

REDUIRE le RISQUE D'EPIDEMIES DE POLIOMYELITE DANS LES URGENCES

**Protéger les populations
vulnérables d'une paralysie
poliomyélitique permanente**



Organisation
mondiale de la Santé

La vaccination est une composante essentielle du droit de jouir du meilleur état de santé possible d'un enfant. Cette note conceptuelle expose les stratégies optimales pour réduire les risques d'épidémies causées par les poliovirus pendant et après les urgences. L'objectif est de minimiser le risque d'une épidémie de polio qui suit l'importation de poliovirus dans les populations en urgences humanitaires.

En encourageant et soutenant l'engagement national, la réponse rapide et la coordination, toutes les populations 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.

APERÇU

La Poliomyélite (plus couramment connue comme polio) est causée par un virus, et provoque une paralysie à vie et, dans des cas extrêmes, la mort. Les enfants âgés de moins de cinq ans sont les plus affectés, mais n'importe quelle personne non immunisée peut contracter la maladie. Il n'existe aucun traitement pour la polio, cependant elle peut être prévenue par l'administration de vaccins polio sûrs et efficaces.

L'objectif de l'éradication mondiale de la poliomyélite a été adopté en 1988 et depuis lors, le nombre annuel de personnes paralysées par les poliovirus sauvages a diminué de plus de 99,9%. L'effort est mené par l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Polio, un partenariat public-privé mené par les gouvernements nationaux, OMS, Rotary International, les Centres de Contrôle et de Prévention de la Maladie aux E-U (CDC), UNICEF et la Fondation Bill et Melinda Gates (BMGF). Dès 2014, les zones endémiques restantes avec circulation du poliovirus sauvage sont limitées au Pakistan, à l'Afghanistan, et au Nigeria (voir le [most current global polio status](#)). Cependant, les exportations de poliovirus sauvages de ces zones endémiques dans des pays exempts de polio ont eu lieu à plusieurs reprises, occasionnant souvent de grandes

épidémies de poliomyélite. Des épidémies surviennent également dans des pays libres de poliomyélite en raison de poliovirus circulants dérivés du vaccin (PVDVc) qui est une souche rare de poliovirus, génétiquement modifiée à partir de sa souche originale contenue dans le vaccin antipoliomyélique oral (VPO). Les poliovirus sauvages exportés à partir des dernières zones endémiques ainsi que les poliovirus circulants dérivés du vaccin restent une menace constante pour les populations et l'atteinte de l'objectif d'un monde sans polio.

Les épidémies de poliovirus affectent fréquemment les populations les plus vulnérables, y compris les personnes déplacées et les réfugiés. En 2013, après une période de plus de 10 ans, du poliovirus sauvage a été détecté au Moyen-Orient entraînant une épidémie dans les zones de conflit de la Syrie

avec propagation ultérieure en Iraq. En réponse, les pays du Moyen-Orient ont mené des campagnes de vaccination à grande échelle, en veillant particulièrement à la vaccination des populations de réfugiés. La même année, une importation de poliovirus en provenance de Somalie dans les camps de réfugiés de Dadaab, Kenya, a également entraîné

Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Polio une épidémie de polio. Plus récemment, en 2014, deux enfants d'une famille de réfugiés de la République centrafricaine qui avait déménagé au Cameroun ont développé une poliomyélite suite à une épidémie qui a commencé au Cameroun en 2013. Ces événements illustrent l'importance d'assurer que les populations vulnérables soient protégées contre la polio

Les épidémies de polio affectent les populations les plus vulnérables

[Tous les enfants ont le droit à la survie et à la santé](#), la vaccination aide à réaliser ces droits. Les autorités nationales et les organisations humanitaires ont l'obligation de protéger les enfants contre la polio. Dans les urgences humanitaires, de nombreux enfants, et parfois même des adultes, ne sont pas vaccinés contre les maladies évitables par la vaccination, y compris la polio. Les populations particulièrement vulnérables aux épidémies de polio sont celles qui vivent dans des zones qui manquent d'hygiène, surpeuplées et avec des taux élevés de malnutrition. En outre, les systèmes de surveillance des maladies et les soins médicaux peuvent être affectés, conduisant à des retards dans la détection des cas de polio et dans la réponse pour interrompre la transmission du poliovirus.



DECLARATION

L'Initiative Mondiale de l'Eradication de la Polio recommande que les autorités nationales et les autres partenaires s'assurent que les enfants réfugiés, déplacés et les populations soient vaccinés contre la polio dans les zones où les importations de poliovirus sont une menace, et garantissent que des mécanismes appropriés pour la surveillance des maladies infectieuses soient mis en place.

Les enfants réfugiés et déplacés doivent être vaccinés contre la polio

OU?

La vaccination 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 avec une circulation endémique du poliovirus. Depuis 2014, ces régions incluent: l'Afrique

(pays de l'Afrique de l'Ouest, Centrale, Est et la Corne de l'Afrique), le Moyen-Orient, l'Ukraine, l'Afghanistan, et le Pakistan. Pour une liste plus à jour des régions/pays à haut risque d'importation de poliovirus et d'épidémie, contactez Polionews@who.int

QUI?

Tous les enfants de moins de 5 ans

Note: dans le contexte d'une épidémie active de polio dans la région, la tranche d'âge peut être étendue aux enfants jusqu'à 15 ans.

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

La vaccination des adultes peut aussi être conduite car [cela peut stimuler l'immunité mucoale](#) et réduire le risque de transmission du virus. La décision d'élargir la campagne pour inclure les adultes devraient être prises en consultation avec l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Polio.

QUEL VACCIN ET COMBIEN DE DOSES?

Toutes les populations réfugiées et déplacées des régions à risque définies ci-dessus devraient recevoir au moins une dose de vaccin polio oral (VPO) peu importe le statut vaccinal antérieur dès la première occasion. Les soignants doivent aussi faire des efforts pour vérifier l'état de vaccination et garantir que les personnes soient complètement vaccinées contre toutes les maladies évitables par la vaccination, y compris la polio.

Dans le cas où la documentation sur le statut vaccinal n'est pas disponible, au moins 3 doses ¹ de VPO doivent être administrées à tous les enfants de moins de 5 ans.

Le vaccin polio inactivé (VPI) peut également être administré, particulièrement dans les pays où il est déjà inclus dans le calendrier de vaccination de routine. VPI et VPO peuvent être co-administrés.

¹ Se référer au calendrier de vaccination national pour les intervalles entre les doses.

Note: le VPO Trivalent (VPOt) devrait être le vaccin par défaut et celui qui devrait être utilisé là où il y a un risque élevé de circulation de poliovirus dérivés du vaccin de type 2 (PVDVc2). Cependant, le VPO bivalent (VPOb) peut être recommandé si la population a un risque accru d'épidémie de poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) et de circulation du poliovirus dérivé du vaccin de type 1 ou de type 3 (PVDVc1, PVDVc3). Conformément au *Plan*

stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, l'utilisation du VPOt sera écartée à l'échelle mondiale, ce qui est actuellement prévu pour la première moitié de 2016. Après le retrait global du VPOt, le VPOb deviendra le vaccin d'utilisation par défaut. Les partenaires de l'IMEP peuvent également être contactés pour vérifier la disponibilité et décider du type de vaccin.



STRATEGIES D'ADMINISTRATION DU VACCIN POLIO

Les vaccins polio peuvent être distribués de multiples manières aux populations réfugiées/déplacées et chaque opportunité devrait être utilisée pour assurer leur vaccination. La vaccination contre la polio à l'arrivée peut être effectuée parallèlement à l'enregistrement des réfugiés / personnes

déplacées, ou s'il n'y a pas d'enregistrement, des postes de vaccination devraient être installés aux points clés de transit et d'entrées. Toutes les activités ci-dessus doivent être complétées par la surveillance active des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) dans la communauté en utilisant les agents de santé locaux.

Les campagnes de vaccination de masse sont une stratégie clé pour administrer le vaccin polio aux populations vulnérables

Les campagnes de vaccination de masse (aussi connue comme activités de vaccination supplémentaires– AVS) sont une stratégie clé d'administration du VPO à une population en l'espace de 3-7 jours dans le but de renforcer rapidement l'immunité de la population. Face à une épidémie de polio suspecte ou confirmée or face à un afflux soudain de populations vulnérables, des campagnes doivent être priorisé comme la stratégie la plus efficace pour protéger rapidement une population. Des campagnes successives, d'habitude à 3-4 semaines d'intervalles, sont conduites pour administrer de multiples doses. Dans les endroits à hauts risques, les campagnes peuvent être conduites à des intervalles plus courts de 7-14 jours (des campagnes de Doses Supplémentaires à Court Intervalle – SIADs). Les campagnes de vaccination

polio de masse sont plus facilement menées avec le VPO, mais peuvent aussi être conduites avec le VPI quand la situation le permet. La co-administration avec d'autres vaccins comme la rougeole est également possible. Les campagnes peuvent aussi servir de plateforme efficace pour renforcer la surveillance des maladies y compris la recherche de cas suspects de polio (PFA). La transmission de messages de promotion de la santé et la dispensation d'autres interventions sanitaires comme la vitamine A, les traitements antihelminthiques (vermifuge), le screening nutritionnel, et les moustiquaires font partie des interventions réalisées avec succès au cours de campagnes contre la polio.

La prestation de la vaccination de routine devrait être établie au travers des programmes de soins de santé primaires.

INDICATEURS DE PERFORMANCE

Vaccination Polio à l'arrivée: Aux centres d'enregistrement, le nombre quotidien d'enfants vaccinés devrait être comparé au nombre réel d'enfants inscrits pour suivre la couverture vaccinale.

Vaccination de routine: Les cartes de vaccination doivent être vérifiées et complétées ou fournies, si nécessaire. En général, la couverture d'au moins 90% avec trois doses de vaccin contre la polio devrait être atteint, mais dans des contextes tels que les camps de réfugiés, il est préférable d'avoir une couverture d'au moins 95%. Les rapports par zone / camp doivent être compilés et mis à la disposition des autorités compétentes de manière hebdomadaire.

Campagne de vaccination de masse:

Selon les directives standards de l'Initiative Mondiale pour l'Eradication de la Polio pour le monitoring indépendant, les campagnes doivent être contrôlées de façon indépendante et viser à ne pas avoir plus de 5% d'enfants identifiés dans chaque campagne avec des résultats disponibles endéans les 14 jours. Un rapport de la campagne détaillant le nombre d'enfants vaccinés par zone / camp et le nombre de doses de vaccin utilisées doit également être compilé et mis à la disposition des autorités compétentes.