

Bulletin d'Immunsation

Organisation panaméricaine de la Santé



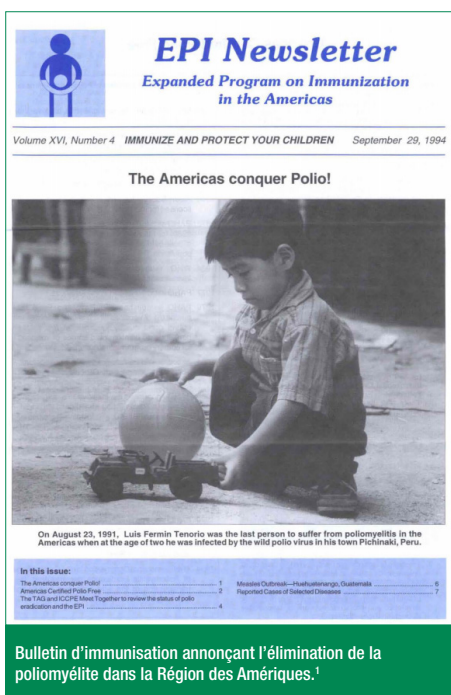
Volume XLIII Numéro 3

Protégez votre Famille par la Vaccination

Septembre 2021

Trente ans sans polio dans les Amériques

Le dernier cas répertorié de poliomyélite dans la Région des Amériques remonte à 1991; cette année, nous fêtons donc 30 ans sans cette maladie! Mais qu'est-ce que ce chiffre signifie vraiment?



Avant l'apparition des vaccins antipoliomyélitiques, cette maladie touchait chaque année des milliers d'enfants dans le monde. Il n'y a pas si longtemps, il était fréquent qu'un enfant en bonne santé cesse soudain de marcher; ceux qui avaient la chance de guérir gardaient des séquelles toute leur vie. Les moins chanceux passaient des jours à l'hôpital, branchés à d'énormes machines (les « poumons d'acier ») qui leur permettaient de respirer. Beaucoup d'autres perdaient la vie. La polio était une maladie endémique dans tous les pays, et lors des épidémies, les communautés étaient obligées de fermer les écoles et autres espaces publics pour protéger les plus petits.

Au milieu des années 50, la découverte du vaccin contre la polio a changé le monde pour toujours. Dès les débuts de la vaccination, la maladie a rapidement commencé à reculer. Il était évident que les vaccins avaient un effet et qu'ils permettaient de prévenir la maladie. Après que plusieurs pays ont réussi à maîtriser la polio, les dirigeants ont établi qu'il était possible de l'éliminer définitivement, mais seulement si tous les pays de la Région agissaient de façon coordonnée. C'est ainsi qu'en 1985 ces mêmes pays se sont tous engagés dans ce sens. Et en 1988, le reste du monde s'est joint à ce vaste effort.

Cet engagement politique a été accompagné par les efforts des vaccinateurs, qui se sont rendus jusque dans les endroits les plus reculés du continent, par voie terrestre, par mer et par air pour que tous soient vaccinés, des travailleurs de terrain, qui ont enquêté, un à un, tous les cas probables, des employés de laboratoire, qui ont confirmé l'absence de cas, et de nombre d'autres agents de santé, décidés à vaincre la maladie une fois pour toutes. Ces efforts ont également bénéficié de la participation de leaders communautaires, d'intervenants politiques à tous les échelons, de membres d'organismes internationaux ainsi que de pères et de mères convaincus que la vaccination sauvait des vies.

En 1991, grâce à cette manifestation de panaméricanisme et d'engagement pour la santé, les pays des Amériques ont vaincu la polio : la Région est ainsi devenue la première au monde à avoir éliminé la poliomyélite.

Cependant, il n'est pas suffisant d'avoir éliminé la maladie de la Région : tant qu'il y a d'autres cas dans le monde, la maladie menace encore tous les enfants. Faire que la Région soit exempte de polio pendant 30 ans a exigé un effort gigantesque : il a fallu vacciner tous les enfants et veiller au maintien de systèmes de

Voir 30 ANS page 2

DANS CE NUMÉRO

- 1 Trente ans sans polio dans les Amériques
- 1 Ce que j'ai appris sur le maintien de l'élimination de la poliomyélite dans les Amériques
- 2 Réduction du risque de maladies évitables par la vaccination dans les situations d'urgence humanitaire
- 3 État de l'éradication de la polio dans les Amériques : s'acquitter d'une promesse
- 4 Expériences des chefs de programmes concernant le maintien de l'élimination de la polio dans la Région
- 5 Acceptation de la vaccination contre la poliomyélite et communication : les 3 principaux enseignements que nous pouvons appliquer à la COVID-19 et à la vaccination systématique
- 6 La transmission et la propagation internationales du poliovirus dans le contexte de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international : un appel à l'action
- 7 Réseau régional de laboratoires de polio

Ce que j'ai appris sur le maintien de l'élimination de la poliomyélite dans les Amériques

Par le Dr Arlene King, MD, MHSc, FRCPC, ICD.D, présidente de la Commission régionale de certification pour la phase finale de l'éradication de la poliomyélite, membre de la Commission régionale de l'Afrique pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, membre de la Commission mondiale de certification pour l'éradication de la poliomyélite, membre du Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination, professeur adjoint à l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto (Canada)

Nous avons dans les Amériques le privilège d'être exempts de poliomyélite depuis août 1991. J'ai été fière d'être présidente depuis 2013 de la Commission régionale de certification (RCC) pour la phase finale de l'éradication de la poliomyélite, fondée sur la Commission internationale indépendante initiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, qui a déclaré en 1994, après un processus approfondi d'examen de la documentation et de vérification, que la transmission du poliovirus sauvage avait été interrompue. Notre travail suit non seulement celui de la Commission initiale, mais aussi celui de la Commission régionale de la Région des Amériques pour la certification du confinement en laboratoire du poliovirus et la vérification du statut exempt de poliomyélite (AMR RCC) créée en 2004.²

Au titre de l'un des six RCC dans le monde, notre tâche a été de vérifier de manière indépendante que la Région des Amériques est restée exempte de poliomyélite dans un monde où les poliovirus continuent de circuler, et où les risques liés à l'importation de poliovirus sauvages (PVS), de poliovirus circulants dérivés de vaccins (PVDVc) et à l'émergence d'un PVDVc sont plus présents que jamais.

Maintenir l'engagement programmatique concernant la poliomyélite en l'absence de maladie dans cette Région depuis 30 ans est une tâche herculéenne. Tout en maintenant l'élimination de la rougeole, en luttant contre les épidémies d'autres maladies transmissibles et en introduisant de nouveaux programmes de santé publique, des équipes de professionnels de la santé publique ont continué, aux niveaux local, étatique/provincial, national et régional, à faire preuve d'un dévouement extraordinaire pour nous préserver de la poliomyélite.

Cependant, nous nous trouvons à un carrefour critique, compte tenu de la situation économique difficile dans une grande partie des Amériques et de la réaffectation des ressources de santé publique pour riposter à la pandémie de COVID-19. Depuis 2010, dans la plupart des pays de la Région, la couverture vaccinale n'a cessé de diminuer, la chute de la couverture régionale s'établissant à 10 % en 2020. La pandémie de COVID-19 a exacerbé cette tendance, car les gouvernements ont été contraints de réaffecter des ressources déjà limitées vers les interventions de riposte aux urgences.³ L'accès aux services de soins de

² Organisation panaméricaine de la Santé. Confinement du poliovirus: la Région américaine achève la Phase 1 avec succès. Bulletin d'immunsation. Volume XXXI, numéro 2, avril 2010. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54117/SNS202.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

³ Revitalisation de la vaccination comme un bien public pour la santé universelle. 168e session du Comité exécutif du Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé. Session virtuelle. Du 21 au 25 juin 2021. <https://www.paho.org/fr/documents/cd16814-revitalisation-vaccination-comme-bien-public-pour-sante-universelle>

30 ANS suite de la page 1

surveillance sensibles, une tâche rendue de plus en plus difficile par l'existence d'autres priorités sanitaires.

Aujourd'hui nous sommes plus près que jamais de l'éradication de la polio à l'échelle mondiale. Cependant la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions majeures sur les services de santé de tous les pays, y compris sur la vaccination systématique et la surveillance épidémiologique des maladies évitables par la vaccination, ce qui pourrait compromettre les acquis.

Les agents de santé du monde entier doivent s'engager à mener l'éradication à son terme. Aujourd'hui plus que jamais, nous devons nous inspirer des progrès accomplis et, avec une énergie nouvelle, regarder vers l'avenir pour nous acquitter de notre promesse d'un monde exempt de poliomyélite. ■



Luis Fermín, le garçon qui a été le dernier cas de poliomyélite dans la Région des Amériques. Photo : OPS/OMS.

Réduction du risque de maladies évitables par la vaccination dans les situations d'urgence humanitaire

Les urgences humanitaires ont de nombreuses conséquences : mouvements massifs de population, déplacements temporaires, promiscuité, détérioration des conditions économiques et environnementales, manque d'eau potable, dégradation des conditions sanitaires et de la gestion des déchets, manque de logement, dénutrition résultant de la rareté des aliments et manque d'accès aux services de santé.

Tous ces facteurs font que les populations touchées par une urgence humanitaire risquent de présenter une morbidité et une mortalité élevées dues aux maladies évitables par la vaccination (MEV).⁴ Les programmes nationaux de vaccination doivent donc assurer la couverture des populations affectées et intensifier la

surveillance épidémiologique des MEV.

En 2013, le Groupe consultatif technique (GCT) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) sur les maladies évitables par la vaccination a adopté le cadre pour la prise de décision en matière de vaccination lors d'urgences humanitaires aiguës du groupe de travail du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Ce cadre s'adresse aux autorités nationales et aux agences de coopération, et propose une systématisation du processus décisionnel en trois étapes. Il a été publié dans le Bulletin d'immunisation de l'OPS d'octobre 2014 et reste en vigueur⁵.

Ci-dessous figurent les recommandations ponctuelles pour la prévention d'éclosions de poliomyélite, de rougeole et de rubéole.

Prévention des éclosions de poliomyélite

- Les enfants de moins de cinq ans doivent être vaccinés contre la polio. La vaccination peut être élargie aux moins de 15 ans. Il faut administrer au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) aussitôt que possible, quel que soit le statut vaccinal. La co-administration du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) ou du VPOb est recommandée.
- S'il n'existe aucune documentation sur le statut vaccinal, il faut administrer au moins trois doses de VPOb tout en respectant les recommandations du programme sur les intervalles minimaux entre les doses de vaccins antiviraux.
- La vaccination des adultes avec le VPOb peut être envisagée pour renforcer l'immunité des muqueuses et réduire ainsi le potentiel de transmission du virus. La décision d'élargir la campagne aux adultes doit être prise en consultation avec l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP).
- Il faut intensifier la surveillance épidémiologique de la paralysie flasque aiguë, mettre en place les mécanismes appropriés de recherche active de cas et effectuer des tests de dépistage du poliovirus.
- Il faut examiner le plan national de riposte à un événement ou à une éclosion de polio

Prévention des éclosions de rougeole et de rubéole

- Les enfants de moins de cinq ans doivent être vaccinés contre la rougeole et la rubéole (RR). La vaccination peut être élargie aux sujets de plus de cinq ans, selon la disponibilité du vaccin RR et après consultation du comité national de pérennité de l'élimination de la rougeole et de la rubéole.
- Les pays qui ont vacciné une cohorte de sujets susceptibles doivent planifier les campagnes de suivi le plus tôt possible.
- Il faut amorcer l'analyse de risque effectuée au niveau des municipalités avec l'aide de l'outil de l'OPS, dans le but de prioriser la vaccination et la surveillance dans les localités à risque élevé, principalement dans les municipalités frontalières et recevant un grand nombre de touristes internationaux.
- Les membres des équipes de réponse rapide doivent être dûment formés et les plans de préparation à cet effet doivent être mis en œuvre pour permettre de faire face aux cas d'importation du virus. Des cours virtuels de formation à la riposte rapide en cas d'éclosion de rougeole seront disponibles.
- Il faut intensifier la mise en œuvre de la recherche active institutionnelle de cas présumés de rougeole et de rubéole pour accroître la sensibilité du système de notification.

Dans le présent contexte, il est important d'accorder la priorité à la vaccination contre la poliomyélite, la rougeole et la rubéole et, aussitôt que cela sera possible, de vacciner contre les autres MEV selon le calendrier vaccinal de chaque pays. De plus, il faut inclure la vaccination de populations en situation d'urgence humanitaire dans le plan national de déploiement de la vaccination contre la COVID-19.

Ces activités doivent se dérouler dans un contexte de promotion, de respect et de protection des droits de l'homme, en coordination avec les intervenants

œuvrant à l'éradication de la polio et l'élimination de la rougeole, et avec les autres organismes, fonds et programmes du système des Nations Unies.

Il est crucial d'informer les divers comités consultatifs et de les intégrer à la prise de décision au niveau national, comme le groupe consultatif technique national sur la vaccination (NITAG, selon le sigle anglais), le comité national pour la certification de l'éradication de la polio et le comité national de pérennité de l'élimination de la rougeole et de la rubéole. ■

⁴ Organisation mondiale de la Santé. Vaccination en situation d'urgence humanitaire aiguë : cadre pour la prise de décision WHO/IVB/17.03F. Décembre 2017. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259736/WHO-IVB-17-03-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

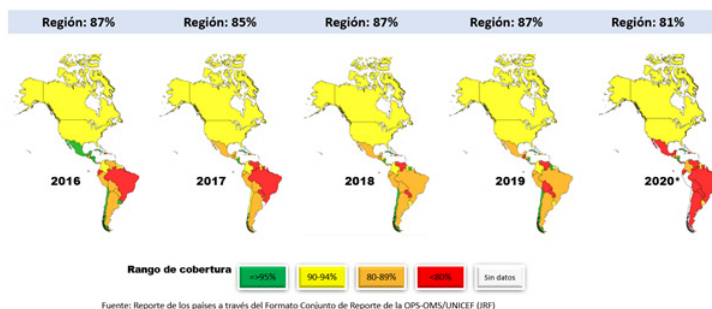
⁵ Organisation panaméricaine de la santé. La vaccination en situation d'urgence. Bulletin d'immunisation. Volume XXXVI, numéro 5, Octobre 2014. Disponible sur : <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54826/SNF3605.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

État de l'éradication de la polio dans les Amériques : s'acquitter d'une promesse

Trente ans se sont écoulés depuis le vendredi 23 août 1991, date à laquelle le dernier cas de poliomyélite des Amériques a été détecté à Junín (Pérou). Trois ans plus tard, la Commission internationale de certification de l'éradication de la poliomyélite (CICEP) a effectué un examen attentif des données présentées par les présidents des commissions nationales de certification. À la lumière de ces données probantes, elle a conclu que la transmission du poliovirus sauvage avait pris fin dans les Amériques. Simultanément, la CIPEP déclarait que même si la Région des Amériques était la première du monde où la transmission de la polio avait été interrompue, il était nécessaire de maintenir un taux élevé de couverture vaccinale et de poursuivre la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) pour garantir que la Région reste exempte de polio. Le maintien de l'élimination de la polio en vue de son éradication n'a été une tâche facile dans aucun des pays de la Région. C'est ce que la CICEP annonçait déjà en 1994 : elle déclarait alors que l'élimination du poliovirus des Amériques avait présenté moins de difficultés que la prévention du retour de la maladie sur le continent⁶.

C'est pour cette même raison qu'à chacune des 26 réunions qu'il a tenues jusqu'ici, le Groupe consultatif technique (GCT) sur les maladies évitables par la vaccination a examiné l'état de la couverture vaccinale et la qualité de la surveillance épidémiologique de la PFA. Ce groupe de l'OPS a été constitué en 1985 pour définir des stratégies fondées sur des données factuelles en vue de l'éradication de la polio. À sa XXVI^e réunion, tenue du 14 au 16 juillet 2021, le GCT a exprimé sa préoccupation concernant l'état de la couverture vaccinale de la troisième dose de vaccin contre la polio chez les moins d'un an, qui est inférieure à 90 % depuis 2016 (figure 1). En outre, les données préliminaires de 2020 montrent déjà les effets de la pandémie sur la couverture vaccinale : la couverture dans la Région n'était que de 81 %, et seulement 13 pays ou territoires ont déclaré une couverture égale ou supérieure à 95 %. Pour ce qui est de la surveillance, on remarque une diminution significative du nombre de cas notifiés de PFA depuis 2020, par rapport aux années pré-pandémiques. À la semaine épidémiologique 28 de 2021, 3 pays d'Amérique latine et des Caraïbes n'ont notifié aucun cas de PFA (Cuba, République dominicaine et Uruguay), et on note une diminution d'au moins 50 % du nombre de cas notifiés par rapport à la moyenne des années pré-pandémiques en Argentine, au Brésil, au Costa Rica, à El Salvador, en Équateur, au Nicaragua, au Panama, au Pérou et dans la sous-région des Caraïbes (tableau 1).⁷

Figure 1. Couverture vaccinale de polio3 chez les enfants de moins d'un an dans les pays des Amériques, 2016-2020*



l'éradication de la poliomyélite dans la Région des Amériques examine les rapports sur l'état de l'éradication de la polio des 34 pays et 9 territoires de la Région; cette démarche s'inscrit dans le processus en vue de la certification de l'éradication. Lors de sa dernière réunion d'octobre 2020, à la lumière des données factuelles communiquées depuis décembre 2019, la Commission régionale a conclu que tous les pays et territoires de la Région demeurent exempts de poliomyélite. Cependant elle a exprimé des préoccupations quant à la pérennité de l'absence de poliomyélite en Bolivie, au Brésil, en Équateur, au Guatemala, à Haïti, au Paraguay, au Suriname et au Venezuela. Dans ces pays qui comptent 32,63 % de la population des Amériques de moins d'un an, la couverture vaccinale est constamment basse et les systèmes de surveillance faibles, ce qui fait craindre le risque d'émergence de poliovirus dérivés du vaccin (PVDV) ou l'importation suivie d'une circulation de la poliomyélite.⁸

Pour appuyer l'intensification des activités des pays de la Région, la Commission régionale émet des recommandations générales et spécifiques chaque année,

Tableau 1. Indicateurs de surveillance de la PFA, 2019-2021.

	2019			2020			52 dernières semaines*		
	Taux	% enquête < 48 h	% échantillon adéquat	Taux	% enquête < 48 h	% échantillon adéquat	Taux	% enquête < 48 h	% échantillon adéquat
ARG	0.78	29	73	1.66	74	74	0.25	21	68
BEN	0.45	92	79	0.45	100	75	0.54	100	79
BRE	1.1	98	64	0.56	98	67	0.45	99	63
CAN	0.44		38		29	29			
CAR	0.44	100	88	0.23	25	25	0.11	0	50
CHL	1.68	89	68	1.78	66	66	1.28	72	45
COL	1.31	75	83	0.77	75		0.80	71	84
CRI	1.5	94	81	1.32	93	93	0.57	83	67
CUB	1.54	75	93	1.16	95	95	0.39	86	86
DOM	0.84	28	92	0.37	55	55	0.2		33
ECU	1.08	73	67	0.33	81	63	0.19	56	67
GTM	1.19	85	77	0.96	79	74	0.73	86	64
HND	1.51	69	93	1.55	90	90	1.25	79	87
HTI	0.38	85	43	0.22	38	38	0.19	71	57
MEX	2.51	100	88	1.42	82	82	1.2	99	78
NIC	1.28	100	100	0.92	78	78	0.72	86	64
PAN	0.5	67	100	0.96	100	100	0.26	100	100
PER	1.5	75	67	0.55	64	69	0.26	67	62
PRY	1.26	88	92	0.92	58	58	0.92	95	68
SLV	1.96	50	91	0.99	25	94	0.46	50	88
URY	1.13	100		0.14	100	100	0.14		100
USA									
VEN	1.31	99	73	0.95	95	51	0.85	92	68
Total**	1.48	86	78	0.81	86	70	0.61	89	72

*35/2020 - 22/2021
** À l'exclusion des États-Unis d'Amérique

Conforme
Non conforme
Pas de données

Source : Système de surveillance - Système d'information pour une surveillance intégrée (ISIS), Polio Eradication Surveillance System (PESS) et rapports des pays à FPL-IM/OPS. * Données au 7 septembre 2021.

qu'elle communique aux comités nationaux de certification et aux autorités nationales.

Pour sa part, le GCT adresse à la Région des recommandations pour tenir la promesse de maintenir celle-ci exempte de polio. Les recommandations émises lors de la dernière réunion du GCT en juillet 2021 sont les suivantes :

- Le GCT appuie la stratégie mondiale d'éradication de la poliomyélite 2020-2026 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite qui devra être adoptée par les pays des Amériques⁹.
- Le GCT est très inquiet de la couverture vaccinale inadéquate contre la poliomyélite et de l'état des systèmes de surveillance nécessaires au maintien et à la vérification de l'absence de poliomyélite dans les Amériques; à moins que des améliorations soient apportées dans les plus brefs délais, il craint qu'apparaissent des éclosions de poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) ou de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (cPVDV) dans la Région. Le GCT presse les pays d'assurer une couverture de 95 % avec le vaccin polio3, et il recommande instamment aux gouvernements d'investir des ressources pour atteindre et maintenir cet objectif. L'objectif de couverture vaccinale vise également la première et la deuxième dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI).
- Le GCT a examiné les résultats de l'examen systématique de l'immunogénicité du VPI, qui a été effectué par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) sur la vaccination de l'OMS. Le GCT s'est penché sur les critères préalablement évalués concernant le recours au VPI comme première dose pour prévenir les cas de poliomyélite paralytique associée à la vaccination orale contre la polio (PPAV), et sur la nécessité de maintenir l'immunité intestinale par l'administration du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb). Le GCT recommande le calendrier vaccinal suivant aux 13 pays qui n'ont pas encore introduit la deuxième dose de VPI (tableau 2).

Tableau 2. Calendrier vaccinal contre la poliomyélite recommandé pour la Région des Amériques, 2021.

Calendrier vaccinal	Calendrier de base			Rappels	
	1 ^{ère} dose	2 ^e dose	3 ^e dose	4 ^e dose	5 ^e dose
	2 mois	4 mois	6 mois	12-18 mois	4-5 ans
	VPI	VPOb	VPI	VPOb	VPOb

⁶ Organisation panaméricaine de la santé. Bulletin d'immunisation (Bulletin d'information du PEV); v.16, 1994. Disponible sur : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41097>.

⁷ Organisation panaméricaine de la santé. XXVI^e réunion du Groupe consultatif technique de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination. Du 14 au 16 juillet 2021. Réunion virtuelle. Rapport final. En cours d'impression.

⁸ Organisation panaméricaine de la santé. Rapport de la 12^e réunion de la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région des Amériques. Disponible sur : [Rapport de la 12e réunion de la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région des Amériques](https://www.paho.org/fr/document/12e-reunion-commission-regionale-certification-eradication-poliomyelite-region-americaines)

⁹ Initiative mondiale d'éradication de la polio. Delivering on a Promise: Polio Eradication Strategy 2022-2026. Version préalable à la publication, en date du 10 juin 2021. Disponible sur : <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/06/polio-eradication-strategy-2022-2026-pre-publication-version-20210609.pdf>

ÉRADICATION suite de la page 3

- Les pays qui ont déjà commencé à administrer deux doses de VPI peuvent adopter ce calendrier ou choisir l'intervalle de 4 mois entre le VPI1 et le VPI2. La décision finale doit se fonder sur une analyse programmatique et épidémiologique.
- Le GCT félicite l'Équateur de mener une étude sur l'efficacité de l'administration de doses fractionnées de VPI. Les résultats de cette étude devront servir à déterminer si la pratique actuelle est appropriée ou s'il y a lieu de la modifier.
- Étant donné les contraintes imposées par la pandémie de COVID-19, le GCT ne recommande pas aux pays de suspendre l'administration du VPOB en faveur d'un calendrier vaccinal avec le seul VPI.
- Le GCT appuie les recommandations émises par le SAGE quant à l'interchangeabilité du vaccin antipoliomyélique inactivé Sabin (VPIs) et du vaccin antipoliomyélique inactivé issu de souches sauvages (VPIw). Actuellement, l'administration du VPIs sous forme de doses fractionnées n'est pas recommandée.
- Étant donné que l'incidence de la PFA dans la Région n'a que légèrement augmenté de 2014 à 2019 (de 1,19 à 1,33 respectivement), et que l'adéquation de la collecte d'échantillons de selles est demeurée constante pendant la même période (76 % et 77 % respectivement), le GCT recommande de faire des efforts pour améliorer le rendement des deux indicateurs pour éviter que des cas de paralysie causée par le poliovirus ne passent inaperçus.
- Compte tenu de la forte diminution de la couverture vaccinale et des taux de surveillance, les pays à risque d'éclotions (Bolivie et Haïti) et ceux confrontés à des mouvements de populations à risque (Bolivie et Haïti) ou des mouvements de populations provenant d'un pays à risque élevé (République dominicaine) devront envisager de prélever un deuxième échantillon de selles sur les sujets atteints de PFA. Étant donné la charge de travail et les coûts découlant de la collecte d'un deuxième échantillon, ces mêmes pays devront mettre en œuvre cette recommandation de façon provisoire pendant qu'ils renforcent leur programme de vaccination et leurs systèmes de surveillance.
- S'il est impossible de prélever un échantillon de selles sur un cas de PFA dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, ou si le laboratoire reçoit l'échantillon en mauvais état, le GCT recommande de recueillir un échantillon provenant de 3 contacts, de préférence des membres de la famille ou des personnes présentes au domicile, des voisins ou des compagnons de jeu (tous âgés de moins de 5 ans).
- Le GCT recommande instamment d'effectuer systématiquement une visite de suivi après 60 jours pour évaluer la présence de paralysie résiduelle (actuellement effectuée dans moins de 20 % des cas).
- La surveillance environnementale constitue un excellent complément du système national de surveillance. Cependant, compte tenu de son coût élevé, chaque pays ne devra envisager sa mise en œuvre qu'après avoir amélioré la sensibilité de son système de surveillance de la PFA. ■

Expériences des chefs de programmes concernant le maintien de l'élimination de la polio dans la Région

Pour marquer les 30 ans écoulés depuis le dernier cas de polio dans la Région des Amériques, l'OPS a invité les chefs du programme de vaccination qui ont travaillé le plus longtemps pour programme à faire connaître les leçons qu'ils en ont tirées ainsi que leurs recommandations et leurs conseils pour le maintien de l'éradication de la polio et de sa phase finale

Roberto Arroba : « Ce n'est qu'en travaillant en équipe qu'on pourra obtenir de bons résultats. »



Roberto Arroba.

Roberto se consacre à la vaccination au Costa Rica depuis 12 ans. Si les débuts n'ont pas été faciles, il dit avoir acquis peu à peu des connaissances et de l'expérience grâce aux enseignements provenant de ses collègues et aux formations prodiguées par l'OPS. Il considère que l'OPS a été un allié des pays pour ce qui est de la formation et de la rédaction de guides en appui au travail. Roberto se décrit lui-même comme un pont permettant de relier entre eux les divers acteurs de son pays et de l'étranger, et que c'est sa principale contribution au maintien de l'éradication de la polio au Costa Rica. Il déclare : « Ce n'est qu'en travaillant en équipe qu'on pourra obtenir de bons résultats. »

Roberto considère qu'aujourd'hui les défis sont plus nombreux qu'à ses débuts comme chef du PEV parce que les taux de couverture ont diminué et qu'il est plus difficile d'assurer une surveillance de qualité. Tout en accordant toute l'attention voulue aux activités de vaccination contre la COVID-19, il ne faut pas négliger les autres maladies évitables par la vaccination. À cet effet, il pense qu'il faut prendre conscience de l'importance de la tâche et toujours avoir à l'esprit pourquoi nous vaccinons, ce que nous prévenons par cette action et ce qui se passerait en cas de retour de la maladie. Roberto considère que pour revitaliser le programme, il faut viser à assurer des calendriers complets avec des couvertures de plus de 95 % et effectuer l'investigation immédiate de tous les cas de paralysie flasque aiguë (PFA) parce que, comme il le dit, « nous devons redonner à la Région le

statut d'exemple à suivre qui était le sien ».

Roberto conseille à ceux qui se sont récemment joints au programme d'écouter les conseils de ceux qui ont plus d'expérience, de chercher à travailler en équipe et de suivre des activités de formation continue.

Nora Villatoro : « Nous ne pouvons pas nous permettre de perdre les acquis. »

Nora a commencé à travailler pour le programme de vaccination d'El Salvador en 2005. Depuis cette date, elle évalue périodiquement les couvertures vaccinales et la production des indicateurs, conjointement avec son équipe, y compris avec ses collègues du domaine de l'épidémiologie et du laboratoire; c'est ce qu'elle considère comme étant sa principale contribution à la prévention du retour de la polio à El Salvador.

Pour Nora, au cours du temps, la gestion du programme a donné lieu à divers défis et diverses opportunités. D'une part, la mise en œuvre des activités était plus simple dans le passé parce que tous les différents volets relevaient du programme, alors qu'aujourd'hui il faut assurer une coordination avec plusieurs intervenants. D'autre part, cependant, plusieurs enseignements ont été tirés, et de nombreuses années d'expérience ont été accumulées.

Face aux difficultés actuelles de mise en œuvre des activités de vaccination et de surveillance épidémiologique dans le contexte de la pandémie de COVID-19, et pour revitaliser le programme, Nora considère que nous devons garder à l'esprit le risque latent de réintroduction de la polio. Elle ajoute : « Nous ne pouvons pas nous permettre de perdre les acquis. » Elle s'est servie de différents canaux pour faire parvenir l'information au personnel et maintenir la communication avec celui-ci, dans le but de préserver sa motivation à tous les échelons du programme. Comme la population a encore peur de se rendre dans les services de santé à cause de la pandémie, on a installé des postes de vaccination à l'extérieur des unités. Pour améliorer la surveillance, on effectue des recherches actives institutionnelles.

Nora est d'avis que l'un des rôles importants de l'OPS est de maintenir la polio et les autres maladies évitables par la vaccination au programme politique, ainsi que

d'appuyer l'échange des expériences et des leçons apprises entre les pays.

À tous les professionnels du domaine de la santé qui se sont récemment joints au programme, Nora recommande de s'appuyer sur les experts. Elle considère que c'est un privilège d'avoir pu compter sur le soutien de personnes de qui elle a appris tout au long du chemin, et elle souligne l'importance de l'appui prodigué par les chefs de programme de tous les pays de la Région.

Ida Berenice Molina : « L'éradication de la maladie est une promesse faite à la population. »



Ida Berenice Molina.

Il y a 29 ans, alors qu'Ida Berenice terminait ses études universitaires, on lui a offert de diriger le programme de vaccination tout en lui indiquant que ce serait le programme prioritaire pour le pays. Depuis cette date, elle occupe la direction du programme de vaccination du Honduras.

Ida Berenice a contribué à la systématisation de la planification stratégique et à assurer la gestion à l'échelon national et international en vue d'atteindre les buts fixés. Elle a aussi pu faire en sorte que la planification aboutisse à des interventions qui sont menées à l'échelon local en fonction des objectifs. Ida Berenice effectue en permanence une analyse de la situation pour guider la planification des interventions.

La prévention du retour de la polio constitue un défi permanent, parce qu'il faut maintenir des taux de couverture élevés chaque année et une surveillance épidémiologique sensible des cas de PFA. Cependant Ida considère que le maintien de systèmes de surveillance sensibles est plus facile maintenant qu'auparavant parce qu'il existe un plus grand nombre de moyens, par exemple technologiques, qu'on a accumulé de l'expérience et qu'on a accès à davantage de formation; il y a aussi des outils de microplanification, la surveillance permanente et la reddition de comptes. En ce sens, l'OPS/OMS joue un rôle important pour ce qui est de la surveillance des résultats des pays en matière de mise en

EXPÉRIENCE suite de la page 4

œuvre des stratégies d'élimination de la poliomyélite, et du maintien de la vaccination au rang de priorité politique. Cependant, en dépit des plaidoyers permanents à l'échelon régional, Ida Berenice affirme que les pays doivent être pleinement conscients que l'éradication de la poliomyélite constitue une responsabilité nationale, qui nécessite donc l'affectation de ressources, parce que « l'éradication de la maladie est une promesse faite à la population ».

Elle conseille à ceux qui se sont récemment joints au programme de vaccination de travailler en équipe et de s'assurer de l'appui d'un personnel dévoué à tous les échelons. Elle rappelle également que le programme nécessite un travail multidisciplinaire.

Jazmina Umaña : « Nous ne pouvons pas travailler seuls. »



Jazmina Umaña.

Jazmina travaille au programme de vaccination depuis 11 ans et elle a accédé au poste de coordinatrice nationale au Nicaragua en 2014. Elle considère que sa plus grande contribution à la prévention du retour de la polio a été la coordination de l'équipe qui met en œuvre les activités. Elle

souligne que pour œuvrer au programme de vaccination, il faut aimer ce travail. Comme elle le dit elle-même, « si le travail ne te plaît pas, tu n'en tomberas pas amoureux. »

Selon son expérience, le maintien de la surveillance épidémiologique est plus difficile aujourd'hui qu'à ses débuts. Après tant d'années sans cas confirmés de polio, il est difficile de donner aux gens une juste idée du risque qu'ils représentent. Elle considère que la perception du risque joue un rôle fondamental pour le renforcement du système. À cet effet, il faut s'appuyer sur l'évaluation du risque pour pouvoir définir où et comment agir, en mettant en œuvre des interventions interprogrammatiques visant à réduire ce risque.

Pour revitaliser le programme, Jazmina est d'avis qu'il faut créer un nouveau modèle de santé inclusif et intégré, parce que « nous ne pouvons pas travailler seuls ». Comme elle l'explique elle-même : « Nous devons maintenir des directives et des objectifs, mais en les intégrant à la santé universelle. Nous devons mettre à profit tous les espaces de formation, sans négliger aucune composante du programme. »

Jazmina se définit elle-même comme une personne privilégiée d'avoir pu compter sur le soutien de l'OPS. Elle pense que les conseillers de l'OPS, qui ont un point de vue externe mais qui travaillent au sein de l'équipe, jouent un rôle fondamental. Elle reconnaît aussi l'importance des guides et manuels régionaux qui permettent d'orienter le travail du pays, et elle est reconnaissante du soutien financier à la mise en œuvre des activités essentielles dans le pays.

Itzel Hewitt : « La meilleure satisfaction, c'est le sentiment du devoir accompli. »

Itzel est coordinatrice du programme de vaccination du Panama à l'échelon national depuis 2008. Selon ses propres mots, « créer un sentiment d'appartenance, renforcer l'idéologie, l'autonomisation et l'enthousiasme à l'égard du programme » chez toutes les personnes qui travaillent à la vaccination, c'est ce qui a été déterminant pour assurer le dévouement de l'équipe et éviter le retour de la polio au Panama. En assurant l'autonomisation de ceux qui travaillent au programme, nous sommes certains de réussir.

Il ne fait aucun doute qu'Itzel a joué un rôle très important pour assurer le bon déroulement du programme au cours des années. Elle considère que l'une de ses principales contributions a été l'instauration des visites



Itzel Hewitt.

à domicile visant à compléter l'examen des dossiers de vaccination qui est effectué au sein des unités de santé. Elle a travaillé avec l'OPS et d'autres partenaires stratégiques pour mettre en évidence les interventions nécessaires, en plus d'assurer la continuité des activités de surveillance et de vaccination. Itzel met à profit les activités supplémentaires qui sont mises en œuvre, comme la Semaine de la vaccination dans les Amériques et les campagnes nationales de mise à jour, pour y inclure des activités liées à la polio. Ces interventions se

sont avérées efficaces même pendant la pandémie de COVID-19.

Selon Itzel, grâce à la vaccination contre la COVID-19, des acteurs de haut niveau, qui auparavant n'étaient pas impliqués dans les activités du programme, connaissent maintenant celui-ci, du processus d'achat des vaccins jusqu'à l'administration des produits biologiques. Il en résulte une conscientisation sur l'importance de la vaccination, et une opportunité pour le programme.

Aux membres du personnel de santé qui se sont joints au programme de vaccination à une date récente, Itzel conseille de tirer profit de tous les contacts avec les enfants pour ajuster leurs calendriers de vaccination et les compléter au besoin.

Avec passion, Itzel affirme que pour elle « la meilleure satisfaction, c'est le sentiment du devoir accompli ». ■

Acceptation de la vaccination contre la poliomyélite et communication : les 3 principaux enseignements que nous pouvons appliquer à la COVID-19 et à la vaccination systématique



Au fil des ans, les campagnes de communication réussies sur la vaccination contre la poliomyélite ont utilisé un ensemble d'approches de communication sur les risques, d'engagement de la communauté, de communication sur le développement

et de communication de crise qui ont également contribué à soutenir les réalisations du programme de vaccination de la Région. Ces approches de communication doivent maintenant être adaptées pour protéger ces acquis. De plus, nous pouvons tirer des enseignements de l'acceptation de la vaccination contre la poliomyélite et de la communication, et appliquer ces connaissances à la vaccination systématique et à la vaccination contre la COVID-19. Vous trouverez ci-dessous trois points essentiels et pertinents à retenir qui peuvent être pris en compte pour les activités de vaccination en cours. Ces trois enseignements sont étroitement liés.

1. Comprendre les facteurs qui influencent les décisions et établir des normes de vaccination

Qu'il s'agisse d'un parent qui amène son bébé se faire vacciner contre la poliomyélite ou d'une personne atteinte de maladies chroniques qui cherche à se faire vacciner contre la COVID-19, la décision de se faire vacciner est influencée par des facteurs complexes : la confiance dans le programme de vaccination, la facilité d'accès à des services de vaccination de qualité et le soutien de la famille ou des amis pour la vaccination, entre autres. La collecte de données sociales et comportementales pour comprendre ces facteurs peut aider à cibler les interventions pour les publics et les groupes de population visés. Au fur et à mesure de cette collecte, on peut continuer à s'appuyer sur le renforcement de la vaccination en tant que norme et valeur pour la communauté : c'est une chose que le programme de vaccination contre la poliomyélite a très bien faite.

2. S'engager avec des leaders communautaires de confiance

Les campagnes contre la poliomyélite comptent depuis longtemps sur le soutien de dirigeants communautaires de confiance pour contribuer à créer des normes de vaccination : ces dirigeants peuvent être des personnes issues du secteur confessionnel, des gouvernements locaux, de la société civile ou du monde de l'éducation. Une fois que ces dirigeants adhèrent à la vaccination, ils peuvent contribuer à la promouvoir auprès des groupes de population qui se

tourment vers eux pour obtenir des conseils fiables. Non seulement ces dirigeants peuvent contribuer à donner à leurs communautés un exemple en faveur de la vaccination, mais ils peuvent également contribuer à donner un aperçu de la perception de la communauté sur le sujet : quelles questions leur ont été posées concernant la vaccination ? Quels sont les mythes et les rumeurs circulants sur les vaccins et les vaccinateurs ? Quelles lacunes ont-ils identifiées, que les services de santé doivent combler pour mieux réussir leurs campagnes de vaccination ?

De cette façon, les dirigeants communautaires peuvent à la fois plaider en faveur de la vaccination et offrir un point de vue d'expert relativement à leurs communautés.

3. Tirer parti de la confiance dans les agents de santé

Les agents de santé qui administrent les vaccins contre la poliomyélite ont, dans le monde entier, la réputation d'être des personnes extrêmement dévouées qui se soucient profondément de protéger chaque enfant grâce au pouvoir salvateur de la vaccination. Ils sont connus pour être passionnés et prêts à voyager dans les conditions les plus difficiles pour déployer leur travail de vaccination. Cependant, ces efforts héroïques seraient vains si les communautés n'avaient pas confiance en eux et dans les vaccins qu'ils administrent.

De nombreuses études ont montré que les agents de santé constituent dans leurs communautés la source la plus fiable d'information sur la vaccination. C'est pourquoi il est essentiel d'obtenir l'adhésion à la vaccination de ces personnes de confiance pour obtenir dans une communauté une forte demande de services de vaccination. Pour tirer le meilleur parti de cette situation, il est important d'investir dans les agents de santé afin qu'ils soient en mesure de maintenir des relations positives et de confiance avec les communautés qu'ils desservent, de cibler les agents de santé par une communication dédiée et des interventions spécifiques de communication, d'information et d'éducation afin qu'ils disposent de l'information correcte pour bien faire leur travail, et de les former à la communication interpersonnelle sur la vaccination afin qu'ils puissent répondre avec empathie aux questions et aux préoccupations de leurs communautés au sujet de la vaccination.

Pour en savoir plus :

IMEP. « Polio prevention: The communities ». <https://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-communities/>

« The Polio Communication Global Strategy » https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/Polio-Communications-Global-Guide-Part-1-or-4_Jan2016_EN.pdf ■

La transmission et la propagation internationales du poliovirus dans le contexte de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international : un appel à l'action

Avec l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international (RSI) en juin 2007, les États Membres se sont engagés à notifier à l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) toute urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) potentielle. Pour sa part, l'OPS s'est engagée à évaluer ces notifications et, le cas échéant, à déclarer une USPPI, dans la mesure où les exigences et procédures pertinentes seront respectées.¹⁰

Le RSI stipule qu'une USPPI est un événement extraordinaire qui représente un risque pour la santé publique des autres États, suite à une propagation internationale d'une maladie, et qui nécessite une réponse internationale coordonnée. Depuis son entrée en vigueur et jusqu'à la date actuelle, cinq USPPI ont été déclarées, dont deux sont encore en cours : la pandémie actuelle de COVID-19, et celle liée à la propagation internationale du poliovirus.¹¹ En effet, le 5 mai 2014, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a déclaré que la propagation internationale du poliovirus sauvage constituait une USPPI, et des recommandations temporaires ont été formulées, qui visaient à arrêter la propagation au moyen d'une riposte internationale coordonnée.¹²

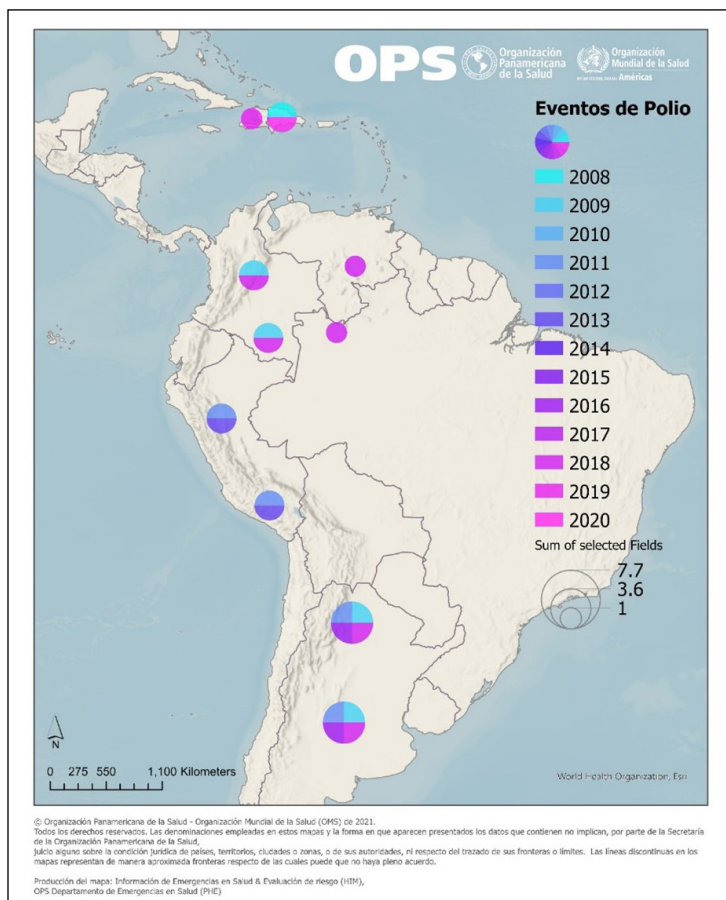
Le 20 août 2021, après avoir reçu l'évaluation du Comité d'urgence convoqué par le Directeur général de l'OMS en ce qui concerne l'urgence liée à la propagation internationale de polio, celui-ci a déclaré que l'USPPI restait en vigueur tout comme les recommandations temporaires déjà formulées.¹³

Dans la Région des Amériques, les États Membres continuent de respecter leur engagement de maintenir les taux requis de couverture vaccinale contre la polio ainsi qu'une surveillance adéquate de la paralysie flasque aiguë (PFA) et ils continuent de notifier, par l'intermédiaire du centre national de liaison pour le RSI, tout cas détecté chez des sujets humains ou autres de :

- poliovirus sauvage
- poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (type 1, 2 ou 3)
- virus de type 2 Sabin ou de type Sabin

Dans la Région et depuis 2008 à ce jour, l'OPS/OMS a reçu des notifications de 12 événements liés à la polio, survenus dans 6 pays. Pour 8 (67 %) de ces événements, la source initiale d'information était le centre national de liaison pour le RSI. La durée moyenne du délai écoulé entre l'apparition des symptômes et la notification du cas était de 74 jours (intervalle de valeurs, 33 à 272 jours). Voir ci-dessous le tableau 1 et la figure 2. Aucun de ces événements n'a donné lieu à une propagation à l'extérieur de la zone d'occurrence ou dans d'autres pays. Cependant la diminution du taux de couverture vaccinale contre la polio dans la majorité des pays et territoires de la Région, ajoutée au recul de la surveillance de la PFA à la suite de la pandémie de COVID-19, est un rappel qu'il faut accorder plus d'attention au risque de réintroduction de la polio dans les Amériques.

Figure 2. Distribution des événements liés à la polio notifiés dans la Région des Amériques, par année d'occurrence.



Source : OMS, 2021.

Tableau 1. Événements liés à la polio notifiés par les pays de la Région des Amériques, 2008 à 2021 (août).

Année	Pays	Événement	Source de la notification	Date d'apparition des symptômes	Date de la notification à l'OPS/OMS	Délai estimé entre l'apparition des symptômes et la date de notification à l'OPS/OMS (jours)
2008	République dominicaine	Poliovirus de souche vaccinale Sabin type 1 S1	Centre national de liaison	31-12-2007	12-5-2008	133
2009	Argentine	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immuno-déficience (PVDVi) S1	Centre national de liaison	n. d.	28-5-2009	n. d.
2009	Colombie	Poliovirus de souche vaccinale type 2	Centre national de liaison	15-07-2009	14-9-2009	61
2011	Argentine	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immunodéficience (PVDVi) type 1	OMS	29-4-2011	25-7-2011	87
2011	Pérou	Poliovirus de souche vaccinale type 2	OMS	11-4-2011	8-6-2011	58
2013	Pérou	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immuno-déficience (PVDVi)	Centre national de liaison	n. d.	24-6-2013	n. d.
2016	Argentine	Poliovirus de souche vaccinale type 2	Centre national de liaison	2-3-2016	1-8-2016	152
2018	Argentine	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immuno-déficience (PVDVi)	Centre national de liaison	20-11-2018	23-12-2018	33
2018	Colombie	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale associé à une immuno-déficience (PVDVi)	Institution gouvernementale	1-3-2018	22-6-2018	133
2018	Venezuela	Polio associée à la vaccination (VAPP)	Autre	29-4-2018	7-6-2018	39
2019	Haïti	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale, Sabin type 3, dans un cas de PFA	OMS	13-2-2019	12-11-2019	272
2020	République dominicaine	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale, Sabin type 3, dans un cas de PFA	Centre national de liaison	26-5-2020	10-7-2020	45

n. d. : donnée non disponible.

¹⁰ Cinquante-sixième Assemblée mondiale de la Santé (2003). Révision du Règlement sanitaire international. Organisation mondiale de la Santé. Disponible sur : https://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA56/a56r28.pdf

¹¹ Comité d'urgence du Règlement sanitaire international. Disponible (en anglais) sur : <https://www.who.int/teams/ih-er-emergency-committees>

¹² Déclaration de l'OMS suite à la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la propagation internationale du poliovirus sauvage; 5 mai 2014. Disponible sur : <https://www.who.int/tr/news/item/05-05-2014-who-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-emergency-committee-concerning-the-international-spread-of-wild-poliovirus>

¹³ Déclaration de l'OMS suite à la 29e réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la propagation internationale du poliovirus sauvage; 20 août 2021. Disponible (en anglais) sur : <https://www.who.int/news/item/20-08-2021-statement-of-the-twenty-ninth-polio-ih-er-emergency-committee>

Réseau régional de laboratoires de polio

Depuis que l'objectif d'éradication de la poliomyélite dans la Région des Amériques a été fixé en 1985, la surveillance virologique des poliovirus a été reconnue comme constituant un élément essentiel du programme d'éradication (élimination). Cela a facilité une meilleure compréhension des caractéristiques épidémiologiques de la poliomyélite dans la Région, a permis d'identifier les zones de transmission du poliovirus sauvage et a fourni des données fondamentales qui ont permis de certifier que l'objectif d'éradication avait été atteint.

En 1986, l'OPS a constitué un réseau régional de laboratoires de polio avec la coopération des Centres pour la prévention et le contrôle des maladies (CDC) dans le but de fournir aux programmes de vaccination de la Région les données virologiques obtenues par des épreuves d'isolement et de typage du poliovirus. Depuis sa création, le réseau regroupe des laboratoires de santé publique de haute capacité et situés stratégiquement dans les pays de la Région. Il était à l'origine formé de dix laboratoires situés dans huit pays.

Le réseau est structuré en trois groupes selon la capacité technique de ces entités :

- groupe 1 : laboratoires avec capacité d'isolement viral et de typage;
- groupe 2 : laboratoires avec capacité supplémentaire de caractérisation des poliovirus isolés par hybridation avec des sondes d'acides nucléiques ou par réaction en chaîne de la polymérase;
- groupe 3 : laboratoires avec capacité supplémentaire de séquençage génétique et de développement de nouveaux essais ou production de réactifs.

La mise sur pied du réseau a été l'occasion de renforcer le diagnostic de laboratoire par la standardisation, l'évaluation et la mise en œuvre des méthodes de surveillance virologique dans la Région. Le point de départ a été de maintenir la sensibilité pour isoler ou récupérer le poliovirus dans les cultures cellulaires, et garantir l'exactitude du typage des virus.

Le réseau a également encouragé la coordination entre la surveillance de terrain et le laboratoire pour l'identification des zones de transmission du poliovirus sauvage, qui devenaient des sites d'intensification des activités de vaccination contre la polio. Ce mode de communication bien défini a également permis d'améliorer la collecte et l'envoi des échantillons, et de définir des priorités pour le traitement de ceux-ci lorsqu'un laboratoire recevait un nombre d'échantillons dépassant sa capacité de traitement.

Dès les débuts du réseau, les procédures de contrôle de la qualité et la participation aux tests de compétence technique ont été considérées comme des critères pertinents à prendre en compte pour accroître la fiabilité des résultats produits par les laboratoires.

Les informations en provenance du réseau ont également contribué à l'abandon de certains tests utilisés comme outils de confirmation de cas de poliomyélite, par exemple les tests sérologiques : étant donné l'administration massive de vaccins antipoliomyélitiques qui stimulent le système immunitaire de l'enfant, il était devenu impossible d'établir une corrélation entre la concentration d'anticorps et l'infection par le virus sauvage.

Les avancées technologiques ont été intégrées au réseau, et on a progressivement introduit les tests moléculaires de typage des poliovirus, en passant de l'hybridation avec des sondes aux tests de PCR classique, à la PCR en temps réel et au séquençage génétique.

Il est important de souligner que le réseau de laboratoires a évolué en même temps que les programmes. Certaines initiatives, comme celle des pays des Caraïbes anglophones qui visait à éliminer la rougeole d'ici 1995, ont permis l'élargissement des services du réseau de laboratoires de polio à d'autres maladies évitables par

la vaccination.

La recherche appliquée a également été d'une grande utilité pour les programmes. C'est ainsi que les recommandations sur l'analyse des échantillons de selles et des contacts et l'utilisation de lignées cellulaires, entre autres, ont mené à des ajustements du programme. Et finalement il faut reconnaître que le réseau ne serait pas ce qu'il est sans l'enthousiasme et le travail assidu de tous ceux et celles qui y contribuent ou y ont contribué. C'est grâce à leurs efforts que la surveillance des poliovirus en laboratoire est possible depuis plus de 35 ans dans la Région des Amériques. Ils méritent tous d'être remerciés pour leur travail, leurs efforts et leur dévouement.

Le réseau de laboratoires est également confronté à de nombreux défis : échantillons inadéquats, capacité de conservation à des températures adéquates, données minimales reçues relativement à chaque échantillon, dotation des équipes, fournitures et réactifs pertinents et en quantité suffisante, capacité de rétention du personnel de laboratoire formé, etc. La majorité de ces défis apparaissent plus clairement au cours du temps, quand les programmes en question retiennent moins l'attention, peut-être à cause de la faible perception du risque et des besoins créés par d'autres programmes prioritaires en santé publique.

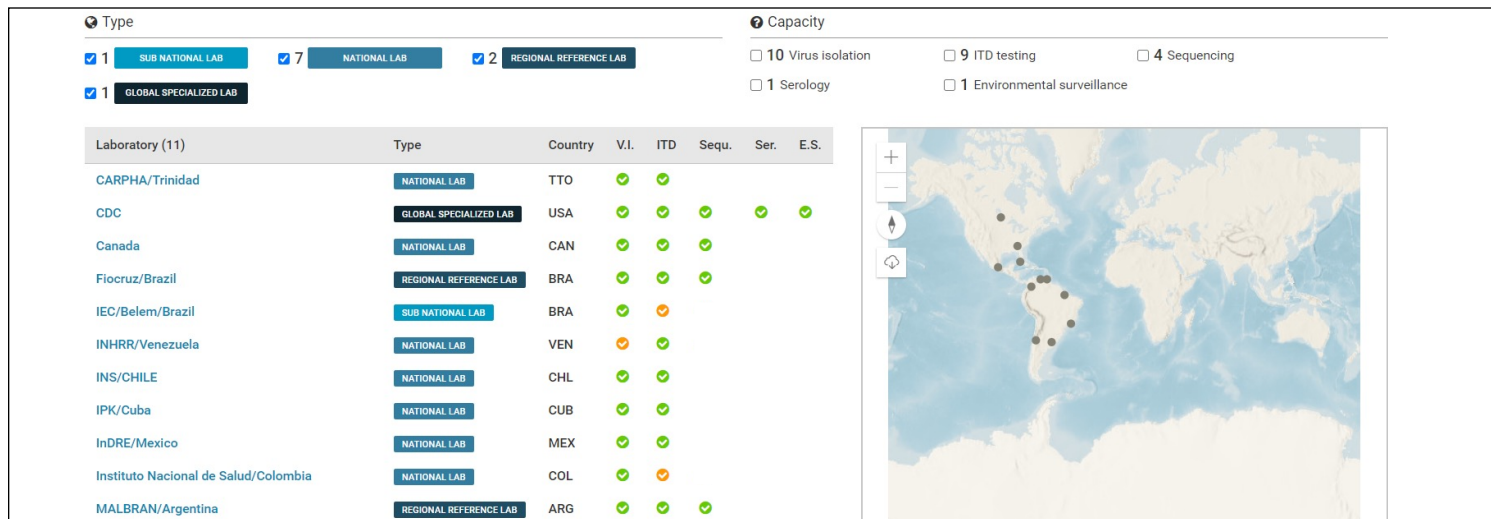
Depuis quelques années, les pays ont des exigences de plus en plus nombreuses relatives à l'importation de spécimens biologiques sur leur territoire, ce qui rend plus difficile la livraison en temps opportun des échantillons et réactifs biologiques aux laboratoires de référence. De plus, les coûts des services de transport international ont énormément augmenté et accaparent une grande partie des ressources financières affectées aux programmes de surveillance.

Depuis 2009, le réseau régional de laboratoires de polio regroupe 11 laboratoires situés dans 9 pays (Argentine, Brésil, Canada, Colombie, Chili, Cuba, États-Unis, Mexique et Venezuela). La capacité technique actuellement installée dans ces établissements est la suivante : 11 laboratoires avec isolement viral et différenciation intratypique (par PCR en temps réel) et 4 avec séquençage génétique. La surveillance environnementale du poliovirus a été intermittente et, actuellement, les tests sérologiques d'évaluation de l'immunité au sein de la population ne sont effectués que dans un seul laboratoire du réseau, un autre laboratoire ayant la capacité d'effectuer des études (voir figure 3).

La nouvelle stratégie du programme d'éradication de la polio de l'OMS pour 2022-2026 (« s'acquitter d'une promesse ») propose que les résultats de laboratoire soient communiqués dans un délai de 21 jours. À cet effet, on espère ce que les nouveaux essais seront intégrés aux laboratoires et que les capacités de séquençage des poliovirus seront accrues. Il est également proposé d'élargir la surveillance environnementale des poliovirus pour compléter la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë.

Le nouveau plan stratégique suggère une optimisation des ressources et l'élaboration d'un plan d'établissement des priorités réaliste. Les pays et les laboratoires devront s'attaquer à ces nouveaux défis, avec le soutien des partenaires et de l'OPS/OMS. Pour résumer, le réseau a permis de maintenir la surveillance en laboratoire du poliovirus dans la Région, et il a contribué à la capacité de riposte des pays. Les institutions dont relèvent les laboratoires de polio ont appuyé la riposte aux maladies virales transmissibles couvertes par leurs compétences techniques, par exemple la capacité de cultures cellulaires, l'isolement viral, les tests sérologiques (séroneutralisation, Elisa) et les tests moléculaires (hybridation avec des sondes, PCR, séquençage). Le réseau a aussi permis de concrétiser les exigences techniques propres à un réseau de laboratoires : tests de laboratoire standardisés, contrôle de la qualité, participation aux épreuves de compétence, transferts de technologie, formation, supervision et communication. ■

Figure 3. Types de laboratoires et capacité technique installée.



Source : OMS, GPLN-MS.

Le *Bulletin d'immunisation* est publié quatre fois par an en anglais, espagnol, portugais et français par l'Unité d'immunisation intégrale de la famille de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), le Bureau régional pour les Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son objet est de faciliter l'échange des idées et de l'information concernant les programmes de vaccination dans la Région afin de permettre une connaissance accrue des problèmes auxquels la Région et au-delà.

Les références faites à des produits commerciaux et la publication d'articles signés dans ce Bulletin ne signifient en aucun cas qu'ils sont sanctionnés par l'OPS/OMS et ne représentent pas forcément la politique de l'organisation.

ISSN 1814-6260

Volume XLIII Numéro 3 • Septembre 2021

Nous sommes heureux de constater qu'avec le soutien de l'Unité de gestion des connaissances de l'OPS, tous les bulletins d'information sur la vaccination de 1979 à aujourd'hui sont maintenant dans le dépôt institutionnel (IRIS), qui peut être trouvé ici : <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53233>

Éditeurs : Octavia Silva, Martha Velandia et Cuauhtemoc Ruiz Matus

©Organisation panaméricaine de la Santé, 2021
Tous droits réservés.

Unité d'immunisation intégrale de la famille

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037 U.S.A.

<https://www.paho.org/en/topics/immunization>



OPS

KING suite de la page 1



Dr Arlene King

santé demeure limité en raison des exigences de la riposte à la pandémie, avec des baisses prévues de la couverture vaccinale en 2021 et un déclin prévu de 9,1 % du produit intérieur brut régional. Par conséquent, le plein impact de la pandémie sur les programmes de vaccination reste à venir.

Il convient de noter que les progrès régionaux en

matière d'identification, de quantification, de destruction et de confinement des poliovirus dans des installations dédiées ont été exemplaires. Sur la base de l'examen de 23 rapports annuels se rapportant à l'année 2019 (22 rapports nationaux et 1 rapport infrarégional émis par les Caraïbes), 40 des 44 pays et territoires ont été évalués comme ayant réduit au minimum le risque de réintroduction du poliovirus dans les installations de collecte, de manipulation ou de stockage de produits polioviraux infectieux ou potentiellement infectieux.¹⁴

Voici trois enseignements clés que j'ai tirés de mon travail sur l'éradication de la poliomyélite :

Fixer des objectifs est important. En 1985, les pays des Amériques se sont fixé l'objectif d'éliminer la poliomyélite dans la Région. Approuvé aux plus hauts niveaux politiques, cet objectif nous a donné une cible à atteindre, à surveiller et à évaluer régulièrement.

La solidité des systèmes de santé publique et de

vaccination est importante. Le personnel des programmes de vaccination et de lutte contre les maladies évitables par la vaccination, les groupes consultatifs d'experts et les groupes non gouvernementaux de notre Région ont continué de consacrer leur réflexion, leur cœur et leur âme à la prévention et la lutte contre les maladies évitables par la vaccination invalidantes et potentiellement mortelles, notamment la poliomyélite. Ce dévouement a mené à des résultats remarquables.

Les fondements de la lutte contre les maladies transmissibles fonctionnent. Une surveillance épidémiologique et de laboratoire solide, la réalisation de tests, l'isolement des cas, la mise en quarantaine des cas contact, une couverture vaccinale élevée, la biosécurité des installations, la prévention et la lutte contre les infections, ainsi que la préparation et la riposte aux urgences sont les fondements de la prévention et de la lutte contre les maladies transmissibles évitables par la vaccination.

Cependant, l'établissement d'objectifs est une promesse creuse s'il n'est pas accompagné d'un engagement financier soutenu à l'appui de l'infrastructure nécessaire – des ressources humaines formées, des outils et des processus – à tous les niveaux administratifs, pour réaliser et pérenniser notre travail. La propagation internationale du PVS et des PVDVc reste une urgence de santé publique de portée internationale.¹⁵ Une grande partie de notre Région est toujours vulnérable en raison de la baisse de la couverture vaccinale par le vaccin Polio3, passée de 87 % à 81 % entre 2016 et 2020,¹⁶ ce qui masque d'importantes lacunes en matière d'immunité de la population

aux niveaux national et infranational et menace notre statut régional exempt de poliomyélite. Les baisses concomitantes de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), notamment le suivi des taux de PFA, la proportion de cas examinés dans les 48 heures et la proportion de cas de PFA chez lesquels un échantillon suffisant de selles a été prélevé, risquent de retarder gravement la détection des poliovirus dans les situations d'importation ou d'émergence. Au cours des 52 dernières semaines épidémiologiques, aucun pays de la Région n'a atteint ces 3 indicateurs. En outre, 8 pays ont été évalués comme étant à risque élevé ou très élevé de poliomyélite, ce qui correspond à 32 % de la population des Amériques âgée de moins de 1 an. De mémoire récente, le risque d'épidémie de PVS1/PVDVc n'a jamais été aussi élevé.

En juillet 2021, à l'appui des recommandations formulées par la RCC lors de notre dernière réunion,¹⁴ le Groupe consultatif technique de l'OPS a consacré beaucoup de temps à discuter et à élaborer 13 recommandations visant à prévenir la réémergence de la poliomyélite dans notre Région.¹⁵ Pour pérenniser l'élimination de la poliomyélite, j'appelle chaque pays à examiner attentivement ces recommandations. En outre, alors que nous discutons des enseignements tirés de notre riposte à la pandémie de COVID-19, nous devons les aborder dans la perspective de maintenir l'élimination de la poliomyélite dans nos pays et notre Région, et de renforcer nos systèmes de santé publique et de vaccination en tant que biens publics vitaux, au profit des générations actuelles et futures. ■

¹⁴ Rapport de la 12^e réunion de la Commission régionale de certification pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région des Amériques. <https://www.paho.org/fr/documents/rapport-12e-reunion-commission-regionale-pour-certification-eradication-poliomyelite>

¹⁵ Statement following the Twenty-Eighth IHR Emergency Committee for Polio. 21 mai 2021. <https://www.who.int/news/item/21-05-2021-statement-following-the-twenty-eighth-ih-er-emergency-committee-for-polio>.

¹⁶ XXV^e réunion du Groupe consultatif technique (GCT) de l'OPS sur les maladies évitables par la vaccination. La vaccination nous rapproche. Du 14 au 16 juillet 2021. Session virtuelle. Sous presse.