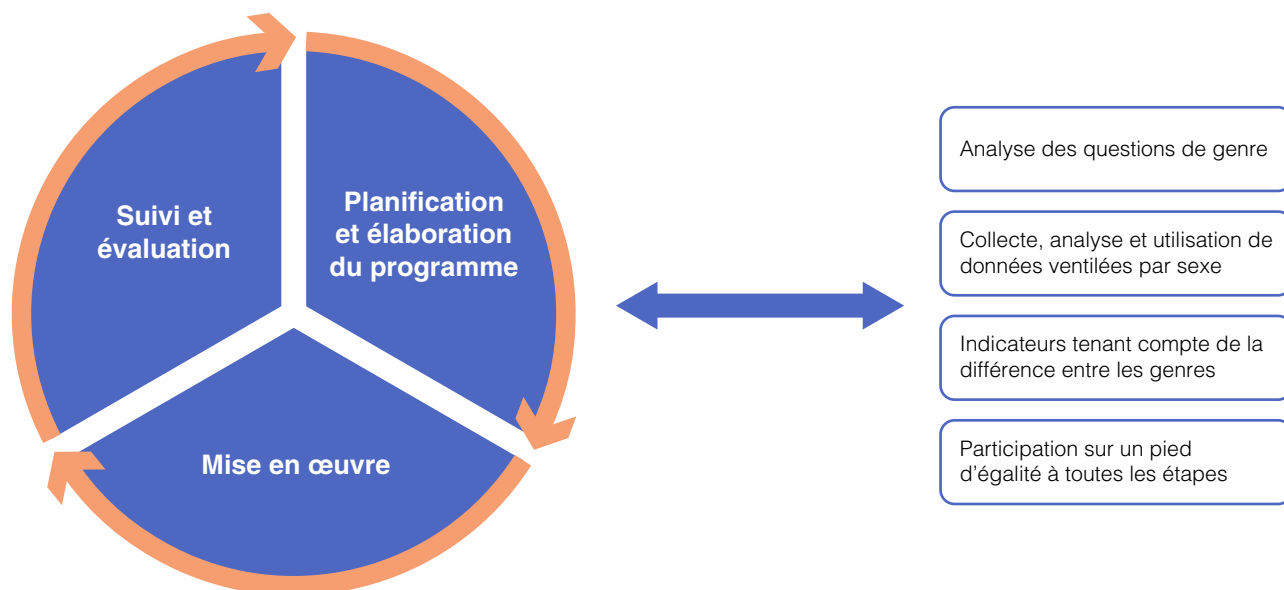
- donner la priorité, pour la dotation en personnel, aux équipes nationales, provinciales et de district qui auront le pouvoir décisionnel de déterminer toutes les mesures à prendre sur le terrain ;
- redéfinir les relations entre les bureaux régionaux et mondiaux afin de les orienter vers un appui plus efficace aux pays. Les bureaux régionaux fourniront des conseils techniques et un appui administratif et logistique. Les bureaux mondiaux effectueront des travaux de recherche, définiront des orientations techniques, mèneront une action de plaidoyer de haut niveau, mobiliseront et géreront des ressources et fourniront une assistance aux régions et aux pays où les ressources locales sont insuffisantes pour surmonter les difficultés ;
- former de nouvelles alliances stratégiques dans les domaines où elles ont un avantage comparatif, comme la participation et la sensibilisation des populations difficiles à atteindre.

De plus amples renseignements sur le processus, l'évaluation et les recommandations qui ont servi de base aux changements apportés à la structure de l'IMEP sont disponibles à l'**Annexe H**.

2. ÉGALITÉ DES GENRES

La **Stratégie pour l'égalité des genres de l'IMEP 2019–2023**, approuvée par le Conseil de surveillance de la poliomyélite, oriente l'action du programme sur l'égalité des genres, qui est un puissant déterminant des résultats sanitaire et facteur essentiel permettant de progresser vers l'éradication de la poliomyélite.²⁵ Afin de renforcer la prise en compte des questions de genre dans le programme et de parvenir à l'éradication de la poliomyélite, une perspective de genre sera intégrée dans les différentes étapes de la planification et de la conception, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation du programme (voir la **Figure 12**).²⁶ En adoptant une approche systématique pour l'intégration des questions de genre, le programme s'attaque aux obstacles à la vaccination qui sont liés au genre, améliore les résultats de la vaccination et accroît la présence de femmes à des postes de direction²⁷ et leur participation constructive à la prise de décisions, à la création de la demande et à la prestation de services de santé.

Figure 12 : Programmation tenant compte des questions de genre



Source: *Stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023*.

Cette approche systématique de l'intégration des questions de genre, en particulier dans les programmes de pays, permettra de :

- renforcer l'appropriation et la responsabilisation en matière d'intégration des considérations liées au genre dans tous les aspects du programme ;
- mettre en place des mécanismes spécifiques sur le terrain permettant de donner la priorité à la sécurité des agents de lutte contre la poliomyélite et des bénéficiaires ;

²⁵ 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, consulté le 15 juin 2021). Voir également Gender [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://polioeradication.org/gender-and-polio/gender-and-polio-eradication>, consulté le 15 juin 2021).

²⁶ Plusieurs approches et outils sont utilisés pour intégrer la prise en compte du genre dans la santé. L'IMEP s'inspirera de la matrice d'analyse selon le genre de l'OMS et du guide pratique sur la vaccination et le genre du Bureau régional de l'UNICEF pour l'Asie du Sud. Ces approches seront complétées par des outils et des orientations supplémentaires, en fonction du contexte national et du champ d'application de l'analyse.

²⁷ Une enquête menée en 2018 auprès du personnel de l'IMEP a mis en évidence la sous-représentation des femmes aux postes de haut niveau et les écarts en matière de parité des genres.

- créer un environnement de travail sûr pour tout le personnel et les sous-traitants et assurer l'application des politiques de l'IMEP visant à protéger le personnel de l'exploitation et des atteintes sexuelles et à le préserver ;
- renforcer la collecte et l'analyse des données et compléter les données quantitatives par des données sociales qualitatives fiables, en particulier au moyen de l'axe de travail sur la participation communautaire ;
- mettre au point un mécanisme officiel de coordination des partenaires de l'IMEP sur les questions de genre qui s'intéressera à des domaines tels que la formation, la collecte et l'analyse de données et l'appui technique ;
- permettre l'obtention de ressources financières précises et dédiées.

Dans le cadre du processus budgétaire, l'IMEP mettra au point des marqueurs de genre pour que les activités liées au genre soient dotées des ressources adéquates et que les allocations et les dépenses soient suivies, avec au moins 1 % des allocations de financement directes consacré au soutien des activités liées au genre (voir l'encadré **Suivre l'utilisation des ressources pour chercher à atteindre l'égalité des genres** à la section **Financement et chiffrage du coût**).

L'exécution du programme et la direction de l'intégration des questions de genre sont guidées par le cadre logique de la *Stratégie pour l'égalité des genres* (voir l'**Annexe I**), ainsi que des indicateurs de performance dédiés au suivi des progrès accomplis dans la réalisation des résultats escomptés et bien définis (voir l'**Annexe F**).

Comblant les lacunes en matière de données tenant compte du genre

La collecte, l'analyse et l'utilisation de données ventilées par sexe constituent un élément essentiel de la programmation tenant compte des questions de genre. L'IMEP est l'un des rares programmes de santé à l'échelle mondiale à pouvoir collecter universellement des données ventilées par sexe grâce au système de surveillance des poliovirus et aux données de la communication pour le développement.

Dans la *Stratégie pour l'égalité des genres*, l'IMEP s'engage à :

- veiller à ce que toutes les données programmatiques pertinentes soient ventilées par sexe et autres variables critiques et à ce que ces données soient analysées en vue de recenser et de combler les lacunes existantes ;
- dispenser à tout le personnel concerné une formation sur l'importance de la collecte et de l'analyse de données ventilées et sur les exigences en la matière.

Par l'intermédiaire du Groupe de travail sur les données tenant compte du genre de l'IMEP, les partenaires de lutte contre la poliomyélite s'engagent à renforcer davantage la collecte et l'analyse des données et d'autres mesures liées au genre permettant d'éclairer et d'orienter les programmes et de veiller à ce que les disparités entre les sexes ou les genres puissent être efficacement repérées, combattues et résolues.

3. COMMUNICATION

Comme d'autres programmes de vaccination, l'IMEP s'adapte à un milieu de la communication et un environnement médiatique en évolution rapide où les questions relatives aux vaccins, aux tests, à l'accès et à l'équité sont présentes dans le discours public et peuvent être politiquement sensibles, en particulier dans un contexte post-COVID-19. L'intérêt sans précédent du public et l'attention des médias accordés à la COVID-19 et les vaccins ont permis de souligner l'importance de la vaccination, cependant ils s'accompagnent également de risques complexes. La pandémie et la grande attention portée aux vaccins ont profondément affecté la sensibilisation de la population aux autorités et organisations sanitaires et la confiance qu'elle leur accorde. Même dans les collectivités où les médias sont moins présents, les parents et les aidants sont inondés d'information et de fausses informations qui façonnent et renforcent les croyances et les comportements en matière de santé.

Des stratégies de communication efficaces, claires et bien coordonnées sont essentielles pour rétablir et renforcer les normes sociales en matière de vaccination, accroître l'adoption du vaccin et gérer les discours publics dans le contexte de la pandémie de COVID-19, des informations fausses ou de la désinformation associées et la réticence à la vaccination. Les activités de communication continueront d'être essentielles pour soutenir la vaccination contre la poliomyélite, pour s'assurer que les parties prenantes comprennent bien les difficultés restant à surmonter pour interrompre la transmission du PVS1 et mettre fin aux flambées de PVDVc, et pour maintenir la confiance dans l'éradication de la poliomyélite.

La priorité sera donnée à une communication énergique permettant d'aider à créer l'environnement favorable nécessaire pour soutenir les domaines clés de cette stratégie, notamment l'introduction réussie du nVPO2, le renforcement de la participation communautaire et du plaidoyer politique, et de manière générale la confiance dans la possibilité de parvenir à un monde exempt de poliomyélite.

L'IMEP continuera d'investir dans des solutions de communication aux niveaux national, régional et mondial grâce :

- à la lutte contre les obstacles sociaux et comportementaux, en atténuant les risques pour le programme et en exploitant les possibilités d'administration et d'acceptation du vaccin antipoliomyélique ;
- à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de communication de crise de l'IMEP pour la détection précoce et la riposte à l'infodémie en matière de vaccins, éclairées par des données issues de la veille sur les médias sociaux, des outils de recherche et des interventions de communication continuellement améliorés ;
- à la mobilisation des influenceurs sociaux, des défenseurs des programmes et d'autres personnalités publiques de premier plan pour qu'ils aident à changer la perception de la vaccination contre la poliomyélite et la présenter en tant que programme de santé publique apolitique et priorité mondiale ;
- au renforcement des capacités et des mesures de coordination entre les partenaires et le personnel dans le domaine de la communication, ainsi que les agents de première ligne et d'autres membres du personnel, afin de naviguer dans le monde complexe de la vaccination publique, d'utiliser les capacités relationnelles pour la participation communautaire et de perfectionner les compétences numériques pour élargir la portée, l'influence et les capacités pour une action rapide et ciblée ;
- à la poursuite de la contribution au façonnage et à la gestion des discours aux niveaux mondial, régional et des pays sur le programme de lutte contre la poliomyélite et les vaccins antipoliomyéliques en veillant à ce que des informations claires et exactes soient disponibles afin d'atténuer les risques liés aux communications et de maintenir la confiance dans l'éradication de la poliomyélite.

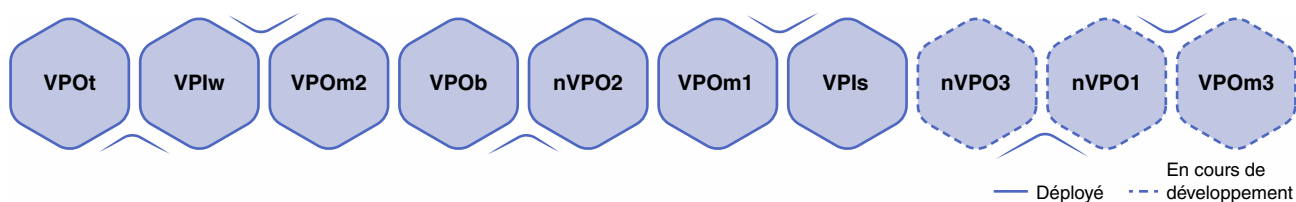
Pour veiller à que les stratégies de communication mondiales et communautaires soient alignées, le groupe mondial de communication de l'IMEP réunit les compétences en matière de communication pour le développement, de communication des risques dans les situations de crise et d'urgence et de communication externe avec une coordination entre les équipes de communication mondiales et régionales. Le groupe mondial de la communication travaille également en étroite coordination avec le groupe chargé du plaidoyer politique et le groupe de mobilisation des ressources pour soutenir le travail requis pour garantir la diffusion de messages clairs et harmonisés dans l'ensemble du partenariat de l'IMEP en ce qui concerne le plaidoyer politique et les possibilités de collecte de fonds (voir **Structure de l'IMEP, Figure 11**).

4. APPROVISIONNEMENT EN VACCINS

Un approvisionnement en vaccins fiable et bien géré est essentiel pour parvenir à mettre fin à la poliomyélite ; il est également nécessaire pour obtenir la certification d'éradication de la poliomyélite. Afin d'assurer un approvisionnement ininterrompu en vaccins antipoliomyéliques oraux et inactivés nécessaires (voir la **Figure 13**), l'IMEP a pour objectif de :

- fournir une combinaison de VPOb et de VPO monovalents efficaces et abordables, homologués dans les pays que l'IMEP soutient, visant à arrêter la transmission endémique du poliovirus et à atténuer le risque de transmission dans les pays non endémiques ;
- créer et maintenir un stock mondial de VPO pour faire face aux flambées de poliovirus qui peuvent survenir après la certification mondiale de l'éradication et après le retrait du VPO de la vaccination essentielle ;
- garantir l'approvisionnement d'une combinaison de vaccins inactivés pour que les populations soient protégées contre la paralysie provoquée par la poliomyélite.

Figure 13. Vaccins antipoliomyéliques, actuels et futurs, 2022–2026



nVPO1 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 1 ; nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ; nVPO3 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 3 ; VPls = vaccin antipoliomyélique inactivé contenant des souches Sabin ; VPlw = vaccin antipoliomyélique inactivé traditionnel de Salk ; VPOb = vaccin antipoliomyélique oral bivalent ; VPOm1 = vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 1 ; VPOm2 = vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2 ; VPOm3 = vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 3 ; VPOt = vaccin antipoliomyélique oral trivalent.

Source: OMS.

La situation de l'approvisionnement en vaccins antipoliomyéliques

Stock mondial de VPO : Le stock mondial de VPO est un mécanisme à long terme qui garantira un approvisionnement en VPO au-delà de la stratégie actuelle de l'IMEP et pendant la période post-certification (voir la **Figure 14**). Le stock a été créé pour fournir des VPO lors de la riposte aux flambées de poliovirus pendant la période post-certification et après le retrait du VPO de la vaccination essentielle. Le stock sera composé d'une gamme de vaccins monovalents, polyvalents, contenant des souches Sabin et nouveaux vaccins pour les trois

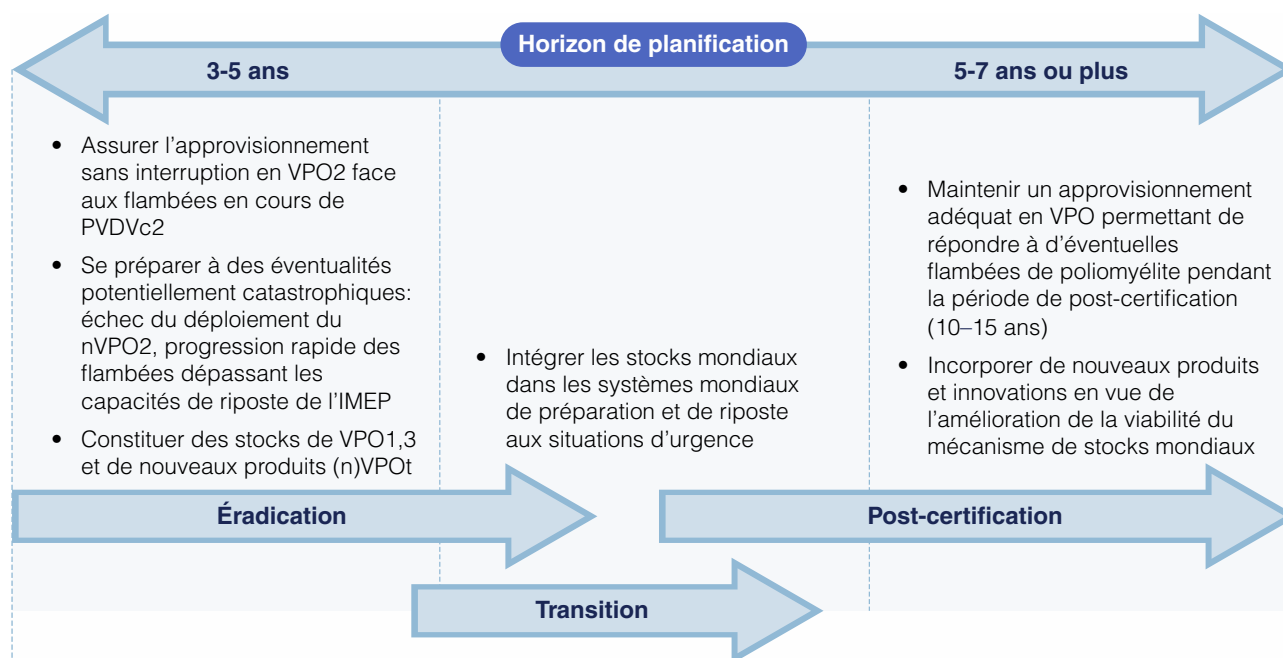
types de poliovirus. Le stock mondial assure actuellement l'approvisionnement en nouveaux VPO et en VPO Sabin contre le poliovirus de type 2 (nVPO2, VPOm2 Sabin et VPOt). Les vaccins contre les poliovirus de types 1 et 3 seront ajoutés pendant la période couverte par cette stratégie. L'OMS possède et régit le stock mondial pour le compte de l'IMEP. Sa gestion quotidienne est assurée conjointement par l'UNICEF et l'OMS sur la base d'un accord bilatéral entre les deux organismes. Dans le cadre de la stratégie actuelle, la planification et la supervision du stock mondial sont assurées par le groupe spécial chargé de l'approvisionnement en vaccins en collaboration avec le groupe de travail sur le nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (GT nVPO2), l'ORPG et d'autres équipes techniques, selon les besoins. Les modifications apportées au stock mondial doivent être examinées et approuvées par le Comité stratégique et le Conseil de surveillance de la poliomyélite.

VPOb : pendant la période couverte par la stratégie actuelle de l'IMEP, à mesure que le programme approchera de l'interruption de la transmission du PVS et y parviendra, l'offre de VPOb sera progressivement réduite. Le programme maintiendra un approvisionnement régulier en vaccins à faible coût pour répondre aux besoins d'AVS de prévention et un stock tampon suffisant pour atténuer l'augmentation à court terme de la demande de vaccins, ce qui comprend des changements dans le calendrier des AVS et des ripostes aux flambées et aux apparitions de poliovirus de types 1 et 3.

VPI : en étroite collaboration avec Gavi, l'IMEP continuera de mettre l'accent sur un marché sain pour le VPI, qui inclut une disponibilité suffisante, une base de fournisseurs diversifiée et des prix abordables. Cette collaboration permettra de gérer le VPI de façon globale dans le cadre de mesures mondiales d'approvisionnement en vaccins du système de vaccination, que ce soit comme vaccin administré seul ou au sein d'un vaccin hexavalent contenant le VPI. Les orientations des groupes consultatifs, y compris le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination, son groupe de travail sur la poliomyélite et les comités de suivi indépendants, seront cruciales pour proposer des stratégies appropriées et fondées sur des données probantes afin d'atténuer les risques grâce à une distribution prioritaire de VPI, lorsque c'est nécessaire. Dans les années à venir, les agences partenaires de l'IMEP aideront les pays à introduire une deuxième dose de VPI dans leurs systèmes de vaccination essentielle, conformément aux recommandations du SAGE.²⁸

Nouveaux produits : l'IMEP s'emploie également à élargir son portefeuille de vaccins antipoliomyéliques. Pendant la période couverte par cette stratégie, l'IMEP devrait déployer de nouveaux VPO de types 1 et 3 sous forme de vaccins monovalents et combinés qui, comme le nVPO2, devraient être génétiquement plus stables que les vaccins de type Sabin. En outre, une gamme de nouveaux produits VPI est en cours de mise au point.

Figure 14. Objectifs en matière de stocks mondiaux de VPO et horizon de planification



(n)VPOt = nouveau vaccin antipoliomyélique oral trivalent ; nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ; PVDVc2 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; VPO = vaccin antipoliomyélique oral ; VPO1,3 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 1 et de type 3 ; VPO2 = vaccin antipoliomyélique oral de type 2.

Source: OMS.

²⁸ Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, 31 mars-1er avril 2020 : conclusions et recommandations. Relevé épidémiologique hebdomadaire ; 2020 ; 22:241-56 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332218/WER9522-eng-fre.pdf>, consulté le 15 juin 2021).

5. RECHERCHE

La recherche-développement a joué et continue de jouer un rôle essentiel dans l'éradication de la poliomyélite. La recherche est un facteur permettant de déterminer les activités d'éradication efficaces, de garantir et de consolider les réalisations du programme et de définir des politiques pour la période post-certification (voir l'**Annexe J** pour le programme actuel de R&D).

Le Comité de recherche sur la poliomyélite assure une coordination et une collaboration étroites sur le programme de recherche global du programme entre les agences partenaires de l'IMEP. Les équipes de recherche des organismes partenaires, en coordination avec des groupes comme le Comité de recherche sur la poliomyélite, contribuent à recenser les lacunes pour ce qui est des connaissances, à conseiller sur les besoins en matière de recherche et à effectuer le suivi des nouvelles données et des nouveaux résultats. Les données de recherche coordonnées par ce mécanisme sont transmises au SAGE pour les décisions stratégiques et les recommandations.

L'un des axes principaux est la recherche-développement de nouveaux vaccins antipoliomyélitiques, notamment :

- les nouveaux vaccins antipoliomyélitiques oraux génétiquement plus stables (le nVPO2, l'actuel vaccin hautement prioritaire, ainsi que le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 1 (nVPO1) et de type 3 (nVPO3)) qui pourrait remplacer le VPO Sabin après la préqualification et l'homologation éventuelle de ces vaccins ;
- le VPI Sabin pour qu'il existe un supplément rentable aux VPI actuels pour répondre aux exigences du marché mondial ;
- les vaccins antipoliomyélitiques à particule pseudo-virale qui pourraient devenir la solution idéale pour la période post-certification, car ils peuvent être produits sans exigence de confinement ;
- des plateformes techniques pour l'acide ribonucléique messenger (ARNm) pour l'élaboration de vaccins antipoliomyélitiques non-infectieux.

L'établissement des priorités concernant les solutions énoncées dans cette stratégie nécessite une recherche ciblée (voir le tableau **Éventail des domaines de recherche sur la poliomyélite et impact** à l'**Annexe J**). Le recensement des lacunes en matière de connaissances et la recherche de nouveaux domaines de recherche-développement permettant de soutenir l'innovation contribueront grandement à créer un environnement propice à l'éradication mondiale de la poliomyélite et à son maintien

Étant donné que cette stratégie met l'accent sur l'intensification de l'administration de vaccins antipoliomyélitiques dans le cadre de la vaccination essentielle et supplémentaire, la recherche appuiera l'amélioration de la couverture grâce à des projets pilotes sur le terrain qui couvrent des domaines épidémiologiques et opérationnels. Les projets pilotes contribueront à améliorer la communication du programme, à renforcer la participation communautaire, à réduire autant que possible la réticence à la vaccination, à assurer l'équité entre les genres et à intégrer les activités liées à la lutte contre la poliomyélite dans d'autres services de santé et de développement. Une coordination accrue avec la surveillance et le réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite renforcera l'innovation liée aux outils de détection et de diagnostic rapides, ce qui permettra à la stratégie d'être couronnée de succès.

La recherche-développement a toujours été considérée comme offrant un bon rapport qualité-prix et est devenue encore plus digne d'intérêt dans le contexte actuel de l'éradication de la poliomyélite. Les données et les expériences de la recherche sur la poliomyélite seront très utiles pour tirer parti des acquis des contributions scientifiques dans la prestation d'autres interventions de santé publique mondiales.

6. CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Afin d'évaluer les progrès accomplis par rapport aux principaux jalons et objectifs décrits dans le présent document, l'IMEP a élaboré un cadre de suivi et d'évaluation de haut niveau avec des résultats souhaités et des indicateurs de performance spécifiques (voir l'**Annexe F**). Bien que les domaines spécifiques au programme soient dotés d'indicateurs spécialement conçus, ce cadre fournit un outil permettant d'examiner les progrès accomplis par rapport aux objectifs stratégiques et aux éléments qui permettent de faire des progrès en vue de l'éradication. L'IMEP évaluera les progrès réalisés par rapport à chacun des indicateurs de performance sur une base trimestrielle. Le Comité stratégique examinera les progrès réalisés par rapport aux indicateurs de performance au niveau des résultats et, au besoin, attirera l'attention du Conseil de surveillance de la poliomyélite sur tout sujet particulier de préoccupation, tandis que le Conseil de surveillance de la poliomyélite examinera les indicateurs de performance au niveau des objectifs sur une base trimestrielle. Une évaluation rigoureuse des progrès réalisés par le programme par rapport aux jalons de la stratégie sera effectuée vers la fin de l'année 2023.

Gestion des risques

La gestion des risques opérationnels sous-tend de nombreux aspects du travail de l'IMEP, notamment la planification des campagnes de vaccination préventive, la surveillance, la riposte aux flambées épidémiques, l'approvisionnement en vaccins, la recherche-développement et la gestion financière. Dans cette **Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026**, l'IMEP approfondit la gestion des risques en détectant et en surveillant les principaux risques de niveau supérieur et les risques stratégiques (voir le **Tableau 1**), qui feront l'objet de rapports périodiques dans le cadre de la gouvernance de l'IMEP.

Tableau 1. Risques stratégiques principaux

Brève description	Description
Risque de propagation du PVDV	Il existe un risque élevé de propagation internationale continue et de flambées de PVDVc2 dans plusieurs pays en raison de la diminution de l'immunité au virus de type 2 de la population, de la faiblesse des systèmes de vaccination essentielle et de nouvelles émergences provoquées par l'utilisation du VPO2 de type Sabin. En raison de la propagation continue, l'IMEP pourrait être submergée et ne pas avoir la capacité d'intervenir à la fois en termes de capacité technique et de financement disponible pour le programme.
Ressources insuffisantes	L'augmentation des besoins en cas de flambées épidémiques et pour l'approvisionnement en vaccins et l'absence de progrès dans les pays d'endémie pourraient conduire à ce que les demandes du programme dépassent les ressources disponibles. Le risque encouru serait alors de ne pas être en mesure de maintenir le niveau de soutien requis par l'IMEP et de manquer de fonds avant la fin des opérations.
Accès insuffisant	L'incapacité d'atteindre tous les enfants avec le VPO dans les réservoirs de poliomyélite restants s'explique par l'insécurité, les restrictions d'accès, l'indifférence et à la méfiance des communautés, ce qui entraîne des poches d'enfants non vaccinés, ce qui augmente le risque de ne pas pouvoir éradiquer le poliovirus.
Surveillance peu rigoureuse	Le risque de transmission continue non détectée de la poliomyélite est imputable à une surveillance peu rigoureuse dans les zones à haut risque. L'insuffisance de la surveillance peut s'expliquer par un accès limité dans les zones où la sécurité est compromise, une formation peu fréquente des agents dans le domaine de la surveillance, des laboratoires et des données, et par l'affectation des ressources de la poliomyélite vers d'autres domaines, tels que la COVID-19. Le retrait potentiel du soutien de l'IMEP pourrait affaiblir les capacités et les systèmes de santé des pays sans une surveillance fiable.
Non prise en compte du genre	Une prise en compte insuffisante de l'égalité des genres dans les stratégies, la planification, les budgets, les opérations et la gouvernance pourrait compromettre la capacité du programme à atteindre l'objectif d'éradication.
Mauvaise intégration	Le risque que l'éradication soit compromise sans la fourniture de services intégrés est en grande partie dû à l'insuffisance des ressources et à l'absence d'optique de gestion précise des services intégrés au sein de l'IMEP.
Piètre engagement du gouvernement	L'insuffisance des engagements politiques, financiers ou en matière de ressources des gouvernements pourrait compromettre la riposte menée pour éradiquer la poliomyélite.
Perte de la confiance et du soutien des donateurs	La perte du soutien des donateurs à cause de mauvais résultats en matière d'éradication ou de l'incapacité de l'IMEP à remplir des critères clés choisis par les donateurs pourrait entraîner une réduction des ressources allouées au programme.
Réponse inefficace de l'IMEP	L'IMEP peut échouer à répondre aux défis complexes de l'éradication de la poliomyélite en termes de qualité ou de rapidité des opérations d'urgence.
Indifférence de la société civile	L'indifférence de la société civile à l'égard de l'éradication de la poliomyélite pourrait conduire à des résultats sous-optimaux et à l'échec potentiel de l'éradication du PVS1 ou du confinement des PVDV.

Les risques décrits dans le Tableau 1 sont transversaux, permettent une vision plus large et équilibrée de l'environnement de risque de la stratégie et sont étroitement alignés sur les quatre piliers de la gestion des risques de l'IMEP : les risques opérationnels (interne), la participation et l'engagement du gouvernement (externe), la confiance des donateurs ou des parties prenantes (financier) et la participation de la communauté ou de la société civile (communautés bénéficiaires).

En plus de définir et de gérer activement ces risques stratégiques, l'IMEP continuera de mettre en œuvre des activités de gestion des risques (par le biais des activités des organismes partenaires, des groupes chargés de la gestion et des communautés techniques de pratique) adaptées aux besoins fonctionnels et opérationnels respectifs. Ces risques opérationnels, comme il ressort d'autres parties de la stratégie, continuent d'être traités au niveau opérationnel. Ces activités de gestion des risques opérationnels et administratifs sont complétées par des processus de gestion des risques institutionnels mis en place au sein des organisations partenaires respectives.

Cadre de gestion des risques. En plus de la définition des risques stratégiques, le cadre prévoit un processus transparent de gestion des risques au sein de la gouvernance de l'IMEP afin de surveiller les principaux risques liés à la réalisation de la stratégie. Ce processus se fonde sur les meilleures pratiques et intègre des outils et des processus standards de gestion des risques qui comprennent :

- un *inventaire des risques stratégiques* indiquant le risque, le ou les responsable(s) chargé(s) de gérer le risque, l'impact et la probabilité correspondants, ainsi que les mesures d'atténuation et le statut de risque actuel (voir l'**Annexe E, tableau E1**) ;
- un processus *d'évaluation périodique* d'une durée de six mois prévu pour faire le point sur les risques au moyen d'un processus d'auto-évaluation, permettant d'informer la direction des changements apportés à l'environnement de risque, d'évaluer les nouveaux risques, de comparer l'environnement de risque actuel avec la période précédente et de permettre une réponse rapide de la direction face aux changements dans l'environnement de risque. Les rapports périodiques sur les risques sont transmis par le Comité stratégique au Comité de la responsabilité financière et au Conseil de surveillance de la poliomyélite, selon les besoins.

La gestion des risques de l'IMEP sera mise en œuvre dans le cadre élargi de suivi et d'évaluation et sera coordonnée au sein de l'Unité de la direction exécutive, avec des rapports hiérarchiques directs avec le Comité stratégique (voir **Structure de l'IMEP ; Figure 11**).

7. FINANCEMENT ET CHIFFRAGE DU COÛT

Le calendrier de l'interruption de la transmission est le principal facteur de coût et détermine l'évolution des dépenses pendant la durée de la **Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026**. Par conséquent, le programme a effectué des estimations des coûts basées sur quatre modélisations uniques des scénarios avec des délais d'éradication variables (voir le **Tableau 2**). Pour le scénario le mieux aligné sur la stratégie, selon laquelle l'interruption de la transmission du PVS aurait lieu dans les deux ans suivant le lancement de la stratégie (d'ici la fin de 2023) et la certification dans les cinq ans, la prévision initiale des dépenses se chiffre à 5,1 milliards de dollars des États-Unis sur cinq ans.²⁹

Tableau 2. Coût estimé des divers calendriers d'éradication

Délai d'éradication	Coût estimatif sur cinq ans (USD)
Interruption de la transmission du PVS en 1 an et certification en 4 ans	4,5 milliards
Interruption de la transmission du PVS en 2 ans et certification en 5 ans	5,1 milliards
Interruption de la transmission du PVS en 3 ans et certification en 6 ans	5.5 milliards
Interruption de la transmission du PVS en 5 ans et certification en 8 ans	6.2 milliards

Les principaux domaines de dépenses dans l'estimation indicative de 5,1 milliards de dollars des États-Unis comprennent les AVS (principalement dans les pays d'endémie), une surveillance fiable, une riposte à grande échelle aux flambées de PVDVc et un stock de VPO de taille appropriée, des campagnes intégrées et la prise en compte du genre (qui, pour la première fois, est une hypothèse de planification distincte dans l'estimation des coûts),³⁰ ainsi que des services essentiels de santé et des services communautaires, des améliorations de la qualité des campagnes et la dotation en personnel des bureaux de pays, des bureaux régionaux et du Siège pour soutenir l'éradication (voir la **Figure 15**).

Dans le scénario des 5,1 milliards de dollars des États-Unis, on part du principe que les coûts totaux restent élevés au cours des deux premières années, puis diminuent une fois que le programme parvient à interrompre la transmission et commence les activités de certification la troisième année. Une fois l'étape de la certification franchie, les coûts plafonneront à mesure que le programme commencera à mettre en œuvre la *Stratégie post-certification* (voir la section **Préparation pour le monde post-certification**). La transition rapide des fonctions financées par le programme de lutte contre la poliomyélite vers d'autres programmes avec des sources de soutien alternatives réduirait les besoins en ressources de l'IMEP, mais les projections de ces changements n'ont pas été prises en compte dans ces scénarios.

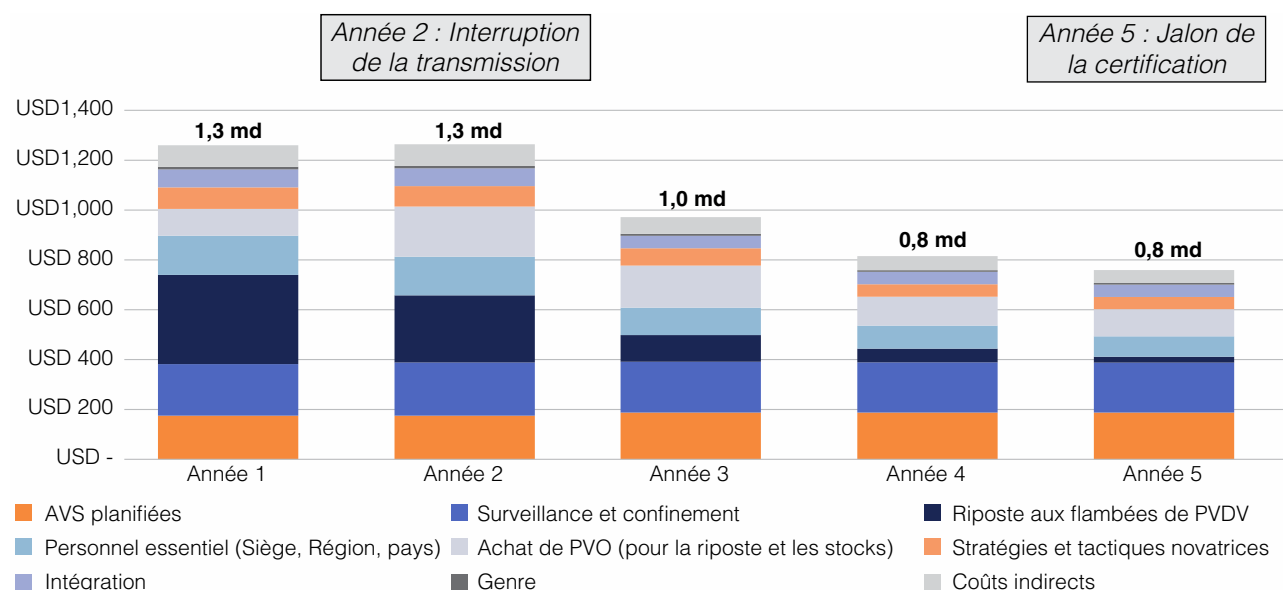
Au fur et à mesure que les détails de cette nouvelle stratégie seront mis au point et qu'on distinguera plus clairement les conséquences potentielles persistantes de la pandémie sur la planification de la mise en œuvre, le programme utilisera cette estimation initiale comme l'une des contributions pour que l'IMEP puisse élaborer un budget de fonctionnement détaillé sur plusieurs années. Le budget de fonctionnement de l'IMEP pour 2022–2026 sera approuvé par la direction de l'IMEP vers la fin de l'année 2021. Des variables telles que la taille et la durée des flambées, le potentiel de transition des fonctions actuellement soutenues par l'IMEP vers d'autres programmes et d'autres facteurs (par exemple, les stratégies d'intégration et les exigences en

²⁹ Le budget approuvé par le Conseil de surveillance de la poliomyélite et les informations connexes seront disponibles sur le site Web de l'IMEP (www.polioeradication.org/financing).

³⁰ Le coût estimatif de la mise en œuvre de cette stratégie comprend une allocation de 1 % pour les activités liées à l'égalité des genres, qui est incluse dans la Figure 15 mais n'est pas visible étant donné le montant relativement faible.

matière de stocks de vaccins) pourraient faire augmenter ou diminuer les besoins financiers. La mobilisation des ressources de cette stratégie sera guidée par un argumentaire d'investissement pour l'IMEP qui sera présenté en 2021 et s'appuiera à la fois sur les sources de financement existantes et nouvelles. Le budget sera réévalué régulièrement afin qu'il reste durablement aligné sur les priorités programmatiques et qu'il finance les interventions ayant le plus d'impact et présentent un bon rapport coût/efficacité.

Figure 15. Coût annuel de la nouvelle stratégie contre la poliomyélite (milliards de dollars É.-U.)



AVS = activité de vaccination supplémentaire ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; VPO = vaccin antipoliomyélique oral.
Source: OMS.

Coûts supplémentaires nécessaires pour parvenir à l'éradication

Le budget de l'IMEP ne suffira pas à lui seul à mettre pleinement en œuvre cette stratégie et à parvenir à l'éradication. Outre les éléments de programme pris en compte dans un besoin en ressources indicatif de 5,1 milliards de dollars des États-Unis, par exemple, le programme aura besoin de fonds pour soutenir le VPI par l'intermédiaire de Gavi et de la vaccination essentielle, de stocks supplémentaires avant l'interruption, de recherche et de toute initiative d'intégration majeure en-dehors de celles initialement prévues dans ce scénario budgétaire. (Par exemple, nombre de ces initiatives d'intégration nécessiteront une collaboration avec d'autres programmes de santé pour qu'un ensemble combiné de services puisse être fourni, de sorte que le budget sera ajusté au fur et à mesure que les discussions avanceront.) Comme les années précédentes, l'IMEP s'est engagée à travailler avec Gavi pour renforcer la vaccination mondiale et plaider en faveur d'un financement dans ce domaine.

Suivre l'utilisation des ressources pour chercher à atteindre l'égalité des genres

L'intégration d'une « visibilité » du genre tout au long du cycle budgétaire garantit la responsabilisation à l'égard des engagements pris en faveur de l'égalité des genres et de l'éradication. Afin d'offrir une plus grande visibilité, l'IMEP élaborera un nouvel outil de marqueur de genre qui servira de système de notation (voir le **Tableau 3**) afin de permettre l'obtention de ressources pour les activités de genre et de suivre les allocations pour les activités qui ciblent l'égalité des genres, allocations de financement directes ou indirectes (voir la **Figure 15**). Les activités qui se voient attribuer une note de 2 seront financées directement au titre de la ligne budgétaire consacrée aux questions de genre. Les marqueurs de genre seront complétés par d'autres critères de genre permettant de mesurer l'investissement et les résultats (voir l'**Annexe I**).

Tableau 3. Système de notation en trois points des marqueurs de genre

Activité	Définition
N'est pas un objectif (note : 0)	L'activité ne cible pas les questions de genre ou l'égalité des genres (par exemple, l'achat de vaccins)
Est un objectif notable (note : 1)	Les questions de genre et l'égalité des genres sont importantes mais ne sont pas l'objectif principal de l'activité (par exemple, la surveillance de la PFA)
Est l'objectif principale (note : 2)	Les questions de genre sont l'objectif principal et l'activité contribue à l'égalité des genres (par exemple, la formation sur le genre, l'assistance technique ou la protection)

PRÉPARATION POUR LE MONDE POST-CERTIFICATION

La *Stratégie post-certification* (SPC) définit les fonctions techniques et les normes nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite, des fonctions qui incluent le confinement, la vaccination avec des vaccins antipoliomyélitiques appropriés, surveillance des poliovirus et mesures d'intervention en cas d'épidémie (voir la **Figure 16**).³¹

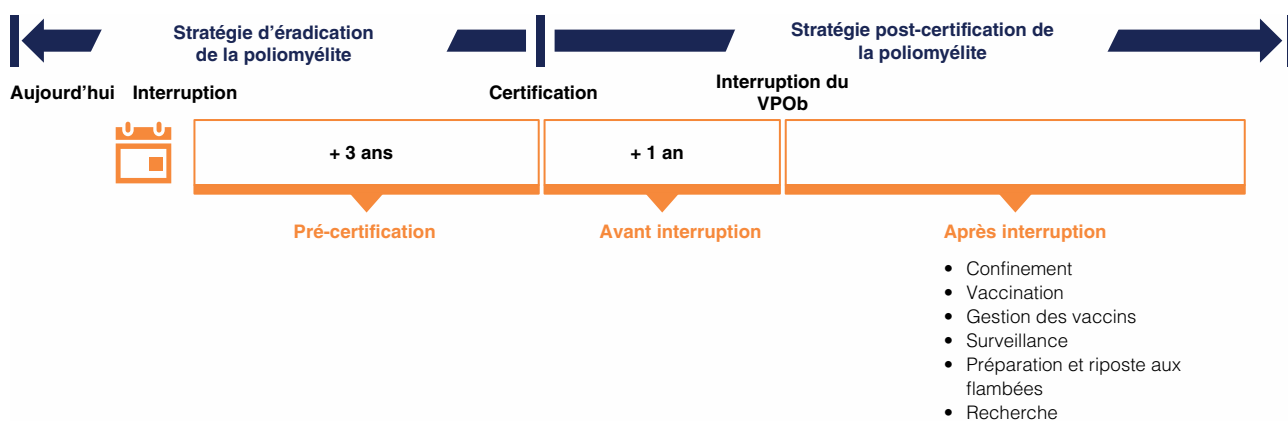
La SPC propose trois objectifs principaux visant à guider les activités pendant la période de post-certification :

1. Contenir les poliovirus. Le premier objectif vise à atteindre et poursuivre le confinement des poliovirus dans les laboratoires, au sein des sites de fabrication de vaccins et d'autres installations (telles que les instituts de recherche) afin d'éviter leur réintroduction dans un monde sans poliomyélite. Les principales priorités seront de réduire le nombre de sites de stockage de poliovirus dans le monde et de mettre en œuvre et de surveiller les normes appropriées dans ces installations qui conservent les poliovirus.

2. Protéger les populations. Dans le deuxième objectif, l'accent est mis sur la protection des populations à la fois contre les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) et la poliomyélite paralytique associée au vaccin (PPAV) en préparant et en coordonnant le retrait mondial du VPOb, et également de toute nouvelle émergence du poliovirus en donnant accès à des vaccins sûrs et efficaces.

3. Détecter et répondre à un événement ayant trait à la poliomyélite. Le troisième objectif vise à détecter rapidement tout poliovirus sauvage présent chez un être humain ou dans l'environnement grâce à un système de surveillance de pointe et à maintenir la capacité et les ressources nécessaires pour combattre efficacement ou répondre de manière adéquate à un événement ayant trait à la poliomyélite.

Figure 16. Chronologie exigeante de la Stratégie post-certification



VPOb = vaccin antipoliomyélitique oral bivalent.

Source : Stratégie post-certification de la poliomyélite.

Afin d'anticiper le transfert des compétences, connaissances et ressources d'un programme vieux de plus de 30 ans, il est important de commencer dès maintenant à planifier la mise en œuvre de cette stratégie dans la mesure où le partenariat IMEP prendra fin une fois la certification obtenue. Une part importante du temps de travail du personnel de lutte contre la poliomyélite est consacré au soutien d'activités liées à des objectifs plus larges de vaccination et de soin de santé.³² Les ressources actuelles de lutte contre la poliomyélite, le financement et les

³¹ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (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>, consulté le 8 juin 2021).

³² Pour voir des exemples d'activités et de temps consacré aux objectifs élargis de santé et de vaccination, consultez le document de Van den Ent MM, Swift RD, Anaakar S, Hegg LA, Eggers R, Cochi SL. Contribution of Global Polio Eradication Initiative – Funded Personnel to the Strengthening of Routine Immunization Programs in the 10 Focus Countries of the Polio Eradication and Endgame Strategic Plan (Contribution à l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite – Personnel financé pour le renforcement des programmes de vaccination systématique dans les 10 pays ciblés pour le Plan stratégique final d'éradication de la poliomyélite). J Infect Dis. 2017;216(S1):S244-9 (<https://doi.org/10.1093/infdis/jw567>, consulté le 8 juin 2021).

systèmes devront être transférés soit aux groupes qui soutiendront les activités visant à maintenir un monde sans poliomyélite, soit aux groupes qui se sont appuyés sur les ressources de lutte contre la poliomyélite pour atteindre leurs objectifs de santé. De nombreuses activités de ce type ont été incluses dans les sections concernées de cette stratégie, y compris, par exemple, une collaboration plus étroite avec la communauté de la vaccination et des programmes d'urgence sanitaire visant à prévenir les flambées et à y faire face.

La SPC sera révisée par l'IMEP et idéalement élaborée conjointement avec le reste de la communauté de la vaccination, ainsi que d'autres « futurs gestionnaires » en charge de maintenir un monde exempt de poliomyélite. Pour la présente stratégie 2022–2026, les deux domaines détaillés sont le confinement et l'arrêt du VPO.

CONFINEMENT DES POLIOVIRUS

En 2015, les États Membres de l'OMS se sont engagés à confiner tous les poliovirus de type 2, y compris les poliovirus de souches Sabin et apparentés à la souche Sabin, dans des établissements essentiels chargés de conserver les poliovirus spécifiquement désignés. Des engagements similaires seront pris pour les types 1 et 3 dans un avenir proche, en commençant par les inventaires des matériels contenant des PVS et des PVDV de ces sérotypes. Ces activités ont été incluses dans la résolution que les États Membres ont adoptée lors de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé en 2018, dans laquelle ils sont instamment invités à intensifier les efforts visant à accélérer les progrès effectués en vue du confinement des poliovirus au niveau mondial.³³ En mai 2021, 24 pays avaient désigné 74 établissements pour la conservation des matériels contenant des poliovirus de type 2. Ces établissements se trouvent principalement dans des pays à revenu élevé et il peut s'agir de fabricants de vaccins antipoliomyélitiques, de laboratoires de recherche et d'autres sites qui stockent ou traitent des matériels biologiques. Le processus d'obtention des certificats de participation par les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus est presque achevé et sera suivi dans un avenir proche par l'obtention de certificats provisoires du confinement et, en fin de compte, de certificats de confinement pour les trois types de poliovirus. Ces activités se poursuivront pendant la durée d'application de la présente stratégie afin de veiller à ce que tous les matériels contenant du poliovirus de type 2 soient détruits ou confinés en toute sûreté et sécurité, et à ce que de nouveaux progrès soient réalisés en ce qui concerne l'inventaire des matériels contenant des poliovirus de types 1 et 3 et la réduction du nombre d'établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus.

La mise en place et le suivi, sur le long terme, du confinement du poliovirus au sein de sites appliquant les normes appropriées seront essentiels au maintien d'un monde sans poliomyélite. Des activités de liaison sont maintenant nécessaires pour que le confinement soit pleinement mis en place dans le cadre de la Stratégie post-certification (voir la **Figure 17**). Les établissements qui détiennent des matériels contenant du poliovirus, dénommés établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus, devront respecter et maintenir les mesures de protection exigées par le GAPIII et permettre une évaluation périodique par les auditeurs et les autorités nationales pour le confinement (ANC).³⁴ Les ANC renouvelleront, modifieront ou retireront les certificats de confinement, en coordination avec l'OMS et le Groupe de travail sur le confinement de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite (GTC-CMC) ou d'autres organismes de surveillance. Les ANC sont des organes relativement récents et, en tant que tels, ont besoin d'un soutien politique au sein de leurs États Membres. Le plaidoyer reste indispensable pour le processus, et tous les organismes, du niveau national au niveau mondial, ont besoin de s'entendre sur le processus et les exigences de certification mondiale du confinement.

Pour se préparer à une éventuelle défaillance, l'OMS a élaboré des orientations relatives à la gestion des personnes exposées dans les pays hébergeant des établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus.³⁵ Le scénario d'une rupture de confinement a également été intégré dans les exercices de simulation de flambées de poliomyélite. Ces exercices de simulation sur table sur deux jours se sont avérés être instructifs pour mettre en évidence les différences entre les autorités nationales et dans les prescriptions en matière d'isolement et de quarantaine, et de notification au titre du RSI

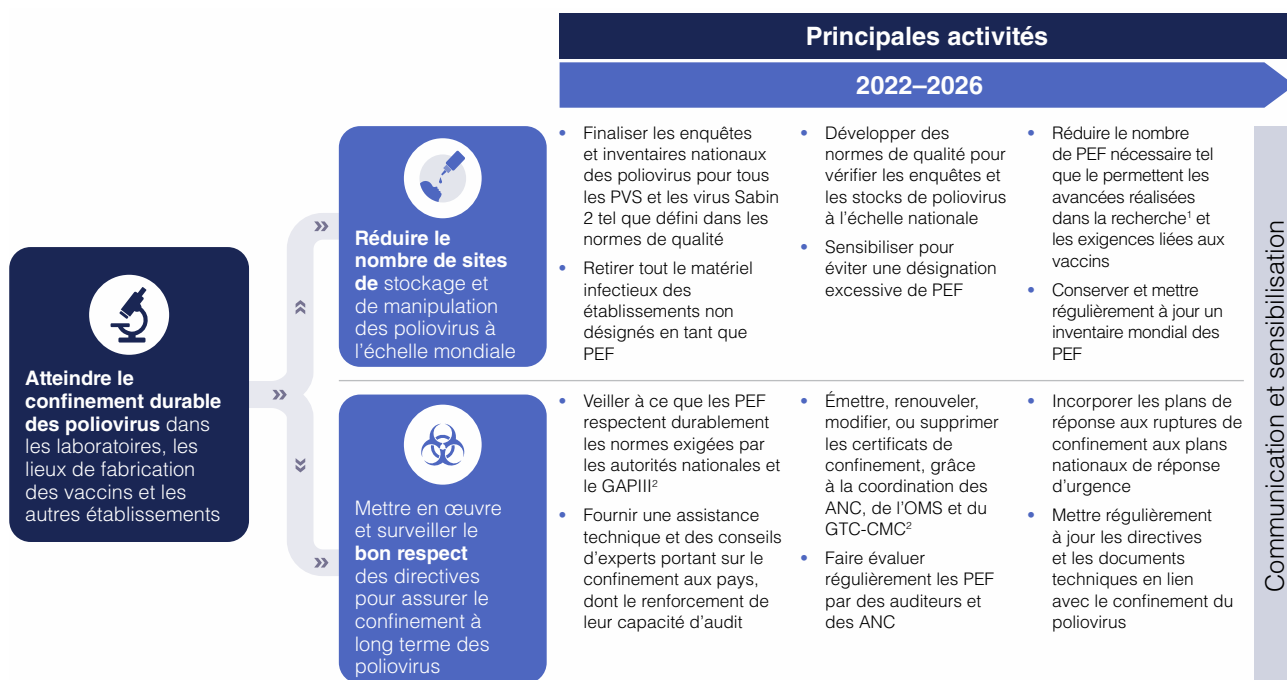
Voir l'**Annexe K** pour un point sur les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs de confinement.

³³ Résolution WHA71.16. Poliomyélite : confinement des poliovirus. Dans : Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 26 mai 2018. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R16-fr.pdf, consulté le 16 juin 2021).

³⁴ GAPIII : Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication part type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral, troisième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/GAPIII_2014_FR.pdf, consulté le 8 juin 2021).

³⁵ Public Health Management of Facility Related Exposure to Live Polioviruses. Geneva: World Health Organization; October 2019 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/Public-Health-Management-of-a-facility-PV-exposure.pdf>, consulté le 11 juin 2021).

Figure 17. Activités principales menées dans le cadre du confinement, 2022–2026



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

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

ANC = Autorité nationale chargée du confinement ; DCC = Dispositif de certification du confinement ; GAPIII = Plan d'action mondial visant à minimiser les risques post-éradication associés à la propagation des poliovirus (3ème édition) ; GTC-CMC = Groupe de travail sur le confinement de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite ; PEF = Établissement autorisé à détenir des stocks essentiels de poliovirus ; PVS = poliovirus sauvage.

Source: OMS.

ABANDON DU VPO

L'abandon du VPO est essentiel pour mettre fin à l'apparition de la poliomyélite paralytique postvaccinale et pour éliminer le risque principal d'émergence de tous les types de PVDPV. La planification du retrait du VPO commencera au moins deux ans avant l'abandon, en s'appuyant sur les enseignements tirés du passage du VPOt au VPOb. La politique en matière d'abandon du VPO portera sur trois questions principales : les stratégies pour les AVS en amont de l'abandon ; la disponibilité de nouvelles options de vaccins génétiquement plus stables ; et l'intervalle de temps entre la certification de l'éradication et l'abandon du VPO. Les AVS avec des VPO contenant les types 1 et 3 (Sabin ou nouveau) devraient être mises en œuvre sur une période se situant dans les années précédant l'abandon et pas seulement pendant la période qui précède immédiatement l'abandon, afin de maintenir une immunité élevée à l'échelle de la population. Des incertitudes subsistent quant au nombre optimal de ces AVS.

À compter du deuxième trimestre de 2021, le nVPO1 et le nVPO3 devraient être disponibles pour le processus de préqualification de l'OMS d'ici le deuxième trimestre de 2025 et le premier trimestre de 2026, respectivement, en supposant que la mise au point clinique et les activités de fabrication soient couronnées de succès dans les années à venir. Une décision sur la mise au point clinique du nouveau VPO multivalent devrait être prise d'ici le deuxième trimestre de 2022. Pour chacun de ces nouveaux VPO, la possibilité de recours au protocole EUL pourrait être étudiée. Cela permettrait qu'ils soient disponibles pour la riposte aux flambées au moins un an avant les délais de préqualification prévus.

Plusieurs facteurs peuvent contribuer aux estimations optimales pour la période comprise entre la certification de l'éradication et l'abandon du VPO : l'évaluation de la couverture et de la qualité des AVS dans les années précédant l'abandon, la couverture du VPI dans le cadre de la vaccination essentielle, l'évaluation de la taille des stocks et de la faisabilité de l'utilisation précoce de nouvelles formules de VPO dans les AVS précédant l'abandon, entre autres. En outre, de meilleures estimations des risques concernant les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de types 1 et 3 et une mise à jour de la charge de poliomyélite paralytique postvaccinale par sérotype renforceraient la formulation de politiques relatives à l'abandon. La disponibilité d'outils d'atténuation des risques, comme les antiviraux contre la poliomyélite, pourrait accroître davantage les chances de réduire au minimum les risques de transmission communautaire liés aux sujets excréteur durablement des poliovirus au cours de la période suivant l'abandon.

ANNEXE A. LISTE DES PARTIES PRENANTES CONSULTÉES

L'IMEP a recueilli des informations auprès d'un large panel d'acteurs dans le but de façonner la direction prise par le programme pour mener les derniers efforts collectifs visant à parvenir à l'éradication de la poliomyélite. Il s'agit de la participation externe de plus grande ampleur jusqu'à ce jour pour une stratégie de l'IMEP et qui a fait intervenir les parties prenantes de la liste ci-après.³⁶ Les thèmes revenus fréquemment dans les retours d'informations et les questions soulevées lors de la mise au point de la stratégie peuvent être consultés dans un Rapport sur la consultation des parties prenantes.³⁷

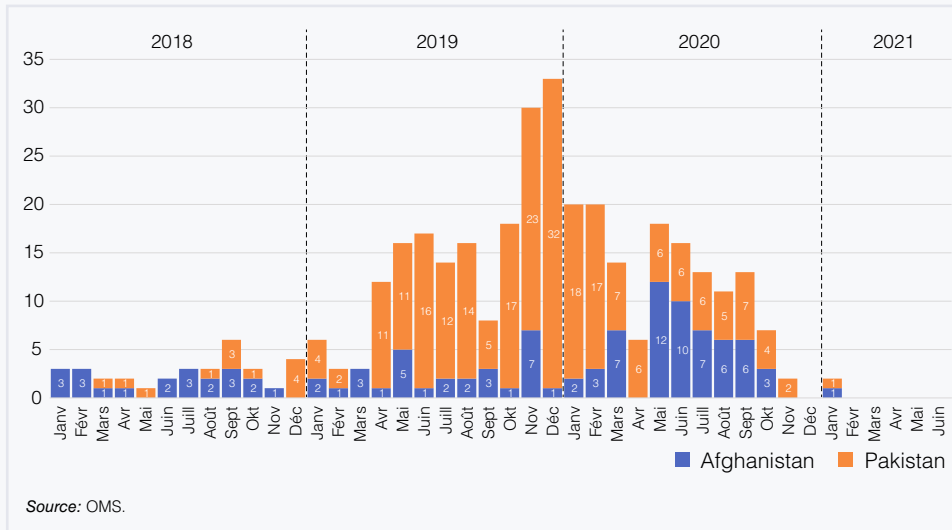
- Bureaux de pays de l'OMS
- Camber Collective
- Center for Integrated Health Programs (CIHP)
- Centre for Health Sciences Training, Research and Development (CHESTRAD), Global
- Centre sur l'égalité des sexes du Réseau mondial pour les personnels de santé de l'OMS
- Christian Medical College, Vellore
- Civil Society Group
- Civil Society Human and Institutional Development Programme
- Comité indépendant de surveillance de la transition (TIMB)
- Comité de suivi indépendant (IMB)
- Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) concernant la propagation internationale du poliovirus
- Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite
- Common Thread
- Communication Initiative
- CORE Group
- Division des approvisionnements de l'UNICEF
- Division des maladies transmissibles et non transmissibles de l'OMS
- Division des sciences de l'OMS
- Envoyée du Directeur général de l'OMS pour les affaires multilatérales
- Équipes Poliomyélite et Approvisionnement en vaccins (*Polio and Vaccine Delivery*) de la Bill and Melinda Gates Foundation
- Équipes Poliomyélite et Vaccination des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis
- États Membres de l'Assemblée mondiale de la Santé
- Fabricants de vaccins
- Fondation pour les Nations Unies
- Gavi, l'Alliance du Vaccin
- Global Financing Facility
- Global Virome Project
- Gouvernement de la Norvège
- Gouvernement de la République islamique d'Iran
- Gouvernement de l'Afghanistan
- Gouvernement de l'Allemagne
- Gouvernement de l'Australie
- Gouvernement de l'Égypte
- Gouvernement de l'Union européenne
- Gouvernement des Émirats arabes unis
- Gouvernement des États-Unis d'Amérique
- Gouvernement du Canada
- Gouvernement du Japon
- Gouvernement du Pakistan
- Gouvernement du Royaume-Uni
- Gouvernement du Soudan
- Groupe des partenaires de la lutte contre la poliomyélite (PPG)
- Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination et son Groupe de travail (SAGE-WG)
- Groupes consultatifs techniques (GCT) pour les pays et régions d'endémie
- Groupes de gestion et groupes spéciaux de l'IMEP
- Imperial College London.
- Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite au Pakistan
- Institute for Disease Modeling (IDM)
- International Centre for Diarrhoeal Disease Research (ICDDR)
- John Snow, Inc.
- Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
- Kid Risk, Inc.
- Le Plan d'action mondial pour les vaccins (PAMV), devenu le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 (Vaccination 2030)
- Partenaires de l'IMEP (équipes pour la vaccination et les situations d'urgence aux niveaux mondial et régional)
- Points focaux pour la poliomyélite des bureaux régionaux de l'OMS et de l'UNICEF et le Programme élargi de vaccination (PEV)
- Programme de vaccination de l'UNICEF
- Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire
- RESULTS UK
- Rotary
- Section Santé de l'UNICEF, siège à New York
- Société du Croissant-Rouge afghan
- The Women's Storytelling Salon
- University of Michigan
- University of North Carolina at Chapel Hill, Gillings School of Global Public Health
- University of Oxford
- Vaccine Network for Disease Control
- VITAL Pakistan
- OMS - Renforcement des systèmes de santé
- OMS - Vaccination, vaccins et produits biologiques
- Équipe de transition post-poliomyélitique de l'OMS
- OMS - Mobilisation des ressources

³⁶ Il est possible d'obtenir une liste complète des organisations et des chargés de liaison sur demande.

³⁷ Pour consulter ou télécharger le Rapport sur la consultation des parties prenantes, veuillez vous rendre sur le site Web de l'IMEP (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/07/Stakeholder-Consultation-Report-20210708.pdf>).

ANNEXE B. SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ACTUELLE

Figure B1. Cas mensuels de PVS1 en Afghanistan et au Pakistan, de janvier 2018 à juin 2021



Principaux repères sur le PVS1

- Le nombre de cas était considérablement plus haut en 2019 et 2020 par rapport aux années précédentes.
- En 2020, 140 cas de PVS1 ont été notifiés (56 en Afghanistan et 84 au Pakistan), contre 176 cas en 2019 (29 en Afghanistan et 147 au Pakistan) (voir la **Figure B2**).

Figure B2. Cas de PVS1 en Afghanistan et au Pakistan, de janvier 2020 à juin 2021



Échelle de la carte : 1cm = 64km
Système de coordonnées : GCS WGS 1984, Référence : WGS 1984, Unités : Degrés

● AFP cases ■ Sans objet

PFA = paralysie flasque aiguë.

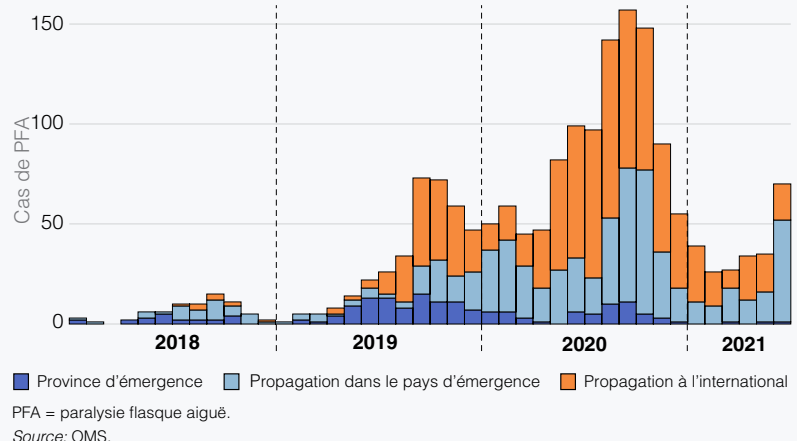
Source: OMS.

Principaux repères sur le PVDVc2

Entre 2019 et 2020, les cas de PVDVc2 ont triplé (voir la **Figure B3**). En 2020, les cas de PVDVc2 se sont élevés à 1056 au niveau mondial (dont 308 cas en Afghanistan, 135 au Pakistan, 99 au Tchad et 81 en la République démocratique du Congo) ; alors qu'ils s'établissaient à 366 en 2019 (avec seulement 22 cas au Pakistan et aucun cas en Afghanistan).* Le virus a continué de se propager dans la Région africaine, avec des flambées survenant de la côte atlantique à celle de l'océan Indien ; un virus des Philippines s'est propagé dans le pays puis au niveau régional à la Malaisie ; et un virus en Afghanistan et au Pakistan a atteint la République islamique d'Iran et le Tadjikistan (voir la **Figure B4**). Ces régions et pays ont continué de voir les flambées existantes de PVDVc2 progresser.

* L'IMEP donne chaque semaine des informations sur l'épidémiologie des poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales dans le monde, qui peuvent être consultées en ligne (<https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/circulating-vaccine-derived-poliovirus>).

Figure B3. Cas mensuels de PVDVc2, par région de détection des cas, de janvier 2018 à juin 2021



Source: toutes les données viennent de POLIS (OMS) et étaient à jour en août 2021.

Depuis 2018, l'IMEP a observé une hausse des cas de PVS1 et de PVDVc2 à l'échelle mondiale. Tandis que les cas de PVS1 restent limités aux deux derniers pays d'endémie, l'Afghanistan et le Pakistan (voir la **Figure B1**), les flambées de PVDVc2 ont été détectées dans quatre Régions. L'incapacité des opérations de campagne à mobiliser et à atteindre les communautés restantes a contribué à cette tendance. Des perturbations externes telles que les changements politiques et la pandémie de COVID-19 y ont également contribué.

Figure B4. Surveillance environnementale globale des isolats de PVDVc, de janvier 2018 à juin 2021

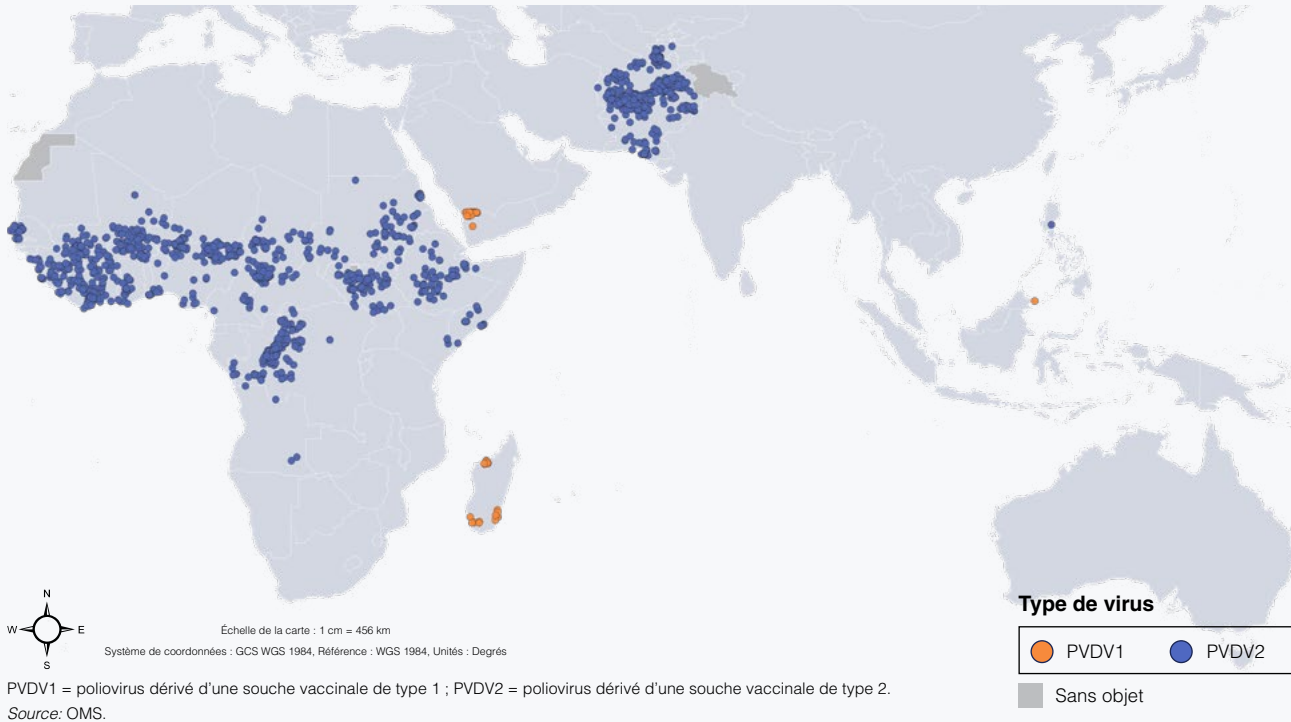
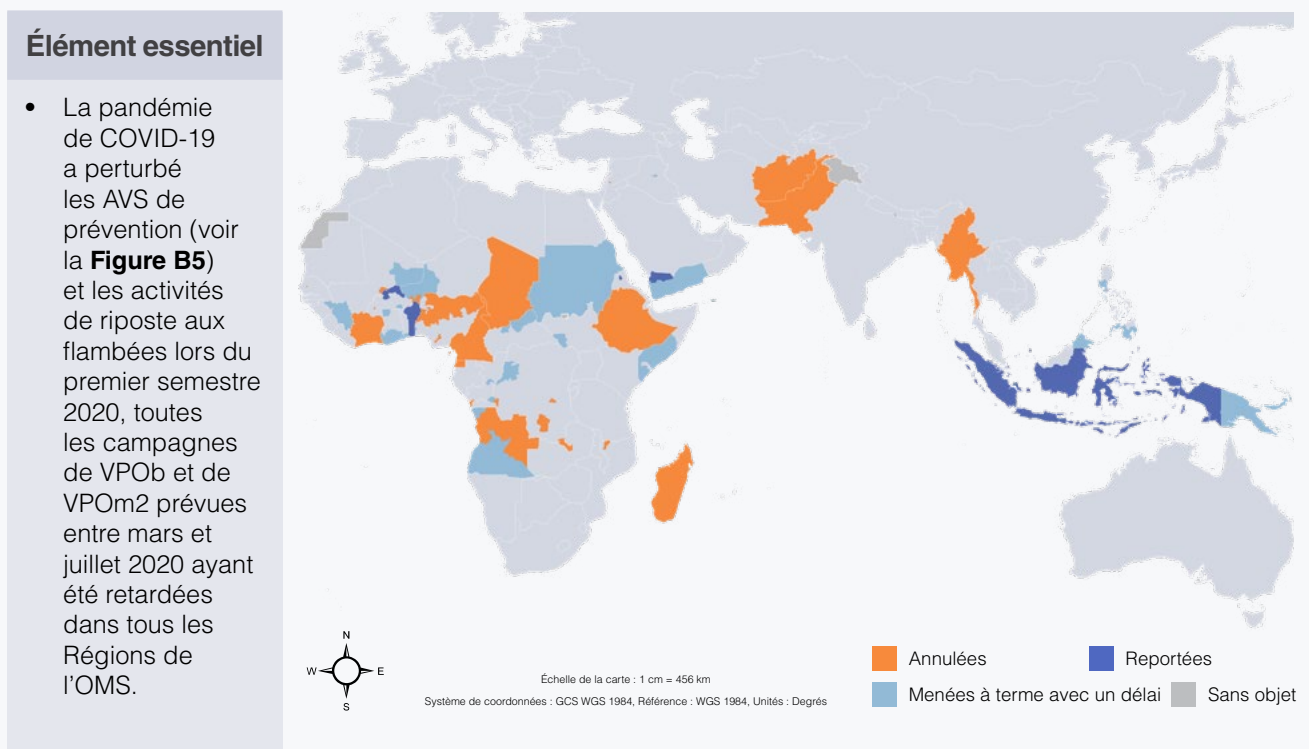
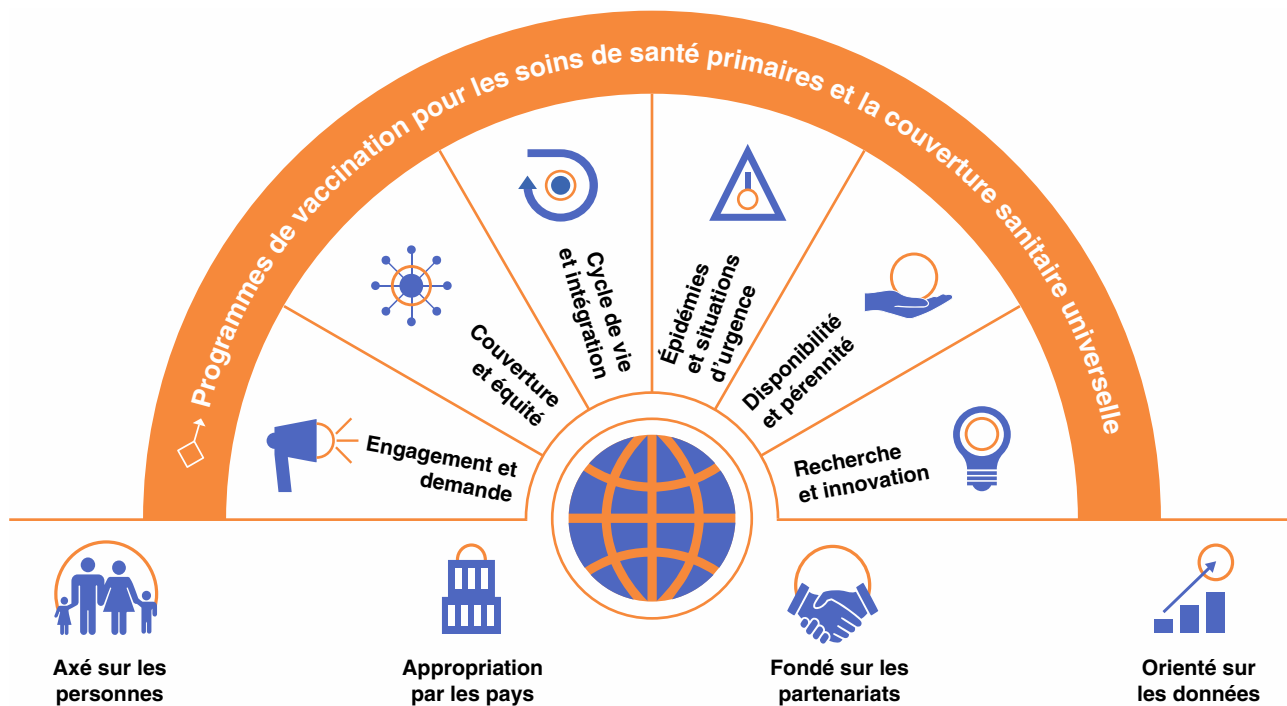


Figure B5. Activités supplémentaires de vaccination contre la poliomyélite menées à terme, reportées et annulées, en 2020



ANNEXE C. PROGRAMME POUR LA VACCINATION À L'HORIZON 2030

Figure C1. Contributions de l'IMEP aux priorités stratégiques du Programme de vaccination à l'horizon 2030 (IA2030)



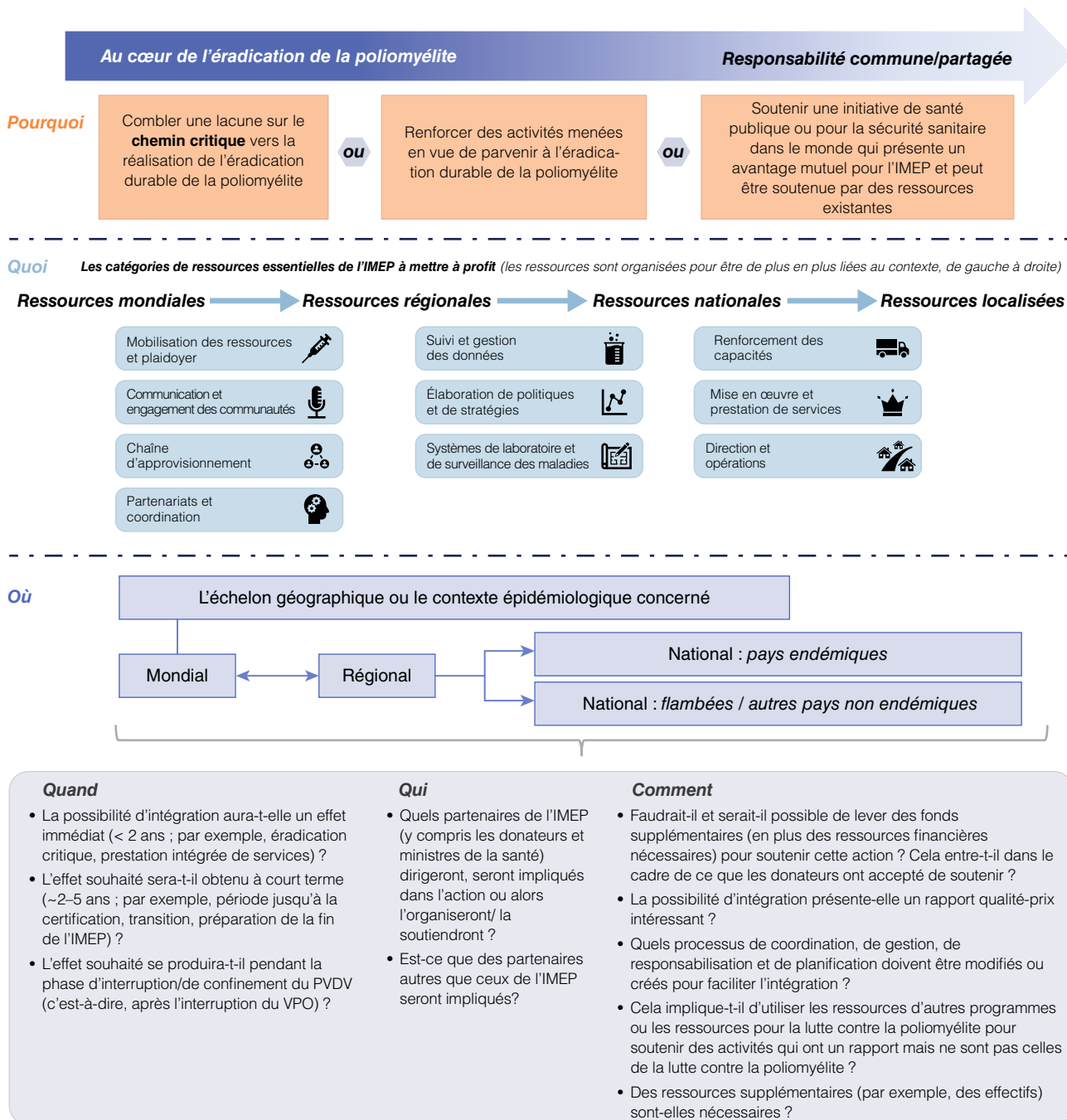
PS1 Soins de santé primaires et couverture sanitaire universelle	Soutenir la fourniture d'un programme complet comprenant des services de soins de santé primaires dans des emplacements ciblés
PS2 Engagement et demande	Générer une acceptation des vaccins antipoliomyélitiques grâce à un engagement de la communauté spécifique au contexte
PS3 Couverture et équité	Atteindre les communautés zéro-dose avec des stratégies de mise en œuvre ciblées, tenant compte des questions de genre et intégrées
PS4 Cycle de vie et intégration	Parvenir à une éradication durable grâce à l'intégration élargie et l'unification des partenariats
PS5 Épidémies et situations d'urgence	Utiliser des capacités d'urgence pour enrayer la transmission du PVDVc et prévenir de futures flambées
PS6 Disponibilité et pérennité	Garantir un approvisionnement adéquat en vaccins antipoliomyélitiques et œuvrer en faveur de la transition pour un arrêt durable de l'IMEP
PS7 Recherche et innovation	Favoriser la recherche et les innovations dans les programmes dans le domaine de la poliomyélite, y compris l'utilisation du nVPO et des technologies numériques

nVPO = nouveau vaccin antipoliomyélitique oral ; PS = priorité stratégique ; PVDVc = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale.

Source: OMS.

ANNEXE D. INTÉGRATION

Figure D1. Cadre décisionnel en matière d'intégration



PV DV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; VPO = vaccin antipoliomyélique oral.

Source: OMS.

Tableau D1. Rôle de l'IMEP en matière d'intégration dans les pays d'endémie

Lieu	Zone géographique : pays d'endémie		
Motif	Comble une lacune du chemin critique de l'éradication durable de la poliomyélite	Renforce les activités visant à parvenir à l'éradication durable de la poliomyélite	Appuie une initiative de santé publique ou de sécurité sanitaire mondiale qui est également avantageuse pour l'IMEP et qui peut être soutenue par des ressources existantes
Activités	<p>Amélioration de la qualité, de la rapidité et de la portée des activités de vaccination essentielle et des AVS contre la poliomyélite et d'autres activités de lutte contre les maladies évitables par la vaccination dans les zones les plus à risque au moyen de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'augmentation de l'accès aux services de vaccination essentiels et leur utilisation dans la région sud de l'Afghanistan et dans les districts les plus à risque du Pakistan ; • l'intégration de la planification des AVS qui augmente les possibilités de co-administrer les vaccins contre la poliomyélite et d'autres maladies ou d'autres interventions de santé, comme la distribution de vitamine A, les comprimés vermifuges et la diffusion de messages sur la santé maternelle et infantile 	<p>Appui à la prestation d'un ensemble élargi et complet de services, y compris les services de SSP dans des régions ciblées grâce à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la garantie que les investissements dans le RSS et le PEV correspondent aux objectifs stratégiques du programme de lutte contre la poliomyélite • l'assurance que la poliomyélite contribue aux objectifs de vaccination au niveau mondial et des pays, y compris la réduction du nombre d'enfants « zéro dose » et les principes fondamentaux de Vaccination 2030 concernant la prestation d'interventions centrées sur la personne, que les pays se sont appropriées, fondées sur des données et reposant sur le socle du partenariat • la promotion en faveur de la prestation d'autres services de base aux communautés vulnérables 	<p>Soutien aux initiatives mondiales et nationales plus vastes en matière de santé publique en tant que voie vers une transition réussie du programme grâce à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'appui aux efforts visant à contenir la COVID-19 au moyen d'une coopération active avec toutes les autorités nationales et infranationales qui coordonnent les mesures de riposte • la poursuite de la surveillance de la COVID-19, notamment le dépistage et la recherche des contacts, la gestion des données, la communication des risques et la vaccination • la fourniture d'autres capacités d'intervention en cas d'urgence lorsque les besoins sont impérieux
Partenaires indicatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Les COU nationaux et provinciaux • L'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite pour le Pakistan - L'Équipe spéciale chargée de la synergie du Programme élargi de vaccination • Le centre dans les pays d'endémie • Les PEV 	<ul style="list-style-type: none"> • Les programmes sanitaires et humanitaires connexes • Sehatmandi and National Health Support Project • Le centre dans les pays d'endémie 	<ul style="list-style-type: none"> • Les autorités nationales et provinciales • Le centre dans les pays d'endémie

AVS = activité de vaccination supplémentaire ; COU = centre d'opérations d'urgence ; COVID-19 = maladie à coronavirus 2019 ; PEV = programme élargi de vaccination ; RSS = renforcement des systèmes de santé ; SSP = soins de santé primaires ; Vaccination 2030 = programme pour la vaccination à l'horizon 2030.

Tableau D2. Rôle de l'IMEP en matière d'intégration dans les pays touchés par des flambées

Zone géographique : <i>pays touchés par des flambées</i>		
Lieu		
Motif	Renforce les activités visant à parvenir à l'éradication durable de la poliomyélite	Appuie une initiative de santé publique ou de sécurité sanitaire mondiale qui est également avantageuse pour l'IMEP et qui peut être soutenue par des ressources existantes
Activités	<p>Coordination des activités de riposte aux flambées avec le PEV et les partenaires de la vaccination afin d'améliorer les résultats de la vaccination essentielle dans zones touchées par les flambées et les régions adjacentes entre les tournées de VPO au moyen de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'utilisation de la survenue de la flambée comme une occasion pour signaler les faiblesses systémiques du PEV et pour mobiliser le soutien d'autres partenaires de la vaccination (c.-à-d. Gavi) pour que les résultats de la vaccination essentielle et de proximité, moyennant notamment le VPI, s'améliorent. • l'utilisation de sa structure de gestion des incidents pour agir en coordination avec les gouvernements, les SSP-PEV et les partenaires pour que les activités de proximité, la microplanification et la communication soient coordonnées et renforcées, permettant ainsi de promouvoir la vaccination essentielle et les SSP • la collaboration avec Gavi et d'autres partenaires, dans le but de laisser le système sur la voie de la reprise à la fin de la flambée, en se servant de la survenue de la flambée pour redynamiser la planification et l'action des autorités sanitaires nationales, provinciales et locales 	<p>Soutien aux initiatives mondiales et nationales plus vastes en matière de santé publique en tant que voie vers une transition réussie du programme grâce à :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'appui aux efforts visant à contenir la COVID-19 au moyen d'une coopération active avec toutes les autorités nationales et infranationales qui coordonnent les mesures de riposte • la poursuite de la surveillance de la COVID-19, notamment le dépistage et la recherche des contacts, la gestion des données, la communication des risques et la vaccination • la fourniture d'autres capacités d'intervention en cas d'urgence lorsque les besoins sont impérieux
Partenaires indicatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Gavi (évaluations conjointes, assistance ciblée aux pays et groupes de travail régionaux) • Équipe d'intervention rapide • Les PEV 	<ul style="list-style-type: none"> • Le CSP • Gavi

COVID-19 = maladie à coronavirus 2019 ; CSP = Conseil de surveillance de la poliomyélite ; PEV = programme élargi de vaccination ; SSP-PEV = soins de santé primaires - Programme élargi de vaccination ; VPI = vaccin antipoliomyélique inactivé ; VPO = vaccin antipoliomyélique oral.

ANNEXE E. RISQUES

Risques stratégiques de haut niveau

Tableau E1. Inventaire des risques (au deuxième trimestre de 2021)

Risque	Description	Probabilité	Impact	Niveau de risque
Risque de propagation du PVDV	Il existe un risque élevé de propagation internationale continue et de flambées de PVDVc2 dans plusieurs pays en raison de la diminution de l'immunité au virus de type 2 de la population, de la faiblesse des systèmes de vaccination essentielle et de nouvelles émergences provoquées par l'utilisation du VPO2 de type Sabin. En raison de la propagation continue, l'IMEP pourrait être submergée et ne pas avoir la capacité d'intervenir à la fois en termes de capacité technique et de financement disponible pour le programme.	4	4	Grave
Ressources insuffisantes	L'augmentation des besoins en cas de flambées épidémiques et pour l'approvisionnement en vaccins et l'absence de progrès dans les pays d'endémie pourraient conduire à ce que les demandes du programme dépassent les ressources disponibles. Le risque encouru serait alors de ne pas être en mesure de maintenir le niveau de soutien requis par l'IMEP et de manquer de fonds avant la fin des opérations.	3	4	Considérable
Surveillance peu rigoureuse	Le risque de transmission continue non détectée de la poliomyélite est imputable à une surveillance peu rigoureuse dans les zones à haut risque. L'insuffisance de la surveillance peut s'expliquer par un accès limité dans les zones où la sécurité est compromise, une formation peu fréquente des agents dans le domaine de la surveillance, des laboratoires et des données, et par l'affectation des ressources de la poliomyélite vers d'autres domaines, tels que la COVID-19. Le retrait potentiel du soutien de l'IMEP pourrait affaiblir les capacités et les systèmes de santé des pays sans une surveillance fiable.	3	4	Considérable
Non prise en compte du genre	Une prise en compte insuffisante de l'égalité des genres dans les stratégies, la planification, les budgets, les opérations et la gouvernance pourrait compromettre la capacité du programme à atteindre l'objectif d'éradication.	4	3	Considérable
Perte de la confiance et du soutien des donateurs	La perte du soutien des donateurs à cause de mauvais résultats en matière d'éradication ou de l'incapacité de l'IMEP à remplir des critères clés choisis par les donateurs pourrait entraîner une réduction des ressources allouées au programme.	2,5	4	Considérable
Accès insuffisant	L'incapacité d'atteindre tous les enfants avec le VPO dans les réservoirs de poliomyélite restants s'explique par l'insécurité, les restrictions d'accès, l'indifférence et la méfiance des communautés, ce qui entraîne des poches d'enfants non vaccinés, ce qui augmente le risque de ne pas pouvoir éradiquer le poliovirus.	3	3	Considérable
Mauvaise intégration	Le risque que l'éradication soit compromise sans la fourniture de services intégrés est en grande partie dû à l'insuffisance des ressources et à l'absence d'optique de gestion précise des services intégrés au sein de l'IMEP.	3	3	Considérable
Indifférence de la société civile	L'indifférence de la société civile à l'égard de l'éradication de la poliomyélite pourrait conduire à des résultats sous-optimaux et à l'échec potentiel de l'éradication du PVS1 ou du confinement des PVDV.	2,9	2,9	Modéré
Piètre engagement du gouvernement	L'insuffisance des engagements politiques, financiers ou en matière de ressources des gouvernements pourrait compromettre la riposte menée pour éradiquer la poliomyélite.	2	4	Modéré
Réponse inefficace de l'IMEP	L'IMEP peut échouer à répondre aux défis complexes de l'éradication de la poliomyélite en termes de qualité ou de rapidité des opérations d'urgence.	2	4	Modéré

COVID-19 = maladie à coronavirus 2019 ; PVDVc2 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; PVS1 = poliovirus sauvage de type 1 ; VPO2 = vaccin antipoliomyélique oral de type 2.

Remarque : des mesures d'atténuation seront incluses dans les futures mises à jour de l'inventaire des risques.

Exemples de risques opérationnels

Tableau E2. Risques principaux liés à l'approvisionnement en vaccins et activités d'atténuation des risques (au deuxième trimestre de 2021)

Catégorie de risque	Description	Intervention	Statut
Stocks mondiaux de VPO	Nombre limité de fournisseurs et réduction des fournisseurs sur le marché	Travailler avec l'UNICEF, les fabricants de vaccins et les groupes de travail pour le confinement et le nVPO2 pour que de nouveaux fournisseurs entrent sur le marché	
	Risque de ruptures de stock de VPO2 de type Sabin en 2021–2022 en cas de déploiement lent du nVPO2	Négocier un approvisionnement plus important en VPO2 de type Sabin	
	Risque de pénurie de VPO2 en 2021–2023 en cas de suspension ou d'arrêt de l'utilisation du nVPO2 pour cause de préoccupations liées à la sûreté ou à la stabilité	<ul style="list-style-type: none"> Surveiller de près le déploiement du nVPO2, la collaboration du nVPO2 GT et du groupe spécial chargé de l'approvisionnement en nVPO2 et réviser le plan pour les stocks mondiaux au besoin Mettre en place au préalable des stocks de VPO2 Sabin en tant que mesure de préparation en cas d'urgence 	
VPOb	<ul style="list-style-type: none"> Baisse de la demande de VPOb, qui devient donc moins attractif pour les fournisseurs avec le risque d'augmentation des coûts et de réduction des fournisseurs Approvisionnement excessif important ou stock arrivant à expiration en raison de l'annulation d'AVS en 2020 	<ul style="list-style-type: none"> Plaider auprès des pays pour qu'ils acceptent des vaccins ayant une durée de conservation courte Améliorer la prévision de la demande et réduire les délais Mettre en place des mécanismes pour que les risques financiers soient partagés avec les fournisseurs de vaccins 	
	Incapacité à maintenir un grand stock tampon permettant de répondre aux besoins en matière de VPOb en cas de flambées de poliomyélite et de changements à court terme dans les plans d'AVS	<ul style="list-style-type: none"> Accroître le nombre de fournisseurs de VPO Créer une réserve physique de VPOb en tant que mesure de préparation aux situations d'urgence 	
	Réduction du nombre de fournisseurs acceptés par le Pakistan	Plaider en faveur de l'homologation de nouveaux VPOb dans le pays	
Financement	Financement irrégulier, affectant les délais de mise en œuvre du plan relatif aux stocks mondiaux	Élaborer et mettre en œuvre une stratégie, un plan et un budget concernant l'approvisionnement en vaccins pour 2022–2026	
COVID-19 / Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19	Les conséquences de la COVID-19 et de la riposte à la pandémie sur l'approvisionnement en vaccins antipoliomyélitiques	Élaborer des plans d'approvisionnement à long terme en vaccins antipoliomyélitiques et collaborer avec les fournisseurs, IVB et WHE pour la planification et à la coordination des mesures d'urgence.	

AVS = activité de vaccination supplémentaire ; COVID-19 = maladie à coronavirus 2019 ; IVB = Vaccination, vaccins et produits biologiques ; nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ; nVPO2 GT = Groupe de travail sur le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ; VPO = vaccin antipoliomyélitique oral ; VPOb = vaccin antipoliomyélitique oral bivalent ; VPO2 = vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ; WHE = Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.

Tableau E3. Risques liés au déploiement du nVPO2 (au deuxième trimestre de 2021)

Catégorie de risque	Description	Probabilité	Impact potentiel
Innocuité	Taux d'apparition de flambées pas suffisamment bas à la suite de l'utilisation du nVPO2	Faible	Fort
	Groupes de cas de MAPI ou d'EIIP	Faible	Fort
Efficacité (vaccin)	Une faible efficacité pour enrayer les flambées	Faible	Modéré
Efficacité (prestation)	Qualité, vitesse ou portée des campagnes insuffisante	Moyenne - Élevée	Fort
Approvisionnement en vaccins	Problèmes de production	Moyenne	Fort
	Déficit de financement des stocks	Moyenne	Fort
	Perte de vaccins (du fait de la durée de conservation, par exemple)	Faible	Modéré
Acceptation par les pouvoirs publics ou leur état de préparation	Réticence des pouvoirs publics à utiliser le nVPO2	Faible - Moyenne	Fort
	Incapacité à obtenir l'état de préparation nécessaire pour déployer le nVPO2		
Acceptation par la population	<ul style="list-style-type: none"> • Rejet du nVPO2 en particulier (motifs : appréhensions vis à vis des « modifications génétiques », vaccin élaboré de manière accéléré sans PQ, nouveau vaccin) • Réaction aux MAPI réelles ou supposées • Effet indirect sur la confiance dans le nVPO2 dû aux vaccins contre la COVID-19, etc. • Fausses informations et rumeurs très répandues sur la vaccination en général ou sur le nVPO2 en particulier 	Moyenne	Fort
Financement	Perte de la confiance des donateurs ou de financement en cas d'échec du déploiement du nVPO2	Moyenne	Fort
Situation épidémiologique	Cocirculation énorme des poliovirus de types 1 et 2	Moyenne	Modéré
	Réapparition de l'endémicité du PVDVc2 dans de multiples régions	Faible	Fort
Réglementation	Recommandation pour le nVPO2 au titre du protocole EUL suspendue ou annulée	Faible	Fort
	Pas de PQ du nVPO2 en raison de manifestations liées à l'innocuité ou l'efficacité lors de l'utilisation sur le terrain et des essais cliniques ou d'autres problèmes de données	Faible	Fort

COVID-19 = maladie à coronavirus 2019 ; EIIP = événement indésirable d'intérêt particulier ; MAPI = manifestation postvaccinale indésirable ; nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ; PQ = préqualification ; protocole EUL = protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence ; PVDVc2 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2.



ANNEXE F. OBJECTIFS DE LA STRATÉGIE ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026

Tableau F1. Créer un sentiment d'urgence et la responsabilisation au moyen du plaidoyer pour obtenir une volonté politique

Résultats	Indicateurs de performance
1.1 Le renforcement de l'appropriation par le gouvernement sous la forme de déclarations et d'engagements politiques	<p>1.1.1 Le pourcentage de pays ayant détecté à nouveau des poliovirus qui déclarent une urgence de santé publique nationale dans la semaine suivant la confirmation de la flambée</p> <p>1.1.2 Le pourcentage de districts auparavant inaccessibles rendus accessibles au moyen de négociations ou d'accords de mise</p> <p>1.1.3 Au moins deux réunions du groupe spécial national chargé de l'éradication de la poliomyélite (présidée par le chef de l'État) organisées chaque année pour examiner les progrès accomplis et aborder les difficultés à relever</p>
1.2 Le personnel qualifié en place à même d'agir rapidement et dans les bonnes localités dans les pays d'endémie et les pays touchés par des flambées ou à risque	<p>1.2.1 Le pourcentage de postes de médecins et de personnel de vaccination qui restent vacants pendant trois mois ou plus dans les districts à haut risque de poliomyélite</p> <p>1.2.2 Un examen réalisé par les groupes spéciaux provinciaux (présidés par les ministres principaux des provinces, les gouverneurs, les ministres de la santé ou les directeurs de la santé au niveau provincial) du nombre d'enfants ayant échappé à la vaccination et de la qualité des opérations après chaque campagne de vaccination de masse dans la province, qui s'accompagne de mesures correctives</p>
1.3 Une augmentation des contributions financières nationales accordées au programme d'éradication de la poliomyélite	1.3.1 Le pourcentage de pays qui fournissent des ressources nationales à la riposte aux flambées, par profil de revenu

Tableau F2. Favoriser l'acceptation du vaccin par un engagement des communautés adapté au contexte

Résultats	Indicateurs de performance
2.1 Une sensibilisation accrue aux campagnes de vaccination partout où des AVS sont menées	2.1.1 Le pourcentage de toutes les AVS par le VPO pour lesquelles on constate que la sensibilisation à la campagne était > 90 % de tous les foyers d'échantillonnage (par LQAS et/ou le suivi durant la campagne).
2.2 La participation accrue aux AVS dans les zones infranationales prioritaires (conformément aux PAUN) dans les pays d'endémie	<p>2.2.1 Le pourcentage de vaccinatrices par AVS dans les zones infranationales prioritaires conformément aux mesures de l'IMEP visant à protéger le personnel de l'exploitation et des atteintes sexuelles et à le préserver</p> <p>2.2.2 La diminution en pourcentage du nombre d'enfants omis lors de la vaccination dans les zones infranationales prioritaires dans les pays d'endémie</p>
2.3 L'utilisation accrue d'approches novatrices permettant d'améliorer la participation communautaire (y compris la recherche sur les changements sociaux et comportementaux, l'analyse et la conception de campagnes)	2.3.1 La preuve qualitative de l'utilisation de solutions conçues et mises en œuvre localement, éclairées par une analyse des questions de genre permettant d'améliorer la participation communautaire dans les campagnes de vaccination contre la poliomyélite et essentielle

AVS = activité de vaccination supplémentaire ; LQAS = échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité ; PAUN = plan d'action d'urgence national ; VPO = vaccin antipoliomyélique oral.

Tableau F3. Accélérer les progrès accomplis dans l'éradication de la poliomyélite et la réduction du nombre d'enfants « zéro dose » en développant les efforts d'intégration et l'unification des partenariats

Résultats	Indicateurs de performance
3.1 Un ensemble de services intégrés adaptés au contexte communautaire et dispensés à l'aide d'une perspective tenant compte des questions de genre dans les régions géographiques ciblées (conformément aux PAUN) dans les pays d'endémie	3.1.1 Le pourcentage d'initiatives de prestation de services intégrés qui sont conçues et mises en œuvre en tenant compte de l'égalité des genres
3.2 L'alignement entre les objectifs de lutte contre la poliomyélite et de vaccination, ce qui se traduit par des investissements dans le RSS et le PEV qui reflètent les objectifs stratégiques du programme de lutte contre la poliomyélite, et la lutte contre la poliomyélite contribuant à la Vaccination 2030 et aux objectifs nationaux de vaccination visant à réduire le nombre d'enfants « zéro dose »	3.2.1 Le pourcentage de zones géographiques infranationales prioritaires pour la poliomyélite où GAVI et l'IMEP réalisent des investissements conjointement ou en collaboration 3.2.2 L'augmentation en pourcentage des AVS contre les MEV qui co-administrent le VPOb* <small>*dans les zones d'endémie : co-administration du VPOb dans les campagnes contre les MEV en plus des AVS contre la poliomyélite ; dans les zones non endémiques : co-administration du VPOb dans les campagnes contre les MEV au lieu des AVS par VPO uniquement</small>
3.3 Le soutien continu aux initiatives mondiales et nationales plus vastes en matière de santé publique en tant que voie vers une transition réussie du programme	3.3.1 L'augmentation du montant des investissements dans les soins de santé primaires destinés aux districts à haut risque de poliomyélite dans les pays touchés par des flambées ou à risque 3.3.2 La poursuite du suivi des contributions du personnel affecté à la lutte contre la poliomyélite à la riposte à la COVID-19

AVS = activité de vaccination supplémentaire ; COVID-19 = maladie à coronavirus 2019 ; MEV = maladie évitable par la vaccination ; PAUN = plan d'action d'urgence national ; PEV = programme élargi de vaccination ; RSS = renforcement des systèmes de santé ; SSP = soins de santé primaires ; Vaccination 2030 = programme pour la vaccination à l'horizon 2030 ; VPO = vaccin antipoliomyélique oral ; VPOb = vaccin antipoliomyélique oral bivalent.

Tableau F4. Améliorer les succès en première ligne en modifiant les opérations de campagne et de riposte aux flambées

Résultats	Indicateurs de performance
4.1 L'amélioration de la qualité des campagnes, visant notamment à réduire le nombre d'enfants manqués lors des AVS	4.1.1 Le pourcentage de campagnes pour lesquelles les microplans ont été élaborés dans le cadre d'ateliers de planification intégrés (qui intègrent le PEV, les MNCAH, la communication et le SIG) en tenant compte des questions de genre 4.1.2 Nombre d'enfants jusqu'alors non vaccinés (y compris ceux dans les zones inaccessibles) vaccinés par la suite, par trimestre 4.1.3 Le pourcentage d'AVS par VPO pour lesquelles on constate que la couverture (données ventilées par sexe et par âge) est $\geq 90\%$ (d'après le LQAS et/ou le suivi durant la campagne) 4.1.4 Le pourcentage de flambées interrompues grâce à deux tournées et au ratissage
4.2 La préparation et la riposte rapides aux situations d'urgence	4.2.1 Nombre moyen de jours entre la confirmation de la flambée et le lancement de la première AVS 4.2.2 Le pourcentage des fonds disponibles au niveau du district 72 heures avant le début de la campagne
4.3 Un déploiement réussi et rapide du nVPO2	4.3.1 Le pourcentage de pays bénéficiaires qui satisfont aux exigences relatives à l'utilisation du nVPO2 4.3.2 Nombre de pays ayant réussi à déployer le nVPO2 conformément à la feuille de route définie

AVS = activité de vaccination supplémentaire ; LQAS = échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité ; MNCAH = santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ; PEV = programme élargi de vaccination ; SIG = système d'information géographique ; VPO = vaccin antipoliomyélique oral ; VPOb = vaccin antipoliomyélique oral bivalent.

Tableau F5. Améliorer la détection et la riposte au moyen d'une surveillance sensible et du confinement

Résultats	Indicateurs de performance
5.1 Une application cohérente des normes de surveillance à l'échelle mondiale, l'accent étant mis sur les districts prioritaires pour la poliomyélite	5.1.1 Le pourcentage de districts dont le taux de PFANP est > 2/100 000 5.1.2 Le pourcentage de sites de SE atteignant un seuil de sensibilité d'au moins 50 % des échantillons positifs pour les entérovirus sur six mois ou plus
5.2 Une augmentation de la vitesse de détection et de la précision du système de surveillance	5.2.1 Le pourcentage des cas pour lesquels le prélèvement d'échantillons de selles ventilé par sexe est adéquat (cible : 80 % des cas) 5.2.2 Le pourcentage de cas de PVS et de PVDV notifiés dans les 35 jours suivant l'apparition des cas de PFA ou de la collecte d'échantillons

PFA = paralysie flasque aiguë ; PFANP = paralysie flasque aiguë non poliomyélitique ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; PVS = poliovirus sauvage ; SE = surveillance environnementale.

Stratégie pour l'égalité des genres 2019–2023

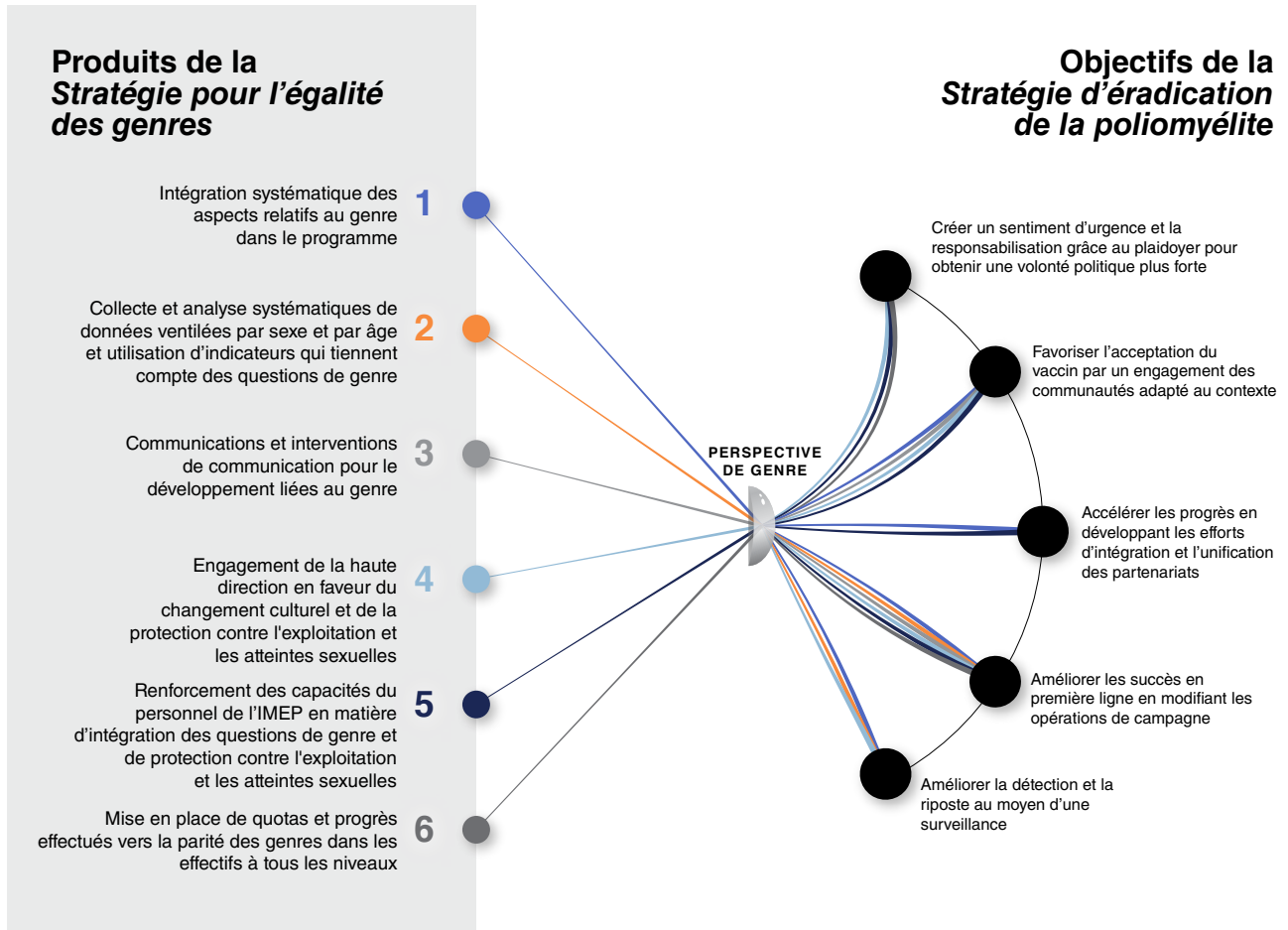
Tableau F6. Résultats escomptés de la Stratégie pour l'égalité des genres et indicateurs de performance

Résultats escomptés		
1	2	3
L'IMEP conçoit et met en œuvre des programmes tenant compte des questions de genre et applique une perspective de genre dans le cadre de ses interventions.	Le leadership, les structures et les systèmes de l'IMEP appuient des programmes tenant compte des questions de genre et des approches soucieuses du genre.	L'IMEP se rapproche davantage de la parité des genres et accroît la participation constructive des femmes et leur présence à tous les niveaux du partenariat.
mesurés au moyen des indicateurs de performance suivants		
<ul style="list-style-type: none"> Le pourcentage d'interventions de l'IMEP qui sont éclairées par l'analyse des questions de genre et qui collectent et analysent des données ventilées par sexe (notamment, des documents techniques, des rapports de donateurs, des PAUN, des orientations liées au MON, des recommandations de GCT, la communication et les interventions de communication pour le développement) 	<ul style="list-style-type: none"> Le pourcentage de l'allocation budgétaire de 5 ans de l'IMEP accordée à l'intégration des questions de genre, y compris les RH, la formation et l'analyse des questions de genre au Siège et au niveau des pays L'existence d'une politique sur les mesures de l'IMEP visant à protéger le personnel de l'exploitation et des atteintes sexuelles et à le préserver, ainsi que d'un plan de travail pour la mise en œuvre de la politique ; les membres du personnel sont conscients de l'existence de la politique de l'IMEP visant à protéger le personnel de l'exploitation et des atteintes sexuelles et à le préserver et évaluent son efficacité (pourcentage au point de référence et après 3 à 5 ans, mesuré par une enquête) Le pourcentage de membres du personnel formés et présentant niveau de connaissances accru, permettant d'appliquer une prise en compte des questions de genre dans leur travail 	<ul style="list-style-type: none"> Le nombre de femmes occupant des postes de décision au niveau du Siège, des Régions et des pays par rapport au nombre total de femmes (ventilé par niveau, au moyen d'une analyse de base des RH et après 3 à 5 ans, comprenant notamment les groupes chargés de la gestion, les groupes consultatifs et de suivi de l'IMEP) Les perceptions des femmes et des hommes au sein l'IMEP sur l'égalité des genres dans la prise de décisions (enquête initiale et après 3 à 5 ans – personnel, gouvernements et partenaires de l'IMEP)

GCT = groupe consultatif technique ; MON = mode opératoire normalisé ; PAUN = plan d'action d'urgence national ; RH = ressources humaines.

La **Stratégie pour l'égalité des genres 2019–2023** est une stratégie indépendante qui est liée à la *Stratégie d'éradication de la poliomyélite* et qui la soutient. Sur la voie de l'éradication, le genre joue un rôle essentiel. Lorsqu'elle est appliquée à l'ensemble de l'IMEP et à tous les niveaux, une perspective qui tient compte des questions de genre améliore la performance du programme et augmente l'impact (voir la **Figure F1**). La *Stratégie d'éradication de la poliomyélite* et la *Stratégie pour l'égalité des genres* sont toutes deux supervisées par le Comité stratégique de l'IMEP et ont été approuvées par le Conseil de surveillance de la poliomyélite.

Figure F1. Alignement de la Stratégie pour l'égalité des genres et de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite



C4D = communication for development; PSEA = protection from sexual exploitation and abuse.
Source: OMS.

ANNEXE G. PLANIFICATION PRÉVOYANT DIVERSES ÉVENTUALITÉS POUR LE nVPO2

Le succès du déploiement du nVPO2 dépendra d'une grande variété de facteurs : les propriétés du vaccin, la qualité des activités de vaccination contre la poliomyélite qui permettront d'administrer le vaccin, l'acceptation de la population, le financement et l'approvisionnement en vaccins, entre autres facteurs (voir l'**Annexe E** pour les risques opérationnels). Chaque facteur peut être concerné par un ou plusieurs risques qui, individuellement ou cumulativement, peuvent affecter l'effet du nVPO2 et de manière globale, l'éradication de la poliomyélite.

L'IMEP a examiné une série de scénarios potentiels relatifs au déploiement du nVPO2, les décisions critiques requises dans ces scénarios et leurs conséquences possibles sur l'éradication de la poliomyélite (voir la **Figure G1**).

Les scénarios principaux ont été définis comme suit :

- *Approche actuelle* : le nVPO2 sera déployé à mesure que les pays rempliront les critères en matière d'état de préparation. Si les données issues du terrain continuent d'indiquer que l'utilisation du nVPO2 est favorable, le VPOm2 et le VPOt seront progressivement éliminés, certaines options d'approvisionnement restant maintenues jusqu'à ce que le nVPO2 soit préqualifié et pleinement homologué.
- *Option parallèle* : Si le suivi continu de l'utilisation du nVPO2 révèle des problèmes majeurs concernant l'innocuité du vaccin ou un risque accru d'émergence du PVDV2 à la suite de son utilisation (entraînant des changements de son autorisation d'utilisation d'urgence ou son statut de préqualification prévu), le programme étudiera la possibilité de mettre au point d'autres nouveaux VPO de secours et de mettre en place l'utilisation dès que possible.
- *Approche B* : Si des problèmes majeurs ne peuvent pas être résolus et que le programme doit arrêter d'utiliser le nVPO2, le VPOm2 ou le VPOt sera utilisé pour la riposte aux flambées. Un comité de suivi indépendant évaluerait deux fois par an la possibilité que l'approche B permette de parvenir à une interruption de la transmission du PVDVc2.
- *Approche C* : Si l'utilisation du VPOm2 ou du VPOt dans la riposte aux flambées ne permet pas de maîtriser les flambées ou s'il y a un changement majeur dans la situation épidémiologique, comme la cocirculation de différentes souches ou l'endémicité du PVDVc2, le programme s'emploiera à réintroduire le VPO2 de type Sabin dans la vaccination préventive et essentielle, ce qui aura pour effet de « faire machine arrière ». Selon la situation, le programme peut continuer à lutter contre les flambées de PVDVc2 en utilisant le VPOm2 ou le VPOt dans les AVS ou s'appuyer entièrement sur la vaccination essentielle pour maintenir le fardeau de la maladie à des niveaux peu élevés.

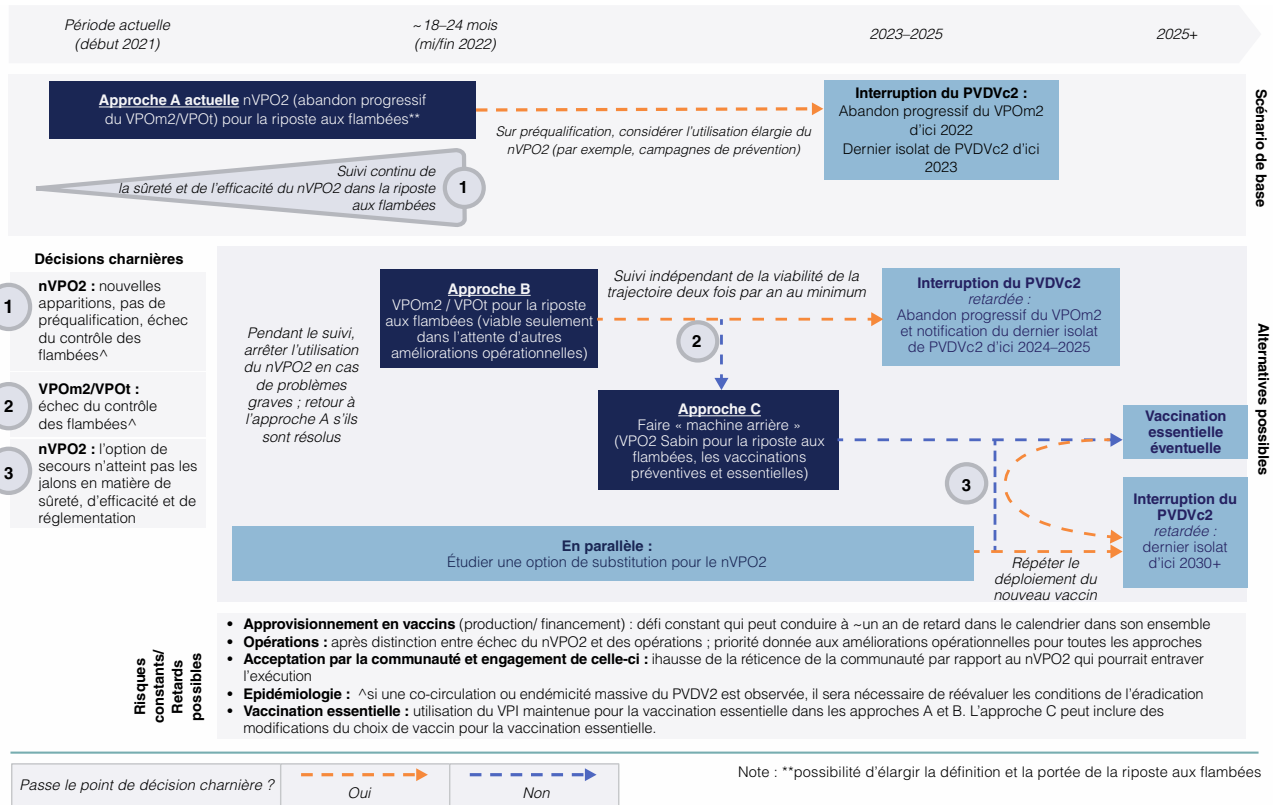
Le programme a également envisagé l'utilisation de vaccins dans le cadre d'un plan d'intervention essentiel pour la vaccination, dans le but de réduire le taux de paralysie due au poliovirus tout en maintenant la possibilité de reprendre la poursuite de l'éradication en attendant des avancées telles que de nouveaux vaccins adaptés à la phase finale. Quatre options ont été recensées (VPI et VPO ; VPI avec un adjuvant à double mutant Labile Toxin (dmLT) uniquement ; VPI seul ou en association uniquement et VPO uniquement) et la décision finale dépendra en fin de compte de la situation épidémiologique, ainsi que de la capacité des campagnes, des calendriers de développement et de production et des structures de prix, du maintien des stocks pour les pays à risque en raison des lacunes en matière de vaccination, et des risques futurs persistants de PVDV et de PPPV si l'IMEP doit envisager une stratégie de contrôle à long terme.

Déploiement du nVPO2 et établissement de plans des secours

Le choix optimal en matière de vaccin devrait être effectué en fonction de la réalité épidémiologique et virologique locale existante et dominante, afin de s'assurer que les sérotypes en circulation puissent être traités le plus efficacement possible en vue de l'interruption. Cela inclut le déploiement et l'utilisation rapides du nVPO2 en cas de circulation du PVDVc2, le cas échéant.

Il sera essentiel de veiller à ce que les décisions charnières qui influent sur l'utilisation du nVPO2 soient définies de manière adéquate, notamment le champ d'application et le mode d'administration, et devront être soutenues par une stratégie de communication pertinente (y compris les communications de crise), fondée sur le recensement de scénarios potentiels et l'identification de points de décision charnière.

Figure G1. Organigramme des décisions clés et résultats potentiels du déploiement du nouveau VPO



nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ; PVDVc2 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; VPOM2 = vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 ; VPOt = vaccin antipoliomyélitique oral trivalent ;

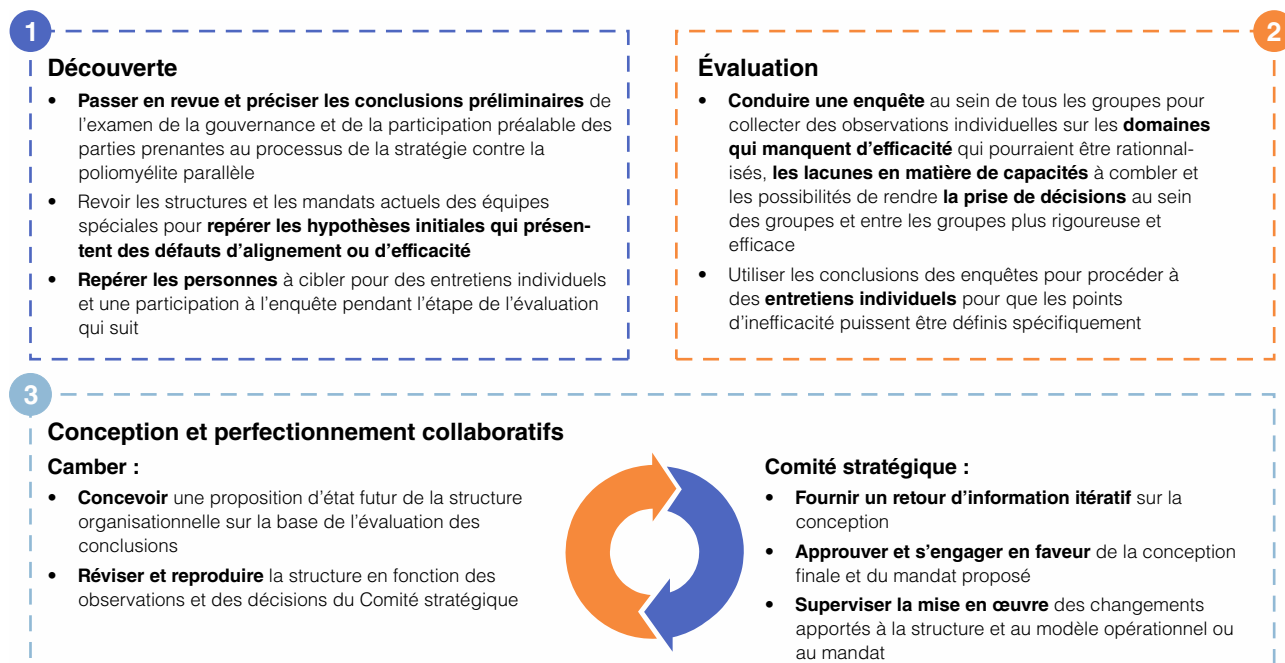
Source : OMS.

ANNEXE H. EXAMEN DE LA GESTION

En juillet 2020, à la suite d'un examen de la gouvernance, l'IMEP a lancé un examen complet des groupes chargés de la gestion internes et externes qui relèvent du Comité stratégique de manière à veiller à l'alignement stratégique, à la rationalisation des opérations et la réussite de l'exécution de la **Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022–2026**. Cet examen de la gestion a été mené de façon indépendante par Camber Collective de septembre 2020 à janvier 2021 afin d'assurer un examen confidentiel et objectif.

L'examen de la gestion comportait trois phases (voir la **Figure H1**) et s'est conclu par une coopération très collaborative et à grande échelle avec le Comité stratégique visant à concevoir et perfectionner les changements apportés à la structure de l'IMEP et assurer une harmonisation et un engagement commun en faveur des recommandations proposées.

Figure H1. Processus d'examen de la gestion de l'IMEP, 2020–2021



SC = Strategy Committee
Source: OMS.

Conclusions

La phase d'évaluation a permis de recueillir les points de vue des parties prenantes au moyen d'un sondage auprès de plus de 100 personnes interrogées et d'entretiens directs avec plus de 35 personnes du Comité stratégique, des groupes chargés de la gestion, des équipes spéciales, des organismes partenaires et des donateurs externes.

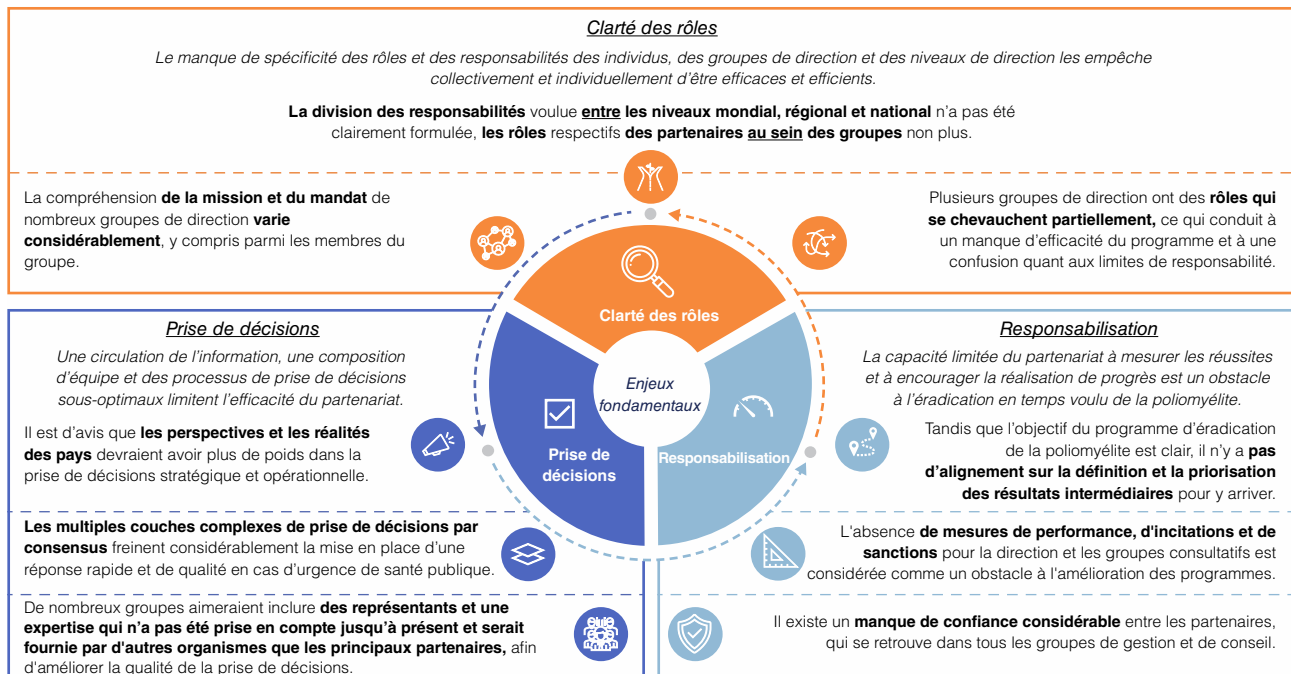
L'évaluation a révélé que la structure de l'IMEP nécessitait des changements pour être adaptée à l'objectif visé et pour mettre en œuvre efficacement la stratégie actuelle. L'un des principaux thèmes abordés dans le cadre de la nouvelle stratégie était la nécessité de participer au niveau régional de manière plus spécifique au contexte et adaptée à la culture. Pour faciliter les changements requis au sein du partenariat, des impératifs de changement ont été recensés dans trois catégories principales : la clarté des rôles, la prise de décisions et la responsabilisation (voir la **Figure H2**).

Bien que ces domaines de changement soient devenus les principaux objectifs en termes de changements structurels recommandés, l'évaluation a également mis en évidence plusieurs enjeux qui nécessitent plus d'action concertée, une compréhension plus approfondie et une attention et des ajustements continus de la part des organismes partenaires. Ces enjeux sont notamment les suivants :

- **Autorité** : Étant donné que l'IMEP n'est pas une entité juridique officielle, les parties prenantes individuelles n'ont pas le pouvoir d'imposer l'action d'autrui. Cette situation plus fondamentale du partenariat est encore remise en question par les organismes partenaires décentralisés qui entrave la capacité du programme à coordonner les activités aux échelons national et régional au niveau du Comité stratégique et du Conseil de surveillance de la poliomyélite.

- **Souplesse:** La façon dont les engagements en matière de ressources des organismes partenaires sont structurés rend la modification des allocations ou la pénalisation ou le remplacement du personnel sous-performant difficile.
- **Confiance:** L'évaluation a mis en évidence des domaines où la confiance entre les partenaires et avec les parties prenantes externes est mise à mal, en particulier par la perception que les intérêts individuels des agences ont parfois été placés avant ceux de l'IMEP dans son ensemble. Il faudra remédier à ce déficit de confiance afin de fonctionner efficacement et de disposer d'une base solide pour les activités d'éradication.

Figure H2. Besoins de changement



Source: OMS.

Recommandations

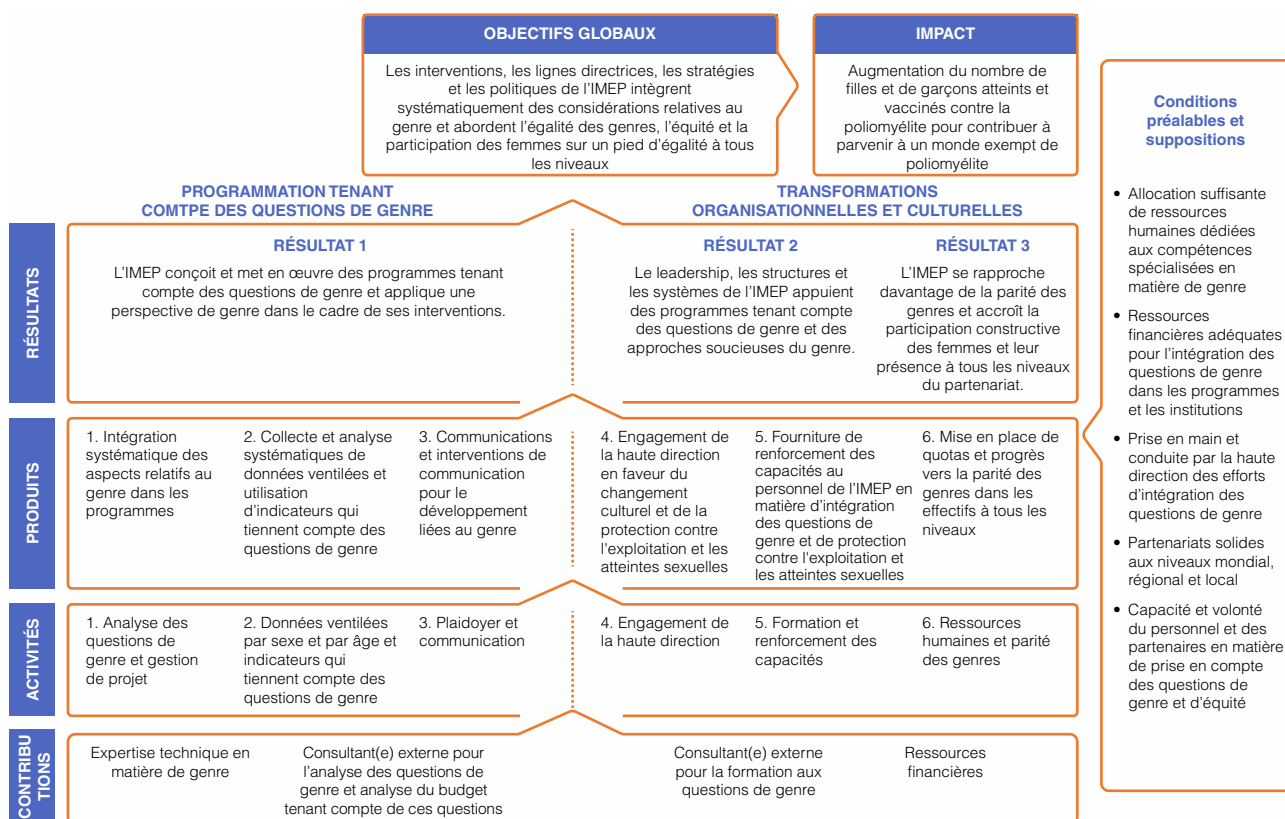
Sur la base des conclusions de l'évaluation, la structure de l'IMEP a été révisée et mise à jour pour aider le partenariat à mieux répondre aux besoins lors de la mise en œuvre de cette stratégie en vue de l'éradication mondiale (voir la **Figure H3**). En plus de revoir la structure organisationnelle pour que tous les groupes aient un mandat cohérent conformément à la stratégie révisée et aux objectifs fondamentaux d'accroître la responsabilisation, la clarté des rôles et l'efficacité de la prise de décisions, des changements apportés à la structure organisationnelle de l'IMEP aux niveaux mondial et régional sont déjà en cours.

Les changements principaux concernent :

- la création et le réaligement des structures régionales pour conférer une plus grande autorité et renforcer la responsabilisation avec les programmes de pays – en particulier, le Groupe pour la riposte et la préparation aux flambées et le centre d'endémie servent à relier les équipes d'intervention régionales aux systèmes mondiaux, en fournissant des orientations et un soutien cohérents tout en minimisant les chevauchements et les points de friction pour que la campagne bénéficie d'une plus grande souplesse et que la contribution et de la participation de la communauté soient davantage mises à profit dans l'élaboration des approches utilisées pour les campagnes ;
- l'augmentation du nombre de parties prenantes impliquées et consultées par des groupes de décision de haut niveau, comprenant la révision du Conseil de surveillance de la poliomyélite et du Comité stratégique pour qu'un représentant des donateurs soit inclus et que les contributions des donateurs soient prises en compte plus directement ;
- la création d'une Unité de la direction exécutive chargée de soutenir la responsabilisation opérationnelle des équipes d'appui aux programmes mondiaux et des opérations régionales, ce qui permettra au Comité stratégique de se concentrer davantage sur les impératifs stratégiques ;
- le regroupement d'équipes permettant de promouvoir l'efficacité et le transfert de fonctions du niveau mondial au niveau régional dans le cadre d'un mandat où elles peuvent mieux appuyer les activités d'intervention ciblées ;
- la création de nouveaux groupes d'appui aux programmes mondiaux, lorsque cela est nécessaire, tels que des groupes de plaidoyer politique qui coordonnent les efforts déployés dans l'ensemble de la stratégie pour renforcer la volonté politique et l'appropriation par le gouvernement de l'éradication de la poliomyélite.

ANNEXE I. INTÉGRATION DES QUESTIONS DE GENRE

Figure I1. Cadre logique et vision de la *Stratégie pour l'égalité des genres*



Source: *Stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023*.

Tableau I1. Indicateurs supplémentaires relatifs au genre

Domaine	Indicateurs renseignés au moyen de données ventilées par sexe
Analyse et intégration des questions de genre	<ul style="list-style-type: none"> • Nb d'indicateurs tenant compte des différences entre les genres et de leurs spécificités mis au point et régulièrement suivis • Nb d'études de recherche clinique et de publications qui en découlent qui font état de données ventilées par sexe et qui appliquent les lignes directrices sur l'équité entre les sexes et les genres dans la recherche (SAGER)³⁸
Domaine	Indicateurs renseignés au moyen de données des ressources humaines
Participation des femmes, recrutement équitable et protection contre l'exploitation et les atteintes sexuelles	<ul style="list-style-type: none"> • Nb de groupes consultatifs et de surveillance de l'IMEP à atteindre la parité des genres (base de référence 1/16) • Nb de descriptions de poste révisées à l'aide d'une perspective tenant compte du genre • % de comités de sélection composés de femmes et d'hommes • % de comités de sélection comportant un(e) ou plusieurs responsable(s) de la coordination des questions d'égalité femmes-hommes • % d'entretiens d'embauche où les compétences en matière de genre sont testées
Formation et renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> • Nb de formations sur le genre en place proposées au personnel • % du personnel ayant suivi un cours de formation sur le genre
Domaine	Indicateurs renseignés au moyen de données financières
Ressources financières adéquates	<ul style="list-style-type: none"> • % de financement alloué à l'expertise technique en matière de genre • % de financement alloué aux pratiques de ressources humaines visant à recruter plus de femmes • % de financement alloué à la conduite d'une analyse des questions de genre • % de financement alloué à la mise en place de formation et d'activités de renforcement des capacités sur le genre • % de financement alloué à l'amélioration des méthodes de mesure des données • % de pays ayant soumis une demande de budget comportant une demande de financement spécifique pour le genre

³⁸ Heidari S, Babor TF, De Castro P, Tort S, Curno M. Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. Res Integr Peer Rev 1. 2016;2 (<https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6>, consulté le 19 juin 2021).

ANNEXE J. RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT

Figure J1. Programme de R&D, 2021–2030+

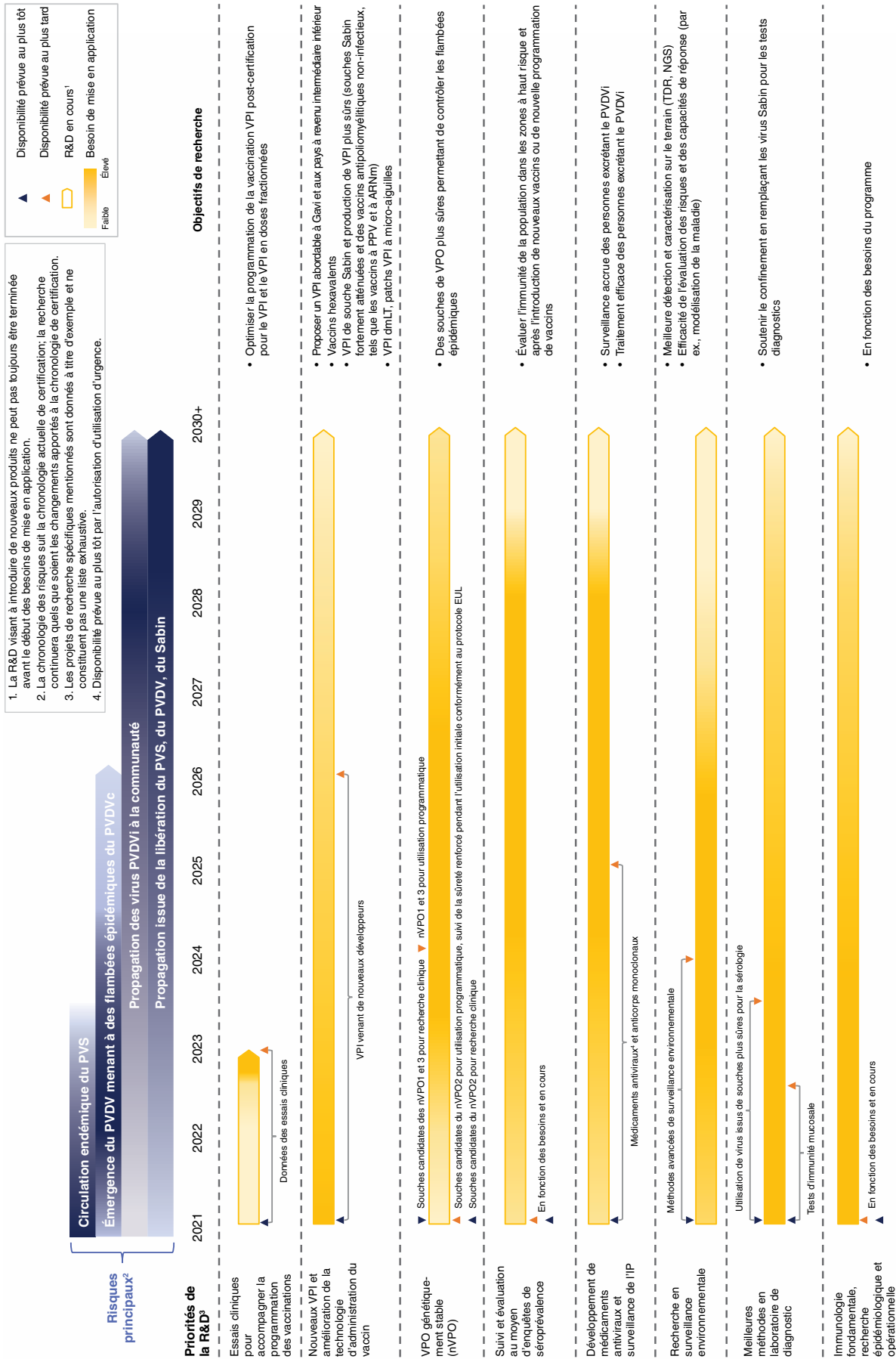


Tableau J1. Éventail de domaines de recherche sur la poliomyélite et impact

N°	Domaine de recherche	Impact
1	Immunologie fondamentale – immunité humorale, immunité mucoale, durée de l'immunité, affaiblissement de l'immunité, conséquence de la malnutrition et d'autres variables liées au vaccin antipoliomyélique ; de nombreuses études ont été effectuées ou sont en cours	Meilleure compréhension de l'impact des vaccins et de la vaccination sur l'immunité contre la poliomyélite ; ces connaissances ont guidé et continuent d'orienter la politique de vaccination et le choix des vaccins, et la politique de vaccination antipoliomyélique pour les voyageurs a été élaborée sur la base de ces connaissances.
2	Vaccins antipoliomyéliqués oraux monovalents par type de poliovirus (VPOm1, VPOm2, VPOm3)	Une efficacité par dose plus élevée aide à enrayer la transmission dans plusieurs régions de forte endémie ; l'utilisation continue du vaccin pour la riposte aux flambées et une partie des stocks
3	VPO bivalent (types 1 et 3) – essais, homologation, préqualification de l'OMS conduisant à une mise au point et une utilisation accélérées	Contribution grâce à l'alternance des AVS avec le VPOm1 et le VPOm3 ou le VPOt, s'accompagnant d'économies et de réussites considérables ; continue d'être largement utilisé
4	Mise au point accélérée d'un nVPO2 génétiquement plus stable pour la riposte aux flambées	Élaboration à grande échelle et en prenant les risques autorisés par le protocole EUL pour la riposte aux flambées, sur la base des données cliniques de phase II et d'autres données clés
5	Production plus sûre de VPI ou de VPI Sabin, à partir de souches S19 et autres encore plus atténuées	Contribution à la réserve de VPI de l'IMEP pour pallier le manque d'approvisionnement ; peut réduire les exigences en matière de confinement
6	Dose fractionnée de VPI (1/5e de dose), immunogénicité du VPIf bien documentée, recommandée et adoptée pour utilisation ; dispositifs d'injection intradermique mis au point ; un dispositif de l'OMS préqualifié et disponible pour une utilisation dans les campagnes de VE et de VPIf	Utilisation dans de nombreux pays d'Asie du Sud-Est et certains pays des Amériques ; une option économe en antigènes et la réduction des coûts qui fonctionne bien dans les pays qui l'ont adoptée
7	D'autres options de VPI abordables et économes en antigènes, telles que le VPI avec adjuvant, le VPI avec immunité mucoale, le VPI dmLT, en cours d'évaluation	Option pour aider à surmonter les inconvénients du VPI, y compris le coût élevé et le fait qu'il ne fournit pas d'immunité mucoale en soi
8	Calendriers des vaccinations pour le présent et l'avenir – association VPO-VPI ou calendriers séquentiels, calendrier « tout VPI » pour l'abandon progressif du VPO Sabin	Programmes de VPOb-VPI avec dose(s) complète(s) ou fractionnée de VPI qui remplacent les programmes de VPOt ; les programmes « tout VPI » couvriront la période de l'arrêt du VPO et maintiendront ensuite l'immunité
9	Vaccins antipoliomyéliqués non infectieux comme les PPV et les vaccins à ARNm	En cas de succès, ils pourraient être des vaccins de prédilection, plus encore pendant la période post-certification ; ils pourraient être fabriqués en dehors des exigences de confinement et sont essentiels pour maintenir l'éradication de la poliomyélite
10	Le suivi-évaluation au moyen d'enquêtes de séroprévalence dans certaines zones à haut risque	Il a aidé les responsables à mieux comprendre la qualité, l'impact et les enjeux du programme de vaccination et à surmonter les problèmes opérationnels.
11	Évaluation des risques de la PPPV, du PVDV et du PVDVi	Elle a contribué au perfectionnement de la politique de vaccination et à l'élaboration des lignes directrices pour la surveillance des poliovirus chez les personnes touchées par l'immunodéficience primaire.
12	Les études génétiques, y compris la phylogénétique et la combinaison avec la mutation des virus	Elles peuvent aider à mieux comprendre l'évolution des PVDV
13	SE, diagnostics de laboratoire plus sûrs et sensibles, utilisation de pseudo-virus pour les tests muqueux, de souches S19 et d'autres nouvelles souches	Cela a étendu les connaissances concernant la durée de l'excrétion après les campagnes, des résultats de laboratoire plus rapides ; et réduira les exigences en matière de confinement et augmentera les taux de détection

A continué...

N°	Domaine de recherche	Impact
14	Utilisation de la technologie numérique – innovations en matière de surveillance et de vaccination dans les zones d'insécurité, estimation à distance de la population cible grâce à l'imagerie par satellite	La cartographie par SIG des établissements et des foyers a permis de réduire le problème des poches manquées et de couvrir une plus grande zone par la vaccination
15	Données de téléphone mobile pour la microplanification, outils de surveillance innovants et pratiques d'évaluation de la couverture et de la qualité des AVS	Suivi des vaccinateurs, le LQAS a facilité la surveillance et a fourni des informations pour améliorer les opérations
16	Recherche opérationnelle visant à renforcer la participation communautaire, assurer l'équité entre les genres, intégrer les activités de lutte contre la poliomyélite dans d'autres services communautaires	Les projets pilotes ou de recherche en cours peuvent aider à améliorer les opérations et la couverture vaccinale dans des zones difficiles spécifiques
17	Étude de toute nouvelle idée, de tout nouvel outil ou de toute approche novatrice sur demande	Un processus continu permettant de comprendre les difficultés et de fournir des solutions

ARNm = acide ribonucléique messager ; AVS = activité de vaccination supplémentaire ; dmLT = double mutant Labile Toxin ; LQAS = échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité ; nVPO2 = nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 ; PPPV = poliomyélite paralytique postvaccinale ; PPV = particule pseudo-virale ; protocole EUL = protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience ; SE = surveillance environnementale ; SIG = système d'information géographique ; VPI = vaccin antipoliomyélique inactivé ; VPIf = vaccin antipoliomyélique inactivé en doses fractionnées ; VPO = vaccin antipoliomyélique oral ; VPOb = vaccin antipoliomyélique oral bivalent ; VPOm1 = vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 1 ; VPOm2 = vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2 ; VPOm3 = vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 3 ; VPOt = vaccin antipoliomyélique oral trivalent.

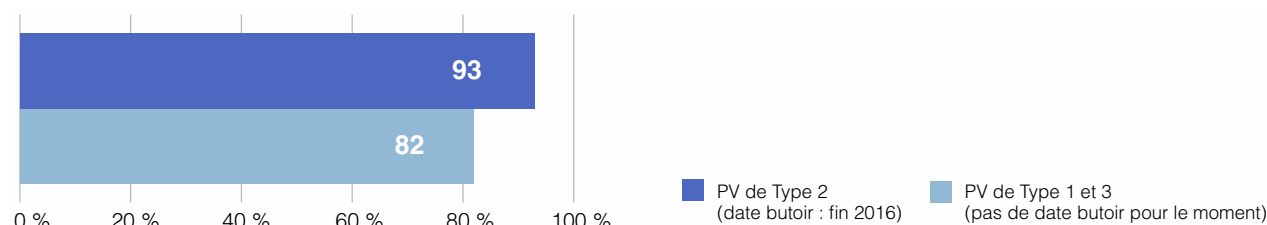
ANNEXE K. POINT SUR LE CONFINEMENT DE LA POLIOMYÉLITE

Progrès clés et jalons

(au 15 mars 2021)

Phase I

Figure K1. Pourcentage de pays / territoires ayant achevé les inventaires de poliovirus (total n = 214)



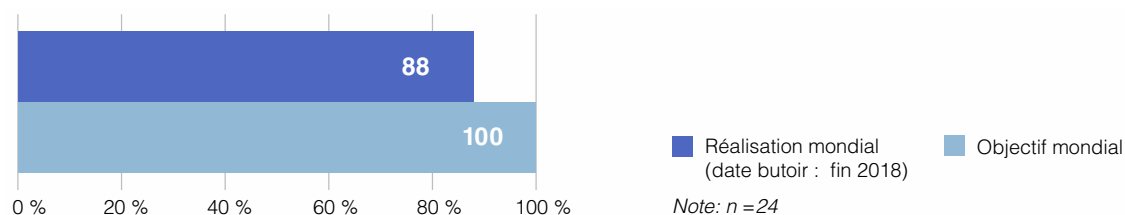
PV = poliovirus.

Source: OMS.

Phase II

Gouvernance nationale du confinement

Figure K2. Progrès en vue de la désignation des autorités nationales chargées du confinement



Note: n = 24

ANC = autorité nationale chargée du confinement.

Source: OMS.

Nombre de pays indiquant une intention de détenir des matériels contenant le poliovirus de type 2 : 24

Nombre d'établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus de type 2 désignés recensés : 74

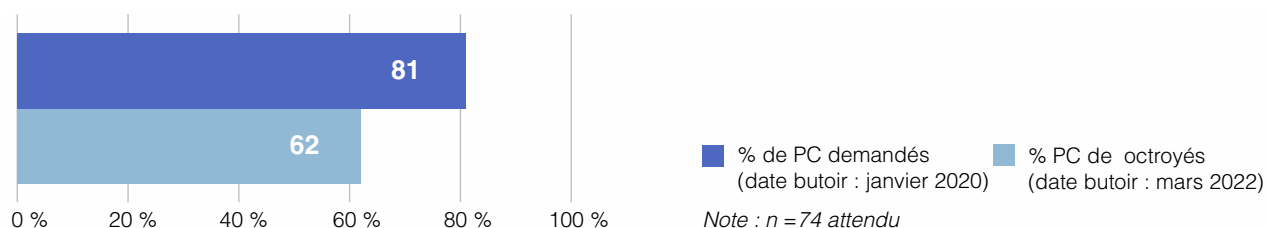
ANC désignées en décembre 2018 : objectif de 100 %

Certificats de participation pour les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus :

Demandes de certificat de participation soumises en janvier 2020 : objectif de 100 %

Certificats de participation octroyés d'ici mars 2022 : objectif de 100 %

Figure K3. Certificats de participation demandés et octroyés



Note : n = 74 attendu

CP = certificat de participation.

Source: OMS.

État de préparation du pays en vue d'un certificat provisoire du confinement / certificat du confinement (conformité avec les exigences du GAPIII actuel)

Nombre d'auditeurs principaux nationaux qualifiés d'ici la fin de 2021 : objectif de 10

Statut : 0 auditeurs nationaux qualifiés selon le GAPIII

Soumission des demandes de certificat provisoire du confinement

Nombre de demandes de certificat provisoire du confinement par 24 pays d'ici mai 2022 (>70) : objectif de 100 %

Statut : 0 demandes de certificat provisoire du confinement soumises



© OMS Pakistan / Asad Zaici



www.polioeradication.org

INITIATIVE
MONDIALE POUR
L'ERADICATION DE LA **POLIO**