

**REDUIRE LE RISQUE D'ÉPIDÉMIES
DE POLIOMYÉLITE DANS LES
SITUATIONS D'URGENCE**

Mise à jour intermédiaire 2021

*Protégez les populations vulnérables de la
paralysie poliomyélitique*

L'immunisation est un élément essentiel du droit de l'enfant à jouir du meilleur état de santé possible. Cette note conceptuelle présente les stratégies optimales pour réduire le risque d'épidémies causées par les poliovirus pendant et après les situations d'urgences. L'objectif est de réduire au minimum le risque d'épidémie de poliomyélite après l'importation du poliovirus dans les populations en situation d'urgence humanitaire.

En encourageant et en soutenant l'engagement national ainsi qu'une action et coordination rapides, toutes les personnes vulnérables peuvent être protégées contre la polio.

Cette note conceptuelle est basée sur le document [“Vaccination in acute humanitarian emergencies: a framework for decision making”](#) publié par l'OMS en 2013.

OVERVIEW

La poliomyélite (plus connue sous le nom de polio) est causée par un virus qui entraîne une paralysie à vie ; voire la mort dans les cas extrêmes. Les enfants de moins de cinq ans sont les plus touchés, mais toute personne non immunisée peut contracter la maladie. Il n'existe aucun remède contre la polio, mais on peut la prévenir en administrant des vaccins sûrs et efficaces.

L'objectif d'éradication mondiale de la poliomyélite a été adopté en 1988. Depuis lors, le nombre annuel de personnes paralysées par des poliovirus sauvages a diminué de plus de 99,9%. L'effort est mené par l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, un partenariat public-privé dirigé par les gouvernements nationaux, l'OMS, le Rotary International, les centres américains de contrôle et de prévention des maladies (CDC), l'UNICEF et la fondation Bill et Melinda Gates (BMGF). A la date d'écriture de ce rapport (2021), les dernières zones d'endémie où circule le poliovirus sauvage sont limitées au Pakistan et à l'Afghanistan. Toutefois, des exportations de poliovirus sauvages de ces zones d'endémies vers des pays exempts de polio ont eu lieu par le passé entraînant des épidémies de poliomyélite.

Des épidémies se sont également produites dans des pays exempts de polio en raison de la circulation de poliovirus dérivés de vaccins (PVDVc) une souche de poliovirus génétiquement modifiée par rapport à la souche originale contenue dans le vaccin antipoliomyélique oral (VPO). Les poliovirus sauvages exportés des dernières zones d'endémie ainsi que les poliovirus circulants dérivés de vaccins restent une menace constante pour les populations et pour atteindre l'objectif d'un monde sans polio. Les flambées de poliomyélite touchent fréquemment les populations les plus vulnérables. notamment les personnes déplacées et les réfugiés. En 2013, après une période de plus de 10 ans, le poliovirus sauvage a été détecté au Moyen-Orient ; ce qui a entraîné une flambée dans les zones de

conflit de la Syrie et une propagation à l'Irak. En réponse, les pays du Moyen-Orient ont mené des campagnes de vaccination à grande échelle, en veillant particulièrement à assurer la vaccination des populations réfugiées. La même année, l'importation du poliovirus en provenance de Somalie dans les camps de réfugiés de Dadaab, au Kenya, a également provoqué une épidémie de polio. Ces événements illustrent l'importance de veiller à ce que les populations vulnérables soient protégées contre la polio.

Les épidémies de polio touchent les populations les plus vulnérables

Tous les enfants ont le droit à la survie et à la bonne santé ; la vaccination contribue à la réalisation de ces droits. Les autorités nationales et les organisations humanitaires ont l'obligation de protéger les enfants contre la polio. Dans les situations d'urgence humanitaire, de nombreux enfants, et parfois même adultes, ne sont pas vaccinés contre les maladies évitables par la vaccination, dont la polio. Les populations particulièrement vulnérables aux épidémies de polio sont celles qui vivent dans des zones où il existe une mauvaise hygiène, un surpeuplement et des taux élevés de malnutrition. En outre, les systèmes de surveillance des maladies et des soins médicaux peuvent être affectés, ce qui entraîne des retards dans la détection des cas de poliomyélite et de l'intervention pour interrompre la transmission du poliovirus.



RECOMMANDATION

L'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite recommande aux autorités nationales et aux partenaires de veiller à ce que les enfants et les populations réfugiées et déplacées soient vaccinées contre la poliomyélite dans les zones où les importations de poliovirus constituent une menace. De s'assurer que des mécanismes appropriés de surveillance des maladies infectieuses soient mis en place.

Les enfants réfugiés et déplacés doivent être vaccinés contre la polio

OÙ ?

La vaccination contre la polio doit être immédiatement mise en œuvre pour les populations réfugiées et déplacées lors d'urgences humanitaires dans les zones à haut risque d'importation du poliovirus ou dans les zones de circulation endémique du poliovirus. A la date d'écriture de ce document (2021), ces zones comprennent :

l'Afrique, (les pays en Afrique de l'Ouest, du Centre, de l'Est et de sa corne) et certaines parties de l'Asie. Pour une liste plus actualisée des zones/pays à haut risque pour l'importation et les épidémies de poliovirus, consulter le site :

<https://polioeradication.org/where-we-work/polio-outbreak-countries/>

QUI ?

Tous les enfants âgés de moins de 5 ans.

Note : dans le contexte d'une flambée de polio dans une zone, la tranche d'âge peut être étendue jusqu'à 15 ans.

<http://www.polioeradication.org/Research/PolioPipeline/No9.aspx>

La vaccination des adultes peut également être effectuée car elle peut renforcer l'immunité des muqueuses et réduire le potentiel de transmission du virus. La décision d'étendre la campagne aux adultes doit être prise en consultation avec l'initiative mondiale pour l'éradication de la polio.

QUEL VACCIN ET COMBIEN DE DOSES ?

Toutes les populations réfugiées et déplacées dans les zones à risque définies ci-dessus doivent recevoir au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) quel que soit leur statut vaccinal antérieur, dès que possible. Les agents de santé devraient également s'efforcer de vérifier le statut vaccinal et s'assurer que les personnes sont pleinement immunisées contre toutes les maladies évitables par la vaccination, y compris la polio. Au cas où la documentation du statut vaccinal ne serait pas disponible, au

moins 3 doses 1 dose de VPO devraient être administrées à tous les enfants de moins de 5 ans.

Le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) peut également être administré. Le VPI et le VPO peuvent être administrés conjointement.

¹ Se référer au programme national de vaccination pour les intervalles entre l'administration des doses.

Note : Le VPO bivalent (VPOb) doit être le vaccin utilisé par défaut et le vaccin qui doit être utilisé lorsqu'il existe un risque élevé de circulation de poliovirus de type 1 ou 3 dérivés du vaccin (cVDPV1/cVDPV3) ou si la population est exposée à un risque accru de flambée de poliovirus sauvage de type 1 (PVS1).

Conformément au plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la fin de la maladie ; l'utilisation du VPOT a été retirée au niveau mondial au cours du premier semestre 2016. Après la date du retrait mondial du VPOT, le VPOb est le vaccin à utiliser par défaut. Les partenaires de l'IMEP peuvent être contactés pour vérifier la disponibilité et décider du type de vaccin.



STRATEGIES D'ADMINISTRATION DU VACCIN CONTRE LA POLIO

Les vaccins contre la polio peuvent être administrés aux populations réfugiées/déplacées par de multiples approches ; et il faut saisir toutes les occasions pour assurer leur vaccination. La fourniture de services de vaccination contre la polio à l'arrivée peut se faire parallèlement à l'enregistrement des réfugiés/ personnes,

ou s'il n'existe pas d'enregistrement ; des postes de vaccination doivent être établis aux principaux points de transit et d'entrée. Toutes les activités ci-dessus doivent être complétées par une surveillance active des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) dans la communauté, en faisant appel aux agents de santé locaux.

Les campagnes de vaccination de masse sont une stratégie clé pour délivrer le vaccin contre la polio aux plus vulnérables

Les campagnes de vaccination de masse (également connues sous le nom d'activités de vaccination supplémentaires - AVS) constituent une stratégie clé pour administrer le VPO à une population sur une période de 3 à 7 jours dans le but de renforcer rapidement l'immunité de la population. En cas de suspicion ou de confirmation d'une épidémie de polio ou d'un afflux soudain de populations vulnérables, il faut donner la priorité aux campagnes. Les campagnes doivent être considérées comme la stratégie la plus efficace pour protéger rapidement une population. Des campagnes successives, généralement à intervalles de 3-4 semaines, sont menées pour administrer des doses multiples. Dans les environnements à haut risque, les campagnes peuvent être menées à des

intervalles plus courts, de 7 à 14 jours (campagnes de vaccination supplémentaires à court intervalle-SIAD). Les campagnes de vaccination de masse contre la polio sont plus facilement réalisables avec le VPO. Le VPO peut également être réalisé avec le VPI lorsque la situation le justifie. L'administration conjointe d'autres vaccins tels que celui de la rougeole, est également possible. Les campagnes peuvent également servir de plateforme efficace pour une surveillance renforcée des maladies ; y compris la recherche de cas suspects de polio. La transmission de messages, de promotion de la santé et la fourniture d'autres interventions sanitaires telles que la vitamine A, les médicaments antihelminthiques (vermifuge), le dépistage nutritionnel et les moustiquaires ; font partie des interventions menées avec succès lors de campagnes contre la polio. La vaccination de routine doit être mise en place dans le cadre des programmes de soins de santé primaires.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

Vaccination contre la polio à l'arrivée : Dans les centres d'enregistrement, le nombre quotidien d'enfants vaccinés doit être comparé au nombre réel d'enfants enregistrés afin de contrôler la couverture vaccinale.

Vaccination de routine : Les cartes de vaccination doivent être vérifiées et complétées ou fournies, si nécessaire. En général, une couverture d'au moins 90% avec trois doses de vaccin contre la polio devrait être atteinte. Cependant, dans des

contextes comme ceux des camps de réfugiés, il est préférable d'avoir une couverture d'au moins 95%.

Campagnes de vaccination de masse : En utilisant les directives standard de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour la surveillance indépendante, les campagnes devraient être surveillées de manière indépendante et viser à ce qu'il n'y ait pas plus de 5% d'enfants sans identification dans chaque campagne. Avec des résultats disponibles dans un délai de 14 jours ou moins. Un rapport de la campagne détaillant le nombre d'enfants vaccinés par zone/ camp et le

Initiative Mondiale d’Eradication de la Poliomyélite
nombre de doses de vaccin utilisées doit
également être compilé et mis à la
disposition des autorités compétentes.



every  last  child

www.polioeradication.org