

Préparation du retrait de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO) : remplacement du VPO trivalent par le VPO bivalent

Questions fréquentes -- février 2015

Table des matières

Raisons de l'arrêt du recours au VPO	2
À propos du remplacement du VPOt par le VPOb.....	3
Comprendre les risques et maintenir la protection grâce au VPI.....	4
Calendrier du remplacement du VPOt par le VPOb à l'échelle mondiale	5
Préparation du remplacement du VPOt par le VPOb	6
Approvisionnement en VPOb et prévisions.....	6
Élimination des stocks de VPOt restants	7
Riposte à la flambée	8
Pour plus d'informations	9

Sigles

AVS	activités de vaccination supplémentaires
DTC	vaccin antidiptérique-antitétanique-anticoquelucheuse
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PPPV	poliomyélite paralytique postvaccinale
PVDV	poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
PVDVc	poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (type 2)
PVS	poliovirus sauvage
SAGE	Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VPI	vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPO	vaccin antipoliomyélitique oral
VPOb	vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (contenant les sérotypes 1 et 3)
VPOm	vaccin antipoliomyélitique oral monovalent
VPOt	vaccin antipoliomyélitique trivalent

Depuis la publication du **Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018**, on a commencé à élaborer des plans partout dans le monde pour accélérer l'interruption de la transmission de tous les poliovirus et mettre en place des systèmes plus solides pour l'acheminement de vaccins salvateurs.

Dans la perspective du retrait, à terme, de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux (VPO), l'OMS a recommandé dans sa note de synthèse de janvier 2014 (*Relevé épidémiologique hebdomadaire* du 28 février 2014) que tous les pays qui utilisent le VPO commencent à renforcer leurs systèmes de vaccination et introduisent au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans les programmes de vaccination systématique d'ici fin 2015. L'objectif mondial, désormais plus large, est de remplacer le VPO trivalent (VPOt) par le VPO bivalent (VPOb) dans tous les pays qui utilisent ce vaccin.

Raisons de l'arrêt du recours au VPO

Pourquoi cesser d'utiliser le VPO ?

Le VPO est fabriqué à partir de poliovirus atténués (affaiblis). À de très rares occasions, il peut entraîner une poliomyélite paralytique postvaccinale (PPPV) et la circulation de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc). Pour éviter cette situation, il faut retirer le VPO dès que possible une fois que la transmission du poliovirus sauvage (PVS) aura été enrayerée.

Le VPOt contient les trois sérotypes de poliovirus (1, 2 et 3) et son utilisation a permis d'éradiquer le poliovirus sauvage de type 2 (PVS2), qui n'a plus provoqué de cas depuis 1999. Aujourd'hui, plus de 90 % des cas de circulation d'un PVDV et environ 40 % des cas de PPPV sont dus à la composante de type 2 présente dans le VPOt.

Après l'introduction d'au moins une dose de VPI pour atténuer les risques, les VPO seront progressivement retirés, en commençant par la souche de type 2 grâce au remplacement du VPOt par le VPOb. Ce dernier contient les types 1 et 3 et continuera donc à offrir une protection contre le PVS1 et le PVS3. Lorsque tous les poliovirus sauvages auront été totalement éliminés, tous les VPO seront retirés.

Pourquoi les pays ne peuvent-ils pas cesser complètement d'utiliser le VPO au lieu de passer au VPOb ?

Comme le VPI est un vaccin inactivé et pas un vaccin « vivant » atténué, il ne risque pas de provoquer de PPPV. Cependant, contrairement à ce qui se passe dans le cas du VPO, le virus inactivé ne se reproduit pas dans l'intestin et le VPI confère une immunité mucoale inférieure à celle du VPO et ne protège pas autrui. En outre, le VPI est moins efficace que le VPO pour réduire la transmission oro-fécale. L'association des deux vaccins est le meilleur moyen de protection.

Quand le recours au VPO devrait-il cesser ?

L'objectif est de cesser toute utilisation du VPO d'ici 2020. Sous réserve du calendrier fixé pour le remplacement et de la détection d'une poursuite de la transmission des poliovirus, les pays pourraient cesser toute utilisation du VPO dès 2019.

Le VPO est-il sûr ?

Oui. Le VPO est extrêmement sûr et il évite efficacement aux enfants d'être paralysés à vie par la poliomyélite. Plus de 10 millions de cas de poliomyélite ont été évités et l'incidence a baissé de plus de 99 %. Parce qu'il est sûr, efficace et facile à administrer, le VPO a été utilisé pour vacciner près de 2,5 milliards d'enfants et il a presque permis d'enrayer la transmission du poliovirus.

À propos du remplacement du VPOT par le VPOb

Pourquoi faut-il que tous les pays remplacent le VPOT par le VPOb ?

Tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux sont fabriqués à partir de poliovirus atténués (affaiblis) qui, à de très rares occasions, peuvent entraîner des cas de PPPV et la circulation de PVDV. Selon des données de suivi de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), plus de 90 % des quelque 750 cas de poliomyélite paralytique dus à des PVDVc entre 2000 et 2012 et 40 % des cas de PPPV étaient dus à un VPO de type 2.

Pour réduire autant que possible le risque de survenue de nouveaux cas dus au PVDVc de type 2 (PVDVc2), la composante de type 2 présente dans le VPO (VPO2) sera éliminée de toutes les activités de vaccination dans le monde. À l'échelle mondiale, tous les programmes qui ont recours au VPO devront remplacer le VPOT par le VPOb de façon coordonnée.

En quoi consiste le remplacement ?

Il s'agit de remplacer le VPOT par le VPOb (qui contient seulement les sérotypes 1 et 3) dans les activités de vaccination systématique et les activités de vaccination supplémentaires (AVS) dans tous les pays dans un délai de deux semaines. Ce remplacement devrait avoir lieu en avril 2016. Une date précise sera fixée au moins six mois avant la date prévue de passage au VPOb, ainsi les autorités sanitaires nationales et les entités chargées de la mise en œuvre pourront établir leurs plans en conséquence. Après le remplacement, le VPOT ne sera plus utilisé nulle part dans le monde et les fabricants ne fourniront plus ce vaccin (la production se sera arrêtée beaucoup plus tôt compte tenu des délais).

Quel est l'objectif du remplacement ?

Le remplacement a pour objectif d'arrêter la survenue de PVDVc2 et de PPPV dus à la souche de type 2 atténuée présente dans le VPOT. Le retrait prévu de la composante de type 2 du VPOT fait partie de la stratégie mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018.

Quelle est la différence entre le VPOT et le VPOb ?

Le VPOT contient des poliovirus atténués des sérotypes 1, 2 et 3 alors que le VPOb contient seulement des poliovirus des sérotypes 1 et 3. Ces deux vaccins ont été administrés à des milliards d'enfants et sont extrêmement sûrs. Ils sont administrés par voie orale.

Le remplacement du VPOT par le VPOb permettra-t-il d'éliminer tous les cas de circulation de PVDVc ?

Non. Le but du remplacement est d'éliminer les PVDVc de type persistant et de renforcer la protection contre le poliovirus sauvage des types 1 et 3 (le remplacement n'évitera pas la circulation de PVDV de type 1 ou de type 3). Les « PVDVc persistants » sont ceux dont on sait qu'ils circulent depuis plus de six mois.

Si le dernier poliovirus sauvage de type 2 (PVS2) a été signalé en 1999, pourquoi le poliovirus de type 2 est-il retiré du VPO seulement maintenant ?

Pour plusieurs raisons :

- jusqu'à récemment, l'immense majorité des cas de poliomyélite paralytique étaient dus aux PVS, auxquels on accordait donc l'essentiel de l'attention. Pendant ce temps, le VPOT a continué à être considéré comme la meilleure arme contre la poliomyélite. Ces dernières années, la transmission de la poliomyélite a beaucoup reculé. En particulier, la Région de l'Asie du Sud-Est a été certifiée exempte de la maladie en mars 2014 ;
- le développement des moyens de laboratoire a permis de mieux évaluer la charge attribuable aux PVDVc2 ;

- ce n'est que depuis quelques années qu'on dispose de données montrant que le passage au VPOb pourrait faciliter l'éradication des PVS, car ce vaccin a une meilleure immunogénicité que le VPOT face au PVS1 et au PVS3 ;
- actuellement, le nombre de cas dus au PVS est si faible que les PVDVc sont responsables d'une proportion relativement forte de cas de poliomyélite paralytique ;
- pour que le remplacement soit possible, le VPO bivalent devait être disponible, et il ne l'est que depuis quelques années.

Comprendre les risques et maintenir la protection grâce au VPI

Le remplacement du VPOT par le VPOb comporte-t-il des risques ?

Le passage du VPOT au VPOb pourrait entraîner une augmentation du nombre de personnes susceptibles de contracter une poliomyélite due au virus de type 2 et donc une élévation du risque de flambée due au PVDVc de type 2 après l'arrêt de l'utilisation du VPO de type 2. Afin d'atténuer ce risque, tous les pays doivent introduire, d'ici fin 2015, au moins une dose de VPI (contenant les sérotypes 1, 2 et 3) dans leurs programmes de vaccination systématique et détruire les stocks de VPOT immédiatement après le remplacement. Certains pays organiseront également des AVS avec le VPOT dans les mois précédant le remplacement.

L'introduction du VPI permettra de réduire les risques liés au retrait de la composante de type 2 du VPO, facilitera l'interruption de la transmission grâce à l'utilisation du VPO monovalent de type 2 en cas de flambée et accélérera l'éradication en renforçant l'immunité vis-à-vis des poliovirus de type 1 et de type 3.

Les enfants seront-ils protégés du poliovirus sauvage de type 2 ou des poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale après le passage au VPOb ? Comment seront-ils protégés contre les poliovirus de type 2 ?

Le VPI protège les enfants contre les poliovirus 1, 2 et 3. Après le remplacement du VPOT par le VPOb, l'utilisation du VPI permettra de prévenir la poliomyélite paralytique due au poliovirus de type 2 et confèrera une protection supplémentaire contre les sérotypes 1 et 3.

Si un enfant reçoit à la fois le VPO et le VPI, une surdose de vaccin est-elle possible ?

Non. On peut associer plusieurs vaccins pour induire une réponse immunitaire plus forte, en particulier dans les régions où des poliovirus sauvages et/ou des PVDV circulent encore. De nombreux pays incluent depuis des décennies le VPO et le VPI dans leurs calendriers de vaccination systématique.

Quels sont les risques liés au remplacement dans les régions où la couverture vaccinale est faible ?

Les pays ou les régions où la couverture par la vaccination systématique est faible seront plus vulnérables à la réapparition d'un PVDVc de type 2 après le remplacement, car certains groupes de personnes n'auront pas reçu le VPI et ne seront donc pas directement protégés contre le poliovirus de type 2, même s'ils bénéficient des campagnes de vaccination par le VPOb.

C'est pourquoi les pays dont la population est peu immunisée contre le poliovirus de type 2 devront atténuer les risques en organisant des AVS avec le VPOT au cours des six mois précédant le remplacement. La décision d'organiser ces AVS se fondera sur une évaluation épidémiologique des niveaux de risque et sur les recommandations formulées par le SAGE en octobre 2014.

Calendrier du remplacement du VPOT par le VPOB à l'échelle mondiale

Quand le remplacement aura-t-il lieu ?

Le remplacement aura lieu au plus tôt en avril 2016, pendant la basse saison de circulation du poliovirus, dans les pays où la transmission est persistante et la plus récente.

Une fois prise, la décision de procéder au remplacement est irrévocable et doit être appliquée simultanément par tous les pays au cours de la période choisie à cet effet. Les pays auront six mois pour se préparer au remplacement, mais celui-ci interviendra même si des PVDV de type 2 circulants et persistants sont trouvés pendant les six mois qui s'écoulent entre la décision définitive de procéder au remplacement et sa mise en œuvre.

Comment la date du remplacement sera-t-elle déterminée ?

Les derniers pays où la transmission est récente et persistante doivent avoir identifié leurs derniers cas dus à des PVDV de type 2 circulants et persistants fin 2014 ou début 2015. Six mois plus tard, si aucun cas dû aux mêmes souches n'est détecté, la transmission peut être considérée comme interrompue. En mai 2015, l'Assemblée mondiale de la Santé examinera les procédures et les calendriers proposés pour le remplacement.

En septembre 2015, l'IMEP évaluera les risques pour déterminer si le remplacement est approprié et réalisable. Lors de sa réunion en octobre 2015 le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) confirmera la date du remplacement. Comme celui-ci doit avoir lieu pendant la basse saison de circulation du poliovirus (de janvier à mai) et demande au moins six mois de préparation, il interviendra au plus tôt début 2016.

Pourquoi tous les pays doivent-ils remplacer le VPOT par le VPOB en même temps ?

Tous les pays qui utilisent le VPOT doivent absolument passer au VPOB pendant la même période afin d'éviter le risque d'importation d'un PVDVc2 en provenance d'un pays qui utilise encore le VPOT.

Le remplacement sera-t-il maintenu si un nouveau PVDVc2 apparaît avant septembre 2015 ?

Si un nouveau PVDVc2 apparaît avant septembre 2015, des AVS ciblées seront organisées pour faire face à cette flambée mais le changement aura bien lieu.

Les pays peuvent-ils remplacer le VPOT par le VPOB dans leurs programmes de vaccination systématique avant la date prévue (avril 2016) ?

Non, c'est déconseillé. Le remplacement synchronisé est la meilleure façon de limiter le risque d'importation du PVDVc2.

Changer de vaccin, c'est compliqué. Dans mon pays, il a fallu des mois pour passer du DTC au vaccin pentavalent. Le calendrier doit-il être strictement respecté ?

Oui. Le passage d'un vaccin à un autre est effectivement complexe et difficile mais l'épidémiologie de la poliomyélite exige que le remplacement du VPOT au VPOB se fasse rapidement – en un jour – afin d'enrayer la transmission des PVDVc de type 2. Ce remplacement doit autant que possible intervenir simultanément dans tous les pays pour éviter la réapparition d'un PVDV de type 2.

Le calendrier de remplacement ne tient pas compte du contexte national (par exemple élections, réformes, jours fériés, etc.). Pouvons-nous ajuster le calendrier afin qu'il soit mieux adapté ?

Afin d'avoir plus de flexibilité, les pays peuvent choisir pour le remplacement n'importe quelle date dans les deux semaines de délai, quand celles-ci seront annoncées.

En quoi consiste la validation ? Est-il possible de valider le fait que le remplacement s'est produit et que le VPOt n'est pas utilisé ?

Les modalités de validation ne sont pas les mêmes dans les pays où le risque de circulation d'un PVDV est élevé et dans ceux où il est faible. Les pays à haut risque auront recours à des contrôleurs indépendants pour confirmer l'absence de VPOt dans les établissements publics et privés et celle-ci sera validée lorsqu'il sera possible de démontrer que tous les lieux de stockage des vaccins et tous les établissements de santé ont été visités et que l'absence de VPOt a été confirmée. Les pays où le risque est moindre doivent mettre en place leur propre système de validation pour confirmer l'absence de stocks de VPOt et faire en sorte que les résultats qu'ils présentent soient crédibles vis-à-vis de la communauté internationale.

Pourquoi le remplacement doit-il intervenir si tôt ? Pourquoi le calendrier pour s'y préparer est-il si court ?

S'il est mis en œuvre correctement, le remplacement éliminera les nombreux cas de circulation de PVDV de type 2 et de PPPV qui surviennent chaque année et facilitera l'éradication des derniers poliovirus sauvages. Les derniers préparatifs s'étaleront sur six mois, que le remplacement ait lieu en avril 2016 ou une autre année. En effet, le remplacement doit avoir lieu pendant la basse saison de la transmission de la poliomyélite et après confirmation de l'interruption de la transmission des PVDVc de type 2 persistants.

Préparation du remplacement du VPOt par le VPOb

**Que doivent faire maintenant les pays pour se préparer au remplacement du VPOt par le VPOb ?
Quand doivent-ils commencer à planifier ce remplacement ?**

La préparation du remplacement au niveau national devrait commencer dès maintenant. Certains pays ont déjà commencé à introduire le VPI pour atténuer les risques liés au remplacement. Les pays qui sont tenus d'homologuer le VPOb au niveau national pour son utilisation dans le cadre de la vaccination systématique doivent entamer dès que possible la procédure voulue. Les pays où le VPO est actuellement produit à l'échelle nationale devront mettre au point un VPOb et l'homologuer d'ici fin 2015. L'IMEP collaborera en priorité avec les fabricants de ces pays afin d'assurer un accès suffisant au VPOb avant le retrait du VPOt.

Quelles orientations les pays auront-ils à leur disposition et quand ?

L'OMS, l'UNICEF et leurs partenaires mettent au point des orientations à l'intention des pays dans plusieurs domaines, dont la communication, la gestion et le contrôle des stocks et la formation des agents de santé. De nombreux documents seront disponibles sous forme de modèles génériques, que les pays devront adapter au contexte local et traduire, le cas échéant.

Tous ces documents seront publiés sur la partie du site Web de l'OMS consacrée à l'introduction du VPI, au retrait du VPO et au renforcement de la vaccination systématique :

http://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/en/ .

Approvisionnement en VPOb et prévisions

L'approvisionnement en VPOb sera-t-il suffisant pour que tous les pays puissent procéder au remplacement en même temps ?

Oui. L'UNICEF, ses partenaires et les fabricants collaborent pour garantir un approvisionnement suffisant en VPOb et en VPOt, le cas échéant, et pour réduire autant que possible le risque d'excès de stocks aux niveaux national et mondial.

Combien le VPOb coûtera-t-il ? Plus, moins ou autant que le VPOT ?

Le prix du VPOb sera, selon les fournisseurs, égal ou inférieur à celui du VPOT. Les prix sont disponibles sur le site Web de l'UNICEF, à l'adresse <http://www.unicef.org/supply/files/OPV.pdf>.

Puisqu'il n'est pas certain que le remplacement ait lieu en avril 2016, quand les pays devraient-ils commencer à passer des commandes de VPOb au lieu de commandes de VPOT ?

À partir de maintenant et jusqu'au remplacement, tout achat de VPOT doit être effectué après un inventaire exact des stocks et en fonction des activités supplémentaires prévues afin de réduire le risque d'excès de stocks après le remplacement. Les plans relatifs aux achats doivent être communiqués dès que possible à l'UNICEF ou, dans le cas des pays qui effectuent eux-mêmes leurs achats, au fournisseur concerné pour faciliter l'achat en temps utile des quantités de VPOT et de VPOb voulues pendant la période de transition.

Si un pays passe habituellement des commandes pour constituer des stocks sur de longues périodes, par exemple 12 mois ou plus, doit-il commencer à passer des commandes de VPOb avant septembre 2015, moment où sera fixée la date du remplacement à l'échelle mondiale ?

Comme le remplacement est prévu en avril 2016, tous les pays qui font des commandes annuelles de vaccins sont invités à diviser leurs commandes de VPOT, à partir de 2015 et jusqu'à la mi-2016, en plusieurs parties :

- une première commande de VPOT couvrant la période allant jusqu'à la décision qui sera prise en septembre 2015 et les trois mois suivants, jusqu'en décembre 2015 ;
- une commande de VPOT pour trois mois (plus deux semaines de marge), couvrant les trois derniers mois avant le remplacement ;
- une commande de VPOb pour les trois premiers mois suivant le remplacement.

Réduire les quantités demandées pour couvrir des périodes inférieures à trois mois serait contre-productif car cela reviendrait à multiplier le nombre de commandes et ferait augmenter les frais de transport. En outre, afin d'assurer un approvisionnement suffisant pour les deux vaccins, les fournisseurs doivent recevoir des prévisions qui tiennent compte des délais de fabrication.

Les pays qui s'approvisionnent par l'intermédiaire de l'UNICEF devront établir une coordination avec le bureau local de l'UNICEF et la Division des approvisionnements de l'UNICEF sur la base des prévisions provisoires, et les commandes suivantes devront peut-être être ajustées.

Comment les pays devraient-ils prévoir les quantités de VPOT et de VPOb nécessaires ?

Il sera essentiel de gérer et de contrôler de près les stocks de VPOT et les besoins jusqu'en avril 2016 dans les établissements du secteur public et ceux du secteur privé. Les pays doivent contrôler attentivement les quantités de VPOT restantes pour calculer et réduire autant que possible les quantités à éliminer et ils doivent également calculer les quantités de VPOb qui seront nécessaires. Des inventaires à jour et des chiffres renseignant sur l'historique de la consommation devraient permettre aux pays de prévoir avec exactitude les quantités de VPOT et de VPOb nécessaires.

Si un pays utilise l'intégralité de son stock de VPOT dans les mois précédant la date prévue pour le remplacement à l'échelle mondiale, peut-il commencer à utiliser le VPOb ?

Une utilisation du VPOb avant la date du remplacement exposera les communautés à un risque de circulation du PVDV2 en provenance des communautés voisines qui utilisent encore le VPOT. L'OMS recommande d'éviter les ruptures de stocks en faisant des inventaires rigoureux et en conservant un stock tampon de VPOT de deux semaines avant le remplacement.

Élimination des stocks de VPOT restants

Que faut-il faire des stocks de VPOT inutilisés après le passage au VPOb au niveau mondial ?

Après la date fixée pour le remplacement, tous les stocks de VPOT restants doivent être collectés dans les établissements publics ou privés et détruits. Il y a plusieurs manières d'éliminer les flacons de VPOT inutilisés : on peut les placer dans un emballage étanche et les jeter dans une décharge, les jeter directement dans une décharge dotée des équipements nécessaires ou les éliminer au moyen d'incinérateurs atteignant des températures élevées ou moyennes.

La collecte et l'élimination dans de bonnes conditions de tous les stocks de VPOT doivent être consignées par écrit et le plan global de remplacement doit prévoir ces activités et leur financement. Après le remplacement, l'homologation du VPOT au niveau national doit être annulée et seul le VPOb doit être utilisé dans le cadre des programmes de vaccination systématique et des AVS.

Pourquoi les stocks de VPOT inutilisés doivent-ils être détruits immédiatement après le remplacement ?

L'utilisation accidentelle ou délibérée de VPOT après le remplacement pourrait occasionner des flambées dues au PVDVc2, en particulier parce que le nombre de personnes susceptibles de contracter une infection par le poliovirus de type 2 augmentera après le remplacement. La destruction de tous les VPOT éliminera le risque de survenue de ces flambées.

Si les pays possèdent des stocks de VPOT inutilisés après la date de remplacement, peuvent-ils utiliser d'abord ces stocks avant de passer au VPOb ?

Non. Ils doivent cesser d'utiliser le VPOT à la date du remplacement et tous les stocks restants doivent être détruits. L'utilisation du VPOT dans une région après que toutes les autres sont passées au VPOb entraîne un risque de flambée due au PVDVc2 dans les communautés voisines. Ce risque augmente avec le temps, au fur et à mesure que l'immunité de la population contre le virus du type 2 baisse.

Riposte à la flambée

Que se passera-t-il si un cas ou une flambée dus au poliovirus de type 2, ou la dissémination accidentelle de ce virus, survient dans un pays ?

Après le remplacement, le VPO monovalent de type 2 (VPOm2) sera le vaccin de choix pour riposter à toute flambée due à un PVDVc de type 2 ou à toute dissémination accidentelle du PVS2 par un laboratoire ou un établissement. Un stock initial de 500 millions de doses de VPOm2 est actuellement constitué et il sera disponible avant la date du remplacement pour riposter en cas de flambée.

Un pays pourra-t-il obtenir des VPOT si un cas ou une flambée dus au poliovirus de type 2 survient ?

Non. Le VPOT ne sera plus produit ni disponible après le remplacement.

Les pays auront-ils accès au VPOm2 pour riposter à une flambée ou doivent-ils en mettre de côté dès maintenant ? Comment les pays paieront-ils les VPOm2 ?

Les pays auront accès au stock mondial de VPOm2 et ne devraient pas avoir besoin de constituer un stock national. Ce stock mondial est intégralement financé par des partenaires mondiaux et les pays recevront gratuitement des VPOm2 en cas de flambée. Ils n'auront pas besoin d'acheter de VPOm2.

L'utilisation de VPOm2 pour riposter à une flambée due au PVDVc2 risque-t-elle d'entraîner une autre flambée due au PVDVc2 ?

Ce risque existe mais il est très faible – beaucoup plus faible que le risque de ne pas pouvoir endiguer une flambée due au PVDVc2. Dans certaines circonstances, le VPI peut également être utilisé pour riposter à une flambée dans des zones à risque ciblées. Ce risque est encore plus faible si l'on parvient à une bonne couverture pendant la riposte. À sa réunion d'octobre 2014, le SAGE a approuvé les

principes relatifs à la riposte à une flambée après le retrait du VPO2, et des lignes directrices à l'intention des pays seront communiquées en temps voulu.

Pour plus d'informations

Où puis-je obtenir plus d'informations sur le remplacement ?

Des informations sur le remplacement du VPOt par le VPOb seront publiées sur le site Web concernant l'objectif 2 du *Plan pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale*, qui sera régulièrement actualisé au fur et à mesure que de nouvelles informations seront disponibles :

http://www.who.int/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/en/