

Compte tenu du risque d'importation de poliovirus sauvages et poliovirus dérivés d'une souche vaccinale ou de l'émergence de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale dans la Région, l'Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé (OPS/OMS) partage avec ses États Membres une série de considérations liées à la prévention, à la surveillance et à la préparation.

### Résumé de la situation actuelle

Après la certification de l'éradication des poliovirus sauvages de type 2 et 3, la poliomyélite continue d'être endémique, en raison du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dans deux pays, l'Afghanistan et le Pakistan. En Afghanistan, au 7 juin 2022, un cas de PVS1 a été détecté, et quatre l'ont été en 2021. Au Pakistan, 8 cas de PVS1 ont été signalés en 2022.

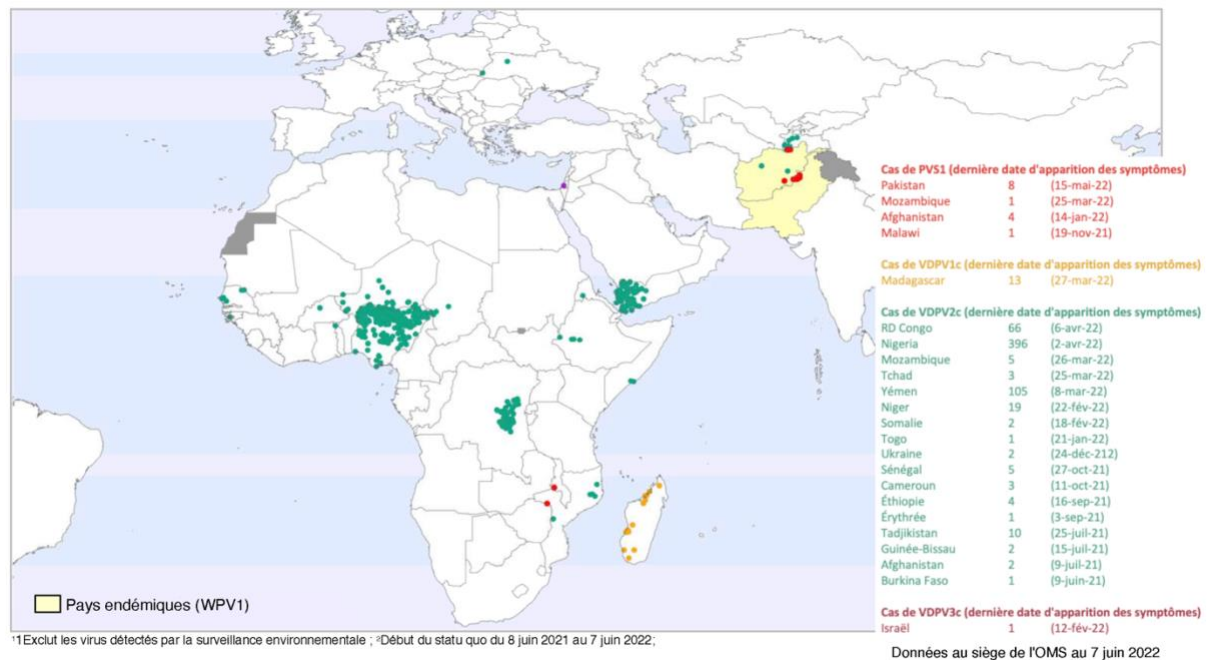
En février 2022, l'isolement d'un PVS1 a été confirmé chez une fillette de trois ans atteinte de paralysie flasque aiguë (PFA) au Malawi. L'analyse montre que le virus est génétiquement lié au PVS1 qui a été détecté au Pakistan en octobre 2019. Il s'agit du premier cas de PVS1 sur le continent africain depuis plus de cinq ans. En mai 2022, un cas de PVS1 a été identifié dans des échantillons de selles prélevés sur un enfant atteint de PFA au Mozambique. Le séquençage du virus a confirmé que ce virus est lié à une importation en provenance du Pakistan, et est à la source du cas de PVS1 détecté au Malawi en février 2022 et du cas de PVS1 au Mozambique.

La détection du PVS1 en dehors des deux pays endémiques du monde, le Pakistan et l'Afghanistan, est très préoccupante et souligne l'importance d'accorder la priorité aux activités de détection et de lutte contre la poliomyélite.

En outre, des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) sont présents dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie, qui constituent des variantes du poliovirus qui peuvent survenir dans des communautés où la couverture vaccinale est faible. Récemment, des flambées de PVDV ont été détectées en Israël et en Ukraine (**Figure 1**).

Tant que la transmission du poliovirus n'est pas interrompue dans le monde entier, tous les pays restent exposés au risque d'importation de poliomyélite.

**Figure 1.** Nombre de cas de PVS1 et de PVDVc dans chaque pays affecté au cours des 12 derniers mois.



**Source :** Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Disponible en anglais sur : <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/>

**Citation suggérée :** Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé. Alerte épidémiologique : Risque de flambées de polio. 10 juin 2022, Washington, D.C. : OPS/OMS ; 2022

Organisation Panaméricaine de la Santé • [www.paho.org](http://www.paho.org) • © OPS/OMS, 2022

## Situation dans les Amériques

La Région des Amériques a été certifiée exempte de poliomyélite en 1994. Cette réalisation a été obtenue grâce à la mise en œuvre de programmes de vaccination systématique, à la conduite de campagnes de vaccination de masse et à la mise en œuvre de la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë chez les enfants de moins de 15 ans.

Depuis la certification de l'élimination de la poliomyélite, les pays de la Région ont maintenu la vaccination et la surveillance épidémiologique de la PFA. Cependant, entre 2020 et 2021, la baisse de la couverture vaccinale qui s'était déjà produite avant la pandémie de COVID-19 s'est accentuée. En 2020, il y a eu une diminution significative des taux de détection de la PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans par rapport aux taux de détection des années précédentes. Au niveau régional, la moyenne de ce taux est passée de 1,27 pour la période 2016-2019 à 0,83 pour 2020 et 2021. De plus, en comparant ces mêmes périodes, une augmentation marquée du nombre de pays et territoires n'ayant pas atteint un taux supérieur ou égal à 1 a été observée (**Tableau 1**).

Selon le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, tous les pays étaient tenus d'introduire au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) en 2015 en vue du passage synchronisé du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) contenant les trois sérotypes au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) ne contenant que les sérotypes 1 et 3. Les problèmes d'approvisionnement en VPI ont rendu difficile l'atteinte de cet objectif. Dans la Région des Amériques, le Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination a recommandé en 2015 l'introduction de deux doses de VPI. L'introduction tardive du VPI et la couverture sous-optimale ont entraîné une augmentation du nombre d'enfants sensibles au poliovirus de type 2 dans le monde. La détection de tout poliovirus de type 2 (sauvage, dérivé d'un vaccin ou Sabin) dans n'importe quel échantillon, quelle qu'en soit la source, est considérée comme une urgence de santé publique qui nécessite une réponse rapide et coordonnée aux niveaux mondial, national et infranational.

**Tableau 1.** Taux de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) détectés pour 100 000 enfants < 15 ans

Sous-région	Pays	Taux 2016	Taux 2017	Taux 2018	Taux 2019	Taux 2020	Taux 2021
Amérique du Nord	CAN	0,67	0,33	...	0,15	0,12	0,10
	MEX	1,72	1,62	2,02	2,43	1,42	1,56
Amérique centrale	CRI	2,91	2,53	1,50	1,51	1,32	0,95
	GTM	0,50	0,76	0,96	1,15	0,64	0,78
	HND	2,02	1,49	1,55	1,85	1,65	1,52
	NIC	1,43	1,05	1,05	1,40	0,92	0,67
	PAN	1,58	2,05	1,30	0,55	0,96	0,87
	SLV	2,89	2,58	2,58	2,04	0,99	2,22
Caraïbes	CAR*	1,36	0,34	0,23	0,11	0,22	0,11
	CUB	0,93	1,64	1,48	1,61	1,16	1,01
	DOM	1,05	0,48	0,48	0,80	0,37	0,17
	HTI	0,39	0,22	0,25	0,39	0,22	0,27
Amérique du Sud	ARG	1,88	1,87	1,80	1,66	0,78	0,03
	BOL	0,69	1,12	1,29	0,68	0,45	0,51
	BRA	1,05	1,02	1,06	0,99	0,56	0,65
	CHL	2,08	1,91	1,78	1,71	1,11	0,77
	COL	1,59	1,34	1,45	0,67	0,77	1,19
	ECU	0,53	0,81	0,83	0,46	0,33	0,58
	PER	0,64	0,59	0,88	1,37	0,55	0,43
	PRY	1,40	1,44	1,73	1,29	0,92	1,26
	URY	0,68	0,55	0,55	1,11	0,14	...
VEN	1,29	0,94	0,87	1,15	0,95	1,21	
<b>Total</b>		<b>1,29</b>	<b>1,19</b>	<b>1,29</b>	<b>1,30</b>	<b>0,81</b>	<b>0,85</b>

\*CAR comprend les rapports des pays membres de la CARPHA.

**Source :** rapports des pays à FPL/IM-OPS. Disponible en anglais sur : <https://www.paho.org/en/polio-weekly-bulletin>

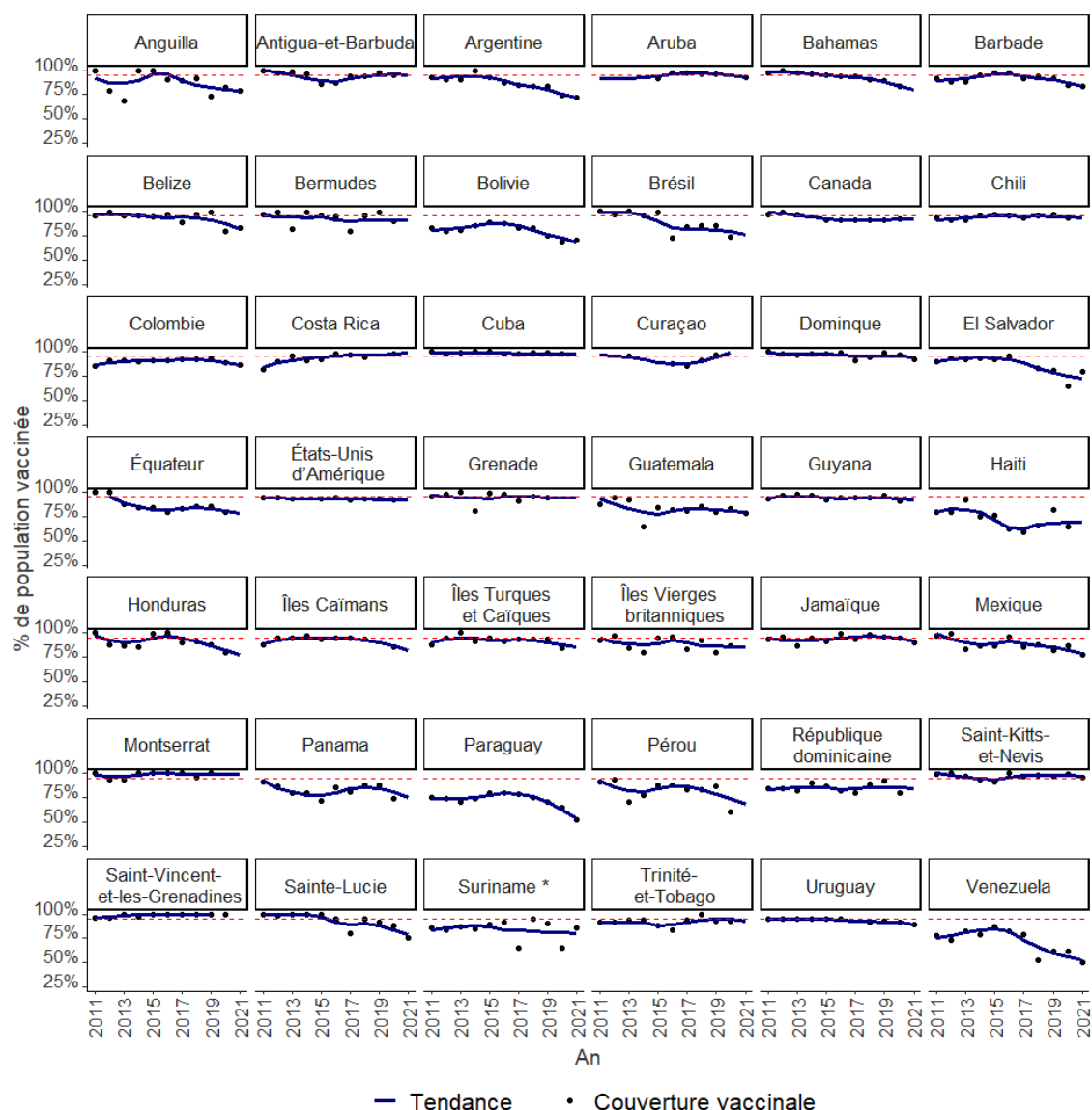
En outre, comme le montre la **Figure 2**, la couverture de la poliomyélite3 (soit du vaccin oral ou du vaccin antipoliomyélitique inactivé chez les enfants de moins de 1 an) montre une tendance à la baisse ou est inférieure à 95 % dans 33 des 42 pays et territoires pour lesquels des données sont présentées.

Si cette tendance concernant la couverture vaccinale et la surveillance épidémiologique se poursuit, il existe un risque élevé que des épidémies surviennent suite à l'importation d'un virus (sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale) ou à l'émergence d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale, et que celles-ci ne soient pas détectées à temps.

**Citation suggérée :** Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé. Alerte épidémiologique : Risque de flambées de polio. 10 juin 2022, Washington, D.C. : OPS/OMS ; 2022

Organisation Panaméricaine de la Santé • [www.paho.org](http://www.paho.org) • © OPS/OMS, 2022

**Figure 2.** Couverture vaccinale de la troisième dose de poliomyélite (% de la population vaccinée) par an par pays et territoire de la Région des Amériques, 2011 à 2021\*



\* Note : certains pays et territoires ont des informations disponibles jusqu'en 2020 seulement.

**Source :** données de couverture vaccinale de l'OPS/OMS. Disponible en anglais sur : [https://ais.paho.org/imm/IM\\_JRF\\_COVERAGE.asp](https://ais.paho.org/imm/IM_JRF_COVERAGE.asp)

## Orientations pour les autorités nationales

Compte tenu de la situation exposée, l'OPS/OMS rappelle aux États Membres que les mesures les plus efficaces pour réduire le risque de flambées épidémiques consistent à maintenir des niveaux adéquats d'immunité de la population grâce à une couverture vaccinale élevée et homogène et à une surveillance épidémiologique sensible qui permet de détecter et d'enquêter sur les cas de PFA en temps opportun.

Ci-dessous figurent des considérations à l'intention des autorités nationales, concernant la vaccination, la surveillance, l'atténuation des risques et le plan de riposte aux épidémies.

**Citation suggérée :** Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé. Alerte épidémiologique : Risque de flambées de polio. 10 juin 2022, Washington, D.C. : OPS/OMS ; 2022

Organisation Panaméricaine de la Santé • [www.paho.org](http://www.paho.org) • © OPS/OMS, 2022

## Vaccination

L'OPS/OMS recommande que tous les pays atteignent et maintiennent des niveaux élevés de couverture ( $\geq 95$  %) avec le vaccin antipoliomyélique, tant au niveau national qu'infranational. Les pays qui n'ont pas introduit la deuxième dose de VPI (VPI2) doivent le faire dès que possible.

## Surveillance

Il est essentiel que tous les pays et territoires de la Région renforcent la surveillance des cas de PFA afin de faciliter une riposte rapide à la détection d'une importation ou de l'émergence d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale :

- Détection et notification des cas de PFA chez les enfants de moins de 15 ans : former le personnel de santé à tous les niveaux à la détection et à la notification des PFA. Le nombre de cas de PFA signalés chaque année est utilisé comme indicateur de la capacité d'un pays à détecter la poliomyélite, même dans les pays où la maladie n'est plus présente. Le système de surveillance d'un pays doit être suffisamment sensible pour détecter au moins un cas de PFA pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, même en l'absence de poliomyélite.
- Prélèvement et transport d'échantillons de selles pour analyse : au début de la paralysie, la poliomyélite peut être difficile à différencier des autres formes de paralysie flasque aiguë telles que le syndrome de Guillain-Barré, la myélite transverse ou la névrite traumatique. Tous les enfants atteints de PFA doivent subir un dépistage du poliovirus sauvage dans les 14 jours suivant le début de la paralysie. Pour le dépistage de la poliomyélite, des échantillons de selles sont analysés pour détecter la présence de poliovirus. Les échantillons doivent arriver au laboratoire dans les 72 heures suivant le prélèvement. Sinon, ils doivent être congelés (à  $-20$  degrés Celsius) puis envoyés congelés.
- Confirmation en laboratoire : l'échantillon est inoculé dans des cultures cellulaires où le virus peut infecter et se répliquer. Le virus isolé est ensuite caractérisé par des tests moléculaires, d'abord avec la RT-PCR pour déterminer le sérotype et s'il s'agit d'un virus sauvage ou d'un virus de souche vaccinale, puis des tests de séquençage génétique sont effectués pour confirmer le génotype. La séquence génétique obtenue est comparée à une banque de référence de poliovirus connus, ce qui permet de faire des inférences sur l'origine géographique du virus isolé de l'échantillon.

## Plan d'atténuation des risques

Il est nécessaire d'élaborer une analyse des risques et de mettre en œuvre les mesures nécessaires à l'atténuation du risque en atteignant une couverture vaccinale élevée et en maintenant un système de surveillance sensible.

## Plan d'intervention en cas d'épidémie

Les pays et territoires sont encouragés à mettre en place un plan d'intervention actualisé en cas d'épidémie afin d'être prêts à réagir en temps opportun à un cas d'importation de poliovirus sauvage de type 1 ou de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ou à l'émergence d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale.

---

**Citation suggérée** : Organisation Panaméricaine de la Santé/Organisation Mondiale de la Santé. Alerte épidémiologique : Risque de flambées de polio. 10 juin 2022, Washington, D.C. : OPS/OMS ; 2022

Organisation Panaméricaine de la Santé • [www.paho.org](http://www.paho.org) • © OPS/OMS, 2022

## Informations supplémentaires

- Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). Disponible en anglais sur : <https://bit.ly/3NFEPQD>
- OMS. Deux souches naturelles de poliovirus sauvage sur trois éradiquées. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/feature-stories/detail/two-out-of-three-wild-poliovirus-strains-eradicated>
- OMS. Poliomyélite. Disponible sur : [https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1)
- Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Circulation mondiale du poliovirus dérivé d'un vaccin (PVDVc) au 22 mars 2022. Disponible en anglais sur : <https://bit.ly/39gVSJR>
- OMS. Classification et notification des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) – Lignes directrices de l'IMEP. Disponible sur : [https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPVs\\_Aug2016\\_FR.pdf](https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Reporting-and-Classification-of-VDPVs_Aug2016_FR.pdf)
- OMS. Statement of the Thirty-first Polio IHR Emergency Committee. Disponible sur : <https://bit.ly/3xoMkEo>
- Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : pays connaissant des flambées. Disponible en anglais sur : <https://bit.ly/3xmb4gz>
- Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : surveillance. Disponible en anglais sur : <https://bit.ly/3zvoucM>
- OPS/OMS. Rapport de la 13e réunion de la Commission régionale de certification pour l'élimination de la poliomyélite dans la Région des Amériques . Disponible en anglais sur : <https://bit.ly/3mE5nFM>
- OPS/OMS. Rapports finaux du Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination. Disponible sur : <https://www.paho.org/fr/tag/rapports-finaux-du-gct-sur-les-maladies-evitables-par-vaccination>