

Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2025-2026



Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2025-2026



Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2025-2026 [Global polio surveillance action plan 2025-2026]

ISBN 978-92-4-011542-2 (version électronique)

ISBN 978-92-4-011543-9 (version imprimée)

© **Organisation mondiale de la Santé 2025**

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

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

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

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

Citation suggérée. Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2025-2026 [Global polio surveillance action plan 2025-2026]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2025. 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://iris.who.int/?locale-attribute=fr&>.

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

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

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

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

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

La traduction française a été réalisée par Hassan Nouhaili. La terminologie peut ne pas être cohérente avec d'autres publications de l'OMS. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.

Sommaire

Remerciements	vi
Acronymes et abréviations	vii
Sommaire	1
Introduction	5
Contexte.....	7
But.....	8
Objectifs	9
Zones géographiques	10
Calendrier	11
Approche de développement et public cible.....	12
Partie I : Sensibilité de la surveillance de la poliomyélite pour tous les pays	13
Surveillance hautement sensible.....	13
Surveillance très sensible	14
Surveillance sensible	14
Partie II : Renforcement ciblé de la surveillance dans les pays et territoires prioritaires	16
Surveillance de la PFA.....	16
Surveillance environnementale	26
Surveillance des PVDVi	30
Surveillance des laboratoires	35
Gestion des données et des informations	41
Gestion et redevabilité	47
Partie III : Préparer des systèmes durables de surveillance de la poliomyélite.....	54
Stratégies de surveillance pour pérenniser l'éradication	55
Références	59
Annexes	60
Annexe A. Nouveau cadre pour la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite.....	60
Annexe B. Priorisation des pays	66
Annexe C. Indicateurs clés de performance actualisés.....	69
Annexe D. Rapidité de détection du PVS et du PVDV	77
Annexe E. Cadre de redevabilité pour le GPSAP 2025-2026	82
Annexe F. Intégrer la dimension de genre dans la détection et l'investigation des cas de PFA chez les enfants.....	94
Annexe G. Budget.....	99
Annexe H. Évaluation globale du risque pour la surveillance des PVDVi	101
Annexe I. Ressources	103

■ Remerciements

Ce rapport reflète les contributions d'épidémiologistes, de spécialistes de laboratoires, de gestionnaires de l'information ainsi que d'experts en santé publique et en genre, aux niveaux local régional et mondial, dans le cadre d'une collaboration dirigée par les agences partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) : Rotary International, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), la Fondation Gates et Gavi, l'Alliance du vaccin.

Cette mise à jour du *Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024* a été élaborée par Le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance dans le cadre d'un processus d'examen et de consultation avec des experts internes et externes.

Tous les participants ont rempli une déclaration d'intérêts. Les intérêts déclarés ont été examinés par le Secrétariat de l'OMS et jugés compatibles avec l'objectif du présent document.

Toutes les contributions techniques fournies par des institutions et des particuliers des États-Unis d'Amérique avant le 20 janvier 2025.

■ Acronymes et abréviations

AFP	Paralysie flasque aiguë
CDC	Centres pour le contrôle et la prévention des maladies
DD	Détection directe
DDSN	Détection directe par séquençage nanopore
DIT	Différenciation intratypique
DIT-DD	Détection directe avec différenciation intratypique
EV	Entérovirus
EVS	Surveillance des entérovirus
FRR	Besoins en ressources financières
GCC	Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite
GPSAP	Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite
HSB	Comportement de recours aux soins
ICP	Indicateur clé de performance
ICPP	Indicateur clé de performance et de processus
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
IP	Immunodéficience primaire.
IV	Isolation du virus
MEV	Maladies évitables par la vaccination
MFA	Myélite flasque aiguë
OMS	Organisation mondiale de la santé
POLIS	Système d'information sur la poliomyélite
PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
PVDVc 1	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1
PVDVc 3	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 3
PVDVc2	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2
PVDVi	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à un déficit immunitaire
PVS	Poliovirus sauvage
PVS1	Poliovirus sauvage de type 1
RMLP	Réseau mondial de laboratoires de la poliomyélite
SBE	Surveillance basée sur les événements
SE	Surveillance environnementale
SBC	Surveillance à base communautaire
SG	Groupe chargé de la surveillance (IMEP)
SGQL	Système de gestion de la qualité en laboratoire
SWG	Groupe de travail restreint (RMLP)
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
WebIFA	Information en ligne pour l'action (système)

Sommaire

Le *Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2025-2026* définit les activités de surveillance nécessaires pour atteindre les objectifs de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), notamment l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) et la maîtrise des flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2). Le *plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite* (GPSAP) regroupe cinq volets de surveillance qui, ensemble, soutiennent les efforts d'éradication de la poliomyélite, à savoir :

- La surveillance syndromique des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) chez les enfants de moins de 15 ans, appelée surveillance de la PFA ;
- La surveillance du poliovirus dans les eaux usées, appelée surveillance environnementale ;
- La surveillance du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficiência chez des patients atteints de troubles d'immunodéficiência primaire (IP), appelée surveillance des PVDVi ;
- Les tests de laboratoire permettant de confirmer et de séquencer génétiquement les poliovirus, fournis par le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite ; et
- La gestion des données et de l'information permettant de signaler les détections et de suivre la surveillance des poliovirus via une base de données centralisée, appelée Système d'information sur la poliomyélite ou POLIS.

Les enseignements tirés du précédent *Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite (2022-2024)* ont permis d'apporter des modifications au nouveau plan d'action. Ce dernier reste également aligné sur les objectifs et activités de la surveillance de la poliomyélite, définis dans la *stratégie d'éradication de la poliomyélite* de l'IMEP et à les soutenir, notamment dans quatre domaines clés.



1. Rapidité de détection

Maximiser la rapidité de détection des poliovirus est essentiel pour déclencher des ripostes capables d'interrompre la transmission. Le GPSAP 2025-2026 actualise les principaux objectifs en matière de rapidité d'intervention afin d'orienter les actions dans des contextes nationaux variés.



2. Qualité de la surveillance au niveau infranational

Les indicateurs nationaux de surveillance peuvent masquer des lacunes au niveau infranational, créant ainsi des angles morts qui entraînent des détections manquées ou retardées. Il est impératif d'éliminer ces lacunes par un suivi rigoureux et à travers des solutions adaptées au contexte.



3. Égalité des genres

Les inégalités liées au genre contribuent à retarder la détection, car les biais et les obstacles à l'accès aux soins permettent au poliovirus de s'implanter. L'égalité des genres est un outil d'éradication qui est mieux exploité en collaboration avec des spécialistes et des organisations locales et grâce à l'engagement équilibré des groupes de femmes et d'hommes.



4. Intégration

Les efforts conjoints du programme de surveillance de la poliomyélite et de divers partenaires visant à intégrer les activités de surveillance constituent une étape vers la transition durable et à long terme des fonctions liées à la poliomyélite vers d'autres programmes de santé et systèmes de santé nationaux, à mesure que le monde s'approche de l'éradication de la poliomyélite.



Un nouveau cadre pour tous les pays

Le GPSAP 2025-2026 répond aux défis actuels en matière de surveillance, notamment la détection récente du poliovirus dans des pays situés dans quatre Régions de l'OMS certifiées exemptes de poliomyélite : la Région des Amériques, la Région européenne, la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région du Pacifique occidental. Ces flambées rappellent de manière importante que le virus peut se déplacer partout dans le monde et que, par conséquent, tous les pays doivent rester vigilants quant à leur capacité de détecter rapidement les importations et les émergences, afin de minimiser les impacts au sein de leurs communautés. Cela souligne également que l'effort d'éradication bénéficierait de l'apport de conseils et d'appui supplémentaires aux régions et pays exempts de polio, afin de les aider à maintenir des systèmes de surveillance sensibles, capables d'assurer une détection rapide.

Le présent GPSAP étend sa portée géographique à l'ensemble des pays et introduit un nouveau cadre de normes de surveillance fondé sur trois niveaux de sensibilité de la surveillance de la poliomyélite (Annexe A). En collaboration avec les bureaux régionaux de l'OMS, les pays sont censés procéder à une auto-évaluation de leur risque de contamination par le poliovirus afin de déterminer le niveau approprié de sensibilité de la surveillance de la poliomyélite. Ces trois niveaux sont définis comme suit :

Surveillance hautement sensible dans les pays continuellement touchés par le poliovirus, y compris ceux où la transmission du PVS1 est endémique et ceux où la transmission du PVDVc2 est continue ;

- Surveillance très sensible dans les pays connaissant des flambées de courte durée (comme ceux où la détection dure depuis moins de 12 mois), ou exposés à un risque élevé d'importation ou d'émergence du poliovirus ; et
- Surveillance sensible dans les pays à faible risque d'importation ou d'émergence du poliovirus, où les systèmes de surveillance doivent s'aligner sur les normes définies par la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite.

Le cadre établit également les bases de la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite en tant que fonction essentielle pour atteindre les objectifs stratégiques de l'IMEP et soutenir l'engagement mondial en vue de l'éradication de la poliomyélite. Il a donc été élaboré en reconnaissance de la responsabilité des États membres d'atteindre la certification de l'éradication du poliovirus sauvage (et de l'élimination du PVDVc2) et de maintenir cette éradication de façon permanente.



Concentration des efforts et appui aux pays et territoires prioritaires

Le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance a procédé à une évaluation de la priorisation des pays afin d'identifier ceux qui sont les plus critiques pour parvenir à l'éradication du PVS1 et à l'élimination du PVDVc2 et orienter l'allocation des ressources de l'IMEP (Annexe B). Pour le GPSAP 2025-2026, 24 pays et territoires ont été identifiés comme hautement prioritaires, et 42 autres pays ont été classés comme prioritaires pour un renforcement ciblé de la surveillance (voir Introduction : Zones géographiques). Des pays et territoires pourront être ajoutés à cette liste au cours de la période de deux ans en fonction des risques émergents et aux lacunes identifiées en matière de surveillance.

Objectifs du GPSAP 2025-2026

Il est recommandé aux programmes nationaux de travailler en collaboration avec les bureaux régionaux de l'OMS et les partenaires mondiaux pour mettre en œuvre, maintenir et suivre les objectifs et les activités principales du GPSAP 2025-2026 (tableau 1). Ces objectifs et activités sont également mis à disposition de tous les pays pour qu'ils les mettent en œuvre et renforcent ainsi la sensibilité de la surveillance en tenant compte de l'évaluation de leurs besoins en la matière.

Se préparer à maintenir un système de surveillance de la poliomyélite durable et sensible au-delà de l'IMEP

Suite à l'approbation par le Conseil de surveillance de la poliomyélite (Polio Oversight Board) en octobre 2024 d'une prolongation de trois ans de la stratégie du GPEI (de 2022–2026 à 2022–2029), le GPSAP 2025–2026 présente également une vision stratégique de haut niveau sur les approches nécessaires pour maintenir des systèmes de surveillance sensibles à mesure que les objectifs stratégiques du GPEI sont atteints. Le nouveau cadre pour la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite définit des normes spécifiques visant à faire face aux principaux risques et à assurer la continuité des performances de surveillance lorsque les activités de surveillance menées par l'IMEP passeront à un modèle différent de gouvernance et de redevabilité.

Mise en œuvre et suivi

Le GPSAP 2025-2026 a été élaboré par Le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance, qui regroupe des représentants des partenaires de l'IMEP, des régions de l'OMS ainsi que des experts de la surveillance sur le terrain et en laboratoires. Le Groupe chargé de la surveillance est appelé à suivre les progrès de la mise en œuvre du GPSAP par les partenaires de l'IMEP, les bureaux régionaux de l'OMS et les programmes nationaux. Des indicateurs clés de performance (ICP) sont fournis comme cibles recommandées à l'échelle mondiale pour appuyer le suivi de la qualité de la surveillance (Annexe C). Les pays sont orientés vers les indicateurs clés de performance pour les exigences minimales d'un système de surveillance sensible, y compris la rapidité de détection (Annexe D). La mise en œuvre réussie de ce plan d'action, ainsi que le respect de l'obligation de rendre compte des progrès accomplis (Annexe E), seront essentiels pour atténuer les risques futurs et maintenir un monde exempt de polio.

Tableau 1. Objectifs et Activités principales du Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2025-2026

Objectifs	Activités principales
<p>Objectif 1. Renforcer et maintenir la sensibilité et la rapidité de la surveillance de la PFA</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mettre en œuvre des activités ciblées pour identifier les défis et les solutions aux lacunes de la surveillance au niveau infranational. 2. Améliorer la rapidité des activités sur le terrain et du transport des échantillons 3. Planifier et réaliser des évaluations systématiques de la sensibilité et des performances de la surveillance 4. Faciliter la constitution et le maintien d'une main-d'œuvre qualifiée et équilibrée en termes de genre 5. Intégrer la surveillance de la PFA à d'autres systèmes de surveillance des maladies, le cas échéant.
<p>Objectif 2. Optimiser le réseau de surveillance environnementale pour contribuer à la détection rapide des poliovirus</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer et maintenir la sensibilité des sites de surveillance environnementale 2. Optimiser la surveillance environnementale en fonction du contexte national, en mettant l'accent sur les zones à haut risque 3. Améliorer la rapidité d'acheminement et l'état des échantillons environnementaux 4. Préparer l'intégration avec d'autres agents pathogènes détectables dans les eaux usées 5. Améliorer et normaliser le circuit des données de SE, de la collecte à l'utilisation.
<p>Objectif 3. Renforcer la surveillance des PVDVi pour pérenniser l'éradication de la poliomyélite</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soutenir et étendre la surveillance des PVDVi dans les pays dotés de systèmes existants 2. Mettre en œuvre la surveillance des PVDVi dans au moins cinq pays à risque supplémentaires dans toutes les régions. 3. Veiller à ce que le système d'information sur les PVDVi soit disponible et que les données soient régulièrement et systématiquement communiquées à l'IMEP. 4. Mettre en place un système de coordination régulière avec les associations des personnes atteintes de trouble d'immunodéficience primaire (IP) et les réseaux d'immunologie 5. Assurer la coordination avec les groupes de recherche sur les thérapies antivirales, les anticorps monoclonaux et les diagnostics rapides.

<p>Objectif 4. Maintenir et renforcer l'intégrité, la capacité et l'efficacité du RMLP</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer le contrôle des systèmes de gestion de la qualité dans tous les laboratoires du RMLP. 2. Maintenir et renforcer l'intégrité, la capacité et l'efficacité de tous les laboratoires du RMLP, en accordant la priorité à ceux qui desservent des pays et territoires hautement prioritaires. 3. Poursuivre l'évaluation de méthodologies et d'algorithmes nouveaux ou adaptés et les mettre en œuvre après validation, en accordant la priorité aux laboratoires desservant des pays et territoires hautement prioritaires 4. Poursuivre la collaboration avec des réseaux élargis de surveillance des laboratoires, y compris ceux des autres maladies évitables par la vaccination (MEV), et documenter les activités d'intégration 5. Elaborer une stratégie pour la viabilité à long terme des fonctions essentielles du RMLP
<p>Objectif 5. Planifier un avenir intégré tout en augmentant l'efficacité des données pour l'action</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Veiller à ce que POLIS contienne tous les éléments de données nécessaires aux objectifs et activités programmatiques (y compris la certification). 2. Améliorer/moderniser les systèmes d'information régionaux et nationaux 3. Renforcer les capacités de gestion et d'analyse des données aux niveaux national et régional 4. Préparer POLIS à un transfert futur ou à une intégration avec d'autres systèmes de gestion des données et d'information. 5. Renforcer la collaboration avec les parties prenantes mondiales pour favoriser l'intégration, la normalisation, la transparence et la coordination interrégionale.
<p>Objectif 6. Améliorer la gestion de la surveillance et la redevabilité</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Elaborer et suivre la mise en œuvre du GPSAP dans les pays et territoires hautement prioritaires 2. Surveiller les risques et les performances en matière de surveillance dans les pays et territoires prioritaires 3. Suivre et soutenir le plan de travail des systèmes de données, du RMLP et des régions 4. Suivre et soutenir l'intégration des activités de surveillance de la poliomyélite 5. Suivre et plaider pour une transition durable dans les pays qui reçoivent des fonds de l'IMEP pour la surveillance.

PFA = paralysie flasque aiguë ; SE = Surveillance environnementale ; RMLP= Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite ; GPSAP = Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite ; PVDVi = Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à l'immunodéficience ; IP = immunodéficience primaire ; POLIS = Système d'information sur la poliomyélite ; MEV = maladies évitables par la vaccination.

Introduction

La surveillance des poliovirus est essentielle pour suivre les progrès vers l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) et des flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc), pour certifier l'éradication du poliovirus sauvage (PVS) et l'élimination du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale (PVDV) à l'échelle mondiale et pour veiller à ce que ces acquis soient maintenus afin de préserver un monde exempt de polio.

La surveillance syndromique de la paralysie flasque aiguë (PFA) chez les enfants de moins de 15 ans reste la principale méthode de détection du poliovirus.¹ Elle est complétée par la surveillance environnementale, qui permet de détecter le poliovirus dans les égouts et les eaux usées, ainsi que par la détection du poliovirus chez les personnes atteintes de troubles d'immunodéficience primaire, appelée surveillance du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience (PVDVi). Le réseau mondial de laboratoires de la poliomyélite (RMLP) soutient les activités de surveillance sur le terrain en assurant la confirmation en laboratoire et un séquençage génétique des poliovirus pour orienter les efforts d'éradication. Les données de la plupart des activités de surveillance sont conservées dans le système POLIS (Système d'information sur la poliomyélite), une base de données mondiale centralisée.

Le personnel chargé de la surveillance de la poliomyélite et les activités menées par les pays, les bureaux régionaux et les partenaires mondiaux font partie de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Leur effort collectif est appelé "programme". Le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance soutient les activités de surveillance du niveau national au niveau mondial et se compose de partenaires de l'IMEP, de points focaux régionaux et d'experts de la surveillance sur le terrain et en laboratoire et de la gestion de l'information.

Le présent *Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2025-2026* définit les objectifs et les activités permettant de relever les défis actuels en matière de surveillance de la poliomyélite et de se préparer aux changements futurs qui seront exigés de tous les pays à mesure que le monde se rapproche de l'éradication de la poliomyélite. Il s'appuie sur le plan d'action mondial 2022-2024, qui alignait les activités de surveillance de la poliomyélite sur la *stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026* de l'IMEP (appelée "stratégie de l'IMEP").² Le présent GPSAP 2025-2026 s'appuie sur les enseignements tirés et qui contribueront à renforcer l'esprit de collaboration et de coopération nécessaire à l'intégration des

COMMENT LIRE CE PLAN D'ACTION

Depuis 2018, le *Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite* (GPSAP) est un outil permettant de renforcer la surveillance dans les pays à haut risque, priorisé pour bénéficier d'un soutien programmatique ciblé en raison de leur rôle crucial dans l'atteinte des objectifs d'éradication de la poliomyélite.

Le plan d'action pour la surveillance de la poliomyélite 2025-2026 s'inscrit dans un cadre plus large afin de fournir des orientations à tous les pays. Il est organisé en trois parties.

PARTIE I La Partie I fournit un nouveau cadre pour la sensibilité de la surveillance dans tous les pays en fonction de leur risque et en reconnaissant que, avec les récentes détections dans des pays exempts de polio, tant que la polio existe quelque part, elle constitue une menace pour les enfants du monde entier.

PARTIE II Définit des activités ciblées de renforcement de la surveillance pour les équipes nationales, régionales et mondiales afin de détecter rapidement le PVS et les PVDVc dans les pays et territoires prioritaires. Les autres programmes nationaux sont encouragés à collaborer avec leurs bureaux régionaux de l'OMS afin d'identifier les activités les plus appropriées pour renforcer leur système de surveillance.

PARTIE III Décrit les niveaux de sensibilité de la surveillance de la poliomyélite qui seront nécessaires jusqu'à la fin de la prolongation de la stratégie de l'IMEP en 2029.

¹ La surveillance de la PFA se concentre sur les enfants de moins de 15 ans, et inclut également toute personne de tout âge présentant une maladie paralytique si la poliomyélite est suspectée par un clinicien.





² En octobre 2024, la stratégie d'éradication a été étendue pour couvrir la période de 2022 à 2029.

activités de surveillance de la poliomyélite dans d'autres systèmes de surveillance des maladies et à leur transfert aux gouvernements nationaux qui, avec les agences partenaires, œuvreront ensemble à respecter l'engagement mondial en faveur de l'éradication de la poliomyélite.

Contexte

Au moment de l'élaboration de ce plan, le PVS1 continue d'être détecté dans les pays endémiques, à savoir l'Afghanistan et le Pakistan. Les pays ayant connu des importations de PVS1 - le Malawi et le Mozambique respectivement en 2021 et 2022 - ont réussi à stopper les flambées. L'utilisation plus large du nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2, génétiquement plus stable, a entraîné une diminution des émergences de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2), mais ce dernier continue d'être détecté dans 26 pays répartis dans trois des six Régions de l'OMS, et principalement dans la Région africaine. La détection annuelle d'environ 60 virus orphelins en 2022 et 2023,³, ainsi que 25 détections en 2024 (depuis août 2024), met en évidence les lacunes de la surveillance qui peuvent exister au sein d'un pays ou entre les pays. Par ailleurs, des événements récents et des flambées de polio survenues au Canada, en Israël, au Royaume-Uni et aux États-Unis d'Amérique ont rappelé au monde entier que tant que la polio persiste quelque part, elle constitue une menace pour les enfants du monde entier.

Le GPSAP 2022-2024 avait traduit les objectifs et les priorités de la stratégie de l'IMEP en quatre thèmes transversaux, ayant guidé les activités de surveillance dans 30 pays hautement prioritaires : la rapidité de détection, la qualité de la surveillance au niveau infranational, l'égalité des genres et l'intégration. Ces quatre thèmes restent des domaines d'intérêt pour le plan actuel et, bien que des succès aient été réalisés, des défis subsistent.





-  La rapidité de détection a permis de définir des indicateurs cibles clés pour la performance de la surveillance de la PFA, ce qui a conduit à des améliorations : les rôles et les responsabilités sont mieux définis, le nombre de laboratoires disposant de capacités de séquençage a augmenté et les causes profondes des retards ont été identifiées en vue de prendre des mesures correctives. Malgré ces progrès, l'acheminement international des échantillons de selles et des prélèvements d'eaux usées continuent de poser des problèmes. En outre, la complexité et les défis liés à la validation des nouvelles méthodologies de détection directe ont eu un impact sur les calendriers de déploiement prévus dans le précédent GPSAP.
-  La qualité de la surveillance au niveau infranational s'est améliorée grâce à des analyses approfondies (telles que les revues documentaires et sur le terrain) visant à identifier les défis, à orienter les activités et à suivre les performances. Les efforts de renforcement des capacités ont permis l'élaboration de modules de formation supplémentaires et de formations en cascade, ainsi que le développement des lignes directrices mondiales actualisées qui normalisent les approches des activités de surveillance. Toutefois, des lacunes persistent dans les zones infranationales de certains pays prioritaires, comme en témoignent la détection de virus orphelins dans les pays d'Afrique centrale et l'Afrique de l'ouest et la mise en œuvre inégale des activités de surveillance, telles que les visites régulières de surveillance active et la réévaluation des priorités des sites.
-  L'égalité des genres et l'intégration de cette dimension dans la surveillance à travers des activités telles que des analyses ventilées par sexe sont désormais des pratiques normalisées dans le programme. Toutefois il reste incertain de savoir comment les résultats sont (ou devraient être utilisées) pour remédier aux disparités liées au genre lorsqu'elles sont observées (Annexe F). L'IMEP promeut l'égalité des genres dans l'environnement professionnel et la culture organisationnelle à travers le Groupe chargé de l'intégration de la dimension de genre lors des revus à mi-parcours et des exercices d'évaluation.
-  L'intégration de la surveillance de la poliomyélite dans d'autres systèmes de surveillance des maladies évitables par la vaccination (MEV) a connu un succès mitigé. La coordination au niveau national et régional entre les groupes chargés de la lutte contre la poliomyélite, les MEV et les urgences sanitaires s'est renforcée. Toutefois, l'absence d'orientations claires fournies aux programmes nationaux sur les principes de base de l'intégration a entraîné des approches variées et des niveaux de succès inégaux. Actuellement,

³ Compte tenu de l'écart génétique par rapport à la souche vaccinale d'origine de type 2, les virus orphelins indiquent une circulation non détectée pendant au moins un an et demi.

le programme est confronté à un risque crédible de perte des agents chargés de la surveillance et des points focaux de laboratoire spécialisés dans la lutte contre la poliomyélite. En outre, le passage en 2022 du financement des activités de surveillance de la poliomyélite par l'IMEP au budget ordinaire de l'OMS pour les activités de surveillance intégrée pourrait avoir contribué à une baisse des performances en matière de surveillance de la poliomyélite. C'est pourquoi Le Groupe chargé de la surveillance dispose désormais d'un budget d'urgence dédié à la surveillance pour soutenir les activités dans les domaines les plus urgents (Annexe G). Pour ce qui est de l'avenir, les futurs responsables de la surveillance mondiale de la poliomyélite doivent encore être identifiés pour assurer une surveillance sensible de la poliomyélite à long terme.

But

Le GPSAP 2025-2026 détaille les activités et les efforts nécessaires pour mettre en place et maintenir un système de surveillance de la poliomyélite suffisamment sensible pour détecter toute transmission de poliovirus partout dans le monde et pour faciliter la réalisation des objectifs stratégiques de l'IMEP : à savoir, l'objectif 1 étant (l'éradication du PVS1) et l'objectif 2 (élimination du PVDVc2), désignés sous le nom d'«objectifs stratégiques ». Compte tenu des enseignements tirés du précédent GPSAP, de nouveaux changements d'orientation sont proposés dans le présent plan d'action.

-  Extension de la portée géographique : Les récentes détections de poliovirus dans des pays précédemment exempts de polio ont mis en évidence l'importance de répondre aux besoins de *tous* les pays en matière de surveillance de la poliomyélite. Bien que ce plan soit axé sur les pays et territoires hautement prioritaires, il introduit également un nouveau cadre pour guider tous les pays vers le niveau de sensibilité de la surveillance de la poliomyélite nécessaire pour détecter les poliovirus jusqu'à ce que l'éradication du PVS1 et l'élimination du PVDVc2 soient certifiées au niveau mondial. Ce cadre élargi pose les bases de la protection de ces acquis et du maintien de l'engagement mondial pour l'éradication de la poliomyélite, tout en s'attaquant aux nouveaux risques, notamment les PVDVi (Annexe H).
-  Amélioration de la rapidité des résultats de laboratoire : L'augmentation des capacités de séquençage au sein du RMLP et la réduction des longs délais causés par les multiples acheminements internationaux resteront prioritaires, parallèlement à la validation continue de nouvelles méthodes de détection directe. Les indicateurs de rapidité de détection ont été réexaminés et révisés pour refléter ces efforts.
-  Changement prévu : Le risque de perte de sensibilité lié à la transition du financement des activités de surveillance du budget de l'IMEP vers le budget de base de l'OMS pour la surveillance intégrée souligne la nécessité d'un effort concerté pour planifier les changements majeurs qui suivront l'éradication du PVS1 et l'élimination du PVDVc2. Ce plan fournit des orientations de haut niveau visant à garantir que les activités de surveillance essentielles pourront être maintenues après que l'IMEP aura atteint ses objectifs stratégiques.
-  Un plan d'action ciblé : Les précédents GPSAP combinaient plans d'action et orientations en matière de surveillance. Compte tenu de la publication récente des lignes directrices sur la surveillance mondiale de la PFA de la SE et des PVDVi, ce plan d'action se concentre sur les mesures et activités, avec des ressources supplémentaires référencées pour plus d'informations (Annexe I).

Objectifs

Six objectifs interdépendants définissent le GPSAP 2025-2026 :

- Renforcer et maintenir la sensibilité et la rapidité de la surveillance de la PFA
- Optimiser le réseau de surveillance environnementale pour contribuer à la détection rapide des poliovirus
- Intensifier la surveillance des PVDVi pour pérenniser l'éradication de la poliomyélite
- Maintenir et renforcer l'intégrité, la capacité et l'efficacité du RMLP
- Planifier un avenir intégré tout en augmentant l'efficacité des données pour l'action
- Améliorer la gestion de la surveillance et la redevabilité

Zones géographiques

Sensibilité de la surveillance de la poliomyélite pour tous les pays

Il incombe à tous les pays de certifier l'éradication du poliovirus (et l'élimination du PVDVc) et de maintenir l'éradication de manière durable afin de garantir un monde exempt de polio. Le présent GPSAP introduit un cadre comportant trois niveaux de sensibilité de la surveillance de la poliomyélite nécessaires à la détection rapide de tous les poliovirus (Fig. 1).

Fig. 1. Niveaux de sensibilité de la surveillance requis en fonction du profil de risque du pays

• Surveillance hautement sensible	• Pays continuellement touchés par le poliovirus
• Surveillance très sensible	• Pays connaissant des flambées de courte durée* ou présentant un risque élevé d'importation ou d'émergence du poliovirus
• Surveillance sensible	• Pays à faible risque d'importation ou d'émergence du poliovirus

*Pays qui connaissent actuellement (entre aujourd'hui et les six derniers mois) une détection du poliovirus (PVS, PVDVc) depuis moins de 12 mois.

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

Source : OMS

Partie I : La sensibilité de la surveillance de la poliomyélite pour l'ensemble des pays ainsi que l'Annexe A, fournissent des critères et des orientations supplémentaires. Les programmes nationaux doivent travailler en collaboration avec leur bureau régional de l'OMS pour *évaluer* le risque lié au poliovirus et déterminer le niveau de sensibilité requis pour la surveillance de la poliomyélite. Ce cadre met également en place les bases de la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite qui sera nécessaire à l'avenir, comme décrit dans la Partie III.

Pays et territoires identifiés pour bénéficier du soutien de l'IMEP

Un appui externe sera nécessaire pour que certains pays et territoires atteignent les niveaux de sensibilité requis en matière de surveillance pour réaliser les objectifs stratégiques de l'IMEP. Le Groupe chargé de la surveillance a identifié un sous-ensemble de pays et de territoires devant bénéficier d'un soutien, constituant l'objectif principal du présent plan d'action (Partie II). Les ressources de l'IMEP en matière de surveillance seront orientées vers ces pays et territoires, en particulier ceux qui sont considérés comme *hautement prioritaires* et où le soutien de l'IMEP sera essentiel pour parvenir à l'éradication du PVS1 et à l'élimination du PVDVc2 (tableau 2 et figure 2). Bien que *les pays et territoires prioritaires soient définis pour la durée du GPSAP 2025-2026*, d'autres pourront être ajoutés à la liste des pays hautement prioritaires à mesure que des risques critiques et des lacunes en matière de surveillance sont identifiés. L'Annexe B fournit des détails sur la manière dont le statut de priorité a été identifié et sur les types de soutien du Groupe chargé de la surveillance qui seront disponibles en fonction de la priorité.

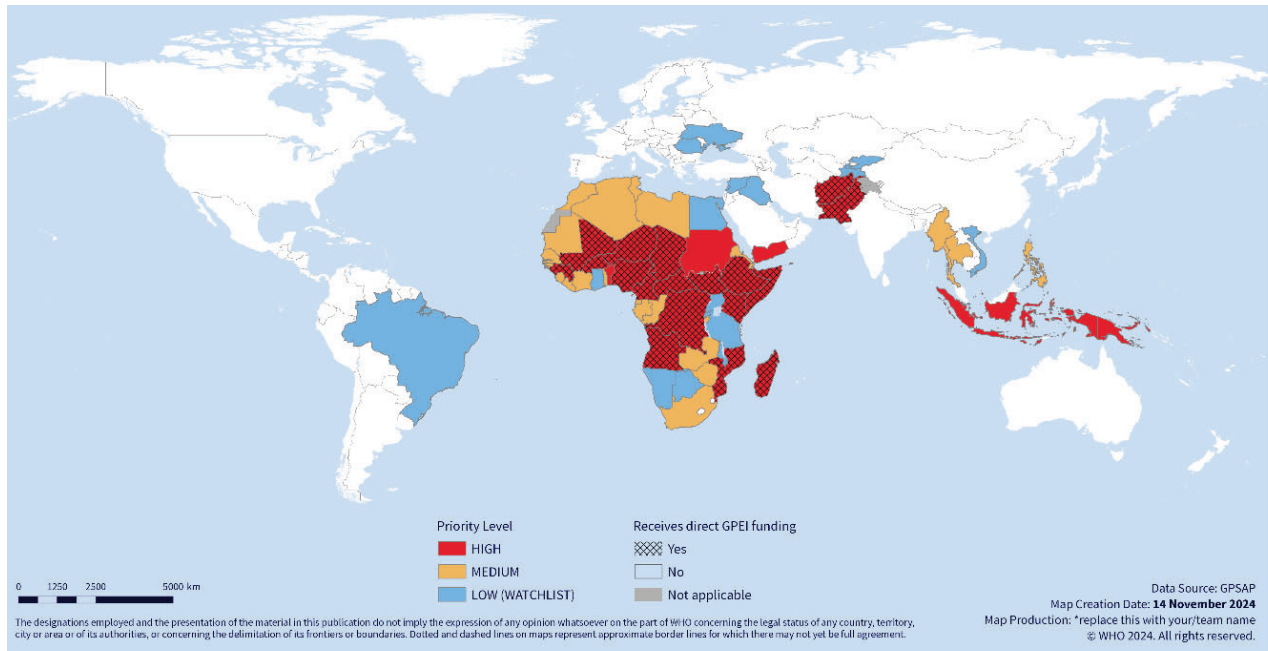
Tableau 2. Pays et territoires classés prioritaires par Le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance

Statut	Régions et pays
Elevé (24)	AFR : Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Éthiopie, Guinée, Kenya, Madagascar, Mali, Mozambique, Niger, Nigéria, Sud-Soudan, Tchad ; EMR : Afghanistan, Territoires palestiniens occupés, y compris Jérusalem-Est, Pakistan, Somalie, Soudan, Yémen ; SEAR : Indonésie ; WPR : Papouasie-Nouvelle-Guinée.
Moyen (25)	AFR : Afrique du Sud, Algérie, Burundi, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Gabon, Gambie, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Liberia, Mauritanie, Sénégal, Sierra Leone, Togo, Zambie, Zimbabwe ; AMR : Haïti ; EMR : Djibouti, Libye, Maroc, Tunisie ; SEAR : Myanmar, Thaïlande ; WPR : Philippines.

Faible (liste de surveillance) (17)	AFR : Botswana, Ghana, Malawi, Namibie, Rwanda, Ouganda, République-Unie de Tanzanie ; AMR : Brésil ; EMR : Égypte, Irak, Liban, République arabe syrienne ; EUR : Kirghizstan, Roumanie, Tadjikistan, Ukraine ; WPR : Viet Nam.
Faible	Tous les pays non inclus dans les trois catégories précédentes.

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

Fig. 2. Pays et territoires considérés comme prioritaires par Le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance



GPSAP = Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite.
Source : OMS

Calendrier

Le présent plan d'action couvre les années 2025 et 2026. Un examen de la mise en œuvre du GPSAP 2025-2026 est prévu pour le second semestre 2026, date à laquelle le plan d'action sera adapté pour soutenir la stratégie de l'IMEP au-delà de 2026.

Le GPSAP 2025-2026 fournit également des orientations stratégiques destinées à préparer les gouvernements nationaux, les bureaux nationaux et régionaux de l'OMS, le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et les agences partenaires à une période future, après que les objectifs stratégiques de l'IMEP soient atteints, lorsque la direction et la gestion de la surveillance mondiale de la poliomyélite passeront d'un modèle de partenariat actuel à un nouveau modèle fondé sur l'intégration, la collaboration, la gouvernance et la redevabilité.

Approche de développement et public cible

Le plan d'action 2025-2026 s'appuie sur la version précédente, intégrant les enseignements tirés de sa mise en œuvre. Il est également fondé sur des documents clés du programme de lutte contre la poliomyélite, notamment la stratégie de l'IMEP 2022-2026 et son extension jusqu'en 2029.

Le GPSAP 2025-2026 a été élaboré dans le cadre d'un processus itératif par Le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance, composé de membres du siège et des bureaux régionaux de l'OMS, des Centres pour le contrôle et de la prévention des maladies des États-Unis (CDC), de la Fondation Gates et de l'UNICEF. Des groupes de travail réunissant les membres du Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance et de partenaires ont été mis en place afin d'identifier les principaux défis en matière de surveillance et de définir les actions et les produits nécessaires (tels que des lignes directrices et des outils) pour y répondre efficacement. Une avant-dernière version a été largement partagée avec les partenaires de l'IMEP (y compris les donateurs) pour recueillir leurs commentaires.

Ce plan s'adresse aux personnes, aux pays et aux organisations engagées dans des activités de surveillance de la poliomyélite. Il s'adresse également à ceux impliqués dans les efforts d'éradication au sens large, notamment les responsables des programmes nationaux de vaccination et de lutte contre la poliomyélite, le personnel et les responsables de la surveillance sur le terrain, les points focaux nationaux et régionaux pour l'éradication de la poliomyélite à l'OMS et à l'UNICEF, les programmes de vaccination et de gestion des urgences sanitaires, les organes consultatifs techniques pour l'éradication de la poliomyélite et la vaccination, les organisations non gouvernementales et les groupes de la société civile qui participent aux activités de surveillance de la poliomyélite, ainsi que les agences partenaires et les consultants de l'IMEP.

Partie I : sensibilité de la surveillance de la poliomyélite pour tous les pays

Des systèmes de surveillance sensibles de la poliomyélite font partie intégrante de la réalisation des objectifs stratégiques de l'IMEP et du maintien d'un monde exempt de polio à long terme. Cependant, le niveau de sensibilité nécessaire au sein des pays varie en fonction du profil de risque du poliovirus.

Pour guider les pays dans les activités de surveillance essentielles permettant de maintenir leur capacité à détecter les poliovirus, le programme a mis au point un nouveau cadre qui définit trois niveaux de sensibilité pour les systèmes de surveillance de la poliomyélite. Les programmes nationaux doivent collaborer avec les bureaux régionaux de l'OMS pour évaluer le niveau de sensibilité requis et identifier les activités de la Partie II à mettre en œuvre pour renforcer leurs systèmes de surveillance. L'Annexe A résume également les cinq principaux risques ainsi que les stratégies clés d'atténuation pour chaque niveau de sensibilité de la surveillance.

Surveillance hautement sensible

Les pays confrontés de manière continue à la circulation du poliovirus doivent disposer d'un système de *surveillance hautement sensible* pour détecter toute transmission persistante. Cela implique un système de surveillance active et passive de la PFA bien coordonné et opérationnel, complété par des stratégies complémentaires telles que la surveillance à base communautaire, le cas échéant. La surveillance de la PFA doit être renforcée par un

système de la SE optimisé et un système de surveillance des PVDVi (si nécessaire). Ces systèmes de surveillance sont à leur tour soutenus par le RMLP et POLIS afin de garantir la détection des poliovirus chez l'être humain ou dans l'environnement dans un délai de 35 jours (dans les pays disposant d'une capacité de laboratoire complète) ou de 46 jours (dans les pays ne disposant pas d'une capacité de laboratoire complète). Un suivi régulier des résultats de la surveillance doit être effectué pour orienter la mise en œuvre des mesures correctives (voir les objectifs 1 à 5 et Annexe C).

Il sera important que les pays documentent les améliorations apportées à la surveillance, les analyses réalisées ainsi que la mise en œuvre de mesures correctives afin de prouver que le système de surveillance ne présente pas de lacunes susceptibles de permettre une transmission silencieuse ou non détectée du poliovirus, ou une détection tardive.

Pays continuellement touchés par le poliovirus

- Connaissant une transmission endémique du PVS1
- Connaissant actuellement* une période ≥ 12 mois de détection continue de PVS ou de PVDVc (tout type)
- N'ayant pas connu ≥ 12 mois continus sans détection de PVS ou de PVDVc (tout type).

*Défini comme la période comprise entre aujourd'hui et les six derniers mois.

Surveillance très sensible

Les pays qui connaissent des flambées de courte durée (par exemple, moins de 12 mois après la détection d'un poliovirus) ou les pays présentant un risque élevé d'importation ou d'émergence du poliovirus auront besoin d'une *surveillance très sensible* pour détecter le poliovirus. Ces pays doivent rester vigilants en raison d'une transmission continue ou d'une forte probabilité d'importation du virus (par exemple, un pays voisin est touché par une flambée) ou d'émergence (par exemple, une faible immunité de la population).

Les stratégies de surveillance de base et complémentaire sont similaires à la *surveillance hautement sensible*. Toutefois, certaines stratégies peuvent être nécessaires, telles que des sites temporaires de la SE, des recherches actives ad hoc de cas de PFA dans les établissements de santé et les communautés (y compris dans les pays ne disposant pas de système de surveillance de la PFA) ainsi que la priorisation des échantillons provenant des zones touchées par des flambées ou considérés à haut risque pour les tests de laboratoire.⁴ Il est essentiel de documenter les améliorations apportées à la surveillance, les analyses effectuées et la mise en œuvre des mesures correctives afin de démontrer que les lacunes ne persistent pas. Cette documentation constituera également une source importante d'information pour les évaluations de la riposte aux flambées dans les pays touchés.

Pays connaissant des flambées de courte durée ou un risque élevé d'importation ou d'émergence du poliovirus

- Connaissant actuellement* une détection de poliovirus (PVS, PVDVc) depuis moins de 12 mois
- Partageant une frontière avec un pays continuellement affecté par le poliovirus (c'est-à-dire nécessitant une surveillance hautement sensible)
- Connaissant des mouvements de population en provenance de zones à haut risque de transmission du poliovirus
- Présentant des déficits chroniques d'immunité contre le poliovirus à l'échelle nationale ou infranationale
- Se déclarant comme étant à haut risque de transmission du poliovirus.

Surveillance sensible

Au minimum, tous les pays devraient être en mesure de détecter le poliovirus grâce à *un* système de *surveillance sensible* conforme aux normes mondiales de certification en matière de détection du poliovirus. Cela peut inclure un ensemble de stratégies telles que la surveillance passive et active de la PFA, pouvant être renforcée par la SE. D'autres méthodes de détection du poliovirus peuvent également être utilisées, notamment la surveillance des entérovirus (EVS), la surveillance de la myélite flasque aiguë (MFA), la surveillance des eaux usées et la surveillance basée sur les événements (SBE).

Pays à faible risque d'importation ou d'émergence du poliovirus

- Ne remplit aucun des critères énumérés précédemment

Malgré leur faible risque d'importation ou d'émergence du poliovirus, les pays doivent maintenir une *surveillance sensible* car les risques de poliomyélite persisteront après la certification mondiale de l'éradication du PVS1 et de l'élimination du PVDVc. À l'heure actuelle, le risque majeur dans certains pays est la possibilité d'une brèche dans le confinement du poliovirus en raison de la présence d'établissements

⁴ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Interim Quick Reference on Strengthening Polio Surveillance during a Poliovirus Outbreak. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/12/Quick-Reference-Strengthening-Surveillance-during-Poliovirus-Outbreaks-24-March-2021.pdf>), consulté le 27 février 2025).

autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus. Il est possible d'atténuer ce risque,⁵ mais seule une surveillance sensible permettra de détecter rapidement une telle brèche.

⁵ Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Europe fournit des orientations pour un exercice de simulation d'une flambée de poliomyélite afin d'aider les États membres à se préparer à réagir à un risque lié au poliovirus, tel qu'une brèche dans le dispositif de confinement : Exercice de simulation d'une flambée de poliomyélite : How to test national preparedness plans using the POSE model. Copenhagen: Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/375097> , consulté le 6 mars 2025).

Partie II : renforcement ciblé de la surveillance dans les pays et territoires prioritaires

Les programmes nationaux, les bureaux régionaux de l'OMS et les partenaires mondiaux travailleront en collaboration pour mettre en œuvre, maintenir et suivre les activités de surveillance afin de garantir l'interruption de la transmission du PVS1 et la circulation du PVDVc2. Les objectifs suivants définissent les activités de surveillance qui sont prioritaires dans le cadre du GPSAP 2025-2026.

L'**Annexe B** fournit des détails sur le schéma de priorisation du GPSAP 2025-2026 pour les pays et les territoires.

- Objectif 1. Renforcer et maintenir la sensibilité et la rapidité de la surveillance de la PFA
- Objectif 2. Optimiser le réseau de surveillance environnementale pour contribuer à la détection rapide des poliovirus
- Objectif 3. Intensifier la surveillance des PVDVi pour pérenniser l'éradication de la poliomyélite
- Objectif 4. Maintenir et renforcer l'intégrité, la capacité et l'efficacité du RMLP
- Objectif 5. Planifier un avenir intégré tout en augmentant l'efficacité des données pour l'action
- Objectif 6. Améliorer la gestion de la surveillance et la redevabilité.

Les tableaux 3 à 8 énumèrent les activités principales et les indicateurs clés de performance et de processus (ICPP) nécessaires pour atteindre les six objectifs. Les activités, tâches, processus et procédures à l'appui de ces objectifs peuvent être modifiés ou ajustés pour tenir compte de la variabilité des programmes nationaux et des bureaux régionaux.

Surveillance de la PFA

Objectif 1. Renforcer et maintenir la sensibilité et la rapidité de la surveillance de la PFA

Pour se préparer à la certification mondiale de l'éradication du PVS1 et de l'élimination du PVDVc2, le programme doit s'assurer que la surveillance de la PFA est sensible jusqu'aux niveaux administratifs les plus bas. Un appui financier et technique sera probablement nécessaire dans les pays et territoires prioritaires pour garantir des systèmes de surveillance de la PFA sensibles et durables.

Vision : D'ici fin 2026, les pays et territoires menant la surveillance de la PFA devront démontrer qu'ils disposent d'un système sensible en comblant toutes les lacunes restantes au niveau infranational, en parvenant à une détection efficace et rapide tout en progressant vers l'intégration de la surveillance de la PFA dans d'autres systèmes de surveillance des maladies.

Tableau 3. Activités principales et indicateurs clés de performance pour l'objectif 1

Activités principals	Indicateurs clés de performance et de processus
1. Mettre en œuvre des activités ciblées pour identifier les défis et les solutions aux lacunes de la surveillance au niveau infranational.	<ul style="list-style-type: none"> • ≥80% des districts ayant une population de ≥100 000 personnes âgées de moins de 15 ans atteignent l'objectif du taux annualisé de PFANP selon les lignes directrices. • ≥80% des districts avec ≥5 cas de PFA atteignent l'objectif de 80% pour l'adéquation des selles. • ≥80 % des pays et territoires hautement prioritaires atteignent ou dépassent systématiquement les objectifs en matière d'indicateurs clés de performance (ICP) pour la surveillance de la PFA (Annexe C).

<p>2. Améliorer la rapidité des activités sur le terrain et du transport des échantillons</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ≥80% des pays et territoires hautement prioritaires atteignent ou dépassent régulièrement les objectifs des ICP relatifs à la rapidité de la surveillance de la PFA (Annexe C).
<p>3. Planifier et mettre en œuvre des évaluations systématiques de la sensibilité et des performances de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ≥75% des pays et territoires hautement prioritaires ont réalisé une revue sur le terrain d'ici fin 2026. • Tous les pays et territoires hautement prioritaires disposent d'un plan d'amélioration des performances de surveillance et font un rapport trimestriel sur la mise en œuvre à la région. • Des orientations mondiales sont élaborées pour permettre aux pays de documenter systématiquement la sensibilité et les performances du système de surveillance de la PFA.
<p>4. Faciliter la constitution et le maintien d'une main-d'œuvre qualifiée et équilibrée en termes de genre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les pays et territoires hautement prioritaires ont organisé au moins une fois des formations destinées aux agents chargés de la surveillance et des points focaux pour la PFA d'ici fin 2026. • Tous les pays et territoires hautement prioritaires disposent de directives de surveillance alignées sur « The Global AFP Surveillance Guidelines ».
<p>5. Intégrer la surveillance de la PFA à d'autres systèmes de surveillance des maladies, le cas échéant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ≥75 % des pays et territoires hautement prioritaires ont des plans visant à intégrer pleinement la surveillance de la PFA au système de surveillance national ET disposent d'une documentation sur les activités qui ont été intégrées d'ici fin 2026.

PFA = paralysie flasque aiguë ; ICP = indicateur clé de performance ; PFANP = paralysie flasque aiguë non poliomyélitique

Activité principale 1. Mettre en œuvre des activités ciblées pour identifier les défis et les solutions face aux lacunes de la surveillance au niveau infranational.

Les objectifs des indicateurs nationaux de surveillance de la PFA devraient toujours être atteints ; toutefois, ces indicateurs nationaux peuvent également masquer des problèmes de performance au niveau infranational et créer des zones d'ombre pour le programme. Les raisons des lacunes infranationales varient et peuvent être influencées par de multiples facteurs tels que les populations spéciales, l'urbanisation, la dynamique politique, le terrain, les mouvements de population et les risques sécuritaires. Les lacunes infranationales doivent être identifiées et comprises afin de permettre l'élaboration de solutions ciblées adaptées au contexte local et mises en œuvre.

La sensibilité de la surveillance de la PFA au niveau infranational est soulignée dans les indicateurs clés de performance (ICP) en mettant l'accent sur la proportion des niveaux administratifs les plus bas qui atteignent les objectifs de taux de PFA non poliomyélique et d'adéquation des selles (voir l'encadré sur le niveau administratif le plus bas). Les détections récentes de virus orphelins laissent entrevoir des lacunes potentielles dans la surveillance au niveau infranational (voir l'encadré Pertinence des virus orphelins pour la surveillance de la poliomyélite). *Global guidance for conducting acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in the context of poliovirus eradication* (appelées The Global AFP Surveillance Guidelines) proposent des activités permettant d'identifier et de combler les lacunes infranationales, ainsi que les étapes à suivre en cas de détection de virus orphelins. Des orientations sont également disponibles pour les populations difficiles d'accès et les populations particulières,⁶ et une boîte à outils pour la surveillance à base communautaire de la poliomyélite est accessible en ligne.⁷ Des orientations relatives au processus de réalisation d'audits complets de surveillance seront élaborées.

Niveau administratif le plus bas : Qu'est-ce que cela signifie ?

Dans le présent plan d'action, l'expression "niveau administratif le plus bas" est utilisée pour tenir compte de la diversité des dénominations et des délimitations des zones d'un pays, qui peuvent inclure des *provinces*, des *États*, des *comtés*, des *districts*, des *quartiers* et des *blocs*, entre autres appellations.

Pour les programmes nationaux et les bureaux régionaux, ce terme doit être interprété comme le niveau administratif le plus bas à partir duquel un indicateur peut raisonnablement être calculé et fournir des informations utiles. La taille de la population - et en particulier les petites populations - déterminera souvent le niveau administratif le plus bas.

Pour le suivi et la notification au niveau mondial, les indicateurs infranationaux continueront d'être évalués au niveau administratif 2, appelé "niveau du district".

⁶ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas & Populations. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidelines-polio-surveillance-H2R-areas.pdf> , consulté le 24 février 2025).

⁷ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Community-based polio surveillance toolkit [site web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2023 (<https://sites.google.com/view/toolkit-for-polio-cbs>, consulté le 28 février 2025).

Atteindre l'objectif ≥ 80 % au niveau infranational ne doit pas conduire à l'autosatisfaction, car les < 20 % restants sont essentiels pour combler toutes les lacunes. Les programmes nationaux peuvent envisager d'augmenter les seuils cibles au-delà des normes mondiales, tout en s'efforçant activement d'explorer et d'éliminer les obstacles à la sensibilité de la surveillance dans les zones ou pour les activités qui n'ont pas atteint l'indicateur.

La surveillance active doit être une activité de terrain prioritaire. Les réseaux de la surveillance active doivent être examinés et mis à jour tous les six mois, car ces revues permettront d'identifier et d'adapter les changements dans le réseau de notification (tels que l'évolution de populations particulières, la création ou la fermeture d'installations ou de sites, problèmes de sécurité). L'attention doit être portée sur les capitales nationales et provinciales où se trouvent souvent des établissements médicaux spécialisés dans la prise en charge des patients présentant une paralysie et où le programme est exposé à un risque plus élevé de transmission du poliovirus en raison de la forte densité de population et des mouvements. Dans les cas où la surveillance active est de qualité sous-optimale, il convient de procéder à une supervision et à un suivi, en fonction de la priorité accordée au site. Les outils électroniques, tels que le système de surveillance électronique eSURV et la supervision formative intégrée dans la Région africaine, peuvent faciliter le suivi des visites de surveillance active dans le cadre d'une plateforme de surveillance en ligne en temps réel.

« The Global AFP Surveillance Guidelines » et « *Best practices in active surveillance for polio eradication* » fournissent des recommandations visant à améliorer la surveillance active et les réseaux de notification. Des orientations sur la conduite de la surveillance active dans les capitales (unités administratives nationales et inférieures) seront élaborées.

Une question d'équité : Comprendre les communautés, et pas seulement les niveaux administratifs les plus bas

Les analyses et les interventions de surveillance sont souvent axées sur les niveaux administratifs, alors que les communautés à haut risque et les populations particulières sont largement réparties et rarement limitées par les frontières administratives.

L'élaboration de solutions efficaces et ciblées pour combler les lacunes de la surveillance au sein de ces communautés commence par la collecte de données permettant d'identifier les facteurs spécifiques qui augmentent leur vulnérabilité à la poliomyélite. Comprendre les comportements de recours aux soins des familles contribuera également à élargir le réseau de surveillance de la PFA, afin de garantir que la santé des communautés à haut risque soit une priorité du programme.

Pertinence des virus orphelins pour la surveillance de la poliomyélite

Les virus orphelins mettent en évidence des lacunes dans la surveillance qui peuvent être attribuées à différents facteurs, notamment l'absence de sous-groupes de population dans les activités de surveillance, une notification insuffisante des cas de PFA, des retards dans les investigations des cas de PFA et une collecte inadéquate d'échantillons de selles.

Quelle que soit leur localisation, la détection de virus orphelins doit donner lieu à une évaluation approfondie des performances de la surveillance, même si les indicateurs de performance sont respectés. Entre 2022 et 2024, environ 74 % des 140 virus orphelins étaient étroitement liés à des virus précédemment détectés dans le même pays (principalement au Tchad, au Nigéria et au Yémen) tandis que 26 % étaient étroitement liés à des virus dans des pays voisins. La détection de huit virus orphelins extrêmes (dont la circulation n'a pas été détectée depuis au moins 2,5 ans) est plus préoccupante, car elle laisse entrevoir des lacunes qui pourraient compromettre les progrès vers l'élimination du PVDVc2 (objectif n° 2 de la stratégie de l'IMEP).

Tâches de l'activité 1

- ✓ Procéder à des revues de la surveillance pour identifier les lacunes au niveau infranational et cibler les activités visant à combler ces lacunes ;
- ✓ S'assurer que le réseau de surveillance active soit examiné et mis à jour tous les six mois afin d'identifier les populations et les zones spéciales qui pourraient avoir été manquées ;
- ✓ Assurer le suivi des visites de surveillance active selon la priorité des sites ;
- ✓ Elaborer des orientations pour la réalisation d'audits exhaustifs de la surveillance ; et
- ✓ Elaborer des orientations pour la mise en œuvre de la surveillance active dans les capitales.

Activité principale 2. Améliorer la rapidité des activités sur le terrain et du transport des échantillons

La rapidité des activités de surveillance de la PFA - de la notification, l'investigation et la collecte d'échantillons sur le terrain jusqu'au transport et analyses en laboratoire - est essentielle pour maximiser la rapidité de détection du poliovirus et déclencher rapidement les efforts de riposte pour interrompre la transmission.

La stratégie de l'IMEP a fixé comme objectif la notification de tous les poliovirus dans les 35 jours suivant la date de début de paralysie chez les cas de PFA. Les pays disposant d'une capacité de laboratoire complète (ex : isolation du virus [IV], différenciation intratypique [DIT] et séquençage) peuvent atteindre cet objectif; toutefois, les défis logistiques liés à l'envoi des échantillons au niveau international vers des laboratoires accrédités par l'OMS sont devenus évidents pour les pays ne disposant pas d'une capacité de laboratoire complète. Pour ces pays, le GPSAP a fixé un deuxième objectif opérationnel pour la notification de tous les poliovirus dans les 46 jours suivant la date de début de paralysie chez les cas de PFA (Fig. 3a).

Le GPSAP fixe également des objectifs concernant l'indicateur de *rapidité des activités optimisées de terrain et d'acheminement* afin que tous les prélèvements parviennent à un laboratoire accrédité par l'OMS, selon la capacité des laboratoires nationaux (Fig. 3b). (Voir l'objectif 4 pour les efforts visant à améliorer la rapidité d'obtention des résultats de laboratoire).

Les obstacles rencontrés tout au long du processus nécessitent différents types d'interventions afin d'assurer la détection rapide du poliovirus. Il est donc essentiel de comprendre les causes spécifiques des retards et d'identifier des solutions efficaces. «The Global AFP Surveillance Guidelines » pour la surveillance de la PFA décrivent les raisons potentielles des retards et les mesures correctives correspondantes. Des indicateurs sont disponibles pour suivre la rapidité de chaque étape (Annexe C), ainsi que des informations détaillées supplémentaires sur les délais (Annexe D).

Fig. 3a. Objectif de rapidité basé sur la capacité des laboratoires

Pays avec
capacité de
laboratoire
complète

Pays sans
capacité de
laboratoire
complète

• Résultats de laboratoire des tests de PVS/PVDV disponibles dans les 35 jours suivant la date de début de paralysie

• Résultats de laboratoire des tests de PVS/PVDV disponible dans les 46 jours suivant la date de début de paralysie

PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ;
PVS = poliovirus sauvage.
Source : OMS.

Fig. 3b. Objectif de rapidité des activités optimisées de terrain et d'acheminement

Pays
disposant des
capacités de
dépistage par
l'IV

• Echantillon de selles reçu dans un laboratoire accrédité par l'OMS dans les 14 jours suivant la date de début de paralysie (expédition nationale)

Pays ne
disposant pas
de capacité
de dépistage
par l'IV

• Echantillon de selles reçu dans un laboratoire accrédité par l'OMS dans les 18 jours suivant la date de début de paralysie (expédition internationale)

IV= isolement du virus.
Source : OMS.

Il est essentiel de comprendre le comportement de recours aux soins des personnes s'occupant d'enfants atteints de PFA, car ce comportement influe directement sur la rapidité avec laquelle les cas sont identifiés par le système de surveillance (notification des cas, par exemple). Il devrait également être utilisé pour guider une réévaluation du réseau de notification de la surveillance. Par conséquent, collecter des données sur les comportements en matière de recours aux soins pour tous les cas PFA, vérifier les consultations médicales antérieures pour déterminer si des occasions de notification ont été manquées et travailler avec les partenaires concernés pour comprendre les obstacles à l'accès aux soins, sont des étapes nécessaires pour identifier les solutions qui permettront d'améliorer les délais.⁸

Le transport des échantillons a également contribué à retarder la détection et la riposte. Pour réduire ces retards, il convient d'étudier d'autres méthodes et itinéraires de transport nationaux et internationaux, y compris les possibilités d'intégrer l'envoi des échantillons à d'autres programmes et d'éviter la mise en lots des échantillons. Les retards dans le transport national vers les laboratoires accrédités par l'OMS doivent être distingués du transport international et examinés de près. La conclusion de contrats d'acheminement avec plusieurs transporteurs peut contribuer à réduire les délais.⁹ Les bureaux régionaux doivent également aider les pays en identifiant d'autres moyens de transport et d'autres laboratoires d'analyse afin d'éviter un double acheminement,¹⁰ en cas de contraintes de transport ou de surcharge de travail au laboratoire d'analyse désigné. Les outils de suivi électronique des échantillons de selles peuvent être utilisés pour identifier efficacement les causes des retards d'acheminement des selles.

Lorsque le soutien à l'acheminement des échantillons est assuré par des organisations non gouvernementales, des plans doivent être élaborés pour transférer ces activités au gouvernement. Des analyses d'impact des activités devraient être menées six mois et un an après la transition.

Tâches de l'activité 2

- ✓ Identifier et traiter les causes des retards au niveau infranational à chaque étape du processus de la surveillance, depuis la date de début de paralysie jusqu'à l'obtention des résultats du laboratoire ;
- ✓ Améliorer la rapidité de la notification des cas en comprenant les comportements en matière de recours aux soins et en améliorant la collecte et l'utilisation des données de ces comportements pour réévaluer le réseau de notification ; et
- ✓ Améliorer la rapidité du transport des échantillons ; distinguer les retards et les problèmes liés au transport national de ceux liés au transport international.

Activité principale 3. Planifier et mettre en œuvre des évaluations systématiques de la sensibilité et des performances de la surveillance

Dans les phases finales de l'éradication de la poliomyélite, le programme doit adopter une approche systématique et globale pour évaluer la sensibilité de la surveillance de la PFA, plutôt que de se contenter d'une interprétation restreinte des indicateurs des normes de certification. Cette approche rigoureuse doit inclure non seulement l'examen des performances, mais aussi l'élaboration d'un plan de renforcement de la surveillance, le suivi de la mise en œuvre des mesures correctives et la prise de mesures supplémentaires si nécessaire.

⁸ Voir l'Annexe 9 du document « Global guidance for conducting acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in the context of poliovirus eradication ». Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376603/9789240089662-eng.pdf> , consulté le 25 février 2025).

⁹ Voir les pages 24 et 93 du document « Global guidance for conducting acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in the context of poliovirus eradication » (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376603/9789240089662-eng.pdf> , consulté le 25 février 2025).

¹⁰ Le double envoi fait référence à la nécessité d'envoyer des échantillons à deux laboratoires internationaux pour réaliser les tests de dépistage du poliovirus: le premier laboratoire pour effectuer l'IV et la DIT, puis un second laboratoire pour effectuer le séquençage.

Pour soutenir et évaluer la sensibilité de la surveillance, les programmes nationaux devraient :

- examiner les indicateurs de performance de la surveillance nationale et infranationale et mener des investigations dans les zones où les performances sont faibles sur une base mensuelle;
- planifier et réaliser des revues de surveillance internes tous les ans et des revues de surveillance externes tous les deux ans, au minimum. Ces revues peuvent inclure des audits annuels complets de surveillance, des revues documentaires et/ou sur le terrain, des évaluations régionales annuelles des risques et des évaluations de la riposte aux flambées. Les revues devraient être intégrées à d'autres programmes des maladies évitables par la vaccination, l'objectif étant de réaliser 100 % des revues prévues, qu'elles soient documentaires ou sur le terrain. Les régions devraient suivre trimestriellement les progrès réalisés par les pays dans la mise en œuvre des recommandations issues de ces revues des performances en matière de surveillance et rendre compte de la situation au Groupe chargé de la surveillance ;
- élaborer des plans d'amélioration des performances en matière de surveillance afin de contrôler et de suivre la mise en œuvre des recommandations visant à combler les lacunes identifiées ; et
- participer aux évaluations des performances menées aux niveaux régional et/ou mondial afin de s'assurer que les connaissances locales sont utilisées pour interpréter les résultats nationaux et infranationaux.

Pour une compréhension plus précise et plus complète de la sensibilité et des performances de la surveillance de la PFA, les programmes nationaux devraient systématiquement documenter de manière détaillée les résultats de chaque évaluation mentionnée ci-dessus. En outre, le document devrait notamment inclure des détails tels que l'évaluation de la qualité des échantillons de selles, la rapidité des activités, les questions de processus telles que l'exhaustivité des rapports et des visites de surveillance active, la supervision formative, la validation et/ou la vérification des cas, ainsi que les mesures de suivi à entreprendre en cas de détection de virus orphelins. L'élaboration et la mise à disposition d'un document d'orientation mondial, prévues pour 2025, contribueront à normaliser la documentation complète dans les pays effectuant une surveillance de la PFA.

Détecter la PFA chez *tous les enfants*

L'intégration de la *dimension de genre* dans les activités et les interventions de surveillance de la poliomyélite est essentielle pour parvenir à un monde sans polio. Si des progrès ont été accomplis pour évaluer et détecter systématiquement les différences, l'Annexe F met l'accent sur la nécessité d'utiliser les résultats analytiques pour prendre des mesures correctives.

Tâches de l'activité 3

- ✓ Examiner régulièrement les indicateurs clés de performance de la surveillance nationale et infranationale, au moins sur une base mensuelle par pays ;
- ✓ Planifier et réaliser des revues internes de la surveillance chaque année ainsi que des revues externes biennales ;
- ✓ Elaborer des plans d'amélioration des performances en matière de surveillance afin de combler les lacunes identifiées ; et
- ✓ Elaborer des orientations mondiales pour documenter l'exhaustivité de la sensibilité de la surveillance de la PFA.

Activité principale 4. Faciliter la constitution et le maintien d'une main-d'œuvre qualifiée et équilibrée en termes de genre

Une main-d'œuvre bien informée, qualifiée et équilibrée en termes de genre est essentielle au bon fonctionnement d'un système de surveillance de la PFA. Elle est également essentielle pour assurer la pérennité de la surveillance de la PFA au sein d'un système intégré de surveillance des maladies évitables par la vaccination (MEV) ou d'autres maladies.

Des plans nationaux biennaux pour les activités de renforcement des capacités seront élaborés en coordination avec les bureaux régionaux, qui devraient partager le matériel de formation mentionné ci-dessous afin de mieux équiper les programmes nationaux pour constituer et maintenir une main-d'œuvre qualifiée et équilibrée en termes de genre.

Des formations complètes à la surveillance de la PFA pour tous les agents chargés de la surveillance et les points focaux pour la PFA devront être incluses dans le plan national et organisées tous les deux ans. Compte tenu notamment de la rotation du personnel et des priorités concurrentes, les formations pour le nouveau personnel et celles de remise à niveau sont essentielles au bon fonctionnement d'un système de surveillance. Les formations devraient être intégrées à celles portant sur les autres MEV et maladies prioritaires. Il conviendrait également d'explorer des solutions locales permettant de maintenir une main-d'œuvre qualifiée et équilibrée en termes de genre. Les connaissances acquises lors de ces formations devraient être diffusées en cascade du niveau national au niveau infranational afin de sensibiliser les agents de santé et les bénévoles communautaires.

Des supports de formation destinés au renforcement des capacités sont disponibles. Un kit de formation sur la surveillance de la PFA comprenant des modules en ligne est disponible pour les partenaires de l'IMEP via la plateforme iLearn.¹¹ Du matériel de surveillance supplémentaire pour les sessions en présentiel est également disponible.¹² Il est recommandé de diffuser largement ce matériel de formation. Une boîte à outils sur la surveillance à base communautaire est disponible en ligne en anglais et en français.¹³

Global AFP Surveillance Guidelines (Lignes directrices mondiales sur la surveillance de la PFA)

Des lignes directrices actualisées seront publiées en 2025 pour refléter les révisions apportées aux activités et aux indicateurs présentés dans le présent plan d'action. Les lignes directrices régionales et nationales sur la surveillance de la PFA devront ensuite être mises à jour afin d'assurer leur alignement.

Éliminer les obstacles liés au genre grâce à une collaboration qualifiée

Les obstacles liés au genre tant au sein de la communauté que dans le programme de surveillance de la poliomyélite nuisent à la capacité d'agir rapidement. Les programmes de surveillance sur le terrain sont en première ligne pour mener les efforts visant à améliorer l'engagement des femmes que ce soit au sein de la communauté (par exemple, les personnes (de sexe féminin) en charge des enfants), parmi les membres de la communauté (par exemple, les bénévoles, les prestataires de soin) ou dans l'environnement de travail du programme.

Pour être efficaces et durables, les efforts doivent être collaboratifs et soutenus par les principaux représentants (par exemple, les directeurs de programme, les spécialistes de genre, les dirigeants communautaires, avec un engagement équilibré des organisations locales de femmes et d'hommes). Bien que des progrès soient en cours, il reste encore beaucoup à faire. De plus amples informations sont disponibles dans les « Global AFP Surveillance Guidelines ».

¹¹ iLearn, le portail d'apprentissage de l'Organisation mondiale de la santé [site web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2025 (<https://who.csod.com/client/who/default.aspx>, consulté le 28 février 2025).

¹² Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. GPEI Resource Hub, Surveillance resources for polio eradicators [site web]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2025 (https://polioeradication.org/resource-hub/?rh_tools=surveillance-resources, consulté le 28 février 2025). Les demandes de matériel de formation peuvent être envoyées par courrier électronique à polio_info@who.int.

¹³ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Community-based polio surveillance toolkit [site web]. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2023 (<https://sites.google.com/view/toolkit-for-polio-cbs>, consulté le 28 février 2025).

Tâches de l'activité 4 :

- ✓ Élaborer des plans nationaux biennaux pour les activités de renforcement des capacités en coordination avec les bureaux régionaux ;
- ✓ Organiser des formations complètes sur la surveillance de la PFA à l'intention de tous les agents chargés de la surveillance et les points focaux pour la PFA ;
- ✓ Veiller à ce que les programmes régionaux et nationaux disposent du dossier de formation sur la surveillance de la PFA et des modules de formation en ligne ; et
- ✓ Mettre à jour les lignes directrices régionales et nationales sur la surveillance de la PFA afin de les aligner sur « The Global AFP Surveillance Guidelines » mises à jour en 2025.

Activité principale 5. Intégrer la surveillance de la PFA à d'autres systèmes de surveillance des maladies, le cas échéant

L'intégration des activités de lutte contre la poliomyélite dans d'autres systèmes de surveillance des maladies est un objectif clé de la stratégie de l'IMEP. Pour maintenir les activités de surveillance de la PFA après l'obtention du statut de pays exempt de polio, de nombreux pays ont commencé à intégrer les activités de lutte contre la polio dans leurs infrastructures plus larges.

L'intégration complète de la surveillance de la PFA dans d'autres systèmes de surveillance sanitaire doit être planifiée par les programmes nationaux, en collaboration avec les ministères de la santé et avec le soutien de l'OMS. Les visites et les outils de surveillance active, les formations à la surveillance de la PFA, les évaluations (revues documentaires et sur le terrain), la supervision formative et les outils de supervision peuvent être modifiés pour intégrer d'autres activités de surveillance des maladies. Avant, pendant et après l'intégration, les performances de la surveillance doivent être contrôlées pour s'assurer que la sensibilité de la surveillance de la PFA n'a pas été compromise. Les indicateurs de performance infranationaux doivent être suivis et contrôlés, et des interventions mises en œuvre pour améliorer les performances, si nécessaire. En outre, les partenaires régionaux et mondiaux doivent soutenir les pays à organiser des formations et des évaluations en matière de surveillance intégrée, telles que des revues documentaires et sur le terrain (par exemple en mettant à jour et en partageant des modèles mondiaux) ou des revues du programme élargi de vaccination (PEV).

Pour les pays bénéficiant d'un financement de l'IMEP pour la surveillance, il sera important que les partenaires de l'IMEP plaident auprès des ministères de la santé pour assurer un financement durable tout en maintenant une surveillance de la PFA de haute qualité. Il convient d'identifier les domaines de convergence entre la surveillance de la PFA et celle des MEV afin de soutenir l'intégration après l'éradication du PVS1 et tout en préparant l'élimination mondiale du PVDVc2 (voir la Partie III). Une attention particulière doit être accordée à l'Afghanistan et au Pakistan, compte tenu du niveau de soutien de l'IMEP pour interrompre la transmission du PVS1.

Transition intermédiaire pour maintenir les fonctions essentielles de la poliomyélite, y compris la surveillance de la PFA

L'expérience tirée des efforts de transition de la poliomyélite au cours de la dernière décennie montre que les pays dont les systèmes de santé sont faibles et vulnérables continueront d'avoir besoin d'un soutien pour les fonctions de surveillance. La "transition intermédiaire", au cours de laquelle les partenaires continuent d'apporter un soutien technique et financier aux fonctions essentielles jusqu'à ce que les gouvernements soient prêts à en assumer l'entière responsabilité, permettra d'éviter que les progrès réalisés en matière d'éradication ne soient réduits à néant. Le degré, la portée et la nature de ce soutien varieront. Certains pays peuvent avoir principalement besoin du soutien technique de l'OMS et de ses partenaires ou être en mesure de financer ou de cofinancer certaines fonctions de manière indépendante, tandis que d'autres pays peuvent avoir besoin d'un soutien plus important de la part de leurs partenaires, tant sur le plan technique que sur le plan financier.

Tâches de l'activité 5

- ✓ Élaborer des plans visant à intégrer pleinement la surveillance de la PFA dans les autres systèmes de surveillance sanitaire; et
- ✓ Suivre les performances de la surveillance de la PFA au niveau infranational avant, pendant et après l'intégration, afin de s'assurer que la sensibilité de la surveillance n'est pas compromise.

La redevabilité de la mise en œuvre de chacune des tâches aux niveaux national, régional/sous-régional et mondial est détaillée dans le cadre de redevabilité pour le GPSAP 2025-2026 dans l'Annexe E.

Surveillance environnementale

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

Une surveillance environnementale bien mise en œuvre contribue de manière significative à améliorer la sensibilité globale de la surveillance de la poliomyélite. Pour assurer la couverture et accroître la sensibilité, il faut optimiser la surveillance environnementale en gérant activement les sites d'échantillonnage conformément au « *Field guidance for the implementation of environmental surveillance for poliovirus* » (appelé : Global ES Field Guidance).

Vision : D'ici fin 2026, le programme fera des progrès significatifs vers l'optimisation du réseau mondial de la SE. Pour guider ce travail, le programme effectuera une analyse de l'empreinte mondiale de la SE. L'IMEP étudiera également les possibilités d'intégration avec d'autres programmes de surveillance des eaux usées afin d'assurer la viabilité à long terme de la SE de la poliomyélite.

Orientations futures sur la surveillance de la poliomyélite et des eaux usées

Au fur et à mesure que l'IMEP poursuit l'intégration des activités de lutte contre la poliomyélite dans d'autres systèmes de santé, le programme définira une SE réussie pour la poliomyélite dans le contexte de la surveillance des eaux usées ciblant des agents multipathogènes.

Toutefois, ce GPSAP se concentre sur la surveillance environnementale du poliovirus conformément au « Global ES Field Guidance » et pourrait ne pas s'appliquer aux pays qui incluent la poliomyélite dans leur programme plus large de surveillance des eaux usées.

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

Activités principales	Indicateurs clés de performance et de processus
1. Améliorer et maintenir la sensibilité des sites de surveillance environnementale	<ul style="list-style-type: none"> • ≥80% des sites environnementaux atteignent un taux de détection d'EV de ≥50% sur 12 mois. • ≥80% des sites peu performants (<50% de taux de détection d'EV sur 12 mois) sont examinés dans les 6 à 12 mois, et des mesures correctives sont prises. • Tous les pays et territoires hautement prioritaires effectuent des formations de remise à niveau chaque année.
2. Optimiser la SE en fonction du contexte national, en mettant l'accent sur les zones à haut risque.	<ul style="list-style-type: none"> • ≥75 % des pays et territoires hautement prioritaires respectent les normes minimales actualisées en matière de la SE. • Les résultats d'une évaluation de l'empreinte de la SE sont disponibles.
3. Améliorer les délais d'acheminement et l'état des échantillons environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> • ≥80% des échantillons environnementaux parviennent à un laboratoire accrédité par l'OMS dans les trois jours suivant leur collecte pour les acheminements nationaux et dans les sept jours pour les acheminements internationaux (au niveau du site). • ≥80% des échantillons environnementaux parviennent en bon état à un laboratoire accrédité par l'OMS (par site).
4. Préparer l'intégration avec d'autres agents pathogènes détectables dans les eaux usées	<ul style="list-style-type: none"> • Une note conceptuelle sur l'intégration de la SE dans un programme de surveillance des eaux usées est préparée.
5. Améliorer et normaliser le circuit des données de la SE, de la collecte à l'utilisation.	<ul style="list-style-type: none"> • ≥50 % des pays et territoires hautement prioritaires utilisent des outils de données électroniques (WebIFA, Open Data Kit). • Tous les pays et territoires hautement prioritaires soumettent des éléments de données minimaux au niveau mondial. • Des orientations pour l'accès et l'utilisation des informations sur les zones de captage des sites ES sont disponibles pour tous les pays et territoires hautement prioritaires.

SE = surveillance environnementale ; EV = entérovirus ; WebIFA = information en ligne pour l'action (système).

Activité principale 1. Améliorer et maintenir la sensibilité des sites de surveillance environnementale

Les sites de surveillance environnementale doivent répondre à des normes de sensibilité et de fonctionnement pour détecter de manière fiable les virus d'intérêt, y compris le PVS1 et les PVDV. Ces normes, définies dans le document « Global ES Field Guidance », constituent une ressource essentielle pour maintenir la sensibilité des sites de surveillance environnementale.

Afin de renforcer la sensibilisation et la compréhension de la gestion des sites, des formations doivent être considérées comme prioritaires et organisées au moins une fois par an. La surveillance environnementale doit également être intégrée dans les sessions de remise à niveau sur la surveillance de la PFA et des maladies évitables par la vaccination (MEV), à destination des responsables chargés de la surveillance de la poliomyélite et des laboratoires.

Pour assurer le suivi des performances des sites et du respect des « Global ES Field Guidance », le Groupe chargé de la surveillance procédera régulièrement à des revues documentaires et sur le terrain afin d'aider les pays, par l'intermédiaire des bureaux régionaux de l'OMS, à identifier les mesures de réajustement à prendre, telles que la modification ou la fermeture de sites peu performants ou l'ouverture de sites ad hoc en appui à la riposte aux flambées. D'autres facteurs susceptibles d'influer sur les performances des sites peuvent être observés lors des visites de supervision de routine et réajustés si nécessaire.

De nouvelles méthodes et technologies de prélèvement d'échantillons, de sélection de sites et d'analyse seront évaluées. Le Groupe chargé de la surveillance s'engagera avec des partenaires menant ce type de recherche pour comprendre les avantages potentiels qu'ils peuvent apporter au programme. Un domaine de travail déjà en cours d'évaluation est un outil d'évaluation de la sensibilité et de la performance des sites qui va au-delà de l'indicateur traditionnel de détection des entérovirus (EV) et fournit davantage d'informations permettant d'évaluer la valeur épidémiologique d'un site de SE.

Tâches de l'activité 1

- ✓ Élaborer un plan de suivi de l'adhésion des pays et des sites au «Global ES Field Guidance »;
- ✓ Organiser des formations de remise à niveau au moins une fois par an dans les pays prioritaires ;
- ✓ Évaluer l'utilisation des technologies et de nouvelles méthodes de prélèvement d'échantillons environnementaux et de sélection des sites ; et
- ✓ Développer et mettre en œuvre un outil d'évaluation de la sensibilité et de la performance de la SE.

Activité principale 2. Optimiser la SE en fonction du contexte national, en mettant l'accent sur les zones à haut risque

L'optimisation de la SE nécessite un équilibre entre une couverture adéquate de la population, en particulier dans les zones de transmission à haut risque, et une utilisation pragmatique et durable des ressources du programme. Les caractéristiques d'un système optimal de SE varient souvent en fonction du contexte national et d'autres facteurs, tels que :

- le statut de pays exempt de polio, à risque ou affecté et la durée de ce statut;
- les facteurs de risque chroniques et aigus, tels que l'immunité de la population contre la poliomyélite et la proximité géographique de zones connues de transmission de la poliomyélite;
- la capacité des laboratoires à traiter et à tester les échantillons environnementaux; et

- la faisabilité de prélever efficacement des échantillons dans des zones et des populations ciblées, en tenant compte des nombreux facteurs influençant l'accessibilité, notamment le type de systèmes d'égouts.

Les normes minimales au niveau des pays et des sites (telles que les critères minimaux pour la sélection des sites et la collecte des échantillons) seront mises à jour par Le Groupe chargé de la surveillance afin de mieux aider les pays à comprendre ces facteurs et d'autres facteurs contextuels. Le programme effectuera également une analyse de l'empreinte actuelle de la SE, ou de la couverture globale des réseaux de la SE, afin d'identifier les besoins supplémentaires à court et à long terme et d'orienter la priorisation des activités d'optimisation de la SE. Une composante supplémentaire consiste à s'assurer que les sites sont suffisamment sensibles pour détecter les poliovirus circulants et fournir des résultats négatifs fiables ; par conséquent, les tâches liées à la modification et à la fermeture des sites peu performants (activité 1) sont également essentielles à l'optimisation de la SE.

Tâches de l'activité 2

- ✓ Mettre à jour les normes minimales en matière de la SE au niveau des pays et des sites ;
- ✓ Effectuer une analyse pour comprendre l'empreinte actuelle de la SE et identifier les besoins à court et à long terme ; et
- ✓ Aider les pays à respecter les normes minimales et à optimiser leurs réseaux de la SE.

Activité principale 3. Améliorer les délais d'acheminement et l'état des échantillons environnementaux

Les retards dans l'expédition des échantillons nuisent aux performances de la SE. Non seulement les retards prolongent le délai d'obtention des résultats et le déclenchement de la riposte à la flambée, mais ils peuvent également affecter la validité des échantillons environnementaux, en particulier lorsque les échantillons sont stockés ou transportés à une température non conforme aux recommandations.

Le suivi des échantillons environnementaux, depuis le point de collecte jusqu'à l'arrivée au laboratoire, peut être utilisé dans les pays ciblés et les zones infranationales pour identifier les points de blocage et définir les domaines dans lesquels des mesures de réajustement peuvent être prises. Lorsque cela est possible et approprié, le suivi des échantillons en temps réel sera utilisé. D'autres méthodes d'acheminement ou d'autres laboratoires d'analyse peuvent également être envisagés pour réduire le délai d'obtention des résultats de laboratoire.

Tâches de l'activité 3

- ✓ Dans les zones ciblées, effectuer un suivi des échantillons en temps réel afin d'identifier les points de blocage dans le transport des échantillons et de prendre des mesures pour y remédier ; et
- ✓ Explorer d'autres méthodes alternatives d'acheminement et/ou d'autres laboratoires d'analyse pour réduire les délais.

Activité principale 4. Préparer l'intégration d'autres agents pathogènes détectables dans les eaux usées

Pour garantir la durabilité et la redevabilité de la surveillance de la poliomyélite, la SE devrait être intégrée à d'autres systèmes de surveillance de manière à préserver la vaste infrastructure et les capacités qui ont été mises en place autour de l'éradication de la poliomyélite et qui ont bénéficié à d'autres problèmes de santé publique que le poliovirus.

Les possibilités d'intégration avec d'autres programmes de surveillance des eaux usées, tels que le suivi de la résistance aux antimicrobiens ou la surveillance des entérovirus (EVS), seront activement explorées. Le Groupe chargé de la surveillance identifiera les groupes qui utilisent actuellement la surveillance des eaux usées et s'engagera auprès d'eux pour entamer des discussions sur la planification. Les principes et les exemples d'intégration réussie du poliovirus dans d'autres programmes de surveillance des eaux usées seront documentés, afin que ces informations puissent être partagées dans l'ensemble du programme.

Tâches de l'activité 4 :

- ✓ Explorer les possibilités d'intégration avec d'autres programmes, groupes ou initiatives de surveillance des eaux usées ; et
- ✓ Documenter les principes requis pour que la SE du poliovirus soit intégrée avec succès dans la surveillance des eaux usées.

Activité principale 5. Améliorer et normaliser le circuit des données de la SE, de la collecte à l'utilisation

L'évolution des stratégies de gestion des données de l'IMEP a suivi l'expansion rapide de la SE, qui a conduit à des systèmes de collecte de données disparates et non interopérables. L'IMEP continuera à travailler sur l'alignement des approches en matière de collecte, de gestion et de communication des données (voir également l'objectif 5).

La collecte de données mobile au moyen d'outils électroniques permet de suivre et d'évaluer en temps quasi réel les visites des superviseurs, la fréquence et les taux d'achèvement, ainsi que le suivi immédiat des problèmes identifiés au cours de la visite, en particulier par rapport aux bases de données statiques de Microsoft® Excel et Access. Quels que soient les systèmes de collecte, il est essentiel que le programme examine et mette à jour l'ensemble minimum standardisé de variables du niveau national aux niveaux régional et mondial afin de soutenir le suivi des données sur la SE (facilitant ainsi les activités 1 et 2 ci-dessus).

Les technologies permettant d'évaluer les zones de captage des sites de surveillance environnementale, notamment les modèles d'estimation de la population et la cartographie de la ligne bleue¹⁴, sont disponibles mais peuvent être sous-utilisées. Le Groupe chargé de la surveillance élaborera des orientations sur la manière dont les pays peuvent tirer parti de ces ressources pour orienter les données pour l'action.

Tâches de l'activité 5

- ✓ Soutenir et promouvoir l'utilisation d'outils électroniques mobiles de collecte de données pour la collecte d'échantillons et la supervision des sites dans tous les pays et territoires prioritaires ;
- ✓ Mettre à jour l'ensemble minimal d'éléments de données que chaque pays doit fournir aux niveaux régional et mondial ; et
- ✓ Faciliter l'accès à davantage de données exploitables en élaborant des orientations sur la manière d'accéder et d'utiliser les informations relatives aux zones de captage des sites de surveillance environnementale

¹⁴ Cours d'eau et voies hydrauliques générés par la modélisation du débit, de la direction d'écoulement et de l'accumulation.

La redevabilité de la mise en œuvre de chacune des tâches aux niveaux national, régional/sous-régional et mondial est détaillée dans le cadre de redevabilité pour le GPSAP 2025-2026 dans l'Annexe E.

Surveillance des PVDVi

Objectif 3. Renforcer la surveillance des PVDVi pour pérenniser l'éradication de la poliomyélite

Les personnes atteintes de troubles d'immunodéficience primaire (IP) ayant été exposées à des vaccins antipoliomyélitiques oraux vivants (VPO) courent un risque accru de répllication prolongée et d'excrétion des virus vaccinaux, pouvant entraîner l'apparition de PVDVi. À l'heure actuelle, le risque de transmission des PVDVi n'est pas entièrement compris, mais il existe un risque potentiel que cette excrétion conduise à la propagation des PVDVi au sein de la communauté, notamment dans les zones où l'immunité de la population est faible.

La surveillance des PVDVi vise à identifier et traiter les personnes *non paralysées* atteintes de troubles d'immunodéficience primaire qui excrètent des PVDVi, étant donné que la plupart des personnes *paralysées* sont prises en compte par la surveillance de la PFA. La surveillance des PVDVi diffère de la surveillance syndromique de la PFA basée sur les cas. Il s'agit d'un système de surveillance sentinelle qui repose sur deux principes :

- la mise en place d'une surveillance à base de sites sentinelles afin d'identifier et de dépister le poliovirus chez les patients immunodéficients primaires dans les pays à risque de PVDVi ; et
- identifier les excréteurs du PVDVi parmi les patients immunodéficients primaires par l'intermédiaire des associations qui recensent les cas de déficit immunitaire primaire dans les pays restants.

À la mi-2024, dix pays ont mis en œuvre un certain niveau de surveillance des PVDVi. D'autres pays ont signalé des cas de PVDVi, soit détectés par la surveillance de la PFA, soit basés sur l'implication directe d'immunologistes. (Voir l'Annexe H pour plus d'informations sur le risque de PVDVi).

Pays mettant actuellement en œuvre une surveillance du PVDVi

- | | |
|------------|----------------------------------|
| ✓ Chine | ✓ Iran (République islamique d') |
| ✓ Colombie | ✓ Nigéria |
| ✓ Cuba | ✓ Pakistan |
| ✓ Égypte | ✓ Sénégal |
| ✓ Inde | ✓ Tunisie |

Pour soutenir et étendre la surveillance des PVDVi, Le Groupe chargé de la surveillance pourra couvrir des coûts très limités, liés au démarrage des activités, à la formation et l'analyse des échantillons de selles. *Guidelines for Implementing Poliovirus Surveillance among Patients with Primary Immunodeficiency Disorders (PIDs)* (appelées « Global iVDPV Surveillance Guidelines ») sont disponibles, de même que du matériel de formation et des systèmes d'information pour aider les pays.¹⁵

Vision : D'ici fin 2026, l'IMEP aura renforcé la surveillance des PVDVi afin d'améliorer sa capacité à détecter les excréteurs du PVDVi et à réduire le risque de transmission communautaire. La collecte et l'analyse systématiques des données relatives au PVDVi aideront également l'IMEP à mieux définir le risque que représente les PVDVi pour l'éradication de la poliomyélite, en particulier après l'arrêt de l'utilisation du VPO à l'échelle mondiale.

¹⁵ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. GPEI Resource Hub, Surveillance resources for polio eradicators [site web]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2025 (https://polioeradication.org/resource-hub/?rh_tools=surveillance-resources, consulté le 28 février 2025).

Tableau 5. Activités principales et indicateurs clés de performance et de processus (ICPP) pour l'objectif 3

Activités principales	Indicateurs clés de performance et de processus
1. Soutenir et étendre la surveillance des PVDVi dans les pays dotés de systèmes existants	<ul style="list-style-type: none"> Tous les pays dotés de systèmes de surveillance des PVDVi ont effectué / effectuent une revue sur le terrain.
2. Mettre en œuvre la surveillance des PVDVi dans au moins cinq pays à risque supplémentaires dans toutes les régions.	<ul style="list-style-type: none"> Cinq pays à risque supplémentaires mènent une surveillance des PVDVi, de sorte que le réseau mondial compte au moins un pays par région de l'OMS. Un modèle de risque actualisé sera disponible début 2026.
3. Veiller à ce que le système d'information sur les PVDVi soit disponible avec une notification régulière et systématique des données à l'IMEP.	<ul style="list-style-type: none"> ≥80% des pays dotés d'une surveillance fonctionnelle du PVDVi partagent régulièrement les données de surveillance des PVDVi avec le siège de l'OMS, au moins une fois par mois. Les données/indicateurs de surveillance des PVDVi font l'objet d'un suivi régulier et d'un rapport trimestriel au niveau mondial.
4. Mettre en place un système de coordination régulière avec les associations des personnes atteintes de trouble d'immunodéficience primaire (IP) et les réseaux d'immunologie.	<ul style="list-style-type: none"> Au moins une session de sensibilisation avec les associations des personnes atteintes de trouble d'immunodéficience primaire (IP) a lieu chaque année.
5. Assurer la coordination avec les groupes de recherche sur les thérapies antivirales, les anticorps monoclonaux et les diagnostics rapides.	<ul style="list-style-type: none"> Au moins une mise à jour sur les thérapies antivirales et les diagnostics rapides est fournie chaque année.

PVDVi = Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à un déficit immunitaire ; IP = immunodéficience primaire.

Activité 1. Soutenir et étendre la surveillance des PVDVi dans les pays dotés de systèmes existants

La portée et les modalités de la surveillance des PVDVi varient d'un pays à l'autre. Elle est mise en œuvre dans le cadre d'un projet de recherche (Chine), menée comme un système de surveillance géré par le ministère de la santé (Colombie, Cuba, Égypte, Inde, République islamique d'Iran, Pakistan et Tunisie) et lancée dans le cadre de la procédure d'autorisation d'utilisation d'urgence pour le déploiement du nouveau vaccin antipoliomyélique oral de type 2 (Nigéria et Sénégal). Le nombre de sites sentinelles varie de 1 à 98 par pays. Les capacités de diagnostic de l'immunodéficience primaire (IP) vont également de l'utilisation des signes cliniques au diagnostic en laboratoire.

Des évaluations récentes réalisées en Égypte et au Pakistan ont permis d'identifier des activités prioritaires au niveau national, telles que la nécessité de renforcer régulièrement les capacités et la sensibilisation et de partager les données de surveillance d'une manière normalisée et systématique.

Dans les pays qui mettent en place une surveillance des PVDVi ou qui disposent déjà d'une telle surveillance, la prochaine étape consistera à consolider les progrès réalisés à ce jour, à optimiser le nombre de sites sentinelles, à évaluer régulièrement les indicateurs de surveillance et à combler les lacunes identifiées. Les pays qui démarrent la surveillance des PVDVi devraient procéder à une revue sur le terrain un an après son lancement. En outre, pour les pays disposant déjà d'un système de surveillance des PVDVi, les revues documentaires et sur le terrain sur la surveillance de la poliomyélite et toutes les autres activités qui examinent la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite devraient inclure la surveillance des PVDVi dans leurs évaluations.

Tâches de l'activité 1

- ✓ Assurer le suivi des indicateurs clés de performance pour mesurer les progrès accomplis à ce jour, ainsi que pour identifier et combler les lacunes ;
- ✓ Explorer la possibilité d'étendre le réseau à l'intérieur du pays, lorsque cela est possible ;
- ✓ Procéder à une revue sur le terrain un an après le lancement de la surveillance des PVDVi ; et
- ✓ Mettre à jour les modèles de revues documentaires et les orientations relatives à la revue sur le terrain afin d'y inclure la surveillance des PVDVi.

Activité 2. Mettre en œuvre la surveillance des PVDVi dans au moins cinq pays à risque supplémentaires dans toutes les régions.

L'IMEP a mené une évaluation des risques (Annexe H) afin de classer au fil du temps les pays utilisant le VPO en fonction du risque d'excrétion du PVDVi pouvant entraîner une transmission potentielle du PVDVc et des cas de poliomyélite.¹⁶ Cette évaluation est limitée par le peu de données disponibles, ce qui entraîne une grande incertitude dans les prédictions. Les résultats ne sont donc pas normatifs, mais utiles pour entamer des discussions sur les pays susceptibles de mettre en œuvre une surveillance des PVDVi. Pour mieux comprendre le risque que représente les PVDVi pour la pérennité de l'éradication de la poliomyélite et la sensibilité requise de leur surveillance pour informer la certification de l'éradication, il est vital de collecter davantage de données.

Pourquoi les pays à risque de PVDVi sont-ils différents des pays et territoires auxquels ce GPSAP donne la priorité ?

Les pays à risque de PVDVi ont été identifiés par le biais d'une approche distincte d'évaluation des risques et ne constituaient pas un critère dans la priorisation des pays à risque faite par le Groupe chargé de la surveillance.

L'extension de la surveillance des PVDVi à au moins cinq pays à risque supplémentaires répartis dans toutes les régions (par exemple, au niveau mondial) sera une priorité. Sur la base de l'évaluation des risques liés au PVDVi, certains pays ont été identifiés dans les six régions de l'OMS pour entamer les discussions (voir l'Annexe H). Les bureaux régionaux de l'OMS poursuivront la sensibilisation des pays (et des commissions régionales pour la certification de l'éradication de la poliomyélite) et donneront la priorité aux pays à risque ayant la capacité de détecter et de diagnostiquer les personnes atteintes de trouble d'immunodéficience primaire (IP). Une fois la sélection effectuée, les bureaux régionaux et nationaux travailleront ensemble pour obtenir l'autorisation du gouvernement. Afin d'assurer la pérennité de la surveillance des PVDVi dans toutes les régions de l'OMS après l'éradication du PVS1 et l'élimination du PVDVc2, les régions qui n'effectuent pas de surveillance de PVDVi dans un pays à risque seront prioritaires. Un soutien technique sera apporté aux pays qui ne sont pas des pays à risque mais qui souhaitent mettre en place une surveillance des PVDVi au sein de leur système de santé existant.

Tâches de l'activité 2

- ✓ Poursuivre la mise à jour du modèle de risque des PVDVi et affiner l'établissement des priorités au fur et à mesure que de nouvelles données sont disponibles ;
- ✓ Mettre en place une surveillance des PVDVi dans cinq pays à risque supplémentaires dans toutes les régions ;

¹⁶ Les paramètres et hypothèses inclus dans ce modèle comprennent un nombre plus élevé de IP ou une incidence accrue de IP, le pourcentage de mariages consanguins et la durée d'excrétion du PVDVi. D'autres facteurs incluent l'immunité de la population, l'efficacité de la transmission et la capacité à prendre en charge les IP.

- ✓ Fournir un soutien technique à d'autres pays qui ne sont pas à risque, si nécessaire ; et
- ✓ Sensibiliser les régions et les pays au moyen d'un webinaire par région; informer la commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite.

Activité 3. Veiller à ce que le système d'information sur les PVDVi soit disponible et que les données soient régulièrement et systématiquement communiquées à l'IMEP.

À ce jour, des PVDVi ont été détectés chez des personnes atteintes de trouble d'immunodéficience primaire (IP), mais la notification des PVDVi à l'échelle mondiale s'est heurtée à des difficultés. La notification suit les mêmes étapes procédurales que pour tous les autres poliovirus qui doivent être notifiés immédiatement en vertu du règlement sanitaire international, mais, actuellement, les notifications pour les PVDVi ne sont pas systématiquement reçues au siège de l'OMS. De même, les données de la surveillance des PVDVi (telles que les patients, hommes et femmes, atteints de trouble d'immunodéficience primaire (IP) qui font l'objet d'un dépistage et d'un suivi régulier du PVDVi) devraient être partagées au moins une fois par mois, ce qui n'est actuellement pas le cas. Il est donc difficile de suivre la surveillance des PVDVi et de communiquer sur les PVDVi à l'échelle mondiale.

Un nouveau système d'information en ligne pour l'action (WebIFA) doté d'un module de surveillance des PVDVi a été partagé avec les bureaux régionaux de l'OMS et son déploiement est prévu (voir l'objectif 5). Le module soutient la collecte de données pour la surveillance des PVDVi et comprend un protocole de partage des données. Les bureaux régionaux doivent encourager l'adoption de WebIFA afin que les données de surveillance des PVDVi au niveau des pays soient systématiquement partagées avec les bureaux régionaux et le siège de l'OMS. Une fois que les modules de surveillance des PVDVi seront disponibles et que les données pourront être échangées, les pays devront télécharger toutes les données historiques dans POLIS, y compris les données de l'Égypte, de l'Inde, de la République islamique d'Iran, du Pakistan et de la Tunisie.

Des outils de collecte et d'échange de données seront mis au point pour les pays qui n'utilisent pas ou n'utiliseront pas WebIFA afin de garantir que leurs données de surveillance des PVDVi sont toujours partagées aux niveaux régional et mondial.

Le suivi régulier des indicateurs de performance devrait être effectué sur une base trimestrielle, et les données de surveillance des PVDVi seront publiées dans le cadre de la mise à jour mensuelle globale.

Tâches de l'activité 3

- ✓ Accélérer l'utilisation du module de surveillance WebIFA et PVDVi dans l'ensemble du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et du Bureau régional pour la Méditerranée orientale ;
- ✓ Développer des outils de collecte et d'échange de données pour les pays qui n'utilisent pas WebIFA ;
- ✓ S'assurer que les pays partagent régulièrement leurs données dans POLIS selon le format standardisé; et
- ✓ télécharger toutes les données historiques dans POLIS.

Activité 4. Mettre en place un système de coordination régulière avec les associations des personnes atteintes de trouble d'immunodéficience primaire (IP) et les réseaux d'immunologie.

Les associations des personnes atteintes de trouble d'immunodéficience (IP) et les réseaux d'immunologie jouent un rôle crucial dans l'avancement de la recherche, de l'éducation et des soins aux patients, ainsi que dans la facilitation de l'échange d'informations entre les professionnels de la santé, les patients et leurs

familles. Toutefois, ces réseaux organisés sont rares. Dans les régions dépourvues de ces ressources, des centres indépendants et des petits réseaux non coordonnés assurent ces services spécialisés.¹⁷

Une cartographie et une connexion avec les associations régionales et les réseaux d'immunologie constituera une première étape nécessaire pour les sensibiliser au risque du PVDVi tout en promouvant la surveillance des PVDVi. Au moins une session de sensibilisation avec les sociétés d'immunodéficience primaire devrait être prévue chaque année.

Tâches de l'activité 4 :

- ✓ Identifier et cartographier les associations et réseaux d'immunologie existants ; et
- ✓ Etablir des liens avec ces réseaux existants et les sensibiliser.

Activité 5. Assurer la coordination avec les groupes de recherche sur les thérapies antivirales, les anticorps monoclonaux et les diagnostics rapides.

Les thérapies antivirales contre le poliovirus sont toujours en cours de développement, y compris une thérapie combinée de deux médicaments : le pocapavir (V-073) et l'imocitrelvir (V-7404). Toutefois, seul le pocapavir est actuellement disponible dans le cadre d'un usage compassionnel pour les patients atteints de trouble d'immunodéficience primaire (IP) excréant le poliovirus, y compris le PVDVi.

Des mises à jour sur les progrès, la disponibilité et la distribution coordonnée des antiviraux dans le cadre de l'usage compassionnel seront fournies par le programme polio, qui assure le suivi du développement des thérapies antivirales et des anticorps monoclonaux.

Un test de diagnostic rapide est en cours de développement pour dépister les filles et les garçons à risque de formes spécifiques de trouble d'immunodéficience primaire (IP), en particulier celles qui incluent un déficit en anticorps primaires. Les personnes dont les résultats indiquent un faible taux d'immunoglobuline G devraient subir des tests de suivi supplémentaires pour confirmer ou diagnostiquer le trouble d'immunodéficience primaire (IP). Le test rapide a été conçu sous la forme d'une bandelette abordable et facile à utiliser.¹⁸

Tâches de l'activité 5 :

- ✓ Suivre les progrès réalisés en matière de thérapie antivirale, d'anticorps monoclonaux et de diagnostics sur le lieu de soins ;
- ✓ Informer les pays des recommandations actuelles et des étapes de l'usage compassionnel du pocapavir ; et
- ✓ Faciliter la communication entre les médecins traitants et les fabricants d'antiviraux afin d'obtenir des médicaments antiviraux dans le cadre d'un usage compassionnel.

La redevabilité de la mise en œuvre de chacune des tâches aux niveaux national, régional/sous-régional et mondial est détaillée dans le cadre de redevabilité pour le GPSAP 2025-2026 dans l'Annexe E.

¹⁷ Nordin J, Solís L, Prévot J, Mahlaoui N, Chapel H, Sánchez-Ramón S et al. The PID Principles of Care: Where Are We Now? A Global Status Report Based on the PID Life Index. *Front. Immunol.* 2021;12:780140. doi:10.3389/fimmu.2021.780140.

¹⁸ Israeli S, Golden A, Atalig M, Mekki N, Rais A, Storey H et al. A Novel Point-of-Care Rapid Diagnostic Test for Screening Individuals for Antibody Deficiencies. *J Clin Immunol.* 2021;42:394–403. doi:10.1007/s10875-021-01179-0.

Surveillance des laboratoires

Objectif 4. Maintenir et renforcer l'intégrité, la capacité et l'efficacité du RMLP

Au cours des trois dernières décennies, l'IMEP s'est appuyée sur les tests et les données précis et opportuns fournis par le RMLP.¹⁹ Composé de 144 laboratoires accrédités par l'OMS, répartis dans 91 pays des six régions de l'OMS, le RMLP travaille en étroite coordination avec les systèmes de surveillance de la PFA et de la SE. Ces systèmes de surveillance ayant pris des mesures pour améliorer leur sensibilité, le nombre d'échantillons reçus pour être testés a augmenté. Le RMLP a répondu à cette augmentation de la charge de travail par un renforcement dynamique des capacités et de la planification. Maintenant que de nouvelles méthodes d'analyse en laboratoire se profilent à l'horizon, le RMLP évalue systématiquement chaque méthode et les données de contrôle de la qualité qui y sont associées.

Vision : Dans le cadre du GPSAP 2025-2026, le RMLP maintiendra l'intégrité et l'efficacité du réseau de laboratoires afin de soutenir les activités d'éradication et d'élimination dans toutes les régions. D'ici fin 2026, le RMLP vise à atteindre les objectifs suivants :

- tous les laboratoires seront entièrement accrédités avec une supervision et un mécanisme de redevabilité renforcés ;
- amélioration des délais d'exécution en veillant à ce que tous les pays et territoires hautement prioritaires puissent envoyer directement des échantillons à un laboratoire du RMLP doté d'une capacité de séquençage ;
- des plans d'intégration de nouveaux laboratoires de séquençage seront validés et mis en œuvre ; et
- une stratégie visant l'intégration de la surveillance du poliovirus en laboratoire dans la surveillance globale des MEV sera définie et testée à titre expérimentale dans au moins deux pays.

Tableau 6. Activités principales et indicateurs clés de performance pour l'objectif 4

Activités principales	Indicateurs clés de performance et de processus
1. Renforcer la supervision des systèmes de gestion de la qualité dans tous les laboratoires du RMLP.	<ul style="list-style-type: none"> • ≥80% des laboratoires du RMLP disposent d'un statut d'accréditation (≤ 2 ans) et les données sont enregistrées et validées dans le RMLPMS. • Au moins une session de formation sur la gestion des laboratoires est organisée dans chacune des six régions de l'OMS d'ici fin 2025. • ≥90% des laboratoires du RMLP ont reçu et traité les panels d'essais d'aptitude en 2025-2026 et ont communiqué les résultats dans le RMLPMS.
2. Maintenir et renforcer la capacité de traitement dans tous les laboratoires du RMLP, en donnant la priorité à ceux qui desservent des pays et territoires hautement prioritaires.	<ul style="list-style-type: none"> • ≥80% des laboratoires du RMLP desservant des pays et territoires hautement prioritaires disposent d'un plan d'urgence validé par le Bureau régional. • Le RMLP soutient au moins deux formations par an sur le renforcement des capacités en matière de surveillance moléculaire. • Un rapport annuel sur l'état d'avancement de la plateforme et des accords à long terme sont établis.
3. Poursuivre l'évaluation des méthodologies et algorithmes nouveaux ou adaptés et les mettre en œuvre après validation, en donnant la priorité aux	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % des pays et territoires hautement prioritaires peuvent envoyer directement des échantillons à un laboratoire de séquençage accrédité par l'OMS, avec un maximum d'un envoi international d'ici fin 2026. • La décision du groupe de travail restreint (SWG) sur l'acceptation ou la recommandation de la méthode DD est communiquée deux mois après la soumission du dossier.

¹⁹ Pour les rapports et publications du RLMP, voir le site web de l'IMEP : Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. GPEI Resource Hub, Global Polio Laboratory Network Reports [site web]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2025 (https://polioeradication.org/resource-hub/?rh_policy_and_report_types=global-polio-laboratory-network-reports), consulté le 28 février 2025).

laboratoires desservant des pays et territoires hautement prioritaires.	<ul style="list-style-type: none"> Le rapport et les recommandations du SWG sur les systèmes d'assurance et de contrôle de la qualité proposés par les développeurs de méthodes de détection directe sont disponibles deux mois après la soumission du dossier. Les plans régionaux de mise en œuvre des méthodes nouvellement acceptées/recommandées sont disponibles trois mois après la décision du SWG sur l'acceptation ou la recommandation de la nouvelle méthode.
4. Poursuivre la collaboration avec des réseaux élargis de surveillance en laboratoire, y compris avec d'autres MEV, et documenter les activités d'intégration.	<ul style="list-style-type: none"> La note conceptuelle est validée et testée à titre expérimental dans deux pays d'ici juin 2025. Des rapports d'avancement sur les panels harmonisés d'évaluation externe de la qualité (EEQ) sont publiés par le RMLP et les réseaux de laboratoires des MEV LabNets. Les réunions des comités de pilotage du PoNS et du MeaNS/RubeNS ont lieu au moins une fois par an. Des essais pilotes d'exercices d'accréditation conjoints des MEV sont organisés dans au moins deux pays d'ici la mi-2025, et des recommandations sont publiées d'ici fin 2025.
5. Élaborer une stratégie pour la viabilité à long terme des fonctions essentielles du RMLP	<ul style="list-style-type: none"> Le document sur les principes directeurs concernant les fonctions et la structure du RMLP est publié. Un plan consolidé de viabilité du RMLP est élaboré d'ici fin 2025 pour soutenir l'intégration et informer la planification stratégique afin de maintenir les fonctions des laboratoires une fois que les objectifs stratégiques de l'IMEP auront été atteints.

DD = détection directe; EEQ = évaluation externe de la qualité; RMLP = Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite ; LabNets = réseaux de laboratoires; RMLPMS = Système de gestion du réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite; MeaNS = Surveillance des nucléotides de la rougeole (base de données); PoNS = Séquence nucléotidique du poliovirus (base de données) ; QA = assurance qualité ; QC = contrôle qualité ; RubeNS = Surveillance nucléotidique de la rubéole (base de données) ; SWG = Groupe de travail restreint (ad hoc RMLP); MEV = maladies évitables par la vaccination .

Activité principale 1. Renforcer la supervision des systèmes de gestion de la qualité dans tous les laboratoires du RMLP

Les systèmes de gestion de la qualité contribuent à améliorer la fiabilité et la précision des résultats des tests et des données en fournissant des preuves objectives de la conformité aux exigences du laboratoire. Une supervision efficace du système de gestion de la qualité des laboratoires (LQMS) est un processus continu qui vise à maintenir et à renforcer la gestion des laboratoires conformément aux normes et aux orientations de l'OMS (telles que : Laboratory biosécurité guidance ; Global Action Plan for Poliovirus Containment GAPIV de l'OMS ; et Poliovirus containment: guidance to minimize risks for facilities collecting, handling or storing materials potentially infectious for polioviruses). Les résultats des activités dans le cadre du LQMS doivent être consignés dans le système de gestion du réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite.

Des activités de gestion de la qualité seront mises en œuvre pour relever les défis liés à l'évolution des exigences et des normes, à la rotation du personnel, aux priorités concurrentes au sein des laboratoires et aux attentes croissantes à mesure que l'IMEP se rapproche de l'éradication. Ces activités sont les suivantes :

- l'élaboration d'une documentation complète basée sur les documents existants de l'OMS (tels que le manuel LQMS, le Programme mondial pour le leadership des laboratoires, et Polio Laboratory Biosafety modules) ;
- des revues périodiques et des revues documentaires approfondies sur place qui suivent des procédures d'audit détaillées ;
- une formation annuelle (remise à niveau) sur la gestion des laboratoires et les essais d'aptitude pour toutes les méthodes recommandées et acceptées ;

- des plans d'accréditation de deux ans pour tous les laboratoires, validés par le siège de l'OMS (pour les laboratoires spécialisés mondiaux et les laboratoires de référence régionaux) et par les bureaux régionaux (pour les laboratoires nationaux de la poliomyélite) ; et
- l'élaboration et l'adoption d'un processus de validation interne des méthodes acceptées.

Tâches de l'activité 1

- ✓ Valider les plans d'accréditation de deux ans pour tous les laboratoires du RMLP ;
- ✓ Soutenir LQMS et documenter les résultats dans le système de gestion du réseau mondial des laboratoires de la poliomyélite; rédiger et approuver un processus de validation interne des méthodes acceptées;
- ✓ Elaborer des procédures d'audit détaillées et mettre en œuvre une documentation complète sur le système de qualité des laboratoires ;
- ✓ Mettre en œuvre une formation annuelle (de remise à niveau) en gestion de laboratoires dans l'ensemble du RMLP ;
- ✓ Veiller à ce que les procédures et les pratiques de travail des laboratoires du RMLP soient alignées sur les normes et les orientations de l'OMS; et
- ✓ Fournir des tests d'aptitude à tous les laboratoires du RMLP pour toutes les méthodes recommandées et acceptées.

Activité principale 2. Maintenir et renforcer la capacité de traitement de tous les laboratoires du RMLP, en accordant la priorité à ceux qui desservent des pays et territoires hautement prioritaires.

Les processus et les capacités d'approvisionnement des laboratoires varient selon les régions. Chaque étape doit être systématiquement examinée afin d'identifier les moyens d'améliorer l'efficacité.

Les processus d'approvisionnement dans l'ensemble du RMLP seront rationalisés en examinant les pratiques actuelles, en identifiant les lacunes et les points de blocage, en élaborant des plans pour les centres régionaux et mondiaux (stocks) et en concluant des accords à long terme avec les principaux fabricants de consommables, de réactifs et d'équipements.

Les capacités seront améliorées grâce à une gestion souple des ressources. Les plans d'urgence des laboratoires desservant les pays et territoires hautement prioritaires seront régulièrement renforcés, suivis et évalués afin d'assurer la continuité des tests. Des plans de formation seront élaborés et, lorsqu'ils existent déjà, ils seront améliorés pour le personnel chargé des méthodes moléculaires. D'une manière générale, le personnel de surveillance moléculaire respectant la parité de genre sera renforcé et maintenu grâce à des plans régionaux pluriannuels budgétisés, alignés et coordonnés au niveau mondial, qui répondront aux besoins en matière de formation et d'assistance technique.

Tâches de l'activité 2:

- ✓ Renforcer, suivre et évaluer les plans d'urgence de tous les laboratoires desservant des pays et territoires hautement prioritaires ;
- ✓ Renforcer et maintenir une main-d'œuvre respectant la parité de genre dans le domaine de la surveillance moléculaire grâce à des plans régionaux pluriannuels budgétisés ; et

- ✓ Optimiser les processus d'approvisionnement dans l'ensemble du RMLP en élaborant des plans pour la mise en place de plateformes régionales et mondiales (stocks) et en concluant des accords à long terme avec les fabricants.

Activité principale 3. Poursuivre l'évaluation de méthodologies et d'algorithmes nouveaux ou adaptés et les mettre en œuvre après validation, en donnant la priorité aux laboratoires desservant des pays et territoires hautement prioritaires.

Le RMLP a régulièrement renforcé les capacités des laboratoires, avec plus de 130 laboratoires participant aux derniers essais d'aptitude moléculaire de la DIT et 28 laboratoires ayant achevé les essais d'aptitude de séquençage. L'augmentation du nombre de laboratoires capables d'effectuer des tests moléculaires a permis de réduire considérablement les délais de traitement, car il n'est plus nécessaire d'envoyer les échantillons aux laboratoires de séquençage accrédités par l'OMS.

Le RMLP continuera à donner la priorité à l'expansion et au renforcement des capacités de séquençage afin d'améliorer la rapidité des résultats de laboratoire.

L'élargissement de laboratoires de séquençage s'inscrit dans un cadre établi par le SWG ad hoc du RMLP. Dans le cadre de cette expansion, le RMLP suivra l'intégration de six nouveaux laboratoires de séquençage, le laboratoire d'Ibadan au Nigéria et le laboratoire d'Ouganda devant être accrédité début 2025.

Les méthodes de détection directe, actuellement en cours de validation dans les laboratoires du RMLP, pourraient permettre de réduire encore les délais d'exécution. Un soutien sera apporté à tous les essais pilotes en cours pour les deux méthodes de détection directe. Une fois que les développeurs de ces méthodes auront soumis un dossier pour examen, le SWG prendra une décision d'acceptation de la méthode dans un délai de deux mois. En cas d'approbation, le SWG fournira un rapport avec des recommandations basées sur les systèmes d'assurance et de contrôle de qualité fournis par les développeurs de méthodes dans un délai de deux mois. Dans les trois mois suivant l'acceptation, le SWG élaborera des plans de mise en œuvre régionaux pour les nouvelles méthodes et les nouveaux algorithmes.

Tâches de l'activité 3

- ✓ Suivre les progrès de l'intégration de nouveaux laboratoires de séquençage, l'objectif étant d'ajouter six nouveaux laboratoires de séquençage au réseau ;
- ✓ Soutenir la finalisation de tous les essais pilotes en cours pour les deux méthodes DD (DD-DIT et DDSN), et obtenir la décision du SWG dans les deux mois suivant la soumission d'un dossier complet par les développeurs de ces méthodes ;
- ✓ Examiner et valider les systèmes complets d'assurance et de contrôle de qualité fournis par les développeurs de ces méthodes ; et
- ✓ Soutenir l'élaboration de plans de mise en œuvre régionaux pour les méthodes et algorithmes de test acceptés et recommandés.

Essais pilotes des méthodes de détection directe*

Détection directe avec différenciation intratypique (DD-DIT) sous la direction de CDC

La phase 2 du projet pilote utilise l'extraction automatisée de l'ARN et a débuté en décembre 2023 avec la formation du personnel de laboratoire. Des essais pilotes parallèles sont en cours.

Sur la base des données présentées au SWG*, sur 13 critères, huit ont été entièrement remplis pour le statut recommandé et cinq ne l'ont pas été.

La DD-DIT et la DDSN nécessiteront l'augmentation de la capacité de séquençage des laboratoires dans l'ensemble du RMLP, ce qui est une activité clé soutenue par le GPSAP.

*À partir d'octobre 2024.

Détection directe par séquençage nanopore (DDSN), sous la direction du National Institute for Biological Standards and Control et de l'Imperial College.

L'essai pilote de la phase 2 est axé sur les essais parallèles avec la méthodologie actuelle (IV, DIT) et séquençage) et a débuté au troisième trimestre 2024 dans cinq laboratoires (République démocratique du Congo, Ghana, Kenya, Madagascar et Pakistan).

Sur la base des données présentées au SWG*, sur 13 critères, quatre ont été entièrement remplis pour le statut recommandé, quatre ont été partiellement remplis et cinq n'ont pas été remplis.

Activité principale 4. Poursuivre la collaboration avec des réseaux élargis de surveillance en laboratoire, y compris ceux des autres maladies évitables par la vaccination (MEV), et documenter les activités d'intégration.

Le RMLP est un leader en matière de tests moléculaires et de notifications en matière de santé publique. Cela offre des possibilités d'intégration des tests de dépistage de la poliomyélite dans des réseaux plus vastes de surveillance en laboratoire.

L'intégration des tests de laboratoire pour de multiples Maladies évitables par la vaccination sera facilitée par l'expansion de la capacité de test moléculaire au sein du RMLP.²⁰ Pour soutenir cet effort, le SWG élaborera une note conceptuelle sur l'intégration entre le RMLP et d'autres réseaux de laboratoires pour les MEV, dans le but de mener des activités pilotes dans au moins deux pays d'ici juin 2025.

Concernant l'intégration de la poliomyélite avec la rougeole/rubéole et d'autres MEV, le RMLP a prévu ce qui suit :

- L'harmonisation des groupes d'évaluation externe de la qualité et de la gestion des réactifs entre la poliomyélite et la rougeole/rubéole par le biais du système international de réactifs de référence, avec des rapports d'avancement publiés par le RMLP et les réseaux de laboratoires des MEV ;
- l'harmonisation des politiques et de pratiques en matière de gestion des données entre la base de données sur les séquences nucléotidiques du poliovirus (PoNS) et la base de données sur la surveillance des séquences nucléotidiques de la rougeole (MeaNS) / la surveillance des séquences nucléotidiques de la rubéole (RubeNS), avec des réunions du comité directeur au moins une fois par an; et;
- un exercice d'accréditation conjoint, comprenant le renforcement des capacités pour la poliomyélite, la rougeole, le rotavirus et/ou l'encéphalite japonaise/la fièvre jaune, qui sera piloté dans deux pays d'ici la mi-2025 et dont les recommandations seront publiées d'ici fin 2025.

²⁰ Diop OM, Kew OM, de Gourville EM, Pallansch MA. The Global Polio Laboratory Network as a Platform for the Viral Vaccine-Preventable and Emerging Diseases Laboratory Networks J Infect Dis. 2017;216(suppl_1):S299–S307. doi:10.1093/infdis/jix092.

Tâches de l'activité 4 :

- ✓ Élaborer une note conceptuelle sur le but et les activités à intégrer entre les réseaux de laboratoires de la poliomyélite et d'autres MEV, qui fera l'objet d'un essai pilote dans au moins deux pays ;
- ✓ Harmoniser les groupes d'évaluation externe de la qualité et la gestion des réactifs entre la poliomyélite et la rougeole/rubéole par l'intermédiaire du système international de réactifs de référence ;
- ✓ Aligner les politiques et les pratiques de gestion et de partage des données de séquençage pour la poliomyélite et la rougeole ; et
- ✓ Piloter un exercice d'accréditation commun, y compris le renforcement des capacités, avec la rougeole, le rotavirus et/ou l'encéphalite japonaise/la fièvre jaune.

Activité principale 5. Élaborer une stratégie pour la pérennité à long terme des fonctions essentielles du RMLP

Une surveillance robuste du poliovirus en laboratoire sera essentielle pour maintenir un monde exempt de polio. Alors que l'IMEP se rapproche de ses objectifs stratégiques, les capacités minimales des laboratoires doivent être définies et documentées afin d'éclairer les décisions de financement et plaider en faveur du modèle du RMLP qui s'est avéré efficace et durable au cours des trois dernières décennies.

Des consultations approfondies entre les parties prenantes seront organisées pour définir les "principes directeurs" du RMLP. D'ici fin 2026, le SWG élaborera un plan consolidé de viabilité du RMLP qui détaillera les procédures de diagnostic et les algorithmes de test spécifiques au contexte, y compris les niveaux relatifs de test moléculaire par rapport à l'IV, les capacités minimales requises au niveau régional et les emplacements stratégiques de ces capacités dans chaque région pour soutenir l'élimination du PVDVc.

Tâches de l'activité 5

- ✓ Définir les fonctions et la structure du RMLP dans une note conceptuelle d'ici fin 2026 ;
- ✓ Elaborer des orientations sur les procédures de diagnostic et les algorithmes de test spécifiques au contexte, ainsi que sur les capacités minimales requises au niveau régional pour soutenir l'élimination du PVDVc ; et
- ✓ Plaider en faveur de la durabilité financière et du maintien du modèle RMLP.

La redevabilité de la mise en œuvre de chacune des tâches aux niveaux national, régional/sous-régional et mondial est détaillée dans le cadre de redevabilité pour le GPSAP 2025-2026 dans l'Annexe E.

Gestion des données et des informations

Objectif 5. Planifier un avenir intégré tout en augmentant l'efficacité des données pour l'action

Alors que l'IMEP prévoit l'intégration des activités de surveillance de la poliomyélite dans d'autres systèmes de surveillance des maladies et le transfert des fonctions liées à la poliomyélite aux gouvernements nationaux avec le soutien des agences, la base de données mondiale et exhaustive sur la polio (POLIS) reste essentielle pour atteindre et maintenir l'éradication, notamment en l'intégrant et en l'alignant sur les systèmes d'information existants dans les régions et les pays. POLIS reste au cœur de la stratégie globale de gestion des données du programme en tant que plateforme intégrée de données pour la surveillance du poliovirus, la riposte aux flambées, les activités d'éradication et la gestion des vaccins.

Pour soutenir ces priorités, POLIS sera adapté pour répondre à l'évolution des demandes tout en garantissant des données précises et fiables et en assurant une interopérabilité transparente avec d'autres systèmes/bases de données pour préparer l'avenir. POLIS soutiendra pleinement le programme à tous les niveaux et parmi tous les partenaires en fournissant des données de haute qualité pour atteindre les objectifs de l'IMEP.

Vision : D'ici fin 2026, POLIS vise à devenir la pierre angulaire de l'intégrité et de la fiabilité des données, avec des capacités de transformation des données, avancées. Pour concrétiser cette vision, deux étapes ont été définies. Ces étapes sont ambitieuses et leur réalisation dépendra des capacités régionales et des défis pratiques associés aux améliorations rapides du système. C'est pourquoi les calendriers et les approches spécifiques à chaque région seront adaptés en conséquence.

- D'ici fin 2025, une intégration totale avec les systèmes de surveillance de la poliomyélite existants dans les régions et les pays sera réalisée. Cette intégration est essentielle pour créer une plateforme unifiée garantissant une utilisation robuste du système, répondant aux besoins et à la satisfaction des utilisateurs.
- D'ici fin 2026, l'intégrité et la fiabilité des données seront assurées, ce qui permettra une interopérabilité transparente avec l'écosystème de surveillance des MEV. Des données fiables sont essentielles pour une prise de décision précise et une mise en œuvre efficace du programme, ce qui en fait une étape fondamentale.

Tableau 7. Activités principales et Indicateurs clés de performance et de processus (ICPP) pour l'objectif 5

Activités principales	Indicateurs clés de performance et de processus (ICPP)
1. Veiller à ce que POLIS contienne tous les éléments de données nécessaires aux objectifs et activités programmatiques (y compris la certification).	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % des indicateurs clés pour la certification sont validés d'ici juin 2025. • Des outils de vérification des données et des outils automatisés sont élaborés et mis en œuvre d'ici décembre 2025. • Un module de surveillance des PVDVi est développé et mis en œuvre dans au moins un pays par région d'ici fin 2025. • Un système de gestion des demandes (ticketing) est mis en place d'ici juin 2025.
2. Apporter des améliorations/moderniser les systèmes d'information régionaux et nationaux.	<ul style="list-style-type: none"> • ≥80% des laboratoires desservant des pays et territoires hautement prioritaires utilisent WebIFA d'ici fin 2025. • ≥50% des pays et territoires hautement prioritaires utilisent WebIFA pour la surveillance de la PFA et la SE d'ici fin 2025. • Tous les pays et territoires hautement prioritaires disposent de systèmes autres que WebIFA ont établi des connexions avec POLIS via la plateforme xMart d'ici fin 2025.
3. Renforcer la gestion des données et la capacité d'analyse aux niveaux national et régional	<ul style="list-style-type: none"> • Des manuels d'utilisation pour WebIFA et POLIS sont disponibles. • ≥50% des pays et territoires hautement prioritaires participent à des ateliers de gestion et d'analyse des données.
4. Préparer POLIS à un transfert futur ou à une intégration avec d'autres systèmes de gestion des données et d'information	<ul style="list-style-type: none"> • Les principales fonctionnalités de POLIS sont autonomes et un budget de maintenance y afférent est élaboré. • Un <i>rapport sur la transition et la durabilité (Transition and Sustainability Report)</i> de POLIS est disponible.
5. Renforcer la collaboration avec les parties prenantes mondiales pour favoriser l'intégration, la normalisation, la transparence et la coordination interrégionale	<ul style="list-style-type: none"> • Des réunions semestrielles avec les gestionnaires des systèmes d'information régionaux sont organisées. • Des réunions de coordination trimestrielles avec les départements IVB et WHE sont organisées. • Une réunion du comité directeur de POLIS est organisée au moins une fois par an.

PFA = paralysie flasque aiguë ; SE = surveillance environnementale ; IVB = Vaccination, vaccins et produits biologiques (département de l'OMS) ; PVDVi = Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à un déficit immunitaire ; POLIS = Système d'information sur la poliomyélite ; WebIFA = information en ligne pour l'action (système) ; WHE = Programme de gestion des situations d'urgence de l'OMS.

Activité principale 1. Veiller à ce que POLIS contienne tous les éléments de données nécessaires aux objectifs et activités programmatiques (y compris la certification).

Il est essentiel que POLIS dispose des données nécessaires à une prise de décisions éclairées, à une mise en œuvre efficace et pertinente et à une certification fiable. Le siège de l'OMS identifiera et validera les paramètres clés, développera et tiendra à jour les sources de données et améliorera les capacités d'analyse des indicateurs de surveillance de la poliomyélite. Des étapes de vérification seront utilisées pour valider les modifications apportées aux données lors de chaque publication et pour signaler les changements majeurs apportés par les pays ou les bureaux régionaux de l'OMS.

Les activités principales comprennent l'amélioration de l'intégration de la SE, le développement d'un module de surveillance des PVDVi, l'interconnexion avec les plateformes régionales de surveillance électronique (telles que eSURV et la supervision formative intégrée dans la Région africaine) et la collaboration avec les bureaux régionaux pour améliorer les liens avec d'autres sources de données (telles que la surveillance active et les données du réseau de notification dans la région de la Méditerranée orientale) et pour normaliser et rapprocher les circuits analytiques en mettant l'accent sur l'intégration avec les systèmes centralisés.

Des efforts seront entrepris pour améliorer l'expérience des parties prenantes, notamment par la mise en place d'un processus de revue manuelle pour les changements signalés et le développement d'un système de notification permettant d'alerter les parties prenantes sur les principaux changements de données et les résultats de la vérification. Un système de gestion de demandes (ticketing) convivial sera mis en place pour traiter toutes les questions signalées sur le terrain dans un délai de 72 heures, et des contrôles réguliers de la qualité des données permettront de maintenir des normes élevées en matière de précision et d'intégrité. L'ensemble de ces efforts garantira la fiabilité des données de POLIS et l'expérience des parties prenantes pour une surveillance et une certification efficace de la poliomyélite.

Tâches de l'activité 1

- ✓ Valider les indicateurs de certification dans POLIS, y compris les statistiques sources et les dénominateurs ;
- ✓ Etablir des protocoles détaillés de vérification des données et mettre en œuvre des outils automatisés pour garantir l'intégrité des données et détecter les changements majeurs lors de chaque publication ;
- ✓ Développer et mettre en œuvre un module de surveillance des PVDVi (dans WebIFA ou les systèmes existants) permettant de télécharger les données de surveillance des PVDVi dans POLIS ;
- ✓ Intégrer et normaliser les chaînes analytiques avec les bureaux régionaux de l'OMS afin de saisir les données sources ; et
- ✓ Mettre en place un système de gestion de demandes (ticketing) pour garantir que les problèmes liés à POLIS soient traités dans les 72 heures.

Activité principale 2. Améliorer/moderniser les systèmes d'information régionaux et nationaux

Les systèmes de données et d'information qui soutiennent le programme à l'échelle mondiale utilisent une variété d'outils fonctionnant avec des capacités variables. Une évaluation et une documentation détaillées de ces disparités sont essentielles pour évaluer la faisabilité et fixer des objectifs spécifiques à chaque région. La modernisation des systèmes d'information régionaux et nationaux de l'OMS permettra de rationaliser les processus, d'améliorer l'intégration des données et de faciliter la prise de décision. Elle favorisera également la collaboration au sein du programme, contribuant ainsi à l'élaboration des politiques plus efficaces et à une meilleure mise en œuvre du programme.

WebIFA sera déployé et mis en œuvre dans tous les laboratoires accrédités par l'OMS dans les Régions africaine et de Méditerranée orientale, ainsi que dans les pays participants.²¹ Des formations sur WebIFA ainsi qu'un appui à la mise en œuvre seront fournis.

Pour les pays qui choisissent d'utiliser un autre système d'information pour la poliomyélite, des liens avec les bureaux régionaux seront établis à l'aide d'une interface de programmation d'applications et de chaînes de traitement vers POLIS via la plateforme xMart. Cette approche permettra de normaliser et de rationaliser la gestion des données afin de permettre une intégration fluide des données et une interopérabilité transparentes des systèmes.

Tâches de l'activité 2 :

- ✓ Déployer WebIFA dans les laboratoires accrédités par l'OMS dans les Régions africaine et de la Méditerranée orientale ;
- ✓ Déployer WebIFA dans les pays participants des Régions africaine et de la Méditerranée orientale, et
- ✓ Veiller à ce que les pays disposant de systèmes autres que WebIFA puissent continuer à partager des données avec POLIS via la plateforme xMart.

Activité principale 3. Renforcer la gestion des données et la capacité d'analyse aux niveaux national et régional

Bien que la mise à niveau des systèmes d'information nationaux et régionaux présente des avantages évidents, ces nouveaux systèmes sont mis en place dans un contexte où des sources de données se multiplient souvent en parallèle et où le volume croissant des données représente un défi en soi. Il sera important pour les pays et les régions de traiter efficacement leurs données tout en garantissant leur qualité.

Le renforcement des capacités par la mise à disposition de nouveaux manuels d'utilisation, d'outils, de formations et d'un engagement en faveur d'une coordination étroite contribuera à répondre aux enjeux critiques et à améliorer la capacité des régions et des pays à traiter et à utiliser leurs données. La disponibilité des outils analytiques POLIS permettra également d'étendre et de renforcer les capacités nationales et régionales. Avec l'appui des bureaux régionaux, les pays devraient renforcer leurs capacités d'analyse afin de mener rapidement des évaluations (revues documentaires et sur le terrain) en cas de besoin, cela inclura un soutien régional pour mettre en œuvre des évaluations dans les pays ayant des capacités limitées et d'un appui technique mondial pour fournir l'expertise technique nécessaire à la mise en œuvre des revues documentaires et sur le terrain.

Tâches de l'activité 3

- ✓ Élaborer des manuels d'utilisation pour les systèmes d'information sur la poliomyélite (WebIFA, POLIS) ;
- ✓ Renforcer la capacité des régions et des pays à traiter et à utiliser leurs données ainsi que les fonctions analytiques de POLIS ; et
- ✓ Elargir et renforcer la capacité analytique des pays à mener rapidement des revues documentaires et sur le terrain à l'aide des outils analytiques de POLIS.

²¹ WebIFA est un système d'information pour l'action basé sur le web au niveau national destiné à remplacer le système archaïque d'information pour l'action. Il relie les données de laboratoire et de terrain en un seul endroit et permet de saisir les cas de PFA, les contacts de PFA, les échantillons avec les résultats de laboratoire, les informations sur les sites de la SE et les échantillons, ainsi que d'autres outils de surveillance électronique (par exemple, eSURV de la région africaine de l'OMS pour la surveillance active et le suivi des échantillons).

Activité principale 4. Préparer POLIS à un transfert futur ou à une intégration avec d'autres systèmes de gestion des données et d'information

Pour que le système soit robuste et autonome, il faut s'assurer que ses fonctions essentielles soient fiables, faciles à entretenir et indépendantes. La mise en place d'un POLIS durable nécessitera un travail assidu, mais elle permet également d'optimiser l'allocation des coûts et des ressources, de réduire la dépendance du programme à l'égard des ressources externes et d'assurer un fonctionnement continu.

Les tâches liées à la durabilité comprennent : la formalisation d'un budget de maintenance pour garantir la portabilité et la stabilité du système; l'intégration des principales fonctionnalités de POLIS dans des environnements autonomes afin de garantir des performances cohérentes entre les différents systèmes à tous les niveaux (siège de l'OMS, bureaux régionaux et nationaux) ; la revue du processus d'audit pour identifier les forces et les faiblesses; ainsi que l'élaboration d'un *rapport sur la transition et la durabilité (Transition and Sustainability Report)* pour soutenir la planification à long terme et la communication avec les parties prenantes.

La cartographie des processus visant à définir les zones de chevauchement avec le système global de surveillance des MEV viendra appuyer les efforts d'intégration. Parallèlement à la cartographie des processus, les principales conclusions et recommandations seront présentées au comité directeur de POLIS afin d'assurer un alignement stratégique avec la surveillance de la poliomyélite tout en créant des synergies avec d'autres programmes pour promouvoir la viabilité à court et à long terme.

Tâches de l'activité 4 :

- ✓ Intégrer les principales caractéristiques de POLIS dans des environnements autonomes, automatisés et nécessitant peu de maintenance ;
- ✓ Elaborer, finaliser et publier un *rapport sur la transition et la durabilité (Transition and Sustainability Report)* ; et
- ✓ Réaliser une cartographie des processus et présenter les conclusions et les recommandations au comité directeur de POLIS.

Activité principale 5. Renforcer la collaboration avec les parties prenantes mondiales pour favoriser l'intégration, la normalisation, la transparence et la coordination interrégionale.

La collaboration est essentielle pour affiner les meilleures pratiques et améliorer la prise de décision. Dans le cadre des systèmes de données et d'information, la collaboration facilite également l'interopérabilité fluide des différents systèmes de données, normalise les processus pour garantir la cohérence, la fiabilité et la transparence, et favorise une approche globale centrée sur l'utilisateur. En outre, et spécifiquement pour POLIS, la collaboration permet de maintenir l'engagement des principales parties prenantes, d'intégrer les exigences régionales en matière de données et d'assurer l'alignement stratégique.

Le renforcement de la communauté de pratique au cœur de POLIS favorise un apprentissage continu et le partage des meilleures pratiques. Les activités principales comprennent la mise en place de plusieurs forums de coordination pour veiller à ce que les exigences régionales en matière de données soient identifiées en vue d'une intégration minutieuse dans POLIS afin de répondre au mieux aux besoins des utilisateurs, pour promouvoir l'intégration du système et normaliser la gestion des données dans les régions tout en assurant l'alignement stratégique et la pertinence de POLIS par rapport au programme. Par ailleurs, pour élargir le pool d'utilisateurs de POLIS, le programme étudiera la possibilité d'intégrer POLIS dans la formation STOP (Stop Transmission of Polio) afin de doter les participants de compétences essentielles et de renforcer la collaboration mondiale.

Tâches de l'activité 5

- ✓ Organiser des réunions semestrielles avec les responsables des systèmes d'information régionaux et des appels trimestriels du groupe d'utilisateurs de POLIS pour s'assurer que POLIS réponde aux besoins des utilisateurs ;
- ✓ Organiser des réunions de coordination trimestrielles avec le département "Vaccination, vaccins et produits biologiques" de l'OMS (IVB) et le Programme de gestion des situations d'urgence de l'OMS (WHE) afin de promouvoir l'intégration et la normalisation ; et
- ✓ Organiser des réunions semestrielles du comité directeur de POLIS pour orienter les développements de la collaboration.

La redevabilité de la mise en œuvre de chacune des tâches aux niveaux national, régional/sous-régional et mondial est détaillée dans le cadre de redevabilité pour le GPSAP 2025-2026 dans l'Annexe E.

Gestion et redevabilité

Objectif 6. Améliorer la gestion de la surveillance et la redevabilité

Alors que les objectifs stratégiques de l'IMEP sont atteints et que les activités de lutte contre la poliomyélite sont transférées aux gouvernements nationaux avec le soutien des agences partenaires, le succès d'un système de surveillance de la poliomyélite durable et sensible dépendra de l'engagement et de la capacité des ministères nationales de la santé. Pour se préparer à ces changements, Le Groupe chargé de la surveillance suivra et soutiendra les principaux domaines d'activités qui comprennent les activités de surveillance sur le terrain, les tests en laboratoire et les systèmes d'information sur les données. Le personnel chargé de la surveillance mondiale et régionale veillera également à ce que ces domaines d'activités soient bien intégrés dans des systèmes de surveillance complets, avec des plans de travail cohérents et qui bénéficient de l'appui des partenaires de l'IMEP. À mesure que les bases d'une surveillance durable de la poliomyélite sont établies, il sera essentiel que le personnel des programmes nationaux collabore activement avec les équipes régionales et mondiales pour mettre en œuvre ces activités.

Vision : D'ici la fin de l'année 2026, afin d'instaurer la confiance dans la capacité de l'IMEP à atteindre et maintenir l'éradication de la poliomyélite, tous les pays devraient être engagés sur la voie d'une surveillance conforme aux normes de certification grâce à des systèmes de surveillance de la poliomyélite durables et intégrés. Au minimum, les pays recevant un soutien financier de l'IMEP pour la surveillance devraient avoir lancé des plans de transition visant à maintenir des systèmes de surveillance sensibles. Les pays où la transmission des poliovirus se poursuit (tels que l'Afghanistan, le Nigéria, le Pakistan et la Somalie) devront élaborer ou actualiser des plans de transition. Tous les autres pays présentant un risque élevé de flambées de poliomyélite devraient commencer à mettre en œuvre leurs plans de transition d'ici fin 2026. En outre, les pays qui ne bénéficient pas actuellement du soutien de l'IMEP devront veiller à préserver la viabilité de leur système de surveillance intégrée des MEV afin d'assurer une transition complète d'ici l'éradication du PVS1 et l'élimination du PVDVc2.

Tableau 8. Activités principales et indicateurs clés de performance et de processus (ICPP) pour l'objectif 6

Activités principales	Indicateurs clés de performance et de processus
1. Élaborer et suivre la mise en œuvre du GPSAP dans les pays et territoires hautement prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les plans d'action en matière de surveillance intègrent et s'alignent sur le GPSAP 2025-2026 dans tous les pays et territoires hautement prioritaires. • Un rapport semestriel sur la mise en œuvre du GPSAP est soumis au comité stratégique de l'IMEP.
2. Suivre les risques et les performances de la surveillance dans les pays et territoires prioritaires	<ul style="list-style-type: none"> • Un rapport semestriel sur les ICP et les ICPP est soumis au comité stratégique de l'IMEP.
3. Suivre et soutenir le plan de travail des systèmes de données, du RMLP et des régions	<ul style="list-style-type: none"> • La capacité en ressources humaines pour maintenir les activités de surveillance (laboratoire, systèmes de données et soutien régional) est actualisée. • Des mises à jour trimestrielles du RMLP sur les domaines d'activités des laboratoires sont fournies au Groupe chargé de la surveillance. • Des mises à jour trimestrielles de l'équipe du système d'information sur les données, concernant le déploiement de WebIFA et d'autres volets d'activité, sont fournies au Groupe de surveillance.
4. Suivre et soutenir l'intégration des activités de surveillance de la poliomyélite	<ul style="list-style-type: none"> • Une évaluation rapide des performances de la surveillance est réalisée par $\geq 75\%$ des pays et territoires hautement prioritaires après l'intégration (et le plan d'amélioration, si nécessaire). • L'outil d'intégration de la surveillance de la poliomyélite et la liste de contrôle sont élaborés et diffusés. • Des livres blancs sur les systèmes de surveillance alternatifs pour la détection du poliovirus sont élaborés et diffusés.
5. Suivre et plaider pour une transition durable dans les pays qui reçoivent un financement de l'IMEP pour la surveillance.	<ul style="list-style-type: none"> • Les plans de transition permettent de maintenir des systèmes de surveillance performants dans $\geq 75\%$ des pays et territoires hautement prioritaires. • Dans $\geq 75\%$ des pays et territoires hautement prioritaires, il existe un financement spécifique non rattaché à l'IMEP pour couvrir au moins une partie des coûts de la surveillance de la poliomyélite.

RMLP = Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite; GPSAP = Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite; RH = ressources humaines; ICP = indicateur clé de performance; ICPP = indicateur clé de performance et de processus; SG = Groupe chargé de la surveillance; WebIFA = information basée sur le web pour l'action (système).

Activité principale 1. Développer et suivre la mise en œuvre du GPSAP dans les pays et territoires hautement prioritaires

Les pays et territoires hautement prioritaires devraient élaborer, mettre en œuvre, suivre et rendre compte de leurs plans de renforcement de la surveillance, en y intégrant les activités et les tâches décrites dans le présent GPSAP 2025-2026 (voir l'Annexe E). Ces plans devraient couvrir tous les aspects de la surveillance de la poliomyélite, en précisant les calendriers de réalisation des activités principales et en identifiant clairement les responsabilités et le mécanisme de redevabilité nécessaires pour soutenir la mise en œuvre. Les plans de renforcement de la surveillance doivent également indiquer comment les pays vont intégrer la surveillance de la poliomyélite à d'autres programmes tout en préservant la sensibilité de la surveillance.

Chaque trimestre, les programmes nationaux transmettront aux bureaux régionaux de l'OMS des rapports sur la mise en œuvre de leur plan de renforcement de la surveillance. Les bureaux régionaux de l'OMS rendront compte au Groupe chargé de la surveillance, deux fois par an, de la mise en œuvre du plan de renforcement de la surveillance dans leur région, en mettant l'accent sur les pays hautement prioritaires. La mission principale du SG sera de suivre les progrès de la mise en œuvre du GPSAP et d'en rendre compte au comité stratégique de l'IMEP deux fois par an, en mettant l'accent sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des activités dans les pays et territoires hautement prioritaires.

Les plans de renforcement de la surveillance sont considérés comme des documents évolutifs et doivent être mis à jour en fonction de l'évolution de l'épidémiologie de la poliomyélite et de l'émergence de nouvelles recommandations et pratiques de surveillance.

Seuls 15 pays de la Région africaine de l'OMS et trois pays de la Région de la Méditerranée orientale (dont les deux pays endémiques au PVS1 l'Afghanistan et le Pakistan) reçoivent actuellement un appui financier direct de l'IMEP pour les activités de surveillance (voir la figure 2 de l'introduction : Zones géographiques). Alors que le monde se prépare à la certification de l'éradication du PVS1 et l'élimination du PVDVc2, les 18 pays concernés doivent définir des mécanismes de partage des coûts, ainsi que les contributions financières et managériales des gouvernements pour mettre en œuvre les plans nationaux de renforcement de la surveillance.

Tâches de l'activité 1

- ✓ Intégrer les activités et les tâches du plan GPSAP 2025-2026 dans les plans de renforcement de la surveillance, en définissant clairement les lignes claires de responsabilité et redevabilité pour appuyer la mise en œuvre (Annexe E) ;
- ✓ Etablir un rapport trimestriel au bureau régional de l'OMS sur la mise en œuvre des plans de renforcement de la surveillance ; et
- ✓ Présenter au SG un rapport semestriel sur la mise en œuvre du GPSAP 2025-2026 ; Le Groupe chargé de la surveillance transmettra ces rapports au comité stratégique de l'IMEP.

Activité principale 2. Suivre les risques et les performances de la surveillance dans les pays et territoires prioritaires

La stratégie de l'IMEP souligne qu'une surveillance insuffisante constitue un risque majeur pour atteindre et maintenir l'éradication de la poliomyélite.

Pour répondre à ce risque, tous les ICPP en matière de surveillance feront l'objet d'un suivi attentif. Un tel suivi nécessite des mécanismes clairs de redevabilité et des rapports clairs à tous les niveaux (figure 4).

Les pays et les bureaux régionaux de l'OMS auront également recours à des évaluations systématiques et normalisées des performances pour évaluer les performances de la surveillance et suivre les risques. Il s'agit notamment de revues documentaires et sur le terrain de la surveillance intégrée des MEV, d'évaluations des ripostes aux flambées et de revues du programme élargi de vaccination (PEV). Afin de garantir la mise en œuvre des recommandations issues de ces évaluations, les bureaux régionaux de l'OMS travailleront en étroite collaboration avec les pays pour en assurer le suivi sur une base trimestrielle. En cas de difficultés rencontrées par les pays dans la mise en œuvre des recommandations, un appui supplémentaire pourra être mobilisé aux niveaux régional et mondial pour faciliter la résolution des problèmes.

Tâches de l'activité 2

- ✓ Suivre les performances de la surveillance sur une base trimestrielle, à l'aide des ICPP pour tous les pays, en mettant l'accent sur les pays et territoires hautement prioritaires;
- ✓ Evaluer les performances de la surveillance de la poliomyélite au moyen d'évaluations systématiques et normalisées, avec l'aide des bureaux régionaux de l'OMS ; et
- ✓ Suivre la mise en œuvre des recommandations issues des évaluations des performances afin d'améliorer la surveillance avec l'appui des bureaux régionaux de l'OMS.

Fig. 4. Redevabilité et établissement de rapports en matière de surveillance au sein de l'IMEP



ICP = indicateur clé de performance ; ICPP = indicateur clé de performance et de processus.
 Source : OMS.

Activité principale 3. Suivre et soutenir le plan de travail des systèmes de données, du RMLP et des régions

Le suivi et le soutien des domaines d'activités de l'IMEP, y compris les laboratoires et les systèmes d'information sur les données, sont essentiels pour que le programme puisse fournir des résultats précis et en temps voulu.

Les partenaires mondiaux et régionaux commenceront à cartographier les besoins en ressources humaines, en tenant compte de l'équilibre en termes de genre dans les domaines des analyses de laboratoire, des systèmes d'information sur les données et du soutien technique régional, afin de s'assurer que les besoins des domaines d'activités soient satisfaits.

Le RMLP fournira au SG des mises à jour trimestrielles concernant les principaux domaines d'activités, notamment l'accréditation des laboratoires, l'expansion du séquençage et l'état d'avancement de la validation des méthodes de détection directe. L'équipe chargée des systèmes d'information sur les données fournira également au SG des mises à jour trimestrielles sur les principaux domaines d'activités, notamment sur le nombre de pays qui ont mis en place le système WebIFA. Les deux groupes signaleront les questions nécessitant un soutien supplémentaire de la part du SG, qui fournira des mises à jour semestrielles au comité stratégique de l'IMEP.

Tâches de l'activité 3

- ✓ Cartographier les capacités en ressources humaines afin de s'assurer que les besoins des volets de travail puissent être satisfaits pour les laboratoires, les systèmes de données et l'appui régional ;
- ✓ Le RMLP fournira des mises à jour trimestrielles au SG sur les domaines d'activités des laboratoires ; et
- ✓ L'équipe chargée du système d'information sur les données fournira au SG des mises à jour trimestrielles sur le déploiement de WebIFA et sur d'autres domaines d'activité.

Activité principale 4. Suivre et soutenir l'intégration des activités de surveillance de la poliomyélite

L'intégration des activités de surveillance de la poliomyélite dans des systèmes plus larges de surveillance des maladies sera nécessaire pour garantir la pérennité des fonctions de surveillance et le maintien de la sensibilité de la surveillance à long terme. Cette intégration s'est faite jusqu'à présent selon des calendriers différents : certains pays ont déjà une surveillance pleinement intégrée, d'autres sont en cours d'intégration active; et d'autres encore n'en sont qu'aux premiers stades de la planification.

Les enseignements tirés des pays ayant intégré la surveillance de la poliomyélite doivent être systématiquement recueillis pour aborder des sujets tels que la surveillance de la PFA, la surveillance des laboratoires et les systèmes d'information sur les données. Des rapports de synthèse et des études de cas doivent être partagés avec les pays en cours d'intégration ou prévoyant de l'être prochainement. Les bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique et le Pacifique occidental collaborent avec le département Vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS (IVB) et CDC pour recueillir ces informations. Certains enseignements ont été tirés de la pandémie de COVID-19, au cours de laquelle plusieurs pays ont utilisé les ressources du programme polio - personnel, structures et systèmes d'information - pour fournir des services intégrés via des approches innovantes.

Un outil d'intégration de la surveillance de la poliomyélite et une liste de contrôle seront élaborés à partir des outils de suivi et d'évaluation de l'IMEP ainsi que des études de cas par pays. Le Groupe chargé de la surveillance les publiera en ligne pour soutenir les pays, approfondir la compréhension du programme concernant les efforts d'intégration et permettre le suivi et la production de rapports.

Collaboration et approche holistique de la surveillance

Bien que chaque objectif mette en évidence des activités et des tâches spécifiques, il est impératif que tous ces domaines de surveillance ou axes de travail soient considérés comme des éléments essentiels d'un **système de surveillance de la poliomyélite**. Le fait d'aborder les activités à l'unisson (aux niveaux national et régional) contribue à garantir la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite.

Travailler de manière holistique pour maintenir la surveillance de la poliomyélite nécessitera souvent de préconiser des axes de travail avec d'autres programmes existants et de reconnaître que ces différents systèmes peuvent ou non avoir travaillé en collaboration auparavant. La réorganisation en vue d'une collaboration peut nécessiter un délai supplémentaire et des préparatifs pour que l'intégration soit un succès.

Des évaluations rapides, accompagnées de revues documentaires et sur le terrain permettront également d'atténuer le risque de perte de sensibilité après l'intégration des activités de surveillance de la poliomyélite. Pour garantir le maintien des performances de la surveillance, ces outils pourront être utilisés pour analyser l'impact de la transition sur la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite en suivant les indicateurs de surveillance avant, pendant et après l'intégration des activités et en procédant à des évaluations des performances sur le terrain (voir l'**activité 3**). Des plans d'amélioration de la surveillance de la poliomyélite doivent être élaborés pour relever les défis, le cas échéant.

La surveillance de la myélite flasque aiguë (MFA) et d'entérovirus (EV) peut contribuer à la détection du poliovirus. Ces deux méthodes sont utilisées dans les pays qui administrent uniquement le vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) dans le cadre des programmes de vaccination systématique ou dans les pays certifiés exempts de polio. Le Groupe chargé de la surveillance étudiera ces systèmes de surveillance existants, ainsi que d'autres activités pertinentes. Ces systèmes pourraient offrir une alternative pour identifier les poliovirus en modifiant les pratiques établies dans les pays qui ne mettent pas en œuvre les activités de surveillance systématique de la poliomyélite, telles que la surveillance de la PFA.

Tâches de l'activité 4

- ✓ Travailler de manière holistique pour intégrer la surveillance de la poliomyélite dans les domaines d'activités de surveillance existants ;
- ✓ Recueillir les enseignements tirés des pays qui ont intégré la surveillance de la poliomyélite et les partager avec les pays qui procèdent ou vont procéder à cette intégration ;
- ✓ Elaborer un outil et une liste de contrôle pour l'intégration de la surveillance de la poliomyélite ;
- ✓ Procéder à une évaluation rapide de la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite et élaborer des plans d'amélioration pour relever les défis, si besoin ; et
- ✓ Etudier les systèmes de surveillance alternatifs existants pour la détection du poliovirus.

Activité principale 5. Suivre et plaider en faveur d'une transition durable dans les pays bénéficiant d'un financement de l'IMEP pour la surveillance

Il est essentiel de veiller à ce que les pays soutenus par l'IMEP disposent de plans de transition pour maintenir la surveillance au-delà de l'aide technique et financière qu'ils reçoivent actuellement, afin de préserver la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite nécessaire pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite et la maintenir (voir l'Annexe G).

Les partenaires mondiaux et régionaux aideront les pays à élaborer le volet « surveillance » de leurs plans de transition, en coordination avec les équipes de transition de l'OMS. Les pays et les régions devront identifier des options de financement (par exemple, financement hors IMEP) afin de garantir que les activités de surveillance clés soient financées. Par ailleurs, les partenaires mondiaux et régionaux participeront à des forums pour soutenir les plans de transition en matière de surveillance en fournissant des conseils techniques sur les compétences de base qui doivent être maintenues à mesure que les objectifs stratégiques de l'IMEP sont atteints.

Les pays et les régions devraient réaliser des évaluations rapides de la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite et mettre en œuvre des mesures d'amélioration afin d'atténuer l'impact de la transition des activités de surveillance suite à la cessation du financement de l'IMEP. Ces évaluations rapides peuvent également être utilisées pour évaluer l'impact de l'intégration des activités de surveillance de la poliomyélite dans une surveillance plus élargies des MEV (voir l'**activité 2**).

Tâches de l'activité 5

- ✓ Élaborer des plans de transition permettant de maintenir le soutien technique et financier à la surveillance, avec l'appui des partenaires régionaux et mondiaux et en coordination avec les équipes de transition de l'OMS ; et
- ✓ Participer à des forums mondiaux et régionaux afin de soutenir les plans de transition pour la surveillance.

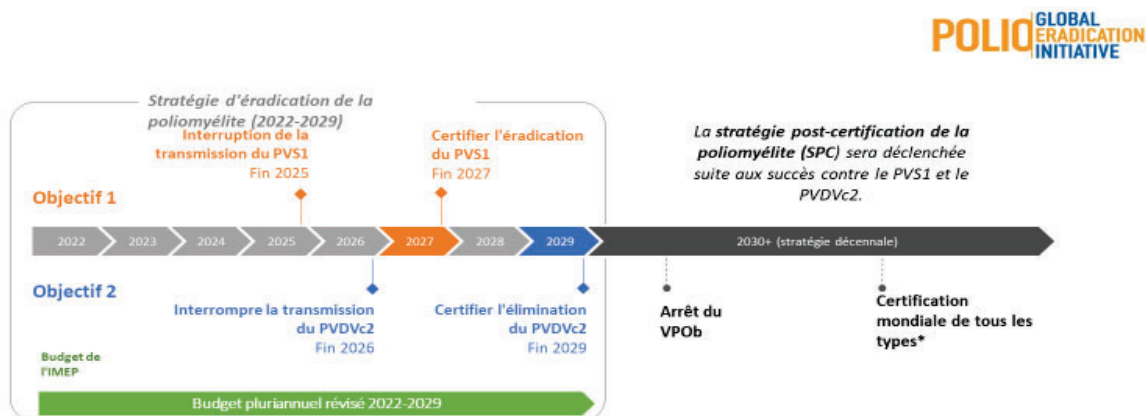
La redevabilité de la mise en œuvre de chacune des tâches aux niveaux national, régional/sous-régional et mondial est détaillée dans le cadre de redevabilité pour le GPSAP 2025-2026 dans l'**Annexe E**.

Partie III : préparer des systèmes durables de surveillance de la poliomyélite

Alors que l'IMEP entre dans les dernières années de sa stratégie d'éradication, la surveillance sera mise à profit pour garantir d'atteindre l'éradication du PVS1 (objectif 1) et de l'élimination du PVDVc (objectif 2). Au cours de cette période, l'infrastructure de la surveillance de la poliomyélite subira également de profonds changements, les activités liées à la poliomyélite étant intégrées à la surveillance des MEV ou à d'autres systèmes de surveillance des maladies, et transférées aux gouvernements nationaux.

Le maintien d'une surveillance de la poliomyélite de haute qualité restera une priorité absolue pendant toute la durée de mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'IMEP — et au-delà. La figure 5 présente les étapes épidémiologiques clés de la stratégie de l'IMEP, essentielles à la prise de décision et à la planification. Elle inclut également d'autres étapes à venir au cours de 10 ans après l'atteinte des objectifs stratégiques de l'IMEP. Il s'agit notamment de l'arrêt du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb), de la certification de l'élimination des poliovirus circulants dérivés des souches vaccinales de type 1 (PVDVc1) et de type 3 (PVDVc3) et, à terme, de la certification de tous les types de poliovirus à l'échelle mondiale.

Fig. 5. Calendrier de la stratégie d'éradication de la poliomyélite de l'IMEP, avec les étapes clés après la réalisation des objectifs stratégiques



* En attente de la décision du GCC sur la question de savoir si l'élimination des PVDVc1 et PVDVc3 sera certifiée avant ou lors de la certification mondiale de tous les types.

Remarque : le calendrier de la stratégie de certification de la poliomyélite sera révisé avant sa publication en 2026. La dernière version est disponible sur le site web de l'IMEP.

VPOb = vaccin antipoliomyélitique oral bivalent ; PVDVc2 = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; PVS1 = poliovirus sauvage de type 1.

Source : OMS

Vision de la surveillance de la poliomyélite dans le cadre de la réalisation des objectifs stratégiques de l'IMEP

La gestion des risques au cours de la période entre la certification de l'éradication du PVS1 et la certification de l'élimination du PVDVc2 sera essentielle pour maintenir les acquis du programme. Au cours de cette phase, le principal risque épidémiologique sera la transmission non détectée du PVS1 ou du PVDVc2. Les risques épidémiologiques secondaires comprennent de nouvelles émergences de PVDVc1 et PVDVc3 (telles qu'une faible immunité de la population contre les types 1 et 3, l'arrêt asynchrone du VPOb), les PVDVi et les ruptures de confinement. En outre, les principaux risques de mise en œuvre comprennent : l'échec de l'intégration de la surveillance de la poliomyélite dans les systèmes élargis de la surveillance des MEV et l'échec des pays de leur transition vers d'autres sources de financement pour la surveillance après le retrait du soutien de l'IMEP.

La réussite de la mise en œuvre du GPSAP 2025-2026 sera essentielle pour faire face à ces risques futurs. Les normes mondiales de certification pour la surveillance de la PFA devront être maintenues et des progrès devront être réalisés en vue de l'intégration des activités de surveillance dans les systèmes élargis de la surveillance des MEV; la SE devra être optimisée avec des mesures initiales d'intégration dans la surveillance élargie des eaux usées; et la surveillance des PVDVi devra également être étendue avec succès afin de prévenir et de mieux comprendre les risques de futures épidémies.

À terme, les activités de surveillance devront être entièrement transférées d'un modèle de gouvernance dirigé par l'IMEP vers un nouveau modèle de gouvernance et de redevabilité, tout en conservant un niveau de sensibilité suffisant pour détecter toute réémergence ou importation de poliovirus. Pour que la transition soit réussie, il faudra que les activités soient durablement intégrées dans des systèmes de surveillance plus larges, et que Le Groupe chargé de la surveillance fasse appel à de nouveaux partenaires pour soutenir les pays et les régions. Les responsables de la surveillance mondiale de la poliomyélite n'ayant pas encore été identifiés, Le Groupe chargé de la surveillance continuera de collaborer avec les groupes mondiaux chargés de la surveillance des MEV, de la SBE et de la surveillance des eaux usées.

Stratégies de surveillance pour pérenniser l'éradication

Le plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2025-2026 introduit un nouveau cadre visant à définir le niveau de sensibilité de la surveillance requis de tous les pays (voir **la Partie I : sensibilité de la surveillance de la poliomyélite pour tous les pays**). Ce cadre est également essentiel pour préserver un monde exempt de polio, en définissant les principales stratégies de surveillance, les normes minimales et les exigences nécessaires pour atteindre les objectifs stratégiques de l'IMEP et maintenir l'engagement mondial en faveur de l'éradication de la poliomyélite (**tableau 9**).

Surveillance hautement sensible

Les pays où la surveillance doit être hautement sensible doivent maintenir une surveillance active de la PFA ; éventuellement complétée par la surveillance à base communautaire et d'autres stratégies personnalisées pour les sous-groupes à haut risque. En complément de la surveillance de la PFA, un réseau optimisé de surveillance environnementale (SE) doit être maintenu, dans lequel ≥ 80 % des sites atteignent un taux de détection d'entérovirus (EV) de ≥ 50 %, tout en visant idéalement un taux de détection de ≥ 80 %.

Les pays à surveillance hautement sensible, actuellement soutenus par l'IMEP, auront le délai le plus court pour assurer leur transition du financement de l'IMEP vers d'autres sources de financement pour la surveillance. Par conséquent, un soutien supplémentaire des niveaux mondial et régional pourra être nécessaire pour assurer l'intégration durable des activités de surveillance de la poliomyélite dans une surveillance élargie des MEV. En outre, les niveaux mondial et régional devront aider dans l'identification de sources de financement durables.

Surveillance très sensible

Les pays où la surveillance doit être très sensible doivent maintenir une surveillance active de la PFA et envisager d'inclure la surveillance à base communautaire et d'autres stratégies adaptées pour les sous-groupes à haut risque. En cas d'épidémie de poliomyélite, un pays devra renforcer la sensibilité de sa surveillance des PFA en relevant l'objectif de PFA non poliomyélique au niveau infranational à ≥ 3 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans par an. Sinon, les pays de ce groupe devraient viser un taux de PFA non poliomyélique infranational de ≥ 2 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, par an. Pour compléter la surveillance de la PFA, il convient de maintenir un réseau optimisé de la SE dans lequel ≥ 80 % des sites atteignent un taux de détection des EV environnementaux de ≥ 50 %.

Les pays à surveillance très sensible incluent à la fois des pays qui reçoivent actuellement un financement de l'IMEP pour la surveillance et des pays ayant cessé de bénéficier du soutien direct de l'IMEP après leur transition. Les pays qui reçoivent actuellement un financement de l'IMEP devront trouver un financement externe durable pour les activités de surveillance tout en continuant à intégrer les fonctions de surveillance de la poliomyélite dans la surveillance plus large des MEV.

Surveillance sensible

Les pays à surveillance sensible ont tous effectué leur transition après la fin du soutien de l'IMEP et la plupart d'entre eux ont déjà pleinement intégré la surveillance de la poliomyélite dans des systèmes plus larges de surveillance des MEV. Ces pays devront maintenir les performances et la sensibilité de la surveillance afin d'identifier toute transmission non détectée du PVS1 ou du PVDVc.

Les pays à surveillance sensible représentent deux groupes clés confrontés à des risques différents :

1. Les pays utilisant le VPOb peuvent être confrontés à un risque supplémentaire d'émergence du PVDVc1 et du PVDVc3 s'ils arrêtent d'utiliser le VPOb avant l'arrêt mondial du VPOb (arrêt asynchrone du VPOb). Ces pays continueront à utiliser un ensemble de stratégies de surveillance, y compris les surveillances active et passive de la PFA, la SBE et la surveillance des entérovirus (EVS) pour identifier les cas paralytiques de poliomyélite. Pour compléter la surveillance basée sur les cas, un réseau optimisé de la SE devrait être maintenu dans lequel $\geq 80\%$ des sites atteignent un taux de détection d'EV de $\geq 50\%$.
2. Les pays ne recourant qu'au VPI utilisent une combinaison de types de surveillance pour détecter le poliovirus (tels que la MFA, la SBE, l'EVS et la surveillance multi-pathogène des eaux usées), qui pourrait ne pas inclure la surveillance de la PFA. Pour soutenir les efforts des pays qui s'appuient sur d'autres types de systèmes de surveillance pour détecter la poliomyélite, Le Groupe chargé de la surveillance établira des normes claires de surveillance.

Exigences des laboratoires

Dans tous les pays, les laboratoires doivent continuer à utiliser les algorithmes actuels de culture cellulaire jusqu'à ce que les méthodes de DD soient entièrement validées par le RMLP. Les laboratoires de poliomyélite dotés d'une capacité de séquençage doivent être maintenus dans les pays nécessitant une surveillance hautement sensible (ou à proximité immédiate de ceux-ci). Les laboratoires de poliomyélite disposant d'une capacité au moins en IV et en DIT doivent être maintenus dans (ou à proximité immédiate) de tous les pays à surveillance très sensible et sensible, accompagnés d'un système de référence efficace pour le séquençage.

Tableau 9. Résumé des normes de surveillance pour pérenniser l'éradication, par niveau de sensibilité de la surveillance

	Surveillance hautement sensible	Surveillance très sensible	Surveillance sensible
Risque primaire	Transmission non détectée (PVS1 ou PVDVc2)		
Risques secondaires	PVDVc1/PVDVc3 (nouvelle émergence), PVDVi, arrêt asynchrone du VPOb, intégration, transition		
Stratégies	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance active de la PFA Optimisation de la SE Surveillance à base communautaire pour les sous-groupes à haut risque Diagnostics de laboratoire rapides et précis 	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance active de la PFA Optimisation de la SE Surveillance à base communautaire pour les sous-groupes à haut risque Diagnostic rapide et précis en laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> Mélange de surveillance active et passive de la PFA Surveillance de la SE et des eaux usées Surveillance des entérovirus (EVS), SBE Diagnostics de laboratoire durables et précis
Normes de surveillance	<ul style="list-style-type: none"> Taux de PFANP ≥ 3 au niveau infranational Taux d'adéquation des selles de ≥ 80 % au niveau infranational Délai de ≤ 35 jours pour les résultats positifs au poliovirus Optimiser le réseau <ul style="list-style-type: none"> ≥ 80% de détection d'EV dans ≥ 80% des sites de SE permanents ≥ 80% des sites de surveillance active de haute priorité visités chaque semaine 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de PFANP de ≥ 2 au niveau infranational* Taux d'adéquation des selles de ≥ 80% au niveau infranational Délai de ≤ 46 jours pour les résultats positifs au poliovirus** Optimiser le réseau <ul style="list-style-type: none"> ≥ 50% de détection d'EV dans ≥ 80% des sites de SE permanents ≥ 80% des sites de surveillance active de haute priorité visités chaque semaine 	<ul style="list-style-type: none"> Taux de PFANP de ≥ 1 au niveau national* Taux d'adéquation des selles de ≥ 80 % au niveau national Délai de ≤ 46 jours pour les résultats positifs au poliovirus** Optimiser le réseau <ul style="list-style-type: none"> ≥ 50% de détection d'EV dans ≥ 80% des sites de SE permanents

*Les pays touchés par une flambée doivent avoir un objectif de taux de PFANP de ≥ 3 .

**Les pays de cette catégorie ne sont pas prioritaires pour l'expansion du séquençage ; l'objectif de ≤ 46 jours tient compte de l'envoi international des spécimens.

PFA = paralysie flasque aiguë ; VPOb = vaccin antipoliomyélitique oral bivalent ; 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 ; SBE = surveillance basée sur les événements ; SE = surveillance environnementale ; EV = entérovirus ; EVS = surveillance des entérovirus ; PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à l'immunodéficience ; PFANP = paralysie flasque aiguë non poliomyélitique ; PVS1 = poliovirus sauvage de type 1.

Tableau 9 (suite)

	Surveillance Hautement sensible	Surveillance très sensible	Surveillance sensible
Surveillance des PVDVi	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place/Maintenir si les critères de surveillance des PVDVi sont remplis 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place/Maintenir si les critères de surveillance des PVDVi sont remplis 	<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place/Maintenir si les critères de surveillance des PVDVi sont remplis
Laboratoire	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir les algorithmes actuels de culture cellulaire jusqu'à ce que les méthodes de DD soient entièrement validées. Les laboratoires de poliomyélite dotés d'une capacité de séquençage doivent être maintenus dans les pays hautement sensibles (ou à proximité immédiate). 	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir les algorithmes actuels de culture cellulaire jusqu'à ce que les méthodes de DD soient entièrement validées. Des laboratoires de poliomyélite disposant d'une capacité au moins d'IV et de DIT devraient être maintenus dans (ou à proximité immédiate) de tous les pays ayant une surveillance très sensible, accompagné d'un système de référence pour le séquençage. 	<ul style="list-style-type: none"> Maintenir les algorithmes actuels de culture cellulaire jusqu'à ce que les méthodes de DD soient entièrement validées. Des laboratoires de poliomyélite disposant d'une capacité au moins d'IV et de DIT devraient être maintenus dans (ou à proximité immédiate) de tous les pays, accompagné d'un système de référence efficace pour le séquençage.

DD = détection directe ; DIT = différenciation intratypique ; PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associée à une immunodéficience; IV = isolement du virus.

■ Références

Rapports publiés disponibles auprès de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP)

Best practices in active surveillance for polio eradication. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018. Disponible à l'adresse : <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/12/Best-practices-in-active-surveillance-for-polio-eradication.pdf> .

Guide de terrain pour la mise en œuvre de la surveillance environnementale du poliovirus. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2023. Disponible à l'adresse : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374296/9789240070080-fre.pdf> .

Global guidance for conducting acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in the context of poliovirus eradication. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2024. Disponible à l'adresse : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376603/9789240089662-eng.pdf> .

Global Polio Laboratory Network: Guidance Paper 7. Evaluation and Adoption of New Polio Diagnostic Methods and Procedures. Version 2. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2023. Disponible à l'adresse : https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2023/07/GP7_Evaluation-and-Adoption-of-diagnostic-methods-in-the-RMLP.30.05.23.Final_.pdf .

Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2022. Disponible à l'adresse : <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/05/GPSAP-2022-2024-FR.pdf> .

Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas & Populations. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020. Disponible à l'adresse : <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/10/Guidelines-polio-surveillance-H2R-areas.pdf> .

Lignes directrices sur la mise en oeuvre de la surveillance du poliovirus chez les patients atteints de déficit immunitaire primaire (DIP). Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2022. Disponible à l'adresse : https://www.archive.polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/06/Guidelines-for-Implementing-PID-Suveillance_FR.pdf .

Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 : Tenir notre promesse. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2021. Disponible à l'adresse : <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350556/9789240035300-fre.pdf> .

Standard Operating Procedures for Polio Environmental Surveillance Enhancement Following Investigation of a Poliovirus Event or Outbreak. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2020. Disponible à l'adresse : <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2024/05/SOPs-for-Polio-ES-enhancement-following-outbreak-20210208.pdf> .

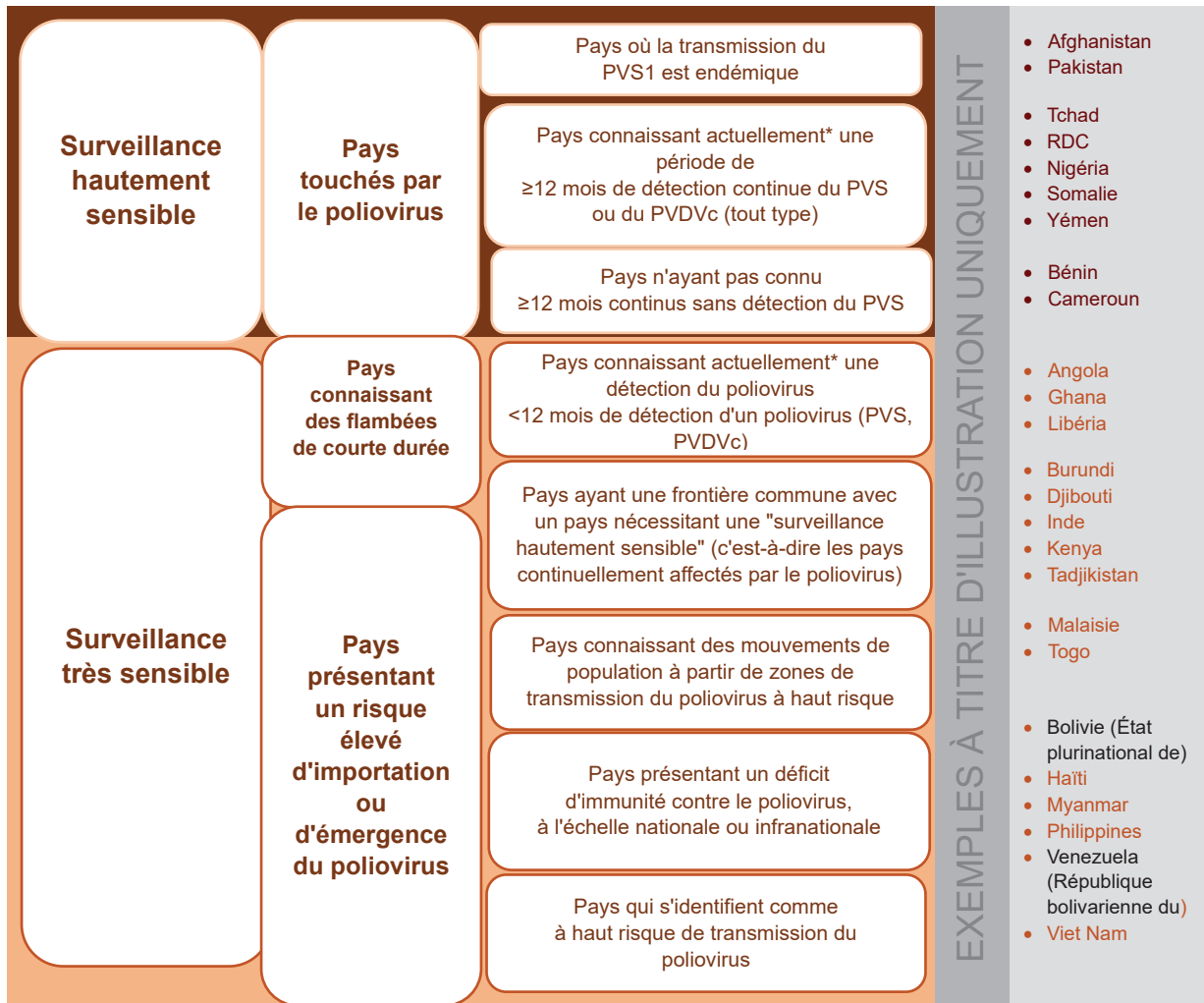
Annexes

Annexe A. Nouveau cadre pour la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite

Le niveau de sensibilité de la surveillance du poliovirus requis pour chaque pays ou territoire doit être évalué au début de l'année 2025 et maintenu pendant toute la durée du présent *Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2025-2026*. Les programmes nationaux doivent collaborer avec les bureaux régionaux de l'OMS pour déterminer le niveau précis de sensibilité de la surveillance requis pour détecter la transmission de la poliomyélite. Il est recommandé de passer en revue les données des deux ou trois années précédentes.

Le seuil de sensibilité requis pour la surveillance varie en fonction du degré et de l'historique de la transmission du poliovirus dans le pays, ainsi que des risques d'importation ou d'émergence. La figure A1 présente les critères permettant de déterminer le niveau de sensibilité requis pour le système de surveillance du poliovirus d'un pays ou d'un territoire.

Fig. A1. Nouveau cadre définissant le niveau de sensibilité requis pour la surveillance de la poliomyélite en fonction du profil de risque du pays





*Défini comme la période allant d'aujourd'hui aux six derniers mois.

PVDVc = poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale; RDC = République démocratique du Congo; PVS = poliovirus sauvage; PVS1 = poliovirus sauvage de type 1.

Source : OMS

Lors de la sélection de la catégorie de surveillance appropriée au niveau national, il convient de prendre en compte, outre les indicateurs nationaux, les lacunes infranationales en matière de surveillance et/ou la faible immunité de la population. Par exemple, il est recommandé à un pays qui présente un faible risque d'importation de poliovirus mais qui a des blind spots ou des lacunes dans des zones infranationales clés (telles que les centres urbains) de respecter un niveau de *surveillance très sensible*.

Les pays et territoires ne doivent jamais abaisser leur niveau de sensibilité en dessous du seuil requis, mais ils peuvent augmenter leur sensibilité au-delà du niveau requis pour faire face à l'évolution de l'épidémiologie de la poliomyélite dans le pays ou dans un pays voisin (par exemple, passer d'une *surveillance sensible* à une *surveillance très sensible*).

Les risques et les stratégies d'atténuation des risques pour chacun des niveaux de sensibilité de la surveillance ont été identifiés par un groupe d'experts en surveillance de la poliomyélite représentant les partenaires de l'IMEP et des collègues régionaux et nationaux. Bien que certains risques liés à la sensibilité de la surveillance soient communs à plusieurs niveaux, il existe également des défis spécifiques. Un document de travail, intitulé "*Outputs from polio surveillance subject matter expert work groups - risks and risk mitigation strategies*", fournit une liste complète et détaillée des risques et des stratégies d'atténuation des risques.

Surveillance hautement sensible

Des seuils minimaux ont été définis pour certains indicateurs de surveillance afin de guider les programmes dans la mise en place d'une surveillance hautement sensible (voir l'encadré).

Une version abrégée des cinq principaux risques pesant sur la *surveillance hautement sensible* est présentée dans le **tableau A1**.

Seuils minimaux pour certains indicateurs de surveillance

- Taux de PFA non poliomyélitiques : ≥ 3 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, par an.
- Adéquation des selles : $\geq 80\%$ des cas de PFA selon les lignes directrices
- Rapidité de détection du PVS/PVDV - PFA : $\geq 80\%$ des cas de PFA dont les résultats sont disponibles, conformément aux lignes directrices.
- Taux de détection d'EV dans la SE : $\geq 50\%$ des échantillons par site de SE
- Adéquation de la surveillance active : $\geq 80\%$ des sites hautement prioritaires visités conformément aux lignes directrices.

Tableau A1. Cinq principaux risques et stratégies d'atténuation des risques pour une surveillance hautement sensible

Risques	Stratégies d'atténuation des risques
<p>Manque de couverture géographique et démographique du réseau de surveillance de la PFA (accès et utilisation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cartographier les zones et les populations manquées par le réseau, y compris les zones inaccessibles et celles où la sécurité est compromise. • Identifier les prestataires de services existants et les comportements de recours aux soins (HSB) • Identifier, sensibiliser et impliquer les établissements disponibles et les points focaux pour la PFA • Étudier la possibilité de mettre en place une surveillance à base communautaire • Analyser les données désagrégées pour ces zones et ces populations.
<p>Suivi et gestion des données inadéquats (analyse inadéquate ou irrégulière des données de surveillance pour identifier les lacunes et/ou les mesures correctives nécessaires ; absence de mécanisme et/ou qualité sous-optimale de la supervision formative et des contrôles de qualité ; focalisation étroite sur des indicateurs sélectionnés, uniquement sur le numérateur ; données trompeuses en raison de dénominateurs erronés ou d'une mauvaise affectation de la localisation des cas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir et renforcer la supervision formative au moyen de plans de travail, d'outils, de fonds dédiés et de mécanismes de suivi. • Développer un ensemble standard d'analyses (au-delà des indicateurs de base, y compris les composantes du processus) à utiliser sur une base mensuelle pour identifier les lacunes. • Désagréger les données par population, zone géographique, genre et sites de notification. • Évaluer la capacité du personnel à analyser et à interpréter les données ; le cas échéant, proposer une formation. • Mettre en place un mécanisme de validation des données de surveillance (10% de cas de PFA, recherche active de cas, etc.) • Procéder à des revues internes chaque année et à des revues externes tous les deux ans. • Assurer un suivi systématique de la mise en œuvre des recommandations issues des évaluations et des revues avec le soutien du bureau régional.

PFA = paralysie flasque aiguë ; HSB = comportement de recours aux soins.

Tableau A1 (suite)

Risques	Stratégies d'atténuation des risques
Interdiction des activités de surveillance (restreignant les déplacements, l'acheminement des échantillons, etc.) dans des zones ou pour des périodes données par le gouvernement ou des groupes antigouvernementaux, par des communautés, etc.	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer telles situations comme des urgences, nécessitant une escalade immédiate au plus haut niveau d'intervention. • Plaider auprès des autorités concernées pour la surveillance du poliovirus. • Préconiser l'élaboration de plans d'urgence. • Utiliser les dispositions du Règlement sanitaire international/dispositions relatives aux urgences de santé publique de portée internationale.
Retrait/réduction mal planifiés du soutien de l'IMEP	<ul style="list-style-type: none"> • Bien planifier le retrait progressif du soutien de l'IMEP (en particulier le soutien financier) • Favoriser l'appropriation par les gouvernements, par exemple en allouant des lignes budgétaires et en augmentant les contributions nationales. • Mettre l'accent sur le développement des capacités techniques nationales pour assurer la viabilité après le retrait de l'aide extérieure.
Faiblesse du personnel de surveillance (effectif insuffisant/rotation rapide du personnel, capacités inadéquates du personnel, déséquilibre ou surcharge de travail, absence ou mauvaise mise en œuvre du cadre de redevabilité)	<ul style="list-style-type: none"> • Revoir la structure de surveillance et combler les lacunes avec le soutien des partenaires. • Veiller à ce que la mobilité du personnel de surveillance soient soutenus. • Réévaluer les capacités du personnel et les besoins en formation et procéder à un renforcement des capacités. • Prévoir des formations annuelles de remise à niveau • Élaborer et mettre en œuvre un cadre de redevabilité en matière de surveillance. • Éviter une rotation rapide du personnel en proposant des formations et d'autres mesures incitatives.

Surveillance très sensible

Des seuils minimaux pour les indicateurs de surveillance ont été établis pour guider les programmes dans l'atteinte d'une surveillance très sensible (voir l'encadré).

Une version abrégée des cinq principaux risques pour la *surveillance très sensible* est présentée dans le **tableau A2**.

Objectifs minimaux pour certains indicateurs de surveillance

- Taux de PFA non poliomyélique dans les pays touchés par une flambée : ≥ 3 pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans, par an.
- Taux de PFA non poliomyélique dans les pays à haut risque : ≥ 2 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, par an.
- Adéquation des selles : $\geq 80\%$ des cas de PFA selon les lignes directrices
- Rapidité de la détection des PVS/PVDV - PFA : $\geq 80\%$ des cas de PFA dont les résultats sont disponibles, conformément aux lignes directrices.
- Taux de détection de l'EV dans l'ES : $\geq 50\%$ des échantillons par site d'ES
- Adéquation de la surveillance active : $\geq 80\%$ des visites de sites hautement prioritaires, conformément aux lignes directrices.

Tableau A2. Cinq principaux risques et stratégies d'atténuation des risques pour une surveillance très sensible

Risques	Stratégies d'atténuation des risques
Activités de surveillance mal exécutées (y compris les visites de surveillance active, les supervisions et la surveillance à base communautaire)	3. Effectuer des visites de surveillance et suivre les indicateurs pour identifier les lacunes. <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que toutes les lacunes identifiées fassent l'objet d'une investigation afin d'évaluer l'ampleur des problèmes et d'élaborer des solutions possibles. 4. Former et équiper adéquatement tous les membres du personnel (notamment les nouveaux). 5. Contrôler et superviser périodiquement les visites d'appui.
Comportement de recours aux soins négligé	6. Veiller à ce que les formulaires nationaux d'investigation recueillent des données sur le HSB. <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier systématiquement tous les nouveaux formulaires d'investigation pour s'assurer que les agents chargés de la surveillance les remplissent entièrement, y compris les données sur les HSB et les visites médicales • Analyser systématiquement (et ventiler) les données relatives au HSB afin d'identifier les mesures correctives ou les interventions.
Insécurité chronique ou sporadique empêchant le plein accès (pour la surveillance active, les investigations de cas, la supervision, la formation et le prélèvement des échantillons environnementaux, le cas échéant)	7. Surveiller les performances au niveau le plus bas possible et par zone géographique. <ul style="list-style-type: none"> • Cartographier et suivre régulièrement l'accès au niveau le plus bas. 8. Suivre les mouvements des personnes quittant les zones à risque afin d'identifier des fenêtres d'opportunité pour la mise en œuvre de méthodes de surveillance complémentaires. 9. Identifier des méthodes alternatives appropriées, y compris la surveillance de périmètre, les partenariats avec les organisations présentes dans les zones concernées, ainsi que la formation de contacts locaux en vue de la notification des cas de PFA. <ul style="list-style-type: none"> • Transférer les cas de PFA hors des zones à risque en vue d'une investigation. • Désagréger les données de surveillance (telles que l'appartenance ethnique, genre) au cours de l'analyse. 10. Identifier des canaux de négociation, y compris via des tiers. 11. Sensibiliser et mobiliser les forces de sécurité et les forces armées, le cas échéant.
Représentativité ou couverture démographique et géographique inadéquate (groupes de population et/ou zones oubliés, ou absence d'identification et de mise en œuvre de stratégies pour des populations particulières)	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et cartographier les populations par lieu et type ; stratifier les analyses de données. 12. Identifier les établissements de santé disponibles. 13. Recueillir et analyser les données HSB. <ul style="list-style-type: none"> • Ajuster le réseau de surveillance active (ex : révision tous les six mois) 14. Évaluer le besoin d'activités complémentaires en coordination avec le laboratoire. 15. Mener une surveillance à base communautaire, si possible et si approprié. 16. Effectuer des recherches actives de cas, le cas échéant. <ul style="list-style-type: none"> • Procéder à des revues internes et externes afin d'identifier et de corriger les problèmes.
Absence de préparation et d'orientation adéquate des pays en matière d'intégration et de transition	17. Organiser des réunions de coordination avec les parties prenantes nationales, les homologues et les départements concernés afin d'élaborer des outils intégrés et des voies claires pour l'intégration éventuelle des fonctions de surveillance de la poliomyélite dans d'autres programmes. 18. Tirer profit des enseignements d'autres pays et/ou échanger des expériences (avec le soutien du niveau global). <ul style="list-style-type: none"> • Assurer la pérennité et la mesure continue des résultats de la surveillance de la poliomyélite.

PFA = paralysie flasque aiguë ; SE = surveillance environnementale ; HSB = comportement de recours aux soins.

Surveillance sensible

Des seuils minimaux pour certains indicateurs de surveillance ont été définis afin d'aider les programmes à atteindre une surveillance sensible conforme aux normes mondiales de certification. (voir l'encadré).

Une version abrégée des cinq principaux risques pour la *surveillance sensible* est présentée dans le **tableau A3**.

Objectifs minimaux pour certains indicateurs de surveillance

- Taux de PFA non poliomyélitique : ≥ 1 pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans, par an
- Adéquation des selles : $\geq 80\%$ des cas de PFA selon les lignes directrices

Tableau A3. Cinq principaux risques et stratégies d'atténuation des risques pour la surveillance sensible

Risques	Stratégies d'atténuation des risques
Complaisance et faible priorisation accordée à la surveillance de la poliomyélite	19. Poursuivre le plaidoyer auprès du gouvernement pour le maintien d'un système solide. <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer au sein du département de la santé pour encourager l'utilisation des investissements dans la lutte contre la polio afin d'intégrer et de renforcer la surveillance globale des MEV.
Ressources financières insuffisantes pouvant avoir un impact négatif sur les performances de la surveillance (surtout si elle est prolongée/chronique)	20. Plaidoyer en faveur de l'inclusion de la surveillance dans le budget du ministère de la santé. <ul style="list-style-type: none"> • Demander le soutien de l'OMS pour plaider auprès du ministère de la santé afin de garantir des investissements durables et d'un financement continu pour minimiser le risque de transmission non détectée et de maintenir une surveillance de qualité.
Baisse de la qualité de la surveillance de la SE/PFA lorsqu'elle est intégrée à d'autres systèmes de surveillance des maladies	21. Plaider auprès du gouvernement en faveur d'un système de surveillance solide. <ul style="list-style-type: none"> • Veiller à ce que toute la mémoire institutionnelle (de l'IMEP) soit transférée au nouveau département responsable. 22. Transférer les connaissances et les meilleures pratiques pendant la période de transition.
Pénurie de personnel de laboratoire ou capacité de laboratoire insuffisante	23. Assurer la formation continue du personnel chargé du diagnostic de la polio. <ul style="list-style-type: none"> • Organiser des formations sur le diagnostic de la polio dans d'autres services de laboratoire susceptibles d'apporter un appui si nécessaire.
Ressources humaines insuffisantes	<ul style="list-style-type: none"> • Recommander une restructuration des ressources nationales afin que la transition vers le Ministère de la santé ne compromette pas les activités de surveillance. • Renforcer les capacités infranationales pour soutenir le niveau national.

PFA = paralysie flasque aiguë ; SE = surveillance environnementale

MEV = Maladies évitables par la vaccination

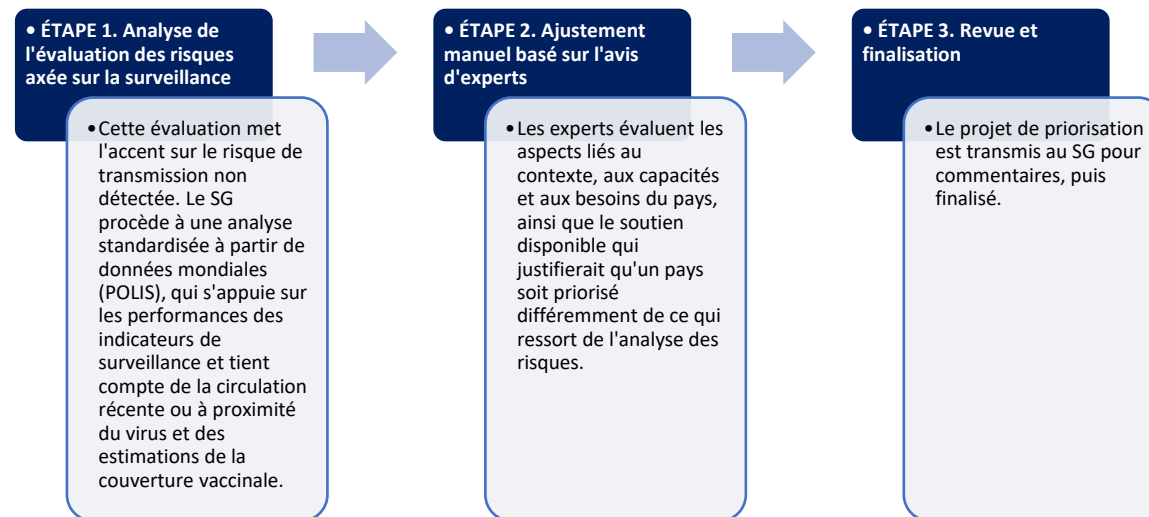
Annexe B. Priorisation des pays

L'IMEP a beaucoup investi depuis des décennies dans la mise en place et le maintien d'un système robuste de surveillance mondiale de la poliomyélite dans les pays. Pour orienter ce soutien, Le Groupe chargé de la surveillance tient à jour une liste des pays prioritaires qui est périodiquement actualisée pour refléter l'évolution de l'épidémiologie et les besoins mondiaux en matière de surveillance. Cette priorisation est conçue pour être flexible et adaptable, et le soutien à la surveillance fourni par Le Groupe chargé de la surveillance répond également aux risques émergents. L'IMEP reconnaît que la détection rapide est essentielle et qu'un soutien programmatique mondial aux régions et pays exempts de polio peut être justifié pour prévenir une transmission à grande échelle dans les zones où les ressources de surveillance de la poliomyélite sont limitées.

Mécanisme de priorisation des pays

La priorisation commence par une analyse de l'évaluation du risque de surveillance et un classement des scores de risque de surveillance. Ces classements déterminent l'ordre de priorité, mais la liste finale est également informée par l'avis d'experts et la prise en compte de facteurs contextuels qui ne sont pas pris en compte dans l'analyse. Le processus par étapes est illustré dans la **figure B1**.

Fig. B1. Schéma de priorisation des pays pour définir les pays cibles de la stratégie de l'IMEP



POLIS = Système d'information sur la poliomyélite ; SG = Groupe chargé de la surveillance.

Source : OMS

Soutien du Groupe chargé de la surveillance

Les pays et territoires hautement prioritaires incluent ceux avec ou sans flambées, ainsi que les pays financés ou non par l'IMEP pour la surveillance de la poliomyélite. Tous les pays et territoires hautement prioritaires bénéficieront vraisemblablement d'un soutien technique et financier direct de la part du SG. Tous les pays et territoires de priorité moyenne peuvent également bénéficier d'un soutien technique et financier direct du SG sur demande. Les pays et territoires figurant sur la liste de surveillance peuvent bénéficier d'un soutien technique de la part du SG, et les pays et territoires à faible priorité n'auront probablement besoin que de l'assistance technique et financière des bureaux régionaux de l'OMS pour le renforcement de la surveillance. Le **tableau B1** détaille l'aide à la surveillance fournie par Le SG aux pays en fonction de leur niveau de priorité.

Tableau B1. Soutien disponible auprès du Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance

Niveau de priorité	Soutien technique	Soutien financier	Soutien à la riposte aux flambées
Élevé	<ul style="list-style-type: none"> • Revues documentaires et sur le terrain supplémentaires de la surveillance, suivi des ICP/ ICPP par Le Groupe chargé de la surveillance et le bureau régional • Formation de formateurs respectant l'équilibre en termes de genre • Fourniture de matériel de formation et de documents d'orientation • Revue des sites environnementaux • Assistance technique sur le terrain 	Si un pays ou un territoire peut démontrer un besoin supérieur au Besoins en ressources financières (FRR) et/ou au budget de base pour des investissements dans la surveillance des MEV ET si le financement des coûts de fonctionnement de la surveillance régionale est insuffisant, des demandes de financement peuvent être présentées au titre des fonds d'urgence pour la surveillance.	Le Groupe chargé de la surveillance/Bureau régional orienteront les activités de riposte aux flambées et l'assistance technique en s'appuyant sur le plan de surveillance de routine, en coordination avec l'ORPG. Les pays et territoires peuvent bénéficier d'un financement pour le renforcement de la surveillance et d'un soutien en matière de ressources humaines dans le cadre des fonds d'urgence pour la surveillance gérés par Le Groupe chargé de la surveillance.
Moyen	<ul style="list-style-type: none"> • Revues documentaires et suivi des ICP et ICPP par le Groupe chargé de la surveillance et le Bureau régional. • Examen des performances en matière de surveillance • Fourniture de matériel de formation et de documents d'orientation • Transition : plaider en faveur de la pleine intégration du système de surveillance de la poliomyélite dans la surveillance des MEV. • Assistance technique sur le terrain à la demande du pays, avec justification. 	Si un pays ou un territoire peut démontrer un besoin supérieur au budget de base pour les investissements dans la surveillance de la poliomyélite et si le financement des coûts de fonctionnement de la surveillance régionale est insuffisant, des demandes peuvent être faites pour un financement à partir des fonds d'urgence pour la surveillance.	Le Groupe chargé de la surveillance/Bureau régional orienteront les activités de riposte aux flambées et l'assistance technique en s'appuyant sur le plan de surveillance de routine, en coordination avec l'ORPG.

<p>Faible (liste de surveillance)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revues documentaires et suivi des ICP/ICPP par le Bureau régional • Soutien technique dirigé par le Bureau régional ; Le Groupe chargé de la surveillance peut fournir des conseils et un soutien technique. • Fourniture de matériel de formation et de documents d'orientation • Transition : plaider en faveur de l'intégration complète du système de surveillance de la poliomyélite dans la surveillance des MEV. 	<p>Les besoins financiers supplémentaires dépassant le financement du budget de base pour la surveillance des MEV devraient être couverts par les frais de fonctionnement de la surveillance régionale. Dans de rares cas, des fonds supplémentaires peuvent être disponibles.</p>	<p>Le Groupe chargé de la surveillance/ Bureau régional orientera les activités de surveillance, de riposte aux flambées et d'assistance technique en s'appuyant sur le plan de surveillance de routine, en coordination avec l'ORPG.</p>
<p>Faible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revues documentaires et suivi des ICP/ICPP par le Bureau régional. • Fourniture de matériel de formation et de documents d'orientation • Le soutien technique est assuré par le Bureau régional ; des orientations sont fournis par le SG. 	<p>Le soutien financier est assuré par le Bureau régional.</p>	<p>La plupart des pays et territoires sont susceptibles de s'autofinancer avec le soutien technique de l'ORPG/SG/Bureau régional. Dans des cas particuliers, un soutien financier supplémentaire peut être fourni par le biais des fonds d'urgence pour la surveillance, si cela se justifie.</p>

FRR = Besoins en ressources financières; RH = ressources humaines ; ICP = indicateur clé de performance ; ICPP = indicateur clé de performance et de processus ; ORPG = Groupe chargé de la préparation et de la riposte aux flambées; SG = Groupe chargé de la surveillance ; MEV = maladies évitables par la vaccination

Annexe C. Indicateurs clés de performance actualisés

Les indicateurs clés de performance (ICP) de la surveillance de la poliomyélite sont régulièrement suivis par les programmes nationaux, les bureaux régionaux de l'OMS et le Secrétariat général de l'IMEP.

Récemment mis à jour, les tableaux de cette Annexe présentent en détail les ICP de la stratégie de l'IMEP, lesquels sont rapportés par le Secrétariat général au Comité stratégique de l'IMEP et à la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite (**Tableau C1**), ainsi que les ICP de la surveillance de la PFA (**Tableau C2**), de la surveillance environnementale (**Tableau C3**) et de la surveillance en laboratoire (**Tableau C4**). Les ICP introduits dans le GPSAP 2022–2024 qui ne sont plus suivis sont répertoriés à titre de référence dans le **Tableau C5**.

Les ICP constituent des cibles recommandées à l'échelle mondiale. Les régions et les programmes nationaux peuvent choisir de fixer des objectifs plus ambitieux, mais ils ne peuvent pas adopter des seuils inférieurs pour atteindre les objectifs d'éradication du PVS et d'élimination du PVDVc2.

Les notes bleues en italique mettent en évidence les indicateurs nouveaux ou modifiés du GPSAP 2022-2024. Il convient de se référer aux «The Global AFP Surveillance Guidelines» mises à jour pour passer en revue *tous les indicateurs*, y compris les indicateurs de performance recommandés ainsi que ceux spécifiques à un thème. La période standard pour l'analyse des ICP est de 12 mois, calculée soit par année civile ou sur une période continue de 12 mois.

Tableau C1. Indicateurs clés de performance pour la surveillance selon la stratégie de l'IMEP

Suivi aux niveaux national, régional et mondial						
Indicateur	Description	Numérateur	Divisé par	Dénominateur	Cible	Notes d'analyse
Taux de PFA non poliomyélitique - infranational	Proportion de districts ayant une population de ≥100 000 habitants âgés de moins de 15 ans qui atteignent l'objectif de taux de PFA non poliomyélitique de : <ul style="list-style-type: none"> • AFR, EMR, SEAR: ≥2 • AMR, EUR, WPR: ≥1 • Régions endémiques et celles touchées par les flambées : ≥3 	Nombre de districts ayant une population de moins de 15 ans ≥100 000 qui ont atteint l'objectif du PFANP	/	# districts avec ≥100 000 habitants âgés de moins de 15 ans	≥80%	Bureaux nationaux et régionaux : les calculs doivent être effectués au niveau administratif le plus bas dans lequel les résultats sont informatifs.

PFA = paralysie flasque aiguë ; AFR = Région africaine; AMR = Région des Amériques; EMR = Région de la Méditerranée orientale ; EUR = Région européenne; PFANP = paralysie flasque aiguë non poliomyélitique; SEAR = Région de l'Asie du Sud-Est; WPR = Région du Pacifique occidental.

Tableau C1 (suite)

Surveillance aux niveaux national, régional et mondial						
Indicateur	Description	Numérateur	Divisé par	Dénominateur	Cible	Notes d'analyse
Adéquation des selles – au niveau infranational	Proportion de districts ayant notifié ≥5 cas de PFA et atteignant l'objectif d'adéquation des selles (80% des cas de PFA)	Nombre de districts avec ≥5 cas de PFA et une adéquation des selles ≥80%.	/	Nombre de districts avec ≥5 cas de PFA	≥80%	Bureaux nationaux et régionaux: les calculs doivent être effectués au niveau administratif le plus bas dans lequel les résultats sont informatifs.
Taux de détection des EV dans la SE - national <i>Nouveau</i>	Proportion de sites de surveillance environnementale atteignant l'objectif de sensibilité de détection des EV de ≥50%.	Nombre de sites de surveillance environnementale avec détection de EV ≥50%	/	Nombre de sites de surveillance environnementale	≥80%	Restreindre l'analyse aux sites de collecte de routine établis, en se limitant par exemple aux sites ouverts depuis ≥12 mois avec ≥10 échantillons collectés au cours des 12 derniers mois. Pas de restriction sur le nombre minimum de sites pour effectuer l'analyse.
Rapidité de détection des PVS/PVDV <i>Anciennement "Détection globale des PVS/PVDV - Capacité du système".</i>	Proportion de PVS et de PVDV dont les résultats finaux de laboratoire ont été obtenus dans les 35 jours (capacité complète du laboratoire) ou dans les 46 jours (sans capacité complète du laboratoire) suivant l'apparition de la paralysie pour les cas de PFA ou la date de collecte des échantillons pour la SE.	Nombre de cas de PVS et de PVDV et d'échantillons environnementaux ayant atteint les jours cibles	/	Nombre de cas de PVS et de PVDV et d'échantillons environnementaux	≥80%	Analyse supplémentaire recommandée : examiner la distribution, les valeurs aberrantes et les jours médians

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

Tableau C2. Indicateurs clés de performance pour la surveillance de la PFA

Suivi aux niveaux national, régional et mondial							
	Indicateur	Description	Numérateur	Divisé par	Dénominateur	Cible	Notes d'analyse
Qualité de la surveillance de la PFA	Taux de PFA non poliomyélitique	Cas de PFANP pour 100 000 personnes âgées de moins de 15 ans (le taux doit être annualisé)	Nombre de cas écartés comme PFANP chez les enfants de moins de 15 ans	/	Nombre de personnes âgées de moins de 15 ans	AFR, EMR, SEAR: ≥ 2 AMR, EUR, WPR: ≥ 1 Régions endémiques et celles touchées par les flambées : ≥ 3	Pour une année partielle de données, calculer le taux annualisé de PFANP. Analyse recommandée: stratification par sexe du cas de PFA
	Adéquation des selles	Proportion de cas de PFA avec 2 échantillons de selles collectés à ≥ 24 heures d'intervalle, tous les deux dans les 14 jours suivant la date de début de paralysie, ET reçus en bon état dans un laboratoire accrédité par l'OMS.	Nombre de cas de PFA qui remplissent les conditions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> 2 échantillons de selles collectés à ≥ 24 heures d'intervalle, dans les ≤ 14 jours suivant la date de début de paralysie. Les deux échantillons ont été reçus en bon état dans un laboratoire accrédité par l'OMS. 	/	Nombre de cas de PFA	$\geq 80\%$	Analyse recommandée: stratification selon le sexe du cas de PFA
	État des selles	Proportion de cas de PFA dont 2 échantillons de selles sont arrivés en bon état dans un laboratoire accrédité par l'OMS	Nombre de cas de PFA dont les 2 échantillons de selles sont arrivés en bon état dans un laboratoire accrédité par l'OMS	/	Nombre de cas de PFA	$\geq 80\%$	
	Exhaustivité de l'échantillonnage des contacts de cas de PFA	Proportion de cas de PFA inadéquats avec 3 échantillons de contact collectés	Nombre de cas de PFA inadéquats avec 3 échantillons de contact collectés	/	Nombre de cas de PFA inadéquats	$\geq 80\%$	
	Exhaustivité de suivi au 60 ^{ème} jour	Proportion de cas de PFA inadéquats avec un examen de suivi pour une paralysie	Nombre de cas de PFA inadéquats avec ≥ 60 jours ET ≤ 90 jours entre la date de	/	Nombre de cas de PFA inadéquats	$\geq 80\%$	N'inclure dans le calcul que les cas inadéquats ≥ 90 jours depuis la

	résiduelle réalisé dans les 60-90 jours suivant la date de début de paralysie.	début de paralysie et l'examen de suivi.	date de début de paralysie (les examens de suivi doivent avoir été effectués et reçus).
--	--	--	---

PFA = paralysie flasque aiguë ; AFR = Région africaine ; AMR = Région des Amériques ; EMR = Région de la Méditerranée orientale ; EUR = Région européenne ; PFANP = paralysie flasque aiguë non poliomyélitique ; SEAR = Région de l'Asie du Sud-Est ; WPR = Région du Pacifique occidental.

Tableau C2 (suite)

Suivi aux niveaux national, régional et mondial							
	Indicateur	Description	Numérateur	Divisé par	Dénominateur	Cible	Notes d'analyse
Rapidité de détection	Délai de notification	Proportion de cas de PFA signalés dans les 7 jours suivant la date de début de paralysie	Nombre de cas de PFA avec un délai ≤7 jours entre la date de début de paralysie et la notification	/	Nombre de cas de PFA	≥80%	Analyse recommandée : stratification selon le sexe du cas de PFA
	Rapidité de l'investigation	Proportion de cas de PFA ayant fait l'objet d'une investigation dans les 48 heures suivant la notification	Nombre de cas de PFA avec ≤48 heures entre la notification et l'investigation	/	Nombre de cas de PFA	≥80%	Analyse recommandée : stratification par sexe du cas de PFA
	Rapidité des activités sur le terrain	Proportion de cas de PFA pour lesquels deux échantillons de selles ont été collectés à ≥24 heures d'intervalle et dans les 11 jours suivant la date de début de paralysie	Nombre de cas de PFA pour lesquels deux échantillons de selles ont été collectés à ≥ 24 heures d'intervalle et ≤11 jours après la date de début de paralysie.	/	Nombre de cas AFP	≥80%	Analyse recommandée : stratification selon le sexe du cas de PFA
	Rapidité de l'expédition des échantillons de selles	Proportion de cas de PFA dont les selles arrivent dans un laboratoire accrédité par l'OMS dans les 3 jours (envoi national) ou 7 jours (envoi international) suivant le prélèvement.	Nombre de cas de PFA avec ≤3 jours (envoi national) ou ≤7 jours (envoi international) entre le prélèvement des selles et leur arrivée dans un laboratoire accrédité par l'OMS.	/	Nombre de cas de PFA	≥80%	Utiliser la deuxième date de prélèvement des selles, sauf si un seul échantillon de selles a été prélevé.

	<p>Délai d'optimisation du terrain et de l'acheminement <i>Anciennement "Rapidité des activités sur le terrain et d'acheminement".</i></p>	<p>Proportion de cas de PFA dont les échantillons arrivent au laboratoire dans les 14 jours (envoi national) ou 18 jours (envoi international) suivant la date de début de paralysie.</p>	<p>Nombre de cas de PFA avec un délai ≤14 jours (national) ou ≤18 jours (international) entre le début de la paralysie et l'arrivée au laboratoire.</p>	/	<p>Nombre de cas de PFA</p>	<p>≥80%</p>	<p>Significatif pour tous les échantillons, y compris les négatifs</p>
	<p>Rapidité de détection du PVS/PVDV - PFA <i>Anciennement "Détection globale de PVS/PVDV-PFA".</i></p>	<p>Proportion de cas de PFA dont les résultats finaux de laboratoire pour le PVS/PVDV ont été obtenus dans les 35 jours (capacité complète du laboratoire) ou dans les 46 jours (sans capacité complète du laboratoire) suivant la date de début de paralysie.</p>	<p>Nombre de cas de PFA et de PVDV ayant atteint le nombre de jours cible</p>	/	<p>Nombre de cas de PVS et de PVDV</p>	<p>≥80%</p>	<p>des cas de PFA</p>
Qualité de la surveillance de la PFA	<p>Exhaustivité du WZR</p>	<p>Proportion de sites de notification désignés soumettant un rapport hebdomadaire/un rapport zéro pour les cas de PFA</p>	<p>Nombre de sites de notification ayant soumis un rapport zéro cas/hebdomadaire</p>	/	<p>Nombre de sites de notification</p>	<p>≥80%</p>	
	<p>Rapidité du WZR</p>	<p>Proportion de sites désignés pour la déclaration de cas de PFA respectant les délais de soumission</p>	<p>Nombre de sites de notification ayant soumis leurs rapports dans les délais impartis</p>	/	<p>Nombre de sites de notification</p>	<p>≥80%</p>	
	<p>Adéquation des visites de surveillance active</p>	<p>Proportion de sites de haute priorité visités</p>	<p>Nombre de sites de haute priorité ayant fait l'objet d'une visite hebdomadaire</p>	/	<p>Nombre de sites de haute priorité</p>	<p>≥80%</p>	<p><i>Indicateur réduit de 2 calculs à 1 seul</i></p>
	<p>Contacts sanitaires des cas de PFA)</p>	<p>Proportion de cas de PFA avec ≤2 consultations médicales entre l'apparition de la paralysie et la notification.</p>	<p>Nombre de cas de PFA ayant fait l'objet de ≤2 consultations médicales entre l'apparition de la paralysie et la notification.</p>	/	<p>Nombre de cas de PFA</p>	<p>≥80%</p>	<p>Analyse recommandée : stratification selon le sexe du cas de PFA</p>

PFA = paralysie flasque aiguë ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; PVS = poliovirus sauvage ; WZR = rapport hebdomadaire "zéro cas".

Tableau C3. Indicateur Clé de Performance de la surveillance environnementale (analysés par site)

Suivi au niveau national, régional et mondial							
	Indicateur	Description	Numérateur	Divisé par	Dénominateur	Cible	Notes d'analyse
Rapidité de détection	Taux de détection d'EV dans la SE	Proportion d'échantillons dans lesquels l'EV a été détecté	Nombre d'échantillons environnementaux positifs pour un poliovirus (paralytique ou vaccinal) ou un NPEV	/	Nombre d'échantillons environnementaux	≥50%	
	État de l'échantillon environnemental	Proportion d'échantillons arrivés en bon état au laboratoire	Nombre d'échantillons environnementaux arrivés en bon état dans un laboratoire accrédité par l'OMS	/	Nombre d'échantillons environnementaux	≥80%	
Qualité de la SE	Rapidité de l'expédition des échantillons environnementaux	Proportion d'échantillons qui arrivent dans un laboratoire accrédité par l'OMS dans les 3 jours (envoi national) ou 7 jours (international) suivant la collecte de l'échantillon.	Nombre d'échantillons environnementaux avec ≤3 jours (envoi national) ou ≤7 jours (envoi international) entre la collecte et l'arrivée dans un laboratoire accrédité par l'OMS	/	Nombre d'échantillons environnementaux	≥80%	
	Rapidité de détection du PVS/PVDV - SE <i>Anciennement "Détection globale du PVS/PVDV - SE".</i>	Proportion d'échantillons environnementaux pour lesquels les résultats finaux du laboratoire concernant le PVS/PVDV ont été obtenus dans les 35 jours (capacité complète du laboratoire) ou 46 jours (sans capacité complète du laboratoire) suivant la collecte.	Nombre d'échantillons environnementaux de PVS et de PVDV qui ont atteint le nombre de jours cible	/	Nombre d'échantillons environnementaux de PVS et de PVDV	≥80%	Analyse recommandée: jours médians
	Échantillons environnementaux collectés dans les délais	Proportion d'échantillons environnementaux collectés au cours du mois assigné	Nombre d'échantillons environnementaux collectés dans le mois assigné	/	Nombre d'échantillons environnementaux	≥80%	<i>Le calcul a été modifié</i>
	Échantillon environnemental prélevé à l'heure prévue	Proportion d'échantillons environnementaux prélevés à l'heure recommandée de la journée	Nombre d'échantillons environnementaux prélevés à l'heure recommandée	/	Nombre d'échantillons environnementaux	≥80%	

SE = surveillance environnementale ; EV = entérovirus ; NPEV = entérovirus non poliomyélique ; PVDV = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ; PVS = poliovirus sauvage.

Tableau C4. Indicateur Clé de Performance de la surveillance des laboratoires (analysés par type de surveillance : PFA et SE)

Suivi au niveau du laboratoire, au niveau régional et au niveau mondial						
Indicateur	Description	Numérateur	Divisé par	Dénominateur	Cible	Notes d'analyse
Rapidité des résultats de l'IV	Proportion d'échantillons dont les résultats de l'IV ont été obtenus dans les 14 jours suivant la réception de l'échantillon PFA ou la mise à disposition du concentré de SE dans le laboratoire accrédité par l'OMS.	Nombre d'échantillons avec ≤14 jours entre la réception au laboratoire accrédité par l'OMS et les résultats de l'IV	/	Nombre d'échantillons	≥80%	Pour la SE, la date de la mise à disposition du concentré de la SE dans le laboratoire peut être utilisée comme date de début de l'indicateur.
Rapidité des résultats de la DIT	Proportion d'échantillons dont les résultats de la DIT ont été obtenus dans les 7 jours suivant les résultats de l'IV	Nombre d'échantillons avec ≤7 jours entre les résultats de l'IV et les résultats de la DIT	/	Nombre d'échantillons nécessitant une DIT	≥80%	
Rapidité de l'envoi pour le séquençage	Proportion d'échantillons arrivant au laboratoire de séquençage dans les 7 jours suivant les résultats de la DIT	Nombre d'échantillons avec ≤7 jours entre les résultats de la DIT et l'arrivée au laboratoire de séquençage	/	Nombre d'échantillons nécessitant un séquençage	≥80%	Ne s'applique qu'aux laboratoires n'ayant pas de capacité de séquençage
Rapidité d'obtention des résultats de séquençage <i>Anciennement "rapidité de communication des résultats de laboratoire concernant le poliovirus".</i>	Proportion d'échantillons dont les résultats de séquençage sont disponibles dans les 7 jours (PFA) ou 14 jours (SE)* suivant leur arrivée au laboratoire de séquençage	Nombre d'échantillons avec ≤7 jours (PFA) ou 14 jours (SE)* entre l'arrivée au laboratoire de séquençage et les résultats du séquençage	/	Nombre d'échantillons nécessitant un séquençage	≥80%	

*Les échantillons environnementaux avec des mélanges complexes peuvent nécessiter un délai supplémentaire pour obtenir les résultats finaux du séquençage.
PFA = paralysie flasque aiguë; SE = surveillance environnementale; DIT = différenciation intratypique ; IV= isolement du virus.

Tableau C5. Indicateurs clés de performance qui ne doivent plus être suivis

Indicateurs				
Indice composite – national	Indice composite - infranational	Rapidité de prélèvement des selles	Détection de la PFA - système	PFA : rapidité de communication des résultats de laboratoire (performance du système)
PFA : rapidité de la communication des résultats concernant le PVS/PVDV (détection)	Détection de la SE - système	Échantillon environnemental prélevé à la date prévue (semaine)		SE : rapidité de communication des résultats de laboratoire

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

Annexe D. Rapidité de détection du PVS et du PVDV

La présente Annexe explique brièvement la différence entre les indicateurs de certification et les indicateurs de rapidité, donne un aperçu des objectifs en matière de rapidité de détection et examine la manière dont les techniques de détection directe peuvent influencer sur la rapidité de détection.

Les indicateurs de certification diffèrent des indicateurs de rapidité de détection

L'indicateur d'*adéquation des selles* est un indicateur de **qualité** de la surveillance de la PFA qui est régulièrement revu par les commissions de certification nationales, régionales et mondiales.²² Il fixe un objectif de 14 jours entre la date de début de paralysie et la collecte de deux échantillons de selles, en se basant sur les conclusions selon lesquelles cette période est optimale pour détecter le poliovirus à partir d'échantillons de selles.²³

La *stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026* de l'IMEP a clairement indiqué qu'il était impératif de détecter le PVS et le PVDVc le plus tôt possible. Le *Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024* a introduit une nouvelle série d'indicateurs (appelés indicateurs de rapidité de détection) et des objectifs visant à surveiller et améliorer spécifiquement la **rapidité** de détection du PVS et du PVDV. L'un de ces indicateurs est la *rapidité des activités sur le terrain*, qui fixe un objectif de 11 jours pour mener à bien les étapes sur le terrain, de la date de début de paralysie à la deuxième collecte de selles. Il est important de rappeler que cet indicateur n'a pas la même finalité que l'indicateur d'*adéquation des selles* et que tous les indicateurs de *rapidité de détection* ne doivent être utilisés que dans le but d'évaluer la rapidité avec laquelle les activités sont menées à bien. Les détails des indicateurs de rapidité de détection sont disponibles dans l'**Annexe C**.

²² L'adéquation des selles est définie comme la proportion de cas de PFA avec deux échantillons de selles collectés à **≥24 heures** d'intervalle, tous deux dans les **14 jours** suivant l'apparition de la paralysie ET reçus en bon état dans un laboratoire accrédité par l'OMS.

²³ Alexander JP, Gary HE, Pallansch MA. Duration of Poliovirus Excretion and Its Implications for Acute Flaccid Paralysis Surveillance: A Review of the Literature. *J Infect Dis.* 1997;175(suppl_1):S176–82. doi:10.1093/infdis/175.Supplement_1.S176.

Aperçu des intervalles et des objectifs de la rapidité de détection

La rapidité de détection est essentielle pour permettre une réponse rapide à toute détection de poliovirus. Calculée à partir de la date de début de paralysie (pour les cas de PFA) ou de la collecte d'échantillons (dans le cadre de la surveillance environnementale) jusqu'au résultat positif final, l'objectif de la rapidité de détection est fixé à **≤35 jours**.²⁴ Toutefois, les différences de capacité des laboratoires nationaux influent sur les délais. Les pays disposant d'une capacité de laboratoire complète (c'est-à-dire capable de réaliser l'IV, la DIT et le séquençage) sont en mesure d'atteindre cet objectif, tandis que les pays ne disposant pas d'une capacité de laboratoire complète sont confrontés à des défis, notamment des retards dus à de multiples acheminements internationaux.

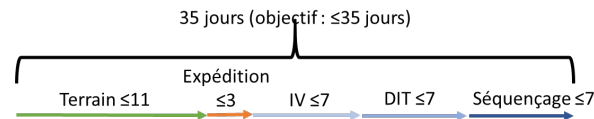
Le GPSAP 2025-2026 introduit un objectif révisé de **≤46 jours pour les pays ne disposant pas d'une capacité de laboratoire complète** afin de permettre une fenêtre de ≤7 jours pour les acheminements internationaux au lieu de la fenêtre historique de ≤3 jours.²⁵

Les objectifs en matière de délais représentent des délais de référence recommandés. Tout doit être mis en œuvre pour accélérer chaque étape afin de réduire le nombre de jours dans les limites des objectifs fixés.

Échantillons de cas de PFA : Pays disposant d'une capacité de laboratoire complète

Selon les indicateurs de rapidité pour les activités sur le terrain (11 jours), l'expédition des échantillons (trois jours pour l'envoi national) et le traitement en laboratoire (28 jours),²⁶ le délai global pour obtenir les résultats du laboratoire est de 42 jours. Toutefois, ce délai peut être raccourci, car les échantillons négatifs seront confirmés au cours de l'étape de l'IV et ne feront pas l'objet d'autres tests. Les échantillons positifs pour le poliovirus se développent généralement en sept jours au cours de l'étape de l'IV et passent ensuite à la DIT et au séquençage. Par conséquent, l'objectif de **≤35 jours est réalisable pour les échantillons positifs dans les pays disposant d'une capacité de laboratoire complète (Fig. D1)**.

Fig. D1. Rapidité de détection des cas positifs de PFA dans les pays disposant d'une capacité de laboratoire complète



DIT = différenciation intratypique; IV = isolement du virus.

Source : OMS

²⁴ L'objectif de ≤35 jours s'applique à la fois à la surveillance de la PFA et de la SE.

²⁵ L'objectif de ≤46 jours s'applique à la fois la surveillance de la PFA et de la SE.

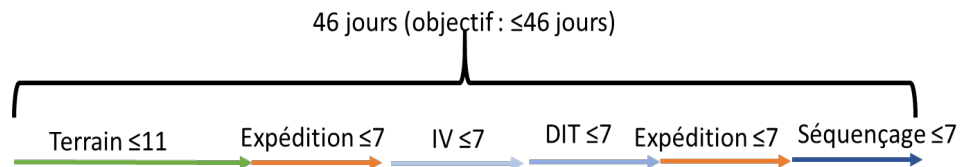
²⁶ Le délai de traitement par le laboratoire est de 28 jours : IV (≤14 jours), DIT (≤7 jours) et séquençage (≤7 jours).

Échantillons de cas de PFA : Pays ne disposant pas d'une capacité de laboratoire complète

Le délai global dans les pays ne disposant pas d'une capacité de laboratoire complète est plus long en raison de la nécessité de procéder à plusieurs acheminements internationaux. Les indicateurs globaux de rapidité pour les activités sur le terrain (11 jours), le premier envoi international d'échantillons (sept jours), l'IV (14 jours), la DIT (sept jours), le deuxième envoi international (sept jours) et le séquençage (sept jours), donnent un délai d'exécution total de 53 jours pour les résultats de laboratoire.

Ce délai peut également être réduit, comme décrit dans la section précédente ; les échantillons négatifs seront confirmés à l'étape de l'IV et ne feront pas l'objet d'analyses supplémentaires, et les échantillons positifs se développeront généralement dans les sept jours au cours de l'étape de l'IV. Par conséquent, **l'objectif de ≤46 jours est réalisable pour les échantillons positifs dans les pays qui ne disposent pas d'une capacité de laboratoire complète (figure D2)**. Les résultats peuvent être reçus plus rapidement si les échantillons ne nécessitent qu'un seul envoi international.

Fig. D2. Délai de détection des cas positifs de PFA dans les pays ne disposant pas d'une capacité de laboratoire complète



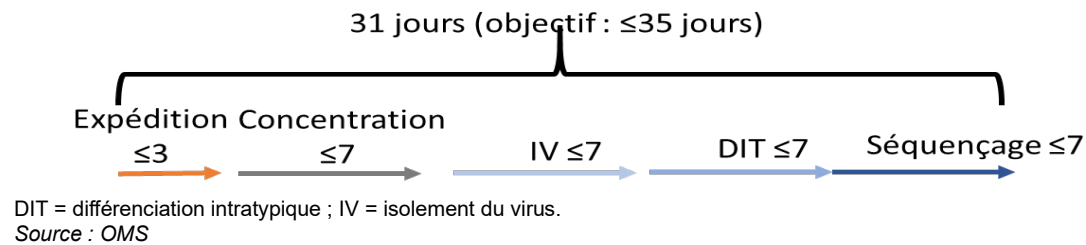
DIT = différenciation intratypique ; IV = isolement du virus.

Source : OMS

Les échantillons environnementaux : Pays disposant d'une capacité de laboratoire complète

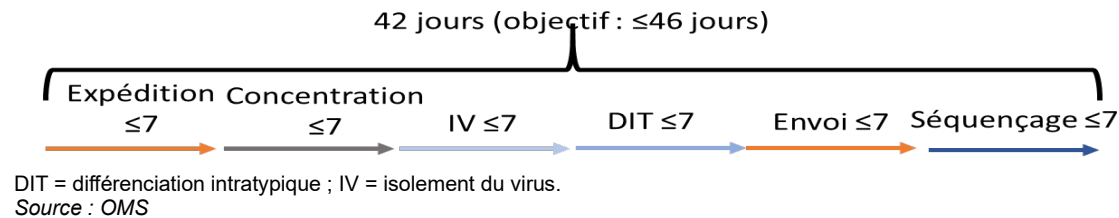
Les échantillons environnementaux n'ont pas de composante d'investigation sur le terrain, de sorte que l'intervalle d'acheminement est défini comme le temps écoulé entre la collecte des échantillons et leur arrivée au laboratoire (trois jours pour les acheminements nationaux). Les échantillons environnementaux comportent une étape de concentration distincte (sept jours). Bien que les objectifs pour l'IV (14 jours) et la DIT (sept jours) soient les mêmes que pour les échantillons provenant de cas de PFA, les échantillons environnementaux peuvent être plus complexes à séquencer et nécessitant un délai plus long (14 jours) en raison de la présence de mélanges de poliovirus.

Le délai global de rapidité pour un échantillon environnemental - de l'envoi au laboratoire à la concentration, jusqu'aux analyses en laboratoire - est de 45 jours. Toutefois, les échantillons négatifs seront confirmés au cours de l'étape de l'IV du site et ne feront pas l'objet d'autres tests. Pour les **échantillons positifs de la SE**, l'étape de l'IV peut être raccourcie à sept jours au maximum et, dans le meilleur des cas, le séquençage peut également durer sept jours au maximum. Par conséquent, **l'objectif de ≤35 jours est réalisable pour les échantillons positifs de la SE dans les pays disposant d'une capacité de laboratoire complète (figure D3)**.

Fig. D3. Délai de détection des échantillons environnementaux positifs dans les pays disposant d'une capacité de laboratoire complète

Échantillons environnementaux : Pays ne disposant pas d'une capacité de laboratoire complète

Le délai global pour un échantillon environnemental dans les pays ne disposant pas d'une capacité de laboratoire complète est plus long en raison de la nécessité d'un ou de deux acheminements internationaux. L'objectif global en matière de délais est de 56 jours, y compris un deuxième envoi international (sept jours) à un laboratoire de séquençage. Comme indiqué précédemment, il est possible de réduire encore les délais : les échantillons négatifs seront confirmés au cours de l'étape de l'IV et ne feront pas l'objet d'autres tests. Pour les **échantillons SE positifs**, l'étape de l'IV peut être réduite à sept jours au maximum et, dans le meilleur des cas, le séquençage peut également prendre sept jours au maximum. Par conséquent, **l'objectif de ≤46 jours est réalisable pour les échantillons positifs de la SE dans les pays ne disposant pas d'une capacité de laboratoire complète (figure D4)**. Les résultats peuvent être reçus plus rapidement si les échantillons ne sont expédiés qu'une seule fois au maximum.

Fig. D4. Rapidité de détection des échantillons positifs de la SE dans les pays ne disposant pas d'une capacité de laboratoire complète

L'impact de la Direction Directe (DD) sur la rapidité de détection

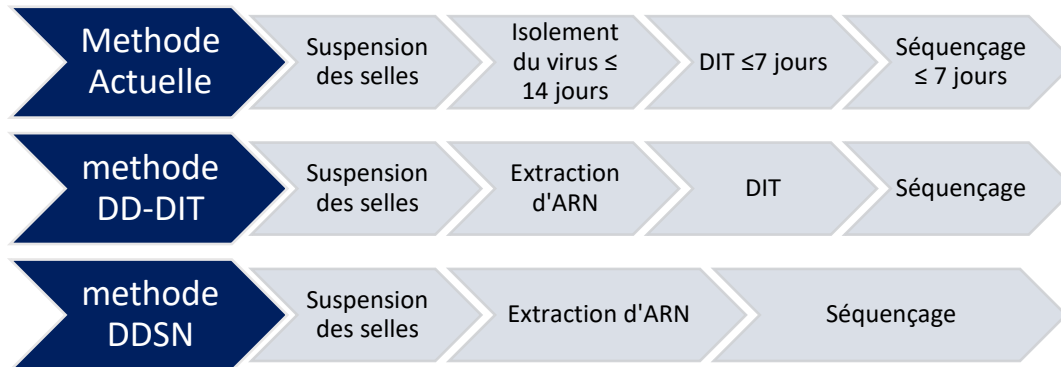
Deux méthodes de détection directe (DD) des poliovirus à partir d'échantillons de selles sont actuellement en cours de validation :

24. Dans la méthode **DD-DIT**, l'étape de l'IV est supprimée et les échantillons sont extraits et testés à l'aide de la DIT, suivi du séquençage de certains échantillons positifs ; Les souches Sabin 1 et 3 ne sont pas séquencées.
25. Dans la méthode **DDSN**, les étapes de test de l'IV et de la DIT sont supprimées et tous les échantillons sont extraits et séquencés, à condition que l'amplification soit réussie.

L'algorithme actuel de diagnostic de la polio pour les cas de PFA comprend trois étapes clés (IV, DIT et séquençage). L'étape de l'IV sert à filtrer les échantillons négatifs qui ne passent pas aux deux étapes suivantes. Les deux méthodes de DD éliminent l'IV (figure D5). Cela permettrait de gagner 7 à 14

jours dans le traitement en laboratoire des échantillons positifs. Toutefois, étant donné que le volume d'échantillons devant être testés par la DIT et/ou séquencés augmentera en raison de l'élimination du dépistage par l'IV, l'objectif de sept jours pour le séquençage devra peut-être être revu à la hausse.

Fig. D5. Algorithmes de diagnostic du poliovirus selon la méthode actuelle et les méthodes de détection directe en cours de validation



DD-DIT = détection directe avec différenciation intratypique ; DDSN = détection directe par séquençage nanopore ; DIT = différenciation intratypique.

Source : OMS

Une fois les méthodes de détection directe validées, le RMLP fixera des objectifs de délais pour chacune des nouvelles étapes : extraction de l'ARN, DIT (pour DD-DIT) et séquençage.

Annexe E. Cadre de redevabilité pour le GPSAP 2025-2026

La mise en œuvre de chaque objectif relève de la responsabilité de tous les niveaux du programme de surveillance de la poliomyélite, avec des responsabilités spécifiques étant décrites dans les tableaux ci-dessous. Lorsque fournis par les bureaux régionaux de l'OMS, des détails supplémentaires seront inclus. L'exécution des tâches sera suivie par les bureaux régionaux de l'OMS, le siège et les partenaires de l'IMEP.

Tableau E1. Responsabilité et redevabilité pour la mise en œuvre des activités de l'objectif 1 (surveillance de la PFA)

Pays et territoires prioritaires	Régional/sous-régional	Mondial
Activité principale 1. Mettre en œuvre des activités ciblées pour identifier les défis et les solutions aux lacunes de la surveillance au niveau infranational		
<ul style="list-style-type: none"> Collecter et analyser les données désagrégées par statut à haut risque, sexe, HSB et autres critères afin d'identifier les raisons des lacunes et mettre en œuvre des stratégies pour les combler. Auditer le système de surveillance de la PFA, en examinant spécifiquement les performances au niveau infranational. Examiner et mettre à jour le réseau de surveillance active tous les six mois. Suivre les visites de surveillance active par sites prioritaires 	<ul style="list-style-type: none"> Aider les pays à définir et à mettre en œuvre des stratégies visant à combler les lacunes au niveau infranational. Auditer le système de surveillance de la PFA, en s'intéressant plus particulièrement aux performances au niveau infranational ; auditer chaque année les pays et territoires hautement prioritaires. Assurer des activités spécifiques à chaque région : <ul style="list-style-type: none"> AFRO et EMRO élaboreront un tableau de bord de la PFA et procéderont à une évaluation régionale des lacunes afin d'améliorer la sensibilité. EMRO recueillera, examinera et fournira un retour d'information aux pays sur le réseau de notification et les visites de surveillance active. SEARO effectuera un examen approfondi de la surveillance dans un (1) pays. WPRO aidera quatre (4) pays : à renforcer la surveillance à base communautaire et la surveillance active (3) et la surveillance active seulement (1). 	<ul style="list-style-type: none"> Collaborer avec les régions et les pays et les aider à combler les lacunes au niveau infranational Élaborer et diffuser des orientations pour la réalisation d'audits complets de surveillance Élaborer et diffuser des orientations pour la mise en œuvre d'une surveillance active de la PFA dans les capitales.
Activité principale 2. Améliorer la rapidité des activités sur le terrain et du transport des échantillons		
<ul style="list-style-type: none"> Identifier les raisons des retards et y remédier à chaque étape des activités sur le terrain et du transport des échantillons. Améliorer la collecte et l'utilisation des données HSB afin d'améliorer la rapidité de la notification. Explorer des alternatives de transport des échantillons de selles lorsque des retards sont observés, y compris l'intégration du transport des échantillons dans d'autres programmes. Transférer aux gouvernements le soutien non gouvernemental pour le suivi des acheminements d'échantillons et effectuer des analyses d'impact à six mois et à un an. 	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir et surveiller les pays pour remédier aux retards dans les activités sur le terrain et le transport des échantillons. Contrôler la rapidité du transport des échantillons et étudier d'autres méthodes en cas de retard : <ul style="list-style-type: none"> WPRO apportera un soutien ciblé à trois pays afin d'améliorer la rapidité de détection. Collaborer avec les pays pour optimiser l'envoi des échantillons aux laboratoires d'autres pays. Aider les pays à transférer le suivi des acheminements d'échantillons au gouvernement et effectuer des analyses d'impact à six mois et à un an. 	<ul style="list-style-type: none"> Aider les régions et les pays à identifier et à mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer la rapidité des activités sur le terrain et du transport des échantillons.

PFA = paralysie flasque aiguë ; AFRO = Bureau régional pour l'Afrique ; EMRO = Bureau régional pour la Méditerranée orientale ; HSB = comportement de recours aux soins ; SEARO = Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est ; WPRO = Bureau régional pour le Pacifique occidental.

Tableau E1 (suite)

Pays et territoires prioritaires	Régional/sous-régional	Mondial
Activité principale 3. Planifier et mettre en œuvre des évaluations systématiques de la sensibilité et des performances de la surveillance		
<ul style="list-style-type: none"> Revue mensuelle des ICP nationaux et infranationaux Procéder à des revues internes, annuelles de la surveillance et à des revues externes, bisannuelles de la surveillance. Élaborer des plans d'amélioration des performances en matière de surveillance afin de suivre et de combler les lacunes recensées. 	<ul style="list-style-type: none"> Suivre et fournir un retour d'information trimestriel sur les performances de la surveillance du pays, y compris les indicateurs infranationaux. Planifier et mettre en œuvre des évaluations systématiques des performances en matière de surveillance : <ul style="list-style-type: none"> Revue documentaires et sur le terrain à réaliser dans les pays (n): AFRO (10), EMRO (8), EURO (3), PAHO (10), SEARO (11) et WPRO (3). Suivre trimestriellement les progrès réalisés dans la mise en œuvre par les pays des recommandations issues des revues de performance en matière de surveillance et rendre compte de l'état d'avancement au niveau mondial 	<ul style="list-style-type: none"> Suivre les performances de la surveillance Fournir un soutien technique pour la mise en œuvre des revues documentaires et sur le terrain Mettre à jour les modèles mondiaux des revues documentaires polio et de terrain afin d'y inclure la surveillance des MEV, et former les équipes régionales à ce processus. Élaborer des orientations pour la documentation, au niveau national, des preuves de l'existence d'un système sensible de surveillance de la PFA.
Activité principale 4. Faciliter la constitution et le maintien d'une main-d'œuvre qualifiée et équilibrée en termes de genre		
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un plan biennal pour les activités de renforcement des capacités en coordination avec les bureaux régionaux. Organiser des formations complètes sur la surveillance de la PFA pour tous les agents chargés de la surveillance et les points focaux PFA, en utilisant le kit de formation sur la surveillance de la PFA et les modules de formation en ligne. Identifier les possibilités d'intégrer les formations sur la surveillance de la PFA et des MEV ou d'autres formations sur la surveillance. Mettre à jour les lignes directrices nationales de surveillance sur le terrain afin de les aligner sur les directives régionales et mondiales de surveillance de la PFA. 	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir les pays dans la planification du renforcement des capacités, la mise en œuvre et le suivi des formations sur la surveillance : <ul style="list-style-type: none"> AFRO identifiera des solutions locales pour maintenir une main-d'œuvre formée, formera les parties prenantes (telles que le programme STOP, les ONG) sur le nouveau GPSAP, soutiendra les initiatives de renforcement des capacités dans six pays, et la formation régionale des formateurs dans 47 pays Formations à mener dans les pays (n) : EURO (3), PAHO (10), WPRO (6) ; EMRO et SEARO (nombre non spécifié) Identifier des opportunités pour intégrer les formations PFA et MEV. Diffuser largement le kit de formation à la surveillance de la PFA et les modules de formation en ligne. Mettre à jour les lignes directrices régionales en matière de surveillance afin de les aligner sur les lignes directrices mondiales en matière de surveillance de la PFA. 	<ul style="list-style-type: none"> Apporter un soutien à la mise en œuvre des formations sur la surveillance, selon les besoins Promouvoir et assurer l'hébergement du module de formation sur la surveillance de la PFA ainsi que des formations en ligne associées Réviser et actualiser les lignes directrices mondiales en matière de surveillance de la PFA (« The Global AFP Surveillance Guidelines »)
Activité principale 5. Intégrer la surveillance de la PFA à d'autres systèmes de surveillance des maladies, le cas échéant		
<ul style="list-style-type: none"> Dans les pays en transition post-polio, intégrer pleinement les activités de surveillance de la PFA aux autres systèmes de surveillance de santé. Suivre les performances de la surveillance au niveau infranational pendant et après l'intégration. 	<ul style="list-style-type: none"> Aider les pays à mener des activités de surveillance intégrées Suivre et contrôler les indicateurs de performance de la surveillance pendant l'intégration et intervenir si nécessaire Plaider avec les partenaires de l'IMEP auprès du ministère de la santé pour garantir l'intégration et le maintien d'une surveillance de 	<ul style="list-style-type: none"> En coordination avec les régions, fournir des orientations aux pays, y compris des critères d'évaluation de l'intégration basés sur/alignés sur les plans de transition de l'OMS.

<ul style="list-style-type: none"> • Plaider avec les partenaires de l'IMEP auprès du ministère de la santé pour garantir l'intégration et le maintien d'une surveillance de la poliomyélite de haute qualité (<i>pour les pays bénéficiant d'un financement de l'IMEP</i>). • Identifier les domaines de convergence et explorer les synergies entre la surveillance de la PFA et des MEV en vue d'une intégration de la surveillance de la PFA et des MEV. 	<p>la poliomyélite de haute qualité (<i>pour les pays bénéficiant d'un financement de l'IMEP</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>SEARO plaidera en faveur d'un financement gouvernemental durable pour la surveillance intégrée des MEV dans cinq pays en transition.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider en faveur d'un financement durable auprès des partenaires mondiaux.
--	---	---

PFA = paralysie flasque aiguë; AFRO = Bureau régional pour l'Afrique ; EMRO = Bureau régional pour la Méditerranée orientale ; EURO = Bureau régional pour l'Europe ; GPSAP = Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite; ICP = indicateur clé de performance ; PAHO = Organisation panaméricaine de la santé ; SEARO = Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est ; STOP = Stop Transmission of Polio ; MEV = maladies évitables par la vaccination; WPRO = Bureau régional pour le Pacifique occidental.

Tableau E2. Responsabilité et redevabilité de la mise en œuvre des activités de l'objectif 2 (surveillance environnementale)

Pays et territoires prioritaires	Régional/sous-régional	Mondial
Activité principale 1. Améliorer et maintenir la sensibilité des sites de surveillance environnementale		
<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les performances des sites de surveillance environnementale et leur conformité aux <i>Global ES Field Guidance</i> ; et mettre en œuvre les mesures correctives nécessaires. • Procéder à des revues sur le terrain pour les sites peu performants ; les modifier ou les fermer en temps utile. • Organiser des formations de remise à niveau sur la SE au moins une fois par an dans le cadre des formations nationales et infranationales sur la surveillance de la PFA et des MEV 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un plan de suivi de la conformité aux <i>Global ES Field Guidance</i> ; et soutenir la mise en œuvre des mesures correctives. • Réaliser une revue documentaire du réseau de la SE tous les six mois : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>PAHO soutiendra les évaluations trimestrielles dans deux pays</i> ○ <i>WPRO soutiendra les évaluations de la sensibilité de la SE dans six pays ; visites sur place dans quatre pays.</i> • Soutenir les activités de renforcement des capacités et les revues sur le terrain de la SE selon les besoins : <ul style="list-style-type: none"> • <i>AFRO renforcera la capacité des pays à investiguer/fermer les sites peu performants</i> ○ <i>EMRO soutiendra/suivra les investigations et les interventions sur le terrain pour les sites de surveillance environnementale où aucun virus n'a été isolé pendant >2 fois consécutives.</i> ○ <i>EURO procédera à des revues conjointes de la surveillance de la SE et de l'EV</i> ○ <i>PAHO organisera une formation annuelle de remise à niveau dans deux pays.</i> ○ <i>SEARO mènera des revues sur le terrain des sites peu performants.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un plan de suivi de la conformité aux <i>Global ES Field Guidance</i>. • Soutenir les activités de renforcement des capacités et les revues sur le terrain en matière de la SE, le cas échéant • Soutenir les revues documentaires et les actions correctives identifiées par les partenaires régionaux, sous-régionaux et nationaux. • Evaluer l'utilisation de la technologie et de nouvelles méthodes pour la collecte d'échantillons environnementaux et la sélection des sites • Développer et mettre en œuvre un outil d'évaluation de la sensibilité et de la performance des sites de surveillance environnementale.
Activité principale 2. Optimiser la SE en fonction du contexte national, en mettant l'accent sur les zones à haut risque		
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer régulièrement l'adéquation de la couverture du réseau de la SE par rapport aux normes minimales, en mettant l'accent sur la couverture des zones à haut risque. • Étendre la SE à d'autres zones si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer une analyse de l'empreinte actuelle de la SE et identifier les besoins à court et à long terme : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>AFRO doit cartographier les principales villes afin d'optimiser l'empreinte de la SE.</i> • Soutenir les pays pour qu'ils respectent les normes minimales et optimisent leurs réseaux de la SE : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>L'optimisation de la SE doit être soutenue dans les pays (n) de la région EURO (Caucase et pays d'Asie centrale) et de WPRO (4).</i> • Explorer la possibilité de démarrer la SE dans davantage de pays : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Explorer dans les pays (n) de EMRO (6), PAHO (1), SEARO (1) et WPRO (2)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à jour les normes minimales en matière de la SE • Mener une évaluation de l'empreinte actuelle de la SE et identifier les besoins à court et à long terme.

Activité principale 3. Améliorer les délais d'acheminement et l'état des échantillons environnementaux

- Suivre les indicateurs de rapidité afin d'identifier les points de blocage et d'orienter les actions correctives.
- Le cas échéant et dans la mesure du possible, suivre les échantillons en temps réel
- Étudier d'autres modes d'acheminement des échantillons
- Suivre les indicateurs de rapidité et fournir un retour d'information aux pays.
- Étudier des options alternatives de transport ou de laboratoire dans les endroits où des retards sont constatés :
 - *EMRO rationalisera l'acheminement dans cinq pays*
 - *PAHO étudiera d'autres options d'acheminement internationale.*
 - *WPRO surveillera les acheminements dans trois pays.*
- Suivre les indicateurs de rapidité et fournir un retour d'information aux régions.
- Explorer d'autres options de transport ou de laboratoire dans les endroits où des retards sont constatés.

PFA = paralysie flasque aiguë; AFRO = Bureau régional pour l'Afrique; EMRO = Bureau régional pour la Méditerranée orientale; SE = surveillance environnementale ; EURO = Bureau régional pour l'Europe; EV = entérovirus; PAHO = Organisation panaméricaine de la santé; SEARO = Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est; MEV = maladies évitables par la vaccination; WPRO = Bureau régional pour le Pacifique occidental.

Tableau E2 (suite)

Pays et territoires prioritaires	Régional/sous-régional	Mondial
Activité principale 4. Préparer l'intégration avec d'autres agents pathogènes détectables dans les eaux usées		
<ul style="list-style-type: none"> • Étudier les possibilités d'intégration avec les programmes de surveillance des eaux usées • Documenter les exemples d'intégration de la SE de la poliomyélite 	<ul style="list-style-type: none"> • Étudier les possibilités d'intégration avec les programmes de surveillance des eaux usées : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>SEARO soutiendra l'exploration</i> ○ <i>WPRO soutiendra l'exploration dans deux pays et surveillera l'impact sur la SE de la polio dans deux pays.</i> • Aider les pays à documenter les exemples d'intégration de la SE de la polio 	<ul style="list-style-type: none"> • Explorer les possibilités d'intégration avec les programmes de surveillance des eaux usées • Documenter les principes nécessaires à l'intégration réussie de la SE de la poliomyélite dans la surveillance des eaux usées.
Activité principale 5. Améliorer et normaliser le circuit des données de la SE, de la collecte à l'utilisation		
<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre des outils électroniques (eTools) pour la collecte et la supervision des échantillons environnementaux • Maintenir ou développer des processus adéquats pour transférer les éléments de données requis • Exploiter les technologies disponibles pour évaluer la zone de captage des sites de SE afin d'améliorer l'utilisation des données pour l'action 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la mise en œuvre des outils électroniques (eTools) pour la collecte et la supervision des échantillons : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>WPRO soutiendra cinq pays pour l'utilisation des outils électroniques</i> • Aider les pays à transférer les éléments de données requis de manière appropriée • Aider les pays à accéder aux informations sur les zones de captage des sites de SE et à les utiliser pour orienter les données pour l'action 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir la mise en œuvre des outils électroniques pour la collecte d'échantillons et la supervision • Mettre à jour un ensemble minimum d'éléments de données que chaque pays doit fournir au niveau régional/mondial • Élaborer et diffuser des orientations sur la manière d'accéder aux informations relatives aux zones de captage des sites de surveillance environnementale et de les utiliser pour orienter les données pour l'action.

SE = surveillance environnementale ; SEARO = Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est; WPRO = Bureau régional pour le Pacifique occidental.

Tableau E3. Responsabilité et redevabilité de la mise en œuvre des activités de l'objectif 3 (surveillance des PVDVi)

Pays à risque de PVDVi	Régional	Mondial
Activité principale 1. Soutenir et étendre la surveillance des PVDVi dans les pays dotés de systèmes existants		
<ul style="list-style-type: none"> Intensifier la mise en œuvre sur le terrain (expansion du réseau, par exemple) conformément à une proposition de plan actualisé et/ou d'examen. En coordination avec le Bureau régional, organiser une revue un an après le lancement de la surveillance des PVDVi. Suivre les ICP sur une base trimestrielle 	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir l'expansion du réseau si nécessaire : <ul style="list-style-type: none"> AFRO continuera à soutenir les activités dans deux pays EMRO examinera et systématisera la surveillance des PVDVi dans quatre pays. EURO continuera à plaider en faveur d'un dépistage systématique de l'excrétion du poliovirus chez les patients souffrant de IP. PAHO examinera la situation de la surveillance des PVDVi dans deux pays. WPRO soutiendra les activités en cours et l'expansion éventuelle du réseau dans un pays. Suivre les ICP sur une base trimestrielle Organiser une revue un an après le lancement de la surveillance des PVDVi et fournir un soutien si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir l'expansion du réseau si nécessaire Suivre les ICP sur une base trimestrielle Soutenir l'évaluation de la mise en œuvre sur le terrain un an après le lancement de la surveillance des PVDVi Mettre à jour les modèles mondiaux des revues documentaires et sur le terrain afin d'y inclure la surveillance des PVDVi Fournir un soutien technique si nécessaire

AFRO = Bureau régional pour l'Afrique ; EMRO = Bureau régional pour la Méditerranée orientale; EURO = Bureau régional pour l'Europe; PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience; ICP = indicateur clé de performance; IP = immunodéficience primaire ; PAHO = Organisation panaméricaine de la santé; WPRO = Bureau régional pour le Pacifique occidental.

Tableau E3 (suite)

Pays à risque de PVDVi	Régional	Mondial
Activité principale 2. Mettre en œuvre la surveillance des PVDVi dans au moins cinq autres pays à risque dans toutes les régions		
<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser les gouvernements Identifier les sites sentinelles Mettre en place une surveillance des PVDVi 	<ul style="list-style-type: none"> Sensibiliser, identifier et assurer la liaison avec les pays à risque de PVDVi et promouvoir la surveillance des PVDVi : <ul style="list-style-type: none"> Explorer la mise en place d'une surveillance des PVDVi dans les pays (n) de EMRO (1), EURO (au moins 1), PAHO (au moins 1), et WPRO (2). Informez le RCC Fournir un soutien technique 	<ul style="list-style-type: none"> Continuer à affiner le modèle de risque du PVDVi Organiser des webinaires pour soutenir les activités de sensibilisation, sur demande Fournir un soutien technique
Activité principale 3. Veiller à ce que le système d'information sur les PVDVi soit disponible et que les données soient régulièrement et systématiquement communiquées à l'IMEP.		
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser le module de surveillance des PVDVi pour partager les données avec les bureaux régionaux et le siège de l'OMS conformément à l'Accord de partage des données. Télécharger les données historiques de surveillance des PVDVi dans POLIS. 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce qu'un système d'information sur les PVDVi soit disponible pour les pays participants : <ul style="list-style-type: none"> AFRO et EMRO coordonneront avec les pays participants l'utilisation du module du système d'information sur les PVDVi pour le partage des données. Assurer un soutien à la rationalisation de la gestion des données dans les pays (n) de PAHO (2) SEARO (non spécifié) Veiller à ce que les données de surveillance des PVDVi soient partagées avec le siège conformément à l'Accord de partage des données. 	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce qu'un système d'information sur les PVDVi soit disponible Fournir un soutien technique Rendre compte de la surveillance des PVDVi au niveau mondial, tous les mois.

Activité principale 4. Mettre en place un système de coordination régulière avec les associations des personnes atteintes des IP et les réseaux d'immunologie		
<ul style="list-style-type: none"> • S'il existe une association nationale, sensibiliser et coordonner les efforts d'engagement 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier, cartographier et coordonner avec les associations nationales et régionales d'immunologie : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>WPRO organisera une session de sensibilisation pour la RCC et le NCC et étudiera la possibilité de s'engager avec les associations des personnes atteintes de IP.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier, cartographier et coordonner les associations nationales, régionales et mondiales d'immunologie.
Activité principale 5. Coordonner avec les groupes de recherche sur les thérapies antivirales, les anticorps monoclonaux et les diagnostics rapides		
<ul style="list-style-type: none"> • Avec le siège de l'OMS, faciliter l'accès aux antiviraux en assurant la coordination entre les médecins traitants et le fabricant d'antiviraux, le cas échéant. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les pays participants sur l'utilisation compassionnelle des thérapies antivirales • Soutenir la coordination de l'accès à la thérapie antivirale pour les patients atteints de IP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir aux régions des informations actualisées sur le développement de thérapies antivirales, d'anticorps monoclonaux et de tests de diagnostic pour les patients atteints de IP • Coordonner l'accès aux thérapies antivirales pour les patients atteints de IP par l'intermédiaire du fabricant de l'antiviral.

AFRO = Bureau régional pour l'Afrique; EMRO = Bureau régional pour la Méditerranée orientale; EURO = Bureau régional pour l'Europe; PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience NCC = Comité national de certification; PAHO = Organisation panaméricaine de la santé; IP = immunodéficience primaire; POLIS = Système d'information sur la poliomyélite; RCC = Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite; SEARO = Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est; WPRO = Bureau régional pour le Pacifique occidental.

Tableau E4. Responsabilité et redevabilité de la mise en œuvre des activités de l'objectif 4 (surveillance en laboratoire)

Laboratoires nationaux	Régions	Mondial
Activité principale 1. Renforcer la surveillance des systèmes de gestion de la qualité dans tous les laboratoires du RMLP.		
<ul style="list-style-type: none"> • Informer les bureaux régionaux et le siège de l'OMS de tout changement nécessitant une visite obligatoire sur place conformément aux lignes directrices du RMLP (par exemple, nouveau directeur/manager de laboratoire, nouvelle infrastructure). • Participer aux formations régionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les plans d'accréditation régionaux sur deux ans (pour les laboratoires nationaux pour la poliomyélite). • Organiser au moins une formation régionale pour les laboratoires du RMLP. • Soutenir l'utilisation des procédures d'accréditation du RMLP et la documentation complète des systèmes de gestion de la qualité des laboratoires. • Suivre le déploiement et la proportion des tests d'aptitude réalisés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les plans d'accréditation de deux ans pour les laboratoires mondiaux spécialisés (GSL et RRL) et régionaux (pour les laboratoires nationaux pour la poliomyélite (NPL)). • Suivre la proportion des listes de contrôle d'accréditation révisées avec succès. • Élaborer des orientations pour la validation interne des méthodes acceptées • Veiller à l'application des procédures d'audit et à la documentation complète des systèmes de qualité des laboratoires • Superviser les formations régionales • Veiller à ce que les systèmes de gestion de la qualité des laboratoires soient alignés sur les normes de l'OMS et du RMLP. • Suivre le déploiement et la proportion des tests d'aptitude réalisés à l'échelle mondiale en 2025 et 2026.
Activité principale 2. Maintenir et renforcer la capacité de traitement dans tous les laboratoires du RMLP, en accordant la priorité à ceux qui desservent les pays et territoires hautement prioritaires.		
<ul style="list-style-type: none"> • Participer au renforcement des capacités en matière de procédures moléculaires • Signaler les problèmes et les lacunes (tels que les événements non conformes) liés à la commande et à l'acquisition d'équipements et de réactifs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Résumer l'état d'avancement des plans d'urgence de la région et s'efforcer de maintenir une capacité de mobilisation rapide • Soutenir le renforcement des capacités en matière de procédures moléculaires dans l'ensemble du RMLP par le biais de formations et d'achats. • Soutenir l'approvisionnement et la disponibilité des fournitures essentielles • Suivre l'état des centres régionaux (stocks) : 	<ul style="list-style-type: none"> • Résumer l'état d'avancement de tous les plans d'urgence régionaux ; soutenir le renforcement des capacités de mobilisation rapide • Soutenir le renforcement des capacités en matière de procédures moléculaires dans l'ensemble du RMLP par des formations et des achats. • Surveiller l'état des centres mondiaux (stocks) et des accords à long terme avec les fabricants.

- AFRO achèvera la construction de deux laboratoires nationaux et réaménagera d'autres laboratoires nationaux afin d'augmenter l'espace de travail.

AFRO = Bureau régional pour l'Afrique; RMLP = Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite; GSL = laboratoire mondial spécialisé; NPL = laboratoire national pour la poliomyélite; RRL = laboratoire régional de référence.

Tableau E4 (suite)

Laboratoires nationaux	Régions	Mondial
Activité principale 3. Poursuivre l'évaluation des méthodologies et algorithmes nouveaux ou adoptés et les mettre en œuvre après validation, en donnant la priorité aux laboratoires desservant des pays et territoires hautement prioritaires.		
<ul style="list-style-type: none"> • Résumer l'état, la capacité et les performances de chaque nouvelle méthodologie en cours de tests pilotes/parallèles et/ou ayant été mis en œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les progrès réalisés dans l'intégration de nouveaux laboratoires de séquençage dans la région • Suivre l'achèvement des essais pilotes/parallèles de DD dans les laboratoires sélectionnés. • Élaborer des plans régionaux pour le déploiement des méthodes acceptées et recommandées et en suivre l'application : <ul style="list-style-type: none"> ○ AFRO étendra la capacité de séquençage à six laboratoires supplémentaires du RMLP et organisera une formation au séquençage dans quatre de ces laboratoires ; elle continuera à surveiller les essais pilotes de la DD-DIT ; elle suivra les essais pilotes de la DDSN dans dix laboratoires nationaux et commencera des essais parallèles ; elle facilitera la mise en œuvre des activités d'assurance qualité et de contrôle de qualité par l'accréditation du GSL du RMLP pour les laboratoires. ○ EMRO : étendra la capacité de séquençage et de la SE à au moins trois laboratoires supplémentaires dans la région ; et continuera à soutenir les essais pilotes de la DD-DIT et de la DDSN. ○ EURO : continuera à sensibiliser à la DD et à organiser des formations sur la DDSN dans six pays. ○ PAHO : soutiendra la mise en œuvre du séquençage Sanger dans quatre laboratoires du RMLP. ○ SEARO : renforcera les capacités de séquençage dans deux laboratoires supplémentaires du RMLP et effectuera des tests pilotes de la méthode DDSN dans trois laboratoires du RMLP. ○ WPRO : soutiendra le renforcement et la mise en œuvre du séquençage dans deux laboratoires du RMLP et soutiendra le déploiement de la méthode DD et DDSN dans six laboratoires du RMLP et suivra les performances. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rassembler les informations provenant de toutes les régions sur l'avancement de l'intégration des nouveaux laboratoires de séquençage. • Superviser le processus d'évaluation des nouvelles méthodologies et des nouveaux algorithmes des tests conformément au <i>Guidance Paper 7</i> du RMLP • Communiquer la décision du SWG sur la méthode DD et son acceptation ou recommandation deux mois après la soumission du dossier. • (i) Superviser directement les activités d'assurance qualité et de contrôle de qualité et (ii) planifier et mettre en œuvre des exercices d'accréditation pour tous les laboratoires mettant en œuvre de nouvelles méthodologies (DD et séquençage) en relation avec les GSL désignées par le RMLP. • Veiller à ce que le rapport et les recommandations du groupe de travail soient disponibles sur les systèmes d'assurance qualité et de contrôle de qualité proposés par les développeurs de méthodes DD deux mois après leur soumission • Compiler et résumer l'état d'avancement de tous les essais pilotes régionaux de la DD • Compiler les plans régionaux de déploiement des méthodologies acceptées et recommandées.
Activité principale 4. Poursuivre la collaboration avec des réseaux élargis de surveillance en laboratoire, y compris d'autres MEV, et documenter les activités d'intégration.		
<ul style="list-style-type: none"> • Résumer l'état d'avancement des activités d'intégration au sein du laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Documenter les meilleures pratiques d'intégration de la poliomyélite dans la surveillance des MEV (toutes les régions). • Suivre les projets pilotes qui intègrent les MEV (rougeole, rotavirus) et les activités liées à la poliomyélite (ex : les panels EEQ et les réactifs, la gestion des données de séquençage). 	<ul style="list-style-type: none"> • Valider une note conceptuelle sur l'intégration des réseaux de surveillance des MEV et conduire un projet pilote dans ≥ 2 pays. • Suivre et compiler les projets d'intégration dans les régions • Suivre l'efficacité de l'harmonisation des panels EEQ et de la gestion des réactifs (rougeole et polio)

	<ul style="list-style-type: none"> Une région sélectionnée pilotera l'exercice d'accréditation conjointe de la surveillance intégrée des MEV. 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser les réunions du comité directeur du PoNS et du MeaNS/RubeNS au moins une fois par année et y participer. Soutenir l'essai pilote d'exercices d'accréditation conjoints des MEV dans deux pays.
Laboratoires nationaux	Régions	Mondial
Activité principale 5. Élaborer une stratégie pour la viabilité à long terme des fonctions essentielles du RMLP		
<ul style="list-style-type: none"> Identifier et communiquer les lacunes dans la capacité de chaque laboratoire à maintenir les fonctions essentielles du RMLP. 	<ul style="list-style-type: none"> Recueillir et résumer les résultats de l'auto-évaluation des laboratoires en vue de maintenir les fonctions essentielles du RMLP. 	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en œuvre des principes directeurs pour le maintien durable des fonctions essentielles du RMLP, y compris la vision et l'orientation de la structure et des fonctions du RMLP. Plaider en faveur de la viabilité financière et du maintien du RMLP.

AFRO = Bureau régional pour l'Afrique; DD = détection directe; DD-DIT = détection directe avec différenciation intratypique; DDSN = détection directe par séquençage nanopore; EMRO = Bureau régional pour la Méditerranée orientale; EEQ = évaluation externe de la qualité; SE = surveillance environnementale; EURO = Bureau régional pour l'Europe; RMLP = Réseau mondial de laboratoires de la poliomyélite; GSL = laboratoire mondial spécialisé; MeaNS = surveillance nucléotidique de la rougeole (base de données); PAHO = Organisation panaméricaine de la santé; PoNS = séquence nucléotidique du poliovirus (base de données); AQ = assurance qualité; QC : contrôle qualité; RubeNS = surveillance nucléotidique de la rubéole (base de données); SEARO = Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est; SWG = Groupe de travail restreint (ad hoc RMLP); MEV = maladies évitables par la vaccination; WPRO = Bureau régional pour le Pacifique occidental.

RMLP = Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite.

Tableau E5. Responsabilité et redevabilité des activités de mise en œuvre de l'objectif 5 (gestion des données et des informations)

Pays	Régional/sous-régional	Mondial
Activité principale 1. Veiller à ce que POLIS contienne tous les éléments de données nécessaires aux objectifs et activités programmatiques (y compris la certification).		
<ul style="list-style-type: none"> Partager les données nécessaires aux fonctions de POLIS Mettre en œuvre le module de surveillance des PVDVi lié à POLIS (<i>uniquement dans les pays participants à la surveillance des PVDVi</i>). En coordination avec le bureau régional, étudier la possibilité de relier des sources de données supplémentaires à POLIS, à l'aide de circuits spécifiques. Mettre en place des contrôles de qualité des données et répondre en temps voulu aux commentaires de la région et du siège 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier et maintenir les sources de données nécessaires aux fonctions de POLIS. Développer/maintenir les capacités analytiques actuelles en mettant l'accent sur les indicateurs de base de la surveillance de la poliomyélite Mettre en œuvre des contrôles de qualité des données afin de suivre les statistiques sources pour les paramètres clés nécessaires à la certification. Soutenir la mise en œuvre du module de surveillance des PVDVi pour les pays participants. Explorer et/ou relier d'autres sources de données des bureaux régionaux à POLIS Coordonner au niveau mondial la normalisation et la réconciliation des circuits analytiques. Fournir un retour d'information aux pays et institutionnaliser des systèmes pour résoudre les problèmes de qualité au niveau national. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifier et valider les mesures clés, développer des protocoles de vérification des données et mettre en œuvre des outils automatisés. Développer/maintenir les capacités analytiques centrées sur les indicateurs de base de la surveillance de la poliomyélite. Mettre en œuvre des contrôles de la qualité des données afin de suivre les statistiques sources pour les indicateurs clés Mettre à jour et soutenir la mise en œuvre des modules du système d'information sur les PVDVi Relier POLIS à d'autres sources de données des bureaux régionaux Coordonner avec les bureaux régionaux pour standardiser et harmoniser les circuits analytiques. Mettre en place un système de gestion des demandes (<i>ticketing</i>).

PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience; POLIS = Système d'information sur la poliomyélite.

Tableau E5 (suite)

Pays	Régional/sous-régional	Mondial
Activité principale 2. Améliorer/moderniser les systèmes d'information régionaux et nationaux		
<ul style="list-style-type: none"> Procéder à une évaluation de l'infrastructure et mettre à jour les politiques et procédures existantes pour les aligner sur WebIFA. Effectuer des essais pilotes de WebIFA dans certaines provinces/régions/districts afin d'identifier les problèmes potentiels et recueillir les commentaires des utilisateurs. Adapter WebIFA aux exigences locales spécifiques et aux domaines d'activités, notamment en traduisant l'interface utilisateur et la documentation dans les langues locales Dispenser des formations WebIFA au niveau des province/districts et fournir un appui à la mise en œuvre Assurer la connexion et le partage de données avec POLIS via la plateforme xMart à l'aide de l'interface de programmation d'applications (API) pour les pays n'ayant pas de systèmes WebIFA. 	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer une évaluation des systèmes d'information en place dans les pays et la possibilité de déployer WebIFA. Soutenir le déploiement de WebIFA dans les laboratoires nationaux et la surveillance (PFA, ES, IP/PVDVi) et répondre aux questions soulevées par les essais pilotes : <ul style="list-style-type: none"> AFRO déploiera WebIFA dans huit pays. EMRO déploiera WebIFA dans toute la région et, le cas échéant, l'intégrera au système d'information national disponible. EURO finalisera l'intégration complète avec WIISE. PAHO fournira un soutien technique pour la mise en œuvre du nouveau système d'information VPD-SMART. SEARO intégrera POLIS aux systèmes d'information nationaux existants WPRO développera un système intégré de surveillance des maladies évitables par la vaccination. Soutenir la poursuite du partage des données avec POLIS via la plateforme xMart pour les pays ne disposant pas de systèmes WebIFA. 	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir la mise en œuvre de WebIFA (plan de déploiement, formations) Créer des circuits dans la plateforme xMart pour relier POLIS et les systèmes existants dans les pays/régions qui ne mettront pas en œuvre WebIFA.
Activité principale 3. Renforcer la gestion des données et la capacité d'analyse aux niveaux national et régional		
<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre le renforcement des capacités au niveau infranational en fonction des priorités et des besoins du programme Réaliser des revues systématiques (telles que des revues documentaires et sur le terrain) en s'appuyant sur les fonctions analytiques de POLIS selon les besoins. 	<ul style="list-style-type: none"> Procéder à une évaluation de la formation dans les pays afin d'identifier leurs besoins en matière de capacités. Renforcer les capacités des pays en matière d'utilisation des données Renforcer et soutenir la capacité analytique des pays à mettre en œuvre des revues systématiques ; soutenir les revues dans les pays dont la capacité est limitée. Assurer des activités spécifiques à la région : <ul style="list-style-type: none"> AFRO mettra au point un tableau de bord régional de la surveillance de la PFA. EMRO donnera aux pays les moyens d'utiliser les tableaux de bord de surveillance, WebIFA, POLMIS et POLIS. PAHO et EURO continueront à communiquer périodiquement à l'IMEP des données sur la surveillance de la PFA et développeront et maintiendront les capacités analytiques actuelles, en se concentrant sur les indicateurs clés de performance de la surveillance de la PFA. WPRO élaborera des tableaux de bord de données au niveau national. 	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des formations/ateliers de renforcement des capacités pour les régions en fonction de leurs besoins. Soutenir les régions dans le renforcement des capacités des pays et territoires hautement prioritaires, selon les besoins. Renforcer et soutenir la capacité analytique des régions à mettre en œuvre des revues systématiques ; soutenir/diriger les revues dans les régions ayant une capacité limitée. Élaborer des manuels d'utilisation pour WebIFA et POLIS.

PFA = paralysie flasque aiguë; AFRO = Bureau régional pour l'Afrique; API = interface de programmation d'applications; EMRO = Bureau régional pour la Méditerranée orientale; SE = surveillance environnementale; EURO = Bureau régional pour l'Europe; PVDVi = poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience; ICP = indicateur clé de performance; PAHO = Organisation panaméricaine de la santé; IP = immunodéficience primaire; POLIS = Système d'information sur la poliomyélite; POLMIS = Système d'information sur la gestion de la poliomyélite; SEARO = Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est; VPD-SMART = (Vaccine

Preventable Diseases-Surveillance, Monitoring, Analysis, Reporting and Tracking); WebIFA = système d'information en ligne pour l'action; WIISE = Système d'information sur la vaccination de l'OMS; WPRO = Bureau régional pour le pacifique occidental.

Tableau E5 (suite)

Pays	Régional/sous-régional	Mondial
Activité principale 4. Préparer POLIS à un futur transfert ou à une intégration avec d'autres systèmes de gestion des données et d'information		
<ul style="list-style-type: none"> Soutenir le processus de cartographie des systèmes afin de garantir l'interopérabilité et l'utilisation des fonctionnalités. 	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir les pays dans le processus de cartographie des systèmes, y compris les fonctionnalités clés 	<ul style="list-style-type: none"> Intégrer les fonctionnalités clés de POLIS dans des environnements autonomes et nécessitant peu d'entretien. Réaliser une cartographie des processus et présenter les principales conclusions et recommandations au comité directeur de POLIS. En collaboration avec les régions, créer un rapport de durabilité et une cartographie des processus.
Activité principale 5. Renforcer la collaboration avec les parties prenantes mondiales pour favoriser l'intégration, la normalisation, la transparence et la coordination interrégionale		
<ul style="list-style-type: none"> Participer à la communauté de pratique de POLIS Organiser des réunions trimestrielles d'harmonisation des données avec les bureaux infranationaux 	<ul style="list-style-type: none"> Participer à la communauté de pratique de POLIS Participer aux réunions semestrielles entre le siège et les managers de systèmes d'information régionaux Soutenir la réunion semestrielle avec les parties prenantes mondiales Organiser des réunions semestrielles avec les programmes IVB et WHE pour renforcer la collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la communauté de pratique de POLIS Intégrer POLIS dans les formations STOP Organiser des réunions semestrielles avec les responsables des systèmes d'information régionaux et les parties prenantes Organiser des réunions trimestrielles avec les utilisateurs de POLIS Organiser des réunions trimestrielles de coordination avec IVB et le WHE Organiser des réunions semestrielles du comité directeur de POLIS

IVB = vaccination, vaccins et produits biologiques (département de l'OMS); POLIS = Système d'information sur la poliomyélite; STOP = Stop Transmission of Polio; WHE = Programme de gestion des situations d'urgence de l'OMS.

Tableau E6. Responsabilité et redevabilité de la mise en œuvre des activités pour l'objectif 6 (Gestion et redevabilité)

Pays	Régional/sous-régional	Mondial
Activité principale 1. Élaborer et suivre la mise en œuvre du GPSAP dans les pays et territoires hautement prioritaires		
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer et mettre en œuvre des plans de renforcement de la surveillance conformes aux recommandations du GPSAP 2025-2026. Faire un rapport trimestriel aux bureaux régionaux sur l'avancement des plans de surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> Aider les pays à élaborer des plans de renforcement de la surveillance qui s'alignent sur les recommandations du GPSAP 2025-2026 : <ul style="list-style-type: none"> <i>AFRO soutiendra la mise en œuvre du GPSAP dans tous les pays, en accordant la priorité aux pays à haut risque et aux pays où il n'y a pas eu de flambée.</i> <i>EMRO organisera un webinaire sur le GPSAP avec tous les pays et territoires à priorité élevée ou moyenne, et soutiendra l'élaboration du plan d'action.</i> <i>WPRO soutiendra la mise en œuvre et le suivi du plan de renforcement de la surveillance dans six pays.</i> Faire un rapport semestriel sur la mise en œuvre du GPSAP 2025-2026 au SG : 	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir les pays et les régions dans l'élaboration de plans de renforcement de la surveillance alignés sur le GPSAP 2025-2026. Rendre compte deux fois par an au comité stratégique de l'IMEP de la mise en œuvre du plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite.

- *EMRO organisera des appels de suivi trimestriels et des rapports sur les activités du GPSAP*

AFRO = Bureau régional pour l'Afrique; EMRO = Bureau régional pour la Méditerranée orientale; GPSAP = Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite; SG = Groupe chargé de la surveillance; WPRO = Bureau régional pour le Pacifique occidental.

Tableau E6 (suite)

Pays	Régional/sous-régional	Mondial
Activité principale 2. Suivre les risques et les performances de la surveillance dans les pays et territoires prioritaires		
<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les performances de la surveillance tous les trimestres à l'aide des ICP et ICPP. • Évaluer les performances de la surveillance de la poliomyélite au moyen d'évaluations systématiques et normalisées des résultats. • Suivre la mise en œuvre des recommandations issues des évaluations des performances afin d'améliorer la surveillance. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les performances de la surveillance deux fois par an • Aider les pays à évaluer leurs performances en matière de surveillance de la poliomyélite • Aider les pays à suivre la mise en œuvre des recommandations visant à améliorer la surveillance 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les performances de la surveillance deux fois par an • Aider les régions et les pays à évaluer leurs performances en matière de surveillance de la poliomyélite • Aider les régions et les pays et territoires hautement prioritaires à suivre la mise en œuvre des recommandations visant à améliorer la surveillance.
Activité principale 3. Suivre et soutenir le plan de travail des systèmes de données, du RMLP et des régions		
<ul style="list-style-type: none"> • Cartographier et garantir des ressources humaines suffisantes pour maintenir les activités de surveillance dans la région. • Le coordinateur régional des laboratoires fournira au coordinateur du RMLP des mises à jour trimestrielles sur les domaines d'activités des laboratoires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recenser et assurer des ressources humaines suffisantes pour maintenir les activités de surveillance • Le RMLP fournira des mises à jour trimestrielles au SG sur les domaines d'activités des laboratoires. • L'équipe chargée du système d'information sur les données fournira au SG des mises à jour trimestrielles sur le déploiement de WebIFA et d'autres domaines d'activité. 	
Activité principale 4. Suivre et soutenir l'intégration des activités de surveillance de la poliomyélite		
<ul style="list-style-type: none"> • Diriger les efforts et plaider en faveur d'une approche holistique de l'intégration de la surveillance de la poliomyélite dans les domaines d'activités de surveillance existantes. • Procéder à des évaluations rapides de la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite et élaborer des plans d'amélioration pour relever les défis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider en faveur d'une intégration holistique de la surveillance de la poliomyélite au niveau national • Recueillir les enseignements tirés des pays qui ont intégré la surveillance de la poliomyélite • Aider les pays à réaliser des évaluations rapides de la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Soutenir les évaluations rapides dans les pays (n) de AFRO (2) et de WPRO (6).</i> • Assurer des activités supplémentaires spécifiques à la région : <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>SEARO assurera le suivi de la mise en œuvre des lignes directrices régionales sur la surveillance intégrée des MEV.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les pays et les régions dans l'intégration holistique de la surveillance de la poliomyélite. • En coordination avec les régions et les partenaires de l'IMEP, recueillir les enseignements tirés des pays et des régions qui ont intégré la surveillance de la poliomyélite. • Élaborer et diffuser un outil d'intégration de la surveillance de la poliomyélite et une liste de contrôle. • Aider les pays et les régions à procéder à des évaluations rapides de la sensibilité de la surveillance de la poliomyélite • Élaborer et diffuser des livres blancs sur les systèmes de surveillance alternatifs pour la détection du poliovirus.

Activité principale 5. Suivre et plaider en faveur d'une transition durable dans les pays bénéficiant d'un financement de l'IMEP pour la surveillance

- Avec le soutien des équipes de transition de l'OMS, élaborer des plans de transition qui assurent un soutien technique et financier à la surveillance au-delà du financement de l'IMEP.
- En coordination avec les équipes de transition de l'OMS, aider les pays à élaborer des plans de transition qui pérennisent le soutien technique et financier à la surveillance :
 - *AFRO soutiendra l'élaboration de plans de transition dans 10 pays.*
- Participer à des forums mondiaux et régionaux pour soutenir les plans de transition en matière de surveillance.
- En coordination avec les équipes de transition de l'OMS, aider les régions et les pays à élaborer des plans de transition qui pérennisent le soutien technique et financier à la surveillance.
- Participer à des forums mondiaux et régionaux pour soutenir les plans de transition en matière de surveillance.

AFRO = Bureau régional pour l'Afrique; RMLP = Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite; RH = ressources humaines; ICP = indicateur clé de performance; ICPP = indicateur clé de performance et de processus; SEARO = Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est; SG = Groupe chargé de la surveillance; MEV = maladies évitables par la vaccination; WebIFA = information en ligne pour l'action (système) ;

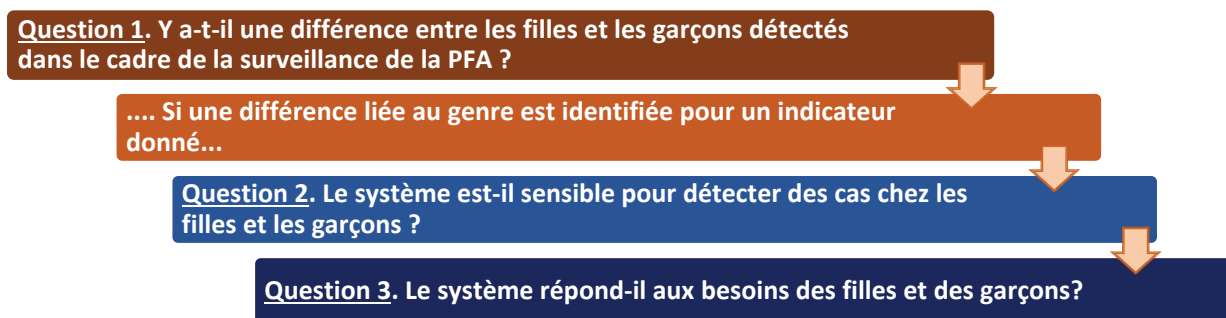
WPRO = Bureau régional pour le Pacifique occidental.

Annexe F. Intégrer la dimension de genre dans la détection et l'investigation des cas de PFA chez les enfants

L'intégration de la dimension de genre dans les activités et les interventions de surveillance de la poliomyélite est essentielle pour garantir que chaque enfant atteint de PFA soit détecté et fasse l'objet d'une investigation. Alors que des orientations ont été données dans le GPSAP 2022-2024 (Annexe I) et dans les « The Global AFP Surveillance Guidelines » (Annexe 18), la présente Annexe revient sur la manière d'analyser les données de la surveillance sous l'angle du genre et d'utiliser les résultats pour élaborer des mesures correctives.

Trois questions permettent d'identifier les obstacles liés au genre qui empêchent de garantir que tous les enfants atteints de PFA, quel que soit leur sexe, soient rapidement détectés et fassent l'objet d'une investigation (**figure F1**). La première question est une question générale qui vise à déterminer s'il existe un problème de disparité entre les sexes dans la surveillance de la PFA, tandis que les deux autres questions permettent d'orienter les investigations analytiques plus poussées sur les causes sous-jacentes potentielles.

Fig. F1. Processus d'identification des obstacles liés au genre dans la surveillance de la PFA



PFA = paralysie flasque aiguë.

Source : OMS

Question 1. Y a-t-il une différence entre les filles et les garçons détectés dans le cadre de la surveillance de la PFA ?

Cette question de haut niveau permet d'identifier rapidement s'il existe une disparité, sans pour autant révéler les causes sous-jacentes des disparités observées entre les genres. Trois indicateurs peuvent aider à répondre à cette question (**tableau F1**). Ces trois indicateurs doivent faire l'objet d'un suivi régulier avec une analyse ventilée par sexe.

Petits effectifs

Le nombre attendu de cas de PFA signalés peut être faible dans les petites zones à faible population, ce qui rend difficile la comparaison des pourcentages. Il est donc recommandé de faire preuve de discernement lors de l'analyse de ces petits effectifs.

Tableau F1. Indicateurs de haut niveau pour identifier les disparités liées au genre dans les activités de surveillance de la PFA

Indicateur	Objectif	Calcul (exprimé en pourcentage)
Taux de PFA non poliomyélitique <i>OU</i> Cas de PFA notifiés	Évaluer toute différence liée au sexe dans la détection et la notification des cas de PFA	<i>Stratification par sexe</i> : nombre de cas écartés pour cause de PFA non poliomyélitique chez les enfants de moins de 15 ans divisé par le nombre de personnes âgées de moins de 15 ans. ²⁷ Nombre de cas de PFA par sexe divisé par le nombre de cas de PFA
Adéquation des selles	Évaluer toute différence basée sur le sexe dans la capacité à détecter le poliovirus parmi les cas de PFA	<i>Stratification par sexe</i> : nombre de cas de PFA remplissant toutes les conditions suivantes (2 échantillons de selles prélevés à ≥ 24 heures d'intervalle, dans les ≤14 jours suivant la date de début de paralysie, ET les deux échantillons reçus en bon état dans un laboratoire accrédité par l'OMS), divisé par le nombre de cas de PFA.
Rapidité des activités sur le terrain	Évaluer s'il existe des différences liées au sexe dans les délais d'exécution des activités sur le terrain (notification, investigation, collecte de selles).	<i>Stratification par sexe</i> : nombre de cas de PFA avec 2 échantillons de selles collectés à ≥24 heures d'intervalle et ≤11 jours de la date de début de paralysie divisé par le nombre de cas de PFA.

PFA = paralysie flasque aiguë.

Malgré les différences biologiques et sociétales dans le développement de la poliomyélite paralytique chez les filles et les garçons, le risque de développer une PFA est supposé similaire – On s'attend donc à ce que la répartition des cas de PFA entre les filles et les garçons soit approximativement égale, soit 50 %-50 %, avec de légères variations du pourcentage de différence. Des écarts persistants et importants (telles que >10% sur une période de six mois) justifient des analyses plus approfondies pour identifier les causes sous-jacentes, et si nécessaire, que des mesures correctives efficaces puissent être prises.

Populations particulières

Lors de l'analyse de données démographiques (par exemple, socio-économiques et démographiques), veillez à les ventiler par sexe afin d'identifier toute différence sous-jacente liée au sexe. Soyez prudent lorsque vous analysez des données en fonction de plusieurs facteurs à la fois, car cela peut conduire à de petits nombres.

Lorsqu'un des trois indicateurs (voir **tableau F1**) signale une différence entre les sexes, deux questions supplémentaires dans le processus d'investigation analytique visant à identifier les obstacles liés au genre faciliteront la compréhension des disparités dans les performances de la surveillance de la PFA (voir **figure F1**).

Question 2. Le système est-il sensible pour détecter des cas chez les filles et les garçons?

Cette question vise à identifier toute disparité liée au sexe dans la notification des cas de PFA aux autorités de santé publique. Deux indicateurs permettent d'y répondre (**tableau F2**).

²⁷ Si des dénominateurs spécifiques au genre sont disponibles, il est préférable de calculer le taux de PFA non poliomyélitique. Toutefois, un simple examen des cas de PFA rapportés par sexe est également instructif si les dénominateurs spécifiques au genre ne sont pas disponibles.

Tableau F2. Indicateurs de sensibilité de la surveillance de la PFA pour détecter tous les cas de PFA chez les filles et les garçons

Indicateur	Objectif	Calcul (exprimé en pourcentage)
Rapidité de la notification	Déterminer si des retards dans la notification liés au sexe existent dans la notification des cas de PFA aux autorités de santé publique.	<i>Stratifier par sexe</i> : nombre de cas de PFA notifiés ≤ 7 jours entre la date de début de paralysie et la notification divisé par le nombre de cas de PFA.
Consultations médicales des cas de PFA (Également appelées "contacts sanitaires")	Évaluer si un sexe consulte plus souvent des entités sanitaires (telles que prestataires, établissements, guérisseurs) avant la notification aux autorités de santé publique, comparativement à l'autre sexe.	<i>Stratification par sexe</i> : nombre de cas de PFA par sexe avec ≤ 2 consultations entre la date de début de paralysie et la notification, divisé par le nombre de cas de PFA.

PFA = paralysie flasque aiguë.

Si des disparités sont identifiées pour l'un ou l'autre indicateur, se référer au **tableau F3** pour les problèmes potentiels et les mesures correctives. Les responsables de la surveillance et les responsables de programmes devraient alors envisager de travailler avec des spécialistes du genre. La collaboration avec des groupes de femmes, des comités de santé féminins, des réseaux locaux et d'autres organisations aidera à comprendre les obstacles liés au genre et à identifier des mesures correctives acceptables au niveau local.

Tableau F3. Exemples d'obstacles liés au genre en rapport avec la notification des cas de PFA et mesures correctives possibles

Étape	Problèmes et causes possibles	Actions correctives possibles
Du début de la paralysie à la recherche de soins	<ul style="list-style-type: none"> Attitude discriminatoire en matière de comportement de recours aux soins vis-à-vis des filles (accès priorisé aux garçons, retards dans les soins pour les filles, mauvaise qualité des services du personnel de santé à l'égard des filles, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer une évaluation du comportement de recours aux soins afin d'identifier et de traiter les comportements sexistes.²⁸
Notification	<ul style="list-style-type: none"> Attitude discriminatoire à l'égard de la notification des cas de PFA chez les filles 	<ul style="list-style-type: none"> Passer en revue les données des visites de surveillance active pour déterminer si un nombre disproportionné de cas de PFA non signalés concerne des filles (au cours des six derniers mois) et sensibiliser les sites aux pratiques de notification. Sensibiliser les responsables hospitaliers à la nécessité de signaler tous les cas de PFA notifiés par le personnel de l'hôpital. Investiguer toutes les instances de contacts sanitaires des cas de PFA qui n'ont pas mené à la notification du cas afin de comprendre les raisons de l'absence de notification et sensibiliser aux bonnes pratiques en matière de notification.

PFA = paralysie flasque aiguë ; HSB = comportement de recours aux soins.

²⁸ Se référer à l'Annexe 9 du document « Global guidance for conducting acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in the context of poliovirus eradication ». Genève : Organisation mondiale de la santé; 2024 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376603/9789240089662-eng.pdf>, consulté le 25 février 2025) et l'Annexe C du plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2022 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/05/GPSAP-2022-2024-FR.pdf>, consulté le 25 février 2025).

Question 3. Le système répond-il aux besoins des filles et des garçons ?

Cette question vise à déterminer si les filles et les garçons sont traités sans partialité, une fois signalés aux autorités de santé publique et au sein du système de surveillance de la PFA. Trois indicateurs permettent de répondre à cette question (**tableau F4**).

Tableau F4. Indicateurs de réactivité du système de surveillance de la PFA à l'égard de tous les cas de PFA, filles et garçons

Indicateur	Objectif	Calcul (exprimé en pourcentage)
Rapidité de l'investigation	Identifier d'éventuels retards liés au sexe dans la conduite des investigations de cas de PFA.	<i>Stratifier par sexe</i> : nombre de cas de PFA pour lesquels le délai entre la notification et l'investigation est ≤ 48 heures divisé par le nombre de cas de PFA.
Analyse supplémentaire : Proportion de cas de PFA pour lesquels deux selles ont été prélevées	Déterminer s'il existe des différences liées au sexe dans le nombre d'échantillons de selles prélevés	<i>Stratification par sexe</i> : nombre de cas de PFA pour lesquels deux échantillons de selles ont été prélevés divisé par le nombre de cas de PFA
Analyse supplémentaire : Proportion de cas de PFA dont les deux échantillons ont été prélevés dans les 2 jours suivant l'investigation du cas et à ≥ 24 heures d'intervalle	Déterminer s'il existe des différences liées au sexe dans l'établissement des priorités pour la collecte des échantillons de selles	<i>Stratifier par sexe</i> : nombre de cas de PFA pour lesquels deux échantillons de selles ont été prélevés dans les 2 jours suivant l'investigation du cas de PFA divisé par le nombre de cas de PFA

PFA = paralysie flasque aiguë.

Si des différences liées au genre sont observées dans la rapidité d'investigation des cas de PFA, se référer au **tableau F5** pour explorer les causes possibles et les mesures correctives. Si aucune différence entre les sexes n'est détectée dans la rapidité d'investigation des cas de PFA, des problèmes liés à la collecte des échantillons de selles sont probables et justifient des analyses complémentaires. Par exemple, les filles atteintes de PFA ont-elles rarement deux échantillons prélevés ? Ou, s'ils sont prélevés, les deux échantillons ont-ils été prélevés plus de deux jours suivant l'investigation du cas ?

Pourquoi le transport et le dépistage ne sont-ils pas des problèmes potentiels liés au genre ?

Les entreprises de transport ne tiennent pas compte du sexe du cas de PFA. Les laboratoires se concentrent sur le traitement des échantillons et ignorent généralement le sexe du cas de PFA en raison de l'utilisation de numéros d'identification de laboratoire pour tester les échantillons.

Lorsque des obstacles à la réactivité liés au genre sont identifiés, il est important que le programme procède à un examen transparent de ses politiques et procédures afin de comprendre comment les pratiques discriminatoires ont entravé la capacité du système de surveillance à détecter la poliomyélite. L'intégration de spécialistes de la gestion et de l'égalité des sexes dans le processus d'évaluation permettra d'identifier les mesures correctives appropriées.

Tableau F5. Exemples d'obstacles à la réactivité liés au genre et actions correctives possibles

Étape	Problèmes et causes possibles	Actions correctives possibles
Investigation de cas et prélèvement de selles	<ul style="list-style-type: none"> Pratiques discriminatoires liées au genre dans la conduite ou la priorisation des cas de PFA dans l'investigation ou le prélèvement d'échantillons 	<ul style="list-style-type: none"> Former les agents chargés de la surveillance à lutter contre les préjugés personnels et les pratiques discriminatoires. Suivre le progrès des agents chargés de la surveillance pour s'assurer qu'ils s'améliorent et envisager des visites de supervision formative.

PFA = paralysie flasque aiguë.

Annexe G. Budget

Dans le cadre des efforts d'éradication, l'IMEP fournit un soutien financier direct aux pays pour la surveillance, généralement par l'intermédiaire de l'OMS, mais aussi sous la forme d'un soutien direct par des partenaires spécifiques de l'IMEP aux pays, aux régions ou à d'autres parties prenantes. Les fonds de l'IMEP qui sont inclus dans le budget approuvé sont appelés "Besoins en ressources financières" (FRR) du programme. Les autres aides fournies directement par les partenaires et les donateurs sont considérées comme n'entrant pas dans le cadre du FRR.

Afin de garantir que le programme atteigne les objectifs de la stratégie de l'IMEP en matière de surveillance, notamment en ce qui concerne la rapidité de détection, Le Groupe de l'IMEP chargé de la surveillance a collaboré avec les bureaux régionaux de l'OMS pour élaborer des plans et des budgets de surveillance pour tous les pays. Le Groupe chargé de la surveillance a soumis une proposition de budget au Comité stratégique de l'IMEP et un budget de surveillance final de 151 millions de dollars a été approuvé par le Conseil de surveillance de la poliomyélite dans le cadre du FRR de l'IMEP pour 2025 (tableau G1). Ce budget de surveillance restera globalement inchangé jusqu'en 2029, dans le cadre de la prolongation du calendrier de la stratégie d'éradication et du budget pluriannuel approuvés par le Conseil de surveillance de la poliomyélite.

Tableau G1. Budget de surveillance de l'IMEP, FRR, 2025

Région	Centre de coûts	Assistance technique	Frais de fonctionnement de la surveillance	Laboratoire	Total
AFR	Bureau régional pour l'Afrique	1 825 000	4 827 000	7 455 000	14 107 000
	Angola	1 474 000	1 101 000		2 575 000
	Burkina Faso		440 000		440 000
	Cameroun	180 000	1 096 000		1 276 000
	République centrafricaine		1 468 000		1 468 000
	Tchad	949 000	1 285 000		2 234 000
	République démocratique du Congo	2 208 000	2 826 000		5 034 000
	Éthiopie	989 000	1 904 000		2 893 000
	Guinée	168 000	362 000		530 000
	Kenya	580 000	759 000		1 339 000
	Madagascar		1 174 000		1 174 000
	Mali		808 000		808 000
	Mozambique		881 000		881 000
	Niger	600 000	1 056 000		1 656 000
	Nigéria	12 528 000	8 263 000		20 791 000
Sud Soudan	507 000	2 960 000		3 467 000	
AMR	Organisation panaméricaine de la santé		311 000	110 000	421 000
EMR	Bureau régional pour la Méditerranée de l'Est	2 435 000	1 002 000	1 566 000	5 003 000
	Afghanistan	6 175 000	20 500 000	200 000	26 875 000
	Pakistan	17 116 000	7 690 000	2 231 000	27 037 000
	Somalie	1 112 000	3 156 000		4 268 000
	République arabe syrienne			23 000	23 000
	Yémen			48 000	48 000
EUR	Bureau régional pour l'Europe	246 000	374 000	252 000	872 000
SIÈGE DE L'OMS	Siège de l'OMS	2 760 000	18 454 000	2 848 000	24 062 000
SEAR	Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est		661 000	740 000	1 401 000
	Bangladesh			54 000	54 000

	Indonésie			67 000	67 000
	Myanmar			16 000	16 000
	Népal			5 000	5 000
WPR	Bureau régional pour le Pacifique occidental	92 000	143 000	321 000	556 000

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

Le budget approuvé comprend le soutien à l'assistance technique, aux frais de fonctionnement de la surveillance et aux frais de laboratoire dans les deux pays où le PVS1 est endémique (Afghanistan et Pakistan), dans trois pays prioritaires de la région OMS de la Méditerranée orientale (Somalie, République arabe syrienne et Yémen), 10 pays prioritaires (Angola, Cameroun, Éthiopie, Guinée, Kenya, Niger, Nigéria, République démocratique du Congo, Sud-Soudan et Tchad) et cinq autres pays à haut risque de la région africaine de l'OMS (Burkina Faso, République centrafricaine, Madagascar, Mali et Mozambique). Quatre pays de la région OMS de l'Asie du Sud-Est bénéficieront d'une aide pour les laboratoires. L'aide à l'Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan représente 49% du budget total. Le budget total approuvé comprend également des allocations pour le renforcement des capacités, l'expansion de la SE et l'investissement dans l'infrastructure de gestion des données et de l'information.

Besoins supplémentaires

Compte tenu de la nécessité permanente d'améliorer la qualité de la surveillance dans les pays et territoires prioritaires, ainsi que dans les pays et territoires nouvellement touchés par des flambées de poliomyélite et dans les pays et territoires présentant un risque accru d'importation de poliovirus, des mesures ciblées de renforcement de la surveillance peuvent s'avérer nécessaires.

Le cas échéant, Le Groupe chargé de la surveillance examinera les plans proposés, y compris les besoins en ressources supplémentaires. Le Groupe chargé de la surveillance continuera à assurer la liaison avec le groupe de préparation et de riposte aux flambées afin d'utiliser de manière optimale les fonds de riposte aux flambées pour renforcer la surveillance dans les pays touchés, avec l'approbation du comité stratégique de l'IMEP. Cet arrangement a bien fonctionné en 2024, lorsqu'un total de 8 millions USD provenant des fonds de riposte aux flambées a été affecté au financement des mesures d'urgence pour renforcer la surveillance dans les pays touchés par les flambées de poliomyélite.

Conformément aux procédures établies, si les besoins en ressources supplémentaires ne peuvent être satisfaits dans le cadre du budget approuvé, Le Groupe chargé de la surveillance soumettra une proposition au comité stratégique de l'IMEP.

Prochaines étapes

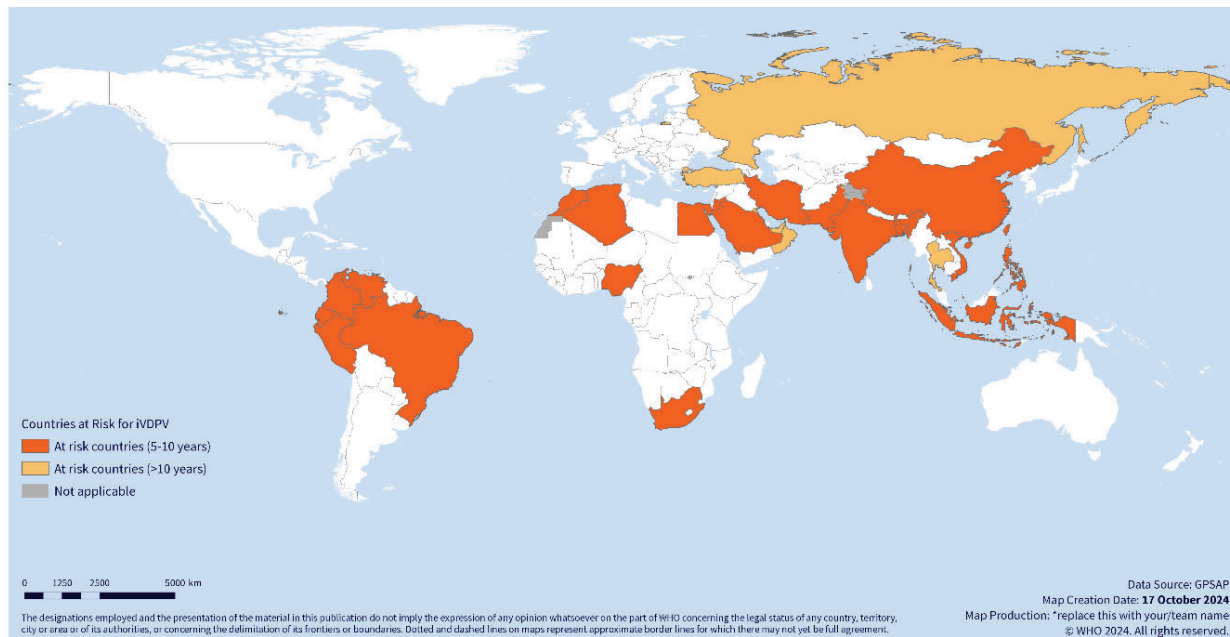
Le Groupe chargé de la surveillance mènera les activités de suivi et d'évaluation suivantes :

- sur une base mensuelle, produire des résumés de l'utilisation du FRR par centre de coûts, à partager avec tous les bureaux concernés ;
- sur une base trimestrielle, procéder à une revue conjointe de la mise en œuvre du programme, y compris de l'utilisation des allocations du FRR ;
- sur une base semestrielle, inclure une description de l'utilisation du FRR dans le rapport du SG au comité stratégique; et
- sur une base annuelle, évaluer les perspectives globales de financement de la surveillance, y compris les ressources autres que le FRR, afin de les inclure dans le rapport annuel au comité stratégique.

Annexe H. Évaluation globale du risque pour la surveillance des PVDVi

Un premier modèle de risque de PVDVi a été élaboré pour aider les pays et les bureaux régionaux de l'OMS à planifier la surveillance des PVDVi (**Fig. H1**). Ce modèle est basé sur des données limitées et n'est en aucun cas normatif.

Fig. H1. Pays potentiellement à risque de PVDVi



GPSAP = Plan d'action mondial pour la surveillance de la poliomyélite ; PVDVi = Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immuno-déficience

Source : OMS

Pays à risque de PVDVi (5-10 ans)

Afrique du Sud, Algérie, Arabie saoudite, Bangladesh, Brésil, Chine, Colombie, Égypte, Équateur, Inde, Indonésie, Iran (République islamique d'), Jordanie, Maroc, Nigéria, Pakistan, Pérou, Philippines, Venezuela (République bolivarienne du), Viêt Nam.

Pays à risque de PVDVi (>10 ans)

Koweït, Oman, Fédération de Russie, Thaïlande, Turquie, Émirats arabes unis.

Le modèle s'appuie sur les pays qui ont la capacité de fournir des soins aux patients atteints de IP et susceptibles d'excréter le virus après avoir été exposés aux virus du VPO. Au sein de ce groupe de pays, le modèle isole plusieurs facteurs clés qui augmentent le risque de PVDVi dans un pays, notamment

- des antécédents d'utilisation du VPO avant son arrêt ;
- une prévalence de la consanguinité qui augmente l'incidence des IP dont on sait qu'elles contribuent aux PVDVi ;

un faible taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, ce qui prolonge la période d'excrétion possible, et

- une faible couverture de la première dose du VPI dans le cadre des vaccinations systématiques, ce qui augmente les risques liés à la transmission communautaire.

Le modèle projette le risque de PVDVi dans le temps (par exemple, 5-10 ans contre >10 ans) afin d'aider les bureaux régionaux de l'OMS à identifier les pays dans lesquels il serait possible d'établir et de mettre en œuvre une surveillance du PVDVi. Le modèle continuera d'être mis à jour au fur et à mesure que de nouvelles données seront disponibles.

Annexe I. Ressources

Les outils de la surveillance mondiale de la poliomyélite

Orientations de terrain

❖ <i>Global guidance for conducting acute flaccid paralysis (AFP) surveillance in the context of poliovirus eradication</i>	Global AFP Guidelines En ligne
Orientations mondiales décrivant des stratégies et des activités bien établies pour la surveillance de la PFA, y compris des guides de terrain, aide-mémoire et de nouveaux outils pour améliorer la sensibilité dans la mise à jour de 2023	
❖ <i>Guide de terrain pour la mise en œuvre de la surveillance environnementale du poliovirus</i>	Global ES Guidance en ligne
Directives mondiales pour le lancement et la mise en œuvre d'une SE très sensible et de haute qualité pour la détection de tous les types de poliovirus	
❖ <i>Lignes directrices sur la mise en œuvre de la surveillance du poliovirus chez les patients atteints de déficit immunitaire primaire (IP)</i>	Global iVDPV Surveillance Guidelines
Lignes directrices pour la mise en place d'une surveillance supplémentaire afin de détecter l'excrétion du PVDVi chez les patients non paralytiques atteints de IP	
❖ <i>Réseau mondial de laboratoires de la poliomyélite</i>	GPLN Resource Hub
Documents relatifs aux laboratoires publiés par le RMLP, y compris le Manuel des laboratoires de la poliomyélite de l'OMS et ses suppléments, des documents d'orientation et des rapports de consultations informelles.	

Orientations thématiques

❖ <i>Outputs from polio surveillance subject matter expert work groups – risks and risk mitigation strategies</i>	Outputs from polio surveillance expert work groups – risks and risk mitigation strategies
Fichier d'accompagnement de ce GPSAP 2025-2026 qui résume les risques et les stratégies d'atténuation des risques pour chacun des trois niveaux de sensibilité de la surveillance identifiés par les experts en surveillance de la poliomyélite de l'IMEP.	
❖ <i>Guidelines for Implementing Polio Surveillance in Hard-to-Reach Areas & Populations</i>	Hard-to-Reach Areas & Populations Guidelines
Lignes directrices issues d'une consultation sur les techniques et protocoles spécialisés pour détecter le poliovirus dans les zones et les populations les plus difficiles à atteindre, avec des détails pour compléter les stratégies de surveillance de la PFA et des outils pour gérer un système de surveillance sensible dans les zones difficiles d'accès.	

❖ **Best practices in active surveillance for polio eradication**

Document décrivant les meilleures pratiques de la surveillance active de la PFA en vue de l'éradication de la poliomyélite, même dans les zones où l'infrastructure sanitaire en place est très limitée, et comprenant toutes les étapes de la mise en place, de la gestion, diagnostic des problèmes et du suivi de la surveillance active.

[Best practices in active surveillance](#)

Formation

❖ **Kit de formation à la surveillance de la PFA de l'IMEP**

Kit de formation composé de 12 modules en Power Point de Microsoft®, adaptables, conçus pour être utilisés lors de sessions de formation en présentielle, avec des modules comprenant des exercices interactifs et des aide-mémoires, ainsi qu'un guide de l'animateur disponible pour la préparation (disponible en anglais et en français ; (recherchez Surveillance Training Package 2024 sur le lien).

[AFP Surveillance Training Package](#)

ou envoyez un courriel à polio_info@who.int

❖ **GPEI self-paced AFP surveillance online courses**

Quatre cours en ligne sur la surveillance de la PFA sont proposés par l'intermédiaire du site iLearn de l'OMS. Les modules comportent des contrôles périodiques des connaissances pour renforcer les concepts clés, suivis d'un quiz final (actuellement disponible en anglais).

[Self-paced AFP surveillance course](#)

❖ **iVDPV Surveillance training**

Formation composée de neuf modules adaptables basés sur PowerPoint de Microsoft®, conçus pour être utilisés lors de sessions de formation en présentielle.

[iVDPV Surveillance training](#)

ou envoyez un courriel à polio_info@who.int

❖ **Boîte à outils pour la surveillance à base communautaire de la poliomyélite**

Plate-forme destinée aux professionnels de la surveillance désireux de mettre en œuvre ou de renforcer la surveillance à base communautaire de la poliomyélite dans leur pays. La boîte à outils est organisée chronologiquement par étapes pour la planification, la mise en œuvre et le suivi de la surveillance à base communautaire de la poliomyélite.

[BOÎTE À OUTILS POUR LA SURVEILLANCE COMMUNAUTAIRE DE LA POLIOMYÉLITE](#)

Ressources sur la surveillance de la poliomyélite et la riposte aux flambées

❖ **Interim Quick Reference on Strengthening Polio Surveillance during a Poliovirus Outbreak**

Un guide de référence rapide qui résume les activités de surveillance de la poliomyélite actuellement recommandées au niveau mondial pour améliorer la sensibilité pendant les flambées de poliomyélite.

[Polio surveillance strengthening during polio outbreaks](#)

- | | |
|---|---|
| <p>❖ E-learning course: GPEI Outbreak Response Training – 2020</p> <p>Un cours d'apprentissage en ligne conçu pour aider les apprenants à acquérir la connaissance des procédures opérationnelles standardisées de la riposte en cas de flambée de poliomyélite.</p> | <p>Polio outbreak response training</p> |
| <p>❖ Procédures opérationnelles standardisées riposte à un évènement ou à une flambée de poliomyélite, version 4</p> <p>Procédures opérationnelles standardisées pour intervenir en cas d'évènement ou de flambée de poliovirus</p> | <p>Procédures opérationnelles standardisées actualisées pour l'intervention en cas de flambée de poliomyélite</p> |
| <p>❖ Webinaire : procédures opérationnelles standardisées actualisées et révisées pour la riposte aux flambées de poliomyélite - 2022</p> <p>Un webinaire avec des experts mondiaux, régionaux et nationaux présentant les principales mises à jour et révisions des procédures opérationnelles standardisées pour la riposte aux flambées de poliomyélite, en mettant l'accent sur des ripostes plus rapides, plus importantes et de meilleure qualité.</p> | <p>Updated polio outbreak response standard operating procedures webinar</p> |

Documents régionaux de l'OMS sur la surveillance de la poliomyélite

Région africaine

- | | |
|---|---|
| <p>❖ Centre de ressources de l'IMEP - Directives et plans</p> <p>Documents relatifs à la surveillance publiés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique afin de guider les programmes nationaux, notamment les <i>Lignes directrices pour la surveillance des poliovirus dans la Région africaine</i>, <i>Africa Regional Polio Eradication Action Plan 2024/2025</i> et <i>Polio eradication cross-border coordination plan 2024–2025: Lake Chad Basin and Sahel countries</i></p> | <p>GPEI Resource Hub (polioeradication.org)</p> |
|---|---|

Région européenne

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <p>❖ Guidelines for enterovirus surveillance in support of the Polio Eradication Initiative</p> <p>Lignes directrices sur les principes et les pratiques d'adoption de la surveillance des entérovirus en appui de l'éradication de la poliomyélite</p> | <p>EVS Guidelines</p> |
|--|---------------------------------------|

Région des Amériques

- | | |
|--|--|
| <p>❖ Poliomyelitis Eradication Field Guide, third edition</p> <p>Guide de terrain de l'Organisation panaméricaine de la santé sur les stratégies visant à maintenir la région exempte de poliomyélite, y compris la surveillance de la PFA.</p> | <p>Polio Eradication Field Guide</p> |
|--|--|

- ❖ ***Guidance on active case-finding for acute flaccid paralysis, measles and rubella***

Nouvelles lignes directrices pour la recherche active des cas de PFA.

[Active Case-finding Guidance](#)

Région de l'Asie du Sud-Est

- ❖ ***Surveillance Guide for Vaccine-Preventable Diseases in the WHO South-East Asia Region, module 3 Poliomyelitis***

L'un des 11 modules du MEV sur la conduite de la surveillance.

[Surveillance Guide for Poliomyelitis](#)