



Rapport de situation sur l'éradication de la poliomyélite

Introduction

1. La Région de la Méditerranée orientale est actuellement la seule région au monde à notifier des poliovirus sauvages. En 2015, seuls deux pays, le Pakistan et l'Afghanistan, ont déclaré des cas. Le monde a donc les yeux tournés vers la Région pour montrer la voie vers les étapes finales de l'éradication mondiale de la poliomyélite.
2. Des foyers de circulation endémique tant au Pakistan qu'en Afghanistan continuent de retarder l'éradication de la poliomyélite et d'imposer le risque d'une propagation internationale, notamment dans les pays à risque du fait de conflits et de l'extension des zones d'inaccessibilité. La réalisation complète de l'éradication du poliovirus dans ces deux pays d'endémie continue d'être mise en péril par le manque d'accès sécurisé aux enfants dans les zones touchées par des conflits et l'amélioration variable de la qualité et de la couverture par les activités de vaccination supplémentaires dans les zones clés. La réunion la plus récente du Comité d'urgence sur l'éradication de la poliomyélite au titre du Règlement sanitaire international 2005 (RSI) a désigné les deux pays comme exportants de poliovirus sauvages et a réitéré ses recommandations sur la vaccination des voyageurs pour réduire le risque de propagation de poliovirus sauvage.
3. Les gouvernements des pays d'endémie et leurs partenaires déploient des efforts extraordinaires pour surmonter ces défis. Après une année 2014 très difficile, marquée par une large transmission dans les deux pays, les gouvernements et leurs partenaires ont mis au point des plans d'urgence solides pour 2015, dont la mise en œuvre initiale a entraîné une réduction de 65 % du nombre de cas notifiés jusqu'ici en 2015 par rapport à la même période en 2014. Les États Membres ont régulièrement affirmé leur engagement à interrompre la transmission du poliovirus dans la Région et à apporter tout le soutien possible au Pakistan et à l'Afghanistan, le plus récemment lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015.
4. Les flambées de poliomyélite au Moyen-Orient (République arabe syrienne et Iraq) et la Corne de l'Afrique (Somalie) en 2013-2014 ont été maîtrisées avec succès, et de grandes épidémies touchant plusieurs pays ont par conséquent été évitées. La date de survenue du cas le plus récent au Moyen-Orient est avril 2014 en Iraq et août 2014 pour la Corne de l'Afrique en Somalie.
5. Le plan stratégique pour la phase finale de l'éradication et la transmission des acquis de l'éradication de la poliomyélite est en cours de mise en œuvre. Le retrait progressif du vaccin antipoliomyélique oral (VPO), en commençant par le vaccin de type 2, représente un objectif majeur du plan pour la phase finale de l'éradication. D'importants progrès sont réalisés actuellement en ce qui concerne l'introduction d'au moins une dose du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) dans les programmes de vaccination de routine dans la Région, et la date butoir pour le passage du vaccin antipoliomyélique oral trivalent au vaccin bivalent pour tous les usages de vaccination orale demeure avril 2016.
6. La Région a considérablement renforcé son appui aux pays prioritaires pour l'éradication de la poliomyélite, grâce aux missions de sensibilisation menées par le Directeur régional dans les zones infectées, à l'appui fourni au rôle joué par le Groupe islamique consultatif afin de contacter les dirigeants religieux, les experts techniques et les institutions islamiques dans toute la Région, au renforcement de la coordination transfrontalière et de la collaboration interrégionale, à l'organisation

de consultations d'urgence pour aligner le soutien des partenaires, et à l'appui financier direct supplémentaire fourni pour renforcer les activités d'éradication dans les zones infectées.

Progrès à ce jour

7. Au 11 juin, seuls 27 cas de poliomyélite ont été notifiés en 2015 dans deux 2 pays, le Pakistan (24) et l'Afghanistan (3). Ceci représente une diminution de plus de 70 % réduction du nombre de cas de poliomyélite notifiés dans le monde par rapport à la même période en 2014, ainsi qu'une réduction de 65 % des cas dans ces deux pays d'endémie. Un poliovirus sauvage de type 1 a également été isolé dans des échantillons prélevés dans l'environnement au Pakistan et en Afghanistan. La présence de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (cVDPV) n'a été notifiée que par le Pakistan en 2014, des isolats ayant en outre été détectés dans l'environnement à Karachi au début 2015.

8. Dix-sept pays dans la Région maintiennent actuellement le statut d'absence de poliomyélite, et trois pays (l'Iraq, la République arabe syrienne et la Somalie) se trouvent dans les dernières phases de riposte contre des flambées épidémiques. La priorité dans les pays libérés de la poliomyélite est de maintenir une forte immunité dans la population, de mener une surveillance de la PFA conforme à la qualité requise pour la certification et d'avoir la capacité de détecter toute importation et d'y riposter, et de continuer à réaliser les évaluations des risques et à prendre des mesures pour réduire ces derniers. Il n'y a eu aucun poliovirus sauvage de type 3 (PVS3) détecté depuis près de trois ans que ce soit sur des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) ou dans le cadre de la surveillance environnementale. Les indicateurs de surveillance de la PFA de qualité requise pour la certification sont maintenus et les documents pour la certification et les rapports sur le confinement ont été soumis et examinés par la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite en avril 2015.. Les pays ayant connu de nouvelles infections soumettent de nouveau la documentation nationale de base un an après la date de survenue du dernier PVS. Tous les laboratoires du poliovirus nationaux dans la Région ainsi que les laboratoires de référence et spécialisés, ont été pleinement accrédités.

9. Le soutien technique aux pays d'endémie de poliomyélite, à ceux qui connaissent des flambées épidémiques et aux pays à risque a été accéléré au moyen du recrutement de personnel national et international assistés par des consultants, y compris des consultants à court terme pour mettre un terme à la transmission de la poliomyélite (STOP) appuyés par les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis d'Amérique. En outre, des équipes d'experts, formant à la fois des groupes consultatifs techniques nationaux et régionaux, fournissent un appui technique aux programmes nationaux pour les orientations stratégiques.

10. La première réunion du Groupe consultatif islamique en février 2014 à Jeddah. L'objectif de ce Groupe est de fournir une direction et des orientations de haut niveau au plan mondial pour favoriser l'appropriation, la solidarité et le soutien en faveur de l'éradication de la poliomyélite dans l'ensemble de la communauté musulmane (*ummah*). La réunion s'est conclue par l'adoption de la Déclaration de Jeddah, qui a réaffirmé la compatibilité de la vaccination antipoliomyélitique avec la *sharia* et les principes islamiques, a fermement condamné l'assassinat d'agents de santé, et a approuvé le plan mis au point par le Groupe en appui aux activités d'éradication de la poliomyélite dans les zones de conflit ainsi que l'interdiction des vaccins (Pakistan et Somalie). Une coordination de doctes musulmans a été organisée à Islamabad (Pakistan), qui a reçu le soutien des personnalités religieuses dans l'ensemble du pays. Une réunion d'experts islamiques et d'oulemas (doctes islamiques) a aussi été organisée à Khartoum (Soudan), pour préparer la voie à la création d'au moins trois groupes d'action sous-régionaux dans trois régions de Somalie, conformément aux lignes définies par le Groupe consultatif islamique national du Pakistan à l'appui des services de vaccination. Le Groupe consultatif islamique mondial a tenu sa seconde réunion au Caire le 6 mai 2015 sous les auspices d'Al Azhar Al Sharif. La réunion a approuvé un plan d'action global pour 2015 et 2016, se concentrant sur les domaines prioritaires dans les pays d'endémie et les pays qui courent un risque

d'importation de poliomyélite. Les membres du Groupe islamique consultatif ont décidé d'élargir le champ d'action du Groupe pour inclure des questions clés prioritaires.

11. La coordination avec les autres régions de l'OMS, notamment la Région de l'Afrique, est en cours. Le succès de la riposte à la flambée dans la Corne de l'Afrique résulte de la coordination étroite et directe entre les deux régions. Le Groupe consultatif pour la Corne de l'Afrique est soutenu par les deux régions et fournit des conseils et un appui technique aux pays des deux régions.

Situation dans les pays d'endémie de poliomyélite

12. Comme l'ont relevé les groupes consultatifs techniques nationaux, le Pakistan et l'Afghanistan forment un seul bloc épidémiologique qui est actuellement la seule zone infectée par la poliomyélite dans le monde. La mise en œuvre des plans d'urgence nationaux développés pour 2015 commence à avoir un impact avec 65 % de réduction des cas de poliomyélite notifiés au Pakistan et en Afghanistan durant la période du 15 janvier au 11 juin 2015 par rapport à cette même période en 2014. Le nombre d'enfants inaccessibles dans les zones tribales administrées au niveau fédéral au Pakistan a été réduit, passant de 300 000 à moins de 50 000 cas. Cependant, il reste de nombreux défis à surmonter. Environ 120 000 enfants sont loin d'être atteints dans les régions méridionales et orientales d'Afghanistan du fait des situations d'insécurité et des interdictions locales de la vaccination, et la circulation du poliovirus sauvage continue dans les poches où les enfants restent inaccessibles au Pakistan. L'amélioration de la qualité de la vaccination administrée aux enfants était inégale, avec un grand nombre d'enfants qui n'ont pas été vaccinés dans des zones principales du fait d'une formation inadéquate des vaccinateurs, de l'inadaptation des microplans, d'une mauvaise supervision et d'un faible suivi. Les plans d'urgence dans les deux pays ont introduit des mesures novatrices en 2015 en vue de surmonter les difficultés pour atteindre les enfants et d'améliorer la qualité, y compris le recrutement de femmes comme agents communautaires, l'organisation de campagnes pour la protection de la communauté, des équipes permanentes de vaccination antipoliomyélitique, la vaccination aux points de transit et l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les zones difficiles d'accès et dans les zones à haut risque. Les longues frontières et les importants mouvements de population entre le Pakistan et l'Afghanistan, montrent clairement le besoin d'activités bien coordonnées afin d'arrêter la transmission du poliovirus dans les foyers endémiques résiduels dans les deux pays. La mise en œuvre de ces stratégies aurait un impact important sur l'amélioration de la qualité en 2015.

13. L'engagement politique au plus haut niveau dans les deux pays est absolument nécessaire et cet engagement est croissant. La mise en place de centres opérationnels d'urgence a permis aux gouvernements de faire preuve d'un solide leadership et de coordonner d'une manière plus efficace avec les partenaires donnant ainsi une nouvelle dynamique au programme.

Situation dans les pays ayant des flambées de poliomyélite

14. La Somalie a notifié 5 cas en 2014, tous dans la région de Mudug. Ces cinq cas sont tous survenus dans des familles de nomades pastoraux. Ces cas se sont produits durant la période qui a suivi la flambée de 2013, qui a duré plus de 12 mois ; le dernier cas est survenu en Somalie le 11 août 2014. En 2015, aucun cas de poliomyélite n'a été notifié. Conformément aux recommandations du groupe consultatif technique pour la Corne de l'Afrique, un plan d'action d'urgence en Somalie (octobre 2014 – mars 2015) a été développé et mis en œuvre, se concentrant sur l'accès aux populations nomades. Le groupe consultatif technique pour la Corne de l'Afrique continue de surveiller et d'évaluer régulièrement la situation de cette flambée.

15. Au Moyen Orient en 2014, 3 cas de poliomyélite ont été notifiés, parmi lesquels 1 cas en République arabe syrienne et 2 cas en Iraq après le début de la flambée en République arabe syrienne en octobre 2013. Le dernier cas notifié est survenu en Iraq le 7 avril 2014. Le Comité d'urgence au

titre du Règlement sanitaire international a supprimé l'Iraq et la République arabe syrienne de la liste des pays infectés.

16. La forte relation de travail entre les partenaires engagés dans l'éradication la poliomyélite est un facteur important pour la riposte à ces flambées. La coordination entre les bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale et les bureaux régionaux de l'UNICEF est extrêmement constructive. Des campagnes de vaccination préventive ont été réalisées dans les pays qui courent un risque particulier, dont Djibouti, l'Égypte, la Jordanie, le Liban, la Palestine, le Soudan et le Yémen, avec une attention particulière pour les réfugiés, les migrants et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays. Ce fut un élément crucial pour prévenir de nouvelles propagations du virus.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

17. Compte tenu de la présence de foyers dans lesquels le poliovirus est en circulation dans des régions du Pakistan et de l'Afghanistan, de la poursuite des conflits dans la Région menant à l'augmentation de l'inaccessibilité et à la détérioration de la couverture vaccinale et des mouvements importants de population entre les pays d'endémie et les autres États Membres, le risque d'importation de la poliomyélite reste élevé. Les plans visant à améliorer la surveillance sont déployés et la formation est réalisée en vue de renforcer les capacités des États Membres à détecter toute importation de poliovirus sauvage et à y riposter. Les pays exempts de poliomyélite sont encouragés à réaliser des exercices de simulation afin de tester le bien-fondé de leurs plans de préparation et de riposte sur le terrain. De nouveaux modes opératoires normalisés pour la riposte à ces flambées ont été mis au point et partagés.

18. Les indicateurs clés de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (c'est-à-dire le taux de PFA non poliomyélitique et le pourcentage d'échantillons adéquats) au niveau national atteignent les niveaux internationaux fixés pour la certification dans la plupart des pays de la Région. En 2014, tous les pays ont maintenu le taux de PFA non poliomyélitique escompté de 2 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans en 2014 sauf Djibouti, le Maroc, la Palestine et la Tunisie, et le pourcentage des cas de PFA pour lesquels un nombre d'échantillons adéquats a été recueilli était supérieur à la cible de 80 % sauf à Djibouti, au Liban et au Maroc. Depuis 2015, il y a eu une nouvelle amélioration, et tous les pays ont atteint la cible du taux de PFA non poliomyélitique sauf le Maroc et la Tunisie. Le pourcentage de cas de PFA ayant un nombre d'échantillons adéquats recueilli est supérieur à la cible de 80 % sauf à Bahreïn, à Djibouti, au Maroc et en Tunisie. L'analyse des données infranationales a mis en évidence des lacunes dans la performance des indicateurs qui ont des conséquences plus importantes pour les pays qui sont exempts de poliomyélite depuis de nombreuses années. Tous les pays fournissent des données sur la surveillance de la PFA au bureau régional chaque semaine. Ces données sont analysées et publiées dans le rapport Polio Fax qui est partagé sur une base hebdomadaire avec les ministères de la Santé, les partenaires et les donateurs.

19. Tous les six mois, une évaluation du risque de flambée de poliovirus sauvage suivant l'importation est réalisée dans les pays de la Région. Cette évaluation a permis des interventions dans les pays afin de réduire les risques liés à la surveillance et à la vaccination. L'équipe régionale engagée dans l'action contre la poliomyélite continuera de conduire ces évaluations et de partager les données avec les États Membres. La surveillance environnementale s'est avérée être un instrument très utile et des plans d'élargissement sont encore prévus pour 2015 et 2016.

20. 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. Les indicateurs de performance des laboratoires sont maintenus aux niveaux exigés pour la certification. La charge de travail des laboratoires est très élevée. En 2014, les laboratoires ont traité 30 883 échantillons provenant de cas de PFA, 6984 de contacts et 870 de prélèvements environnementaux. En général, pour 94 % des échantillons, les résultats de la culture étaient disponibles sous 14 jours, pour 95 % les résultats de différenciation

intratypique étaient disponibles sous 7 jours après l'envoi de cultures de virus positives et pour 97 %, les résultats définitifs des tests en laboratoire étaient fournis sous 45 jours après le début de la paralysie. La méthode de réaction de polymérisation en chaîne en temps réel (Rrt-PCR) pour la caractérisation des poliovirus a été mise en œuvre dans sept des douze laboratoires du réseau, et deux nouveaux laboratoires nationaux du poliovirus ont été formés à la Rrt-PCR pour la mise en œuvre des méthodes de la différenciation intratypique. Le laboratoire du Pakistan a continué à fournir des résultats de séquençage du nucléotide du poliovirus sauvage dans les meilleurs délais aux programmes d'éradication de la poliomyélite de l'Afghanistan et du Pakistan. Le laboratoire de l'Égypte a soutenu la notification des résultats de l'importation de poliovirus sauvage vers l'Égypte en testant des échantillons environnementaux et en soutenant le test des cas de PFA provenant d'Iraq, de République arabe syrienne et du Yémen. Des fonds ont été obtenus en vue d'instaurer un laboratoire de séquençage du poliovirus à VACSERA en Égypte.

Activités de vaccination supplémentaires

21. Les activités de vaccination supplémentaires représentent la stratégie clé pour le renforcement rapide de l'immunité dans la population. Les pays exempts de poliomyélite qui ont un risque d'importation (Arabie saoudite, Djibouti, Égypte, la République islamique de l'Iran, Jordanie, Liban, Libye, Palestine, Soudan et Yémen) ont organisé des activités de vaccination supplémentaires dans des zones où les populations courent un risque élevé 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 la campagne contre la rougeole, sont utilisées pour administrer des doses supplémentaires du vaccin antipoliomyélitique oral afin de renforcer l'immunité dans les populations.

22. L'Iraq, la République arabe syrienne et la Somalie continuent d'organiser des campagnes de vaccination dans la phase ultime de leurs ripostes contre la flambée. L'Afghanistan et le Pakistan continuent de poursuivre une stratégie intensive de vaccination supplémentaire conformément aux recommandations de leurs groupes consultatifs techniques nationaux respectifs. Des activités de ratissage sont mises en œuvre suite à l'isolement de poliovirus sauvage dans des zones nouvellement infectées. Les deux pays ont tiré le bénéfice maximum du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent et ont utilisé le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans certaines zones.

23. Le marquage au doigt des enfants vaccinés est utilisé en vue de vérifier la couverture vaccinale. Des suivis indépendants sont effectués afin d'observer et d'évaluer le résultat des campagnes, et les conclusions aident à identifier les problèmes qui sont résolus ultérieurement par les autorités responsables. Tous les pays notifient des données relatives aux campagnes au Bureau régional pour permettre l'analyse de la performance du programme. En Afghanistan, au Pakistan et actuellement en Iraq, 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.

Plan stratégique pour la phase finale de l'éradication et la transmission des acquis de l'éradication de la poliomyélite

24. Malgré d'importants investissements, la couverture vaccinale systématique demeure à un niveau sous-optimal au plan national, et comporte de nombreuses lacunes au plan infranational, dans les pays à haut risque. Dans le cadre du plan de transmission des acquis de l'éradication de la poliomyélite, l'OMS soutient l'introduction d'au moins une dose du VPI en 2015 et les préparations pour le passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOT) au vaccin bivalent (VPOB) en 2016. Dans les pays prioritaires (Afghanistan, Pakistan et Somalie), des plans sont en cours de mise en œuvre pour réaliser une utilisation optimale des atouts de l'Initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite afin d'améliorer et de soutenir la vaccination systématique. Le plan présente également un processus de planification de la transmission des acquis de l'éradication pour exploiter les enseignements tirés et les infrastructures de l'initiative mondiale d'éradication afin de fournir

d'autres ressources critiques pour la santé et le développement, et en fin de compte achever l'éradication de la poliomyélite.

Améliorer la qualité de vie des victimes de la poliomyélite

25. Le programme d'éradication de la poliomyélite continue de fournir des services de réadaptation physique et sociale aux enfants touchés par la poliomyélite au Pakistan. Ces services comprennent la physiothérapie, la fourniture d'orthèses et d'appareils correcteurs, l'aide à la scolarisation, permettant ainsi aux survivants de la poliomyélite de devenir des membres indépendants et productifs de la communauté.

Défis et actions

26. Stopper la transmission du poliovirus dans les foyers d'endémie restants en Afghanistan et au Pakistan représente un défi sérieux que l'on doit surmonter si l'on veut réaliser l'éradication internationale de la poliomyélite. En Afghanistan et au Pakistan, garantir l'accès à tous les enfants et organiser des campagnes de vaccination de haute qualité sont essentiels à la réussite du programme. Il est impératif de surmonter les défis opérationnels et de pallier à la mauvaise qualité des activités de vaccination dans les zones réservoirs principales dans les deux pays et ce, au moyen d'un suivi strict et de solides partenariats, coordonnés par l'intermédiaire des centres opérationnels d'urgence aux niveaux national et infranational.

27. La situation relative aux flambées au Moyen-Orient et dans la Corne de l'Afrique est évaluée régulièrement lors de l'examen des impacts des activités planifiées et mises en œuvre, et les recommandations nécessaires afin de réduire davantage les risques sont données par les équipes d'examen. Les deux flambées, étant dans les dernières phases de la riposte, les plans de la phase suivante aborderont principalement le rétablissement des services de vaccination systématiques.

28. Dans les pays exempts de poliomyélite dans la Région, la priorité est accordée au maintien d'une forte immunité dans la population, à la surveillance des normes requises pour la PFA et à la mise au point des plans de préparation à l'importation de cas de poliomyélite. Bahreïn et Oman ont testé leurs plans de préparation sur le terrain dans le cadre d'exercices de simulation et d'autres pays de la Région sont également invités à le faire. L'équipe régionale continuera de conduire des évaluations des risques en vue de les partager avec les États Membres et de les encourager à conduire ce type d'exercices au niveau infranational et de prendre des mesures correctives.

29. Optimiser la synergie entre l'initiative d'éradication de la poliomyélite et le Programme élargi de vaccination en vue d'améliorer la couverture systématique ainsi que de renforcer les systèmes de vaccination de base est important pour maintenir les progrès réalisés. La coordination renforcée avec les autres bureaux régionaux de l'OMS et l'assurance de la disponibilité des ressources financières requises continuent d'être prioritaires.