



---

## **Rapport de situation sur l'éradication de la poliomyélite**

### **Introduction**

1. En réponse aux flambées épidémiques survenues au Moyen-Orient et dans la Corne de l'Afrique, et à la transmission continue du poliovirus au Pakistan et en Afghanistan, le Comité régional de la Méditerranée orientale a adopté une résolution (EM/RC60/R.3) en octobre 2013 sur l'intensification des efforts d'éradication de la poliomyélite dans la Région. Le Comité régional a déclaré la propagation du poliovirus sauvage comme situation d'urgence pour tous les États Membres de la Région et a souligné de nouveau l'importance d'endiguer la poliomyélite endémique qui est observée actuellement au Pakistan et en Afghanistan.

2. En mai 2014, l'OMS a déclaré la propagation internationale de la poliomyélite urgence mondiale de santé publique ayant une portée internationale. Cette déclaration dans le cadre du Règlement sanitaire international (RSI) a des implications pour tous les pays de la Région, mais plus particulièrement pour le Pakistan et la République arabe syrienne, à qui il a été demandé de garantir la vaccination de tous les voyageurs internationaux, ainsi que pour l'Afghanistan, l'Iraq et la Somalie, à qui il a été recommandé de faire de même.

3. La première réunion du Groupe consultatif islamique mondial s'est tenue à Djedda en février 2014. L'objectif du groupe est de fournir une direction et une orientation pour favoriser l'appropriation, la solidarité et le soutien en matière d'éradication de la poliomyélite dans l'ensemble de la communauté musulmane (*oummah*). La réunion a débouché sur l'élaboration d'un plan d'action couvrant une période de six mois pour le soutien du groupe consultatif islamique aux activités d'éradication de la poliomyélite dans les zones de conflit et celles où des interdictions de vacciner sont en vigueur, ainsi que de la Déclaration de Djedda, qui condamne fermement les assassinats et l'intimidation des agents de santé.

### **Situation actuelle dans la Région**

#### *Vue d'ensemble*

4. La Région de la Méditerranée orientale est actuellement la région la plus touchée par la poliomyélite au niveau mondial, deux des trois pays d'endémie restants se trouvant dans cette région, et deux flambées épidémiques (dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient) posant des menaces graves pour les efforts d'éradication régionaux et mondiaux. L'achèvement de l'éradication du poliovirus sauvage est toujours entravé par la difficulté rencontrée pour garantir l'accès sécurisé aux enfants dans les zones de conflit, par l'hétérogénéité du taux d'amélioration de la qualité et de la couverture des activités de vaccination supplémentaires, ainsi que par la faiblesse des programmes de vaccination systématique. La Région a réussi à maintenir le statut d'absence de poliomyélite dans 17 pays, et des progrès considérables ont été réalisés en Afghanistan, un des pays d'endémie. Aucune circulation de poliovirus de type 3 n'a été signalée depuis plus de deux ans, que ce soit par le système de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) ou de surveillance environnementale.

5. L'accès aux enfants pour la vaccination dans les zones d'insécurité dans les agences des zones tribales administrées au niveau fédéral au sud et au nord du Waziristan au Pakistan, dans la zone centre-sud de la Somalie et dans les zones de la région orientale de l'Afghanistan demeure un défi non résolu. En outre, il y a des difficultés pour accéder aux enfants dans les zones touchées par le conflit

en République arabe syrienne et en Iraq. Il existe un important besoin d'avoir des efforts concertés et coordonnés pour relever ces défis très spécifiques dans les domaines politiques, sociaux et au niveau de la sécurité dans tous ces pays.

### *Pays d'endémie de poliomyélite*

6. D'importants progrès ont été réalisés en Afghanistan. Un seul cas a été notifié dans la zone d'endémie de la région du sud en 2013 et deux cas y ont été signalés jusqu'à ce jour en 2014. Toutefois, six cas ont été notifiés en 2014 dans les régions de l'est et du sud-est, où l'insécurité entrave l'accès sûr à tous les enfants pour la vaccination. Le séquençage génétique montre que le poliovirus détecté en 2014 est étroitement lié au virus qui circule au Pakistan.

7. Le programme en Afghanistan fait preuve d'innovation constante pour relever ces défis : la négociation des accès, l'administration de doses supplémentaires dans un intervalle court, les équipes permanentes de vaccination antipoliomyélitique, la vaccination aux points de transit et aussi actuellement les plans visant à introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les zones difficiles d'accès représentent l'ensemble des stratégies adoptées. La mise en route de la surveillance environnementale dans les zones à haut risque d'Afghanistan fournit des éléments d'information critiques pour élargir la surveillance de la PFA.

8. D'importants risques demeurent en Afghanistan. Les problèmes continus d'accès dans la région orientale, ainsi que dans la région méridionale, posent les plus grands risques pour l'éradication. Les mouvements de populations à l'intérieur du pays et par-delà la frontière avec le Pakistan représentent aussi un facteur critique pour la circulation du virus et ces populations mobiles doivent être atteintes pour être vaccinées au moyen des stratégies appropriées.

9. Au Pakistan, malgré le confinement géographique de la transmission de la poliomyélite à certaines parties des zones tribales administrées au niveau fédéral et aux zones voisines de Khyber Pakhtunkhwa, Peshawar et Karachi, la situation demeure grave. Le Pakistan à lui seul représente près de 80 % de l'ensemble des cas de poliomyélite déclarés au niveau mondial. Ceci est principalement dû au manque d'accès aux enfants pour la vaccination en grande partie du fait de l'interdiction continue de la vaccination par des activistes au Waziristan Nord et Sud, et à l'insécurité et aux assassinats d'agents de vaccination sur le terrain.

10. Des progrès ont été réalisés dans d'autres domaines. Le Gouvernement pakistanais a pris des mesures rapides et adéquates pour prendre en compte les recommandations du Règlement sanitaire international afin de réduire le risque de propagation internationale. Les efforts d'éradication soutenus ces dernières années ont limité la circulation du poliovirus à de petites zones, et la population pakistanaise dans sa grande majorité vit dans des communautés qui sont libérées de la poliomyélite. En 2013, des épisodes de propagation du virus des zones infectées vers des zones libérées de la poliomyélite ont été gérés efficacement et avec succès et la transmission n'a été rétablie dans aucune des zones exemptes de poliomyélite. Le programme a continué à introduire des innovations pour relever les défis, y compris les campagnes de vaccination sur une journée, l'administration de doses supplémentaire dans un intervalle court, la vaccination aux points de transit aux environs des zones inaccessibles et l'introduction prévue du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans certains environnements.

11. Toutefois, le Pakistan représente toujours à lui seul le risque le plus important pour la réalisation de l'éradication de la poliomyélite au niveau mondial. Les problèmes de l'accès aux enfants pour la vaccination, et de la sécurité des agents de vaccination doivent être résolus pour garantir que le programme pourra être achevé.

12. Dans les deux pays, le rôle de la communication et de la mobilisation sociale devient même plus prononcé, et la nécessité d'augmenter la sensibilisation de la communauté et de développer la demande est plus importante que jamais. L'engagement politique demeure élevé dans les deux pays. Des cadres de gestion et de responsabilisation ont été introduits au sein des plans d'action d'urgence nationaux tant en Afghanistan qu'au Pakistan.

#### *Pays ayant des flambées de poliomyélite*

13. Conformément à la résolution EM/RC60/R.3, des plans stratégiques complets ont été préparés en coordination avec les gouvernements et les partenaires nationaux pour riposter aux flambées qui ont commencé en 2013 en Somalie et en République arabe syrienne. Depuis le début de la flambée dans la Corne de l'Afrique, la Somalie a notifié 194 cas de poliomyélite en 2013 et cinq cas en 2014. Entretemps, la République arabe syrienne a notifié 36 cas de poliomyélite, le plus récent étant survenu le 21 janvier 2014. En 2014, cette flambée s'est propagée à l'Iraq, qui a notifié deux cas, en février et en avril. Les deux ripostes aux flambées multipays font l'objet d'examen réguliers et des plans de riposte de phase 2 et 3 sont en cours de préparation, sur la base de l'évolution de l'épidémiologie et des enseignements tirés.

14. En Somalie et en République arabe syrienne, un certain nombre de stratégies ont été déployées pour augmenter l'immunité au sein des populations immédiatement afin d'endiguer les flambées, y compris le recours à des outils efficaces (vaccin antipoliomyélique oral bivalent), à des nouvelles stratégies (doses supplémentaires dans un intervalle court, postes de vaccination de transit et équipes de vaccination adoptant un bas profil), le soutien en temps opportun par la désignation de personnel supplémentaire, le pré-positionnement de vaccins et l'élargissement du groupe d'âge pour la vaccination. Une forte relation de travail entre tous les partenaires était importante pour s'attaquer aux nouveaux problèmes et à l'évolution de l'épidémiologie. La coordination entre les bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique et la Méditerranée orientale a également eu un impact positif dans l'endiguement de la flambée épidémique survenue dans la Corne de l'Afrique. Pour les deux flambées épidémiques, des campagnes de vaccination préventive ont été réalisées dans les pays qui courent un risque particulier, dont Djibouti, l'Égypte, l'Iraq, la Jordanie, le Liban, la Palestine, le Soudan et le Yémen, avec une attention particulière pour les migrants et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays.

#### **Mise en œuvre des stratégies d'éradication de la poliomyélite**

##### *Vaccination systématique*

15. L'amélioration des services de vaccination systématique (PEV) et de la couverture par ces services continuent d'être l'élément clé de la stratégie d'éradication de la poliomyélite. Malgré d'importants investissements, la couverture par la vaccination systématique reste sous-optimale dans plusieurs pays à haut risque de la Région, tant au niveau national qu'infranational. Dans le Plan stratégique et la Phase finale 2013–2018 tout comme dans le Plan de préservation des acquis de la lutte contre la poliomyélite de l'Initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite, une importance majeure a été accordée à l'utilisation optimale des ressources pour améliorer et maintenir la prestation de services de vaccination. Au moins 25 % du temps de travail du personnel engagé dans la lutte contre la poliomyélite est consacré au renforcement des systèmes de vaccination. Ceci comprend le soutien à la surveillance des maladies à prévention vaccinale (y compris la rougeole et le tétanos maternel et néonatal), à la mise en œuvre de l'approche « Atteindre chaque district » (par exemple avec la micro-planification de district) et l'évaluation des installations de la chaîne du froid. Le statut vaccinal des cas de PFA est utilisé pour identifier les zones dans lesquelles les programmes de vaccination systématiques n'ont pas une performance optimale. En outre, durant les activités de vaccination supplémentaires, le personnel de vaccination enregistre les doses zéro systématiques pour les enfants.

16. Les équipes d'éradication de la poliomyélite et celles de vaccination systématique coordonnent étroitement les plans pour l'amélioration de la vaccination systématique dans les principaux pays à haut risque, ainsi que l'introduction d'au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé en 2015 et les préparations pour le passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPO) au VPO bivalent en 2016.

#### *Activités de vaccination supplémentaires*

17. Les activités de vaccination supplémentaires continuent de jouer un rôle important dans la Région pour faire en sorte que l'ensemble des enfants de moins de 5 ans soient vaccinés contre la poliomyélite. Outre les pays d'endémie et les pays touchés par la poliomyélite, les pays exempts de la maladie qui ont un risque élevé d'importation (Arabie saoudite, Djibouti, Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Liban, Libye, Palestine, Soudan, Yémen) ont organisé des activités de vaccination supplémentaires en 2013–2014 au niveau national ou dans les zones dans lesquelles les populations courent un risque élevé ou qui ont une faible couverture par la vaccination systématique dans un effort visant à renforcer et à maintenir l'immunité dans la population pour les groupes à risque élevé. D'autres opportunités de vaccination, telles les campagnes contre la rougeole, sont utilisées pour administrer des doses supplémentaires de VPO afin de renforcer l'immunité des populations.

18. L'Iraq, la République arabe syrienne et la Somalie organisent des campagnes de vaccination intensives jusqu'à ce que toute transmission de poliovirus soit interrompue.

19. L'Afghanistan et le Pakistan continuent un programme d'activités de vaccination supplémentaire intensive et des activités de ratissage sont mises en œuvre suite à l'isolement de poliovirus sauvages dans des zones nouvellement infectées. La stratégie d'administration de doses supplémentaires dans un intervalle court s'avère utile, notamment dans les zones où la sécurité est faible. Les deux pays ont tiré l'avantage maximum du VPO bivalent.

20. Le marquage au doigt des enfants vaccinés a été utilisé pour faire en sorte qu'aucun enfant ne soit manqué. Le suivi après la campagne est effectué pour évaluer le résultat des campagnes, et les conclusions aident à identifier les problèmes de sorte que des améliorations puissent être apportées. Tous les pays notifient des données relatives aux campagnes aux bureaux régionaux et au Siège de l'OMS pour permettre l'analyse de la performance du programme. En Afghanistan, en Iraq et au Pakistan, certains districts à haut risque effectuent aussi l'échantillonnage par lots pour l'assurance qualité en tant que méthode permettant d'évaluer la qualité de la campagne.

#### *Surveillance de la paralysie flasque aiguë*

21. Dans le contexte des importations de poliovirus du Pakistan, des flambées actuelles et des importants mouvements de populations en général, tous les pays de la Région courent le risque d'importation. Il est donc essentiel que la surveillance de la PFA dans tous les pays soit à son plus haut niveau et qu'elle soit suffisamment sensible pour détecter toute importation immédiatement.

22. Les indicateurs clés de la surveillance de la PFA (c'est-à-dire le taux de PFA non poliomyélitique et le pourcentage d'échantillons adéquats) au niveau national atteignent les niveaux internationaux dans la plupart des pays de la Région. Si tous les pays de la Région satisfont au taux de détection de référence pour les cas de PFA pour 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans, il y a un certain nombre de pays qui atteignent tout juste ce taux et pour lesquels la sensibilité demeure marginale. De plus, l'analyse des données infranationales a mis en évidence des lacunes dans les indicateurs, même pour les pays qui satisfont aux indicateurs de base, qui sont plus importants pour les pays qui sont exempts de poliomyélite depuis de nombreuses années. Plusieurs de ces pays ont un risque important d'importation de poliovirus, soit des zones d'endémie soit de zones où des flambées sont en cours.

23. Tous les pays fournissent des données sur la surveillance de la PFA au bureau régional sur une base hebdomadaire. Ces données sont analysées et publiées dans le rapport Polio Fax qui est distribué chaque semaine aux pays, partenaires et aux donateurs et qui est posté sur le site Web. Le Polio Fax hebdomadaire constitue un moyen de surveillance et d'évaluation continues des indicateurs de performance avec une rétroinformation ponctuelle des ministères de la santé, des partenaires et des organisations donatrices.

24. La surveillance environnementale est maintenant réalisée en Afghanistan, en Égypte et au Pakistan en complément à la surveillance de la PFA, et s'est avérée être un instrument très utile dans de bonnes circonstances. L'extension éventuelle à d'autres pays est en cours de discussion, et sera réalisée sur la base d'évaluations approfondies du système.

#### *Réseau de laboratoires régionaux*

25. Tous les laboratoires de la poliomyélite du réseau régional sont pleinement accrédités et ont réussi les tests de contrôle de la bonne exécution des analyses de laboratoire pour l'isolement des virus et la différenciation intratypique. La charge de travail des laboratoires faisant partie du réseau est très élevée. En 2013, les laboratoires du réseau ont traité près de 27 113 échantillons provenant de cas de PFA (77 %), de contacts (20 %), d'enfants en bonne santé (0,5 %), de prélèvements environnementaux (1,9 %) et d'autres sources (0,6 %). La performance des laboratoires a été maintenue aux niveaux exigés pour la certification. Le temps moyen entre la réception des échantillons par le laboratoire et la notification des résultats était de 12 jours en 2013. En général, pour 92 % des échantillons, les résultats de la culture étaient disponibles sous 14 jours, pour 98 %, les résultats de la différenciation intratypique étaient disponibles sous sept jours après l'envoi de cultures de virus positives et pour 96 %, les résultats définitifs des tests en laboratoire étaient fournis sous 45 jours après le début de la paralysie. La méthode de la PCR en temps réel (rRT-PCR) pour la caractérisation rapide des poliovirus a été mise en œuvre et réalisée dans 7 des 12 laboratoires de la poliomyélite du réseau.

26. Le projet de surveillance des poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales associées à une immunodéficience (PVDVi) qui bénéficie du soutien de VACSERA en Égypte et l'étude sur la séroconversion à Karachi soutenue par le laboratoire régional de référence du Pakistan se poursuivent. Le projet de surveillance des PVDVi en Égypte a permis de détecter 4 cas jusqu'à ce jour depuis 2011.

#### **Améliorer la qualité de vie des victimes de la poliomyélite**

27. Le programme d'éradication de la poliomyélite a continué à fournir le traitement nécessaire aux enfants touchés par la poliomyélite pour assurer leur réadaptation physique et sociale. Ces services comprennent la physiothérapie, la fourniture d'orthèses et d'appareils correcteurs, la facilitation de la scolarisation, aidant ainsi les survivants de la poliomyélite à devenir des membres indépendants et productifs de la communauté.

#### **Appui financier et technique aux pays**

28. L'appui technique a été maintenu grâce au déploiement de personnel international soutenu par des consultants, du personnel à court terme détachés par les *Centers for Disease Control and Prevention* américains, et des personnels professionnels nationaux, soutenus par d'autres personnels nationaux. De plus, des équipes d'experts constituant les groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux fournissent un appui technique aux programmes nationaux pour les orientations stratégiques. L'ensemble du personnel du programme consacré à la poliomyélite fournit un soutien à d'autres programmes de santé prioritaires et d'urgence au niveau des pays.

29. La plupart des États Membres ont continué à fournir la plupart des ressources requises pour l'effort d'éradication, notamment pour la vaccination systématique et la surveillance. En outre, d'importantes ressources financières externes ont été obtenues à l'appui des activités nationales, notamment pour couvrir les dépenses opérationnelles et le soutien technique, ainsi que pour la poursuite des activités de surveillance.

## Coordination avec les autres régions de l'OMS

30. La coordination avec les autres régions de l'OMS, notamment celles de l'Afrique, de l'Asie du sud-est, du Pacifique occidental et de l'Europe, se poursuit. Des efforts sont déployés pour synchroniser les dates des activités de vaccination supplémentaires le cas échéant. En mars 2014, une consultation a été organisée entre les régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale sur l'expérience de travail en zones inaccessibles et en zones touchées par les conflits.

31. Le Groupe consultatif technique pour la Corne de l'Afrique est un excellent exemple de la collaboration étroite entre les pays de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. Les réunions de coordination transfrontalières sont encouragées au niveau des pays. Les régions se sont coordonnées et ont fourni une riposte commune à la flambée survenue dans la Corne de l'Afrique. Un coordonnateur conjoint pour la riposte à cette flambée a été nommé, et il reçoit le soutien des deux régions. Le laboratoire du *Kenya Medical Research Institute* (KEMRI) fournit un appui à la Somalie et au Soudan du Sud et le laboratoire du Soudan soutient l'Érythrée. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a soutenu le Nigéria pour la mise en place de la surveillance environnementale.

32. La participation régulière de représentants des autres régions aux réunions régionales, telles que celles du groupe consultatif technique régional et de la Commission de certification régionale, permet l'échange d'informations sur les enseignements tirés et les pratiques utiles.

## Défis et orientations futures

33. L'éradication de la poliomyélite représente un défi critique pour la Région de la Méditerranée orientale. L'objectif en 2014 est d'interrompre la transmission au Pakistan et en Afghanistan, d'endiguer les flambées survenues dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient et de maintenir le statut des pays libérés de la poliomyélite.

34. Pour le Pakistan, il est essentiel que tous les enfants aient accès à la vaccination. La gamme des activités conçues pour garantir cet accès, qui sont évoquées plus haut dans le présent rapport, allant des négociations aux stratégies spéciales pour atteindre tous les enfants, doit être complètement mise en œuvre si l'on veut réaliser l'objectif de l'éradication. En Afghanistan, il est maintenant temps de consolider les acquis dans la région du sud et d'appliquer les enseignements tirés dans cette région à celle de l'est. Dans les deux pays, il est fortement nécessaire de procéder à des examens et des évaluations réguliers de la performance, en association avec le cadre de responsabilisation des plans d'action nationaux sur les situations d'urgence, l'engagement des gouvernements aux niveaux des provinces et des districts et la supervision continue des chefs d'état et de gouvernement.

35. Les flambées en Somalie et en République arabe syrienne font l'objet d'examens trimestriels et l'impact des activités de riposte est évalué. Des mesures correctives sont prises sur la base des conclusions de ces examens et pour prendre en compte l'évolution de l'épidémiologie. Pour les pays touchés par les flambées, il est très important de maintenir de fortes relations de travail entre le gouvernement et tous les partenaires pour s'attaquer aux questions urgentes et à l'évolution de la situation dans le cadre d'efforts communs.

36. Dans les pays exempts de poliomyélite de la Région, la priorité est de maintenir une forte immunité dans la population, une surveillance de la PFA conforme aux normes requises pour la certification et les capacités de riposter rapidement à toute importation. Comme demandé instamment dans la résolution EM/RC60/R.3, l'engagement et le soutien politique de tous les pays sont essentiels. L'équipe régionale réalisera des évaluations des risques et partagera les résultats avec les États Membres, et elle soutiendra l'élaboration de plans et de mesures appropriés pour répondre aux risques identifiés.