
Rapport de situation sur l'éradication de la poliomyélite

Introduction

1. En 2015 et 2016, la réalisation des objectifs du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 a connu d'importants progrès. La transmission endémique du poliovirus s'étant limitée à quelques zones distinctes en Afghanistan et au Pakistan, la transmission du poliovirus sauvage n'a jamais été aussi faible.
2. Le processus de remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) a été coordonné à l'échelle mondiale et mis en œuvre avec succès ; l'ensemble des pays de la Région de la Méditerranée orientale ont cessé d'utiliser le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent dès mai 2016.
3. Début 2016, tous les pays ont transmis leurs mises à jour annuelles ou rapports de situation à la Commission régionale de certification de l'éradication de la poliomyélite. Les poliovirus sauvages de type 2 ainsi que les poliovirus de type 2 dérivés de souches vaccinales (PVDV2) dont disposaient les laboratoires des pays de la Région ont été soit détruits soit transférés vers des établissements essentiels. Dans la Région, il existe une unité de production de vaccins considérée comme établissement essentiel pour le poliovirus.
4. La planification de la transition de la poliomyélite a commencé au niveau régional et dans les quatre pays prioritaires disposant d'une présence importante d'infrastructures et de moyens de lutte contre la poliomyélite : Afghanistan, Pakistan, Somalie et Soudan.
5. Lors de sa neuvième réunion en mai 2016, le Comité d'urgence au titre du Règlement sanitaire international (2005) a considéré, à propos de la propagation internationale du poliovirus, que l'épidémiologie actuelle du poliovirus sauvage et des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) constitue toujours une urgence de santé publique de préoccupation internationale. En conséquence, les recommandations temporaires restent en vigueur pour les trois prochains mois. L'Afghanistan et le Pakistan demeurent sur la liste des États qui exportent actuellement le poliovirus sauvage. La Somalie est maintenue sur la liste des États qui ne sont plus infectés par le poliovirus sauvage ou le PVDVc mais qui restent vulnérables à la propagation internationale ainsi qu'à l'émergence et à la circulation du PVDV. L'Iraq, quant à lui, a été retiré de cette liste.

Progrès à ce jour

Interruption de la transmission du poliovirus sauvage

6. Au 17 juillet 2016, 19 cas confirmés de poliomyélite causée par le poliovirus sauvage de type 1 ont été signalés au niveau mondial pour l'année 2016, dans les deux derniers pays d'endémie poliomyélitique (l'Afghanistan et le Pakistan), comparé aux 36 cas signalés dans ces deux pays sur la même période en 2015. Le 20 septembre 2015, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite a déclaré l'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 2. Aucun poliovirus sauvage de type 3 n'a été détecté dans le monde depuis novembre 2012.

Pays d'endémie

7. L'Afghanistan et le Pakistan sont considérés comme faisant partie d'un seul bloc épidémiologique en raison des importants mouvements de population et de la circulation des poliovirus entre les deux pays. À ce jour, six (6) cas ont été signalés en Afghanistan pour 2016, contre sept (7) cas sur la même période en 2015, tandis que le Pakistan a notifié 13 cas jusqu'à présent pour 2016, contre 29 sur la même période en 2015.

8. Les gouvernements de l'Afghanistan et du Pakistan ainsi que leurs partenaires chargés de l'exécution ont mis au point de solides plans nationaux d'action d'urgence, comprenant des stratégies novatrices pour atteindre les enfants qui échappent systématiquement à la vaccination et ceux qui vivent dans des zones inaccessibles. Des centres opérationnels d'urgence ont été mis en place dans les deux pays, aux niveaux national et infranational, afin de coordonner les initiatives des gouvernements et des partenaires, ainsi que pour suivre de près la mise en œuvre des plans nationaux d'action d'urgence.

9. L'inaccessibilité et l'insécurité de certaines zones des deux pays d'endémie, limitant l'accès aux enfants, ainsi que les difficultés à assurer la bonne qualité et le suivi des activités de vaccination dans certaines zones réservoirs principales, constituent toujours des risques importants de persistance de la transmission.

Endiguement des flambées de poliovirus sauvage de type 1 au Moyen-Orient et dans la Corne de l'Afrique

10. Les flambées multipays au Moyen-Orient et dans la Corne de l'Afrique ont été déclarées comme terminées en octobre 2015 ; le dernier cas de flambée au Moyen-Orient est survenu en Iraq en avril 2014, et le dernier cas dans la Corne de l'Afrique s'est produit en Somalie en août 2014. Cependant, il existe toujours un risque d'importation du poliovirus sauvage tant que la circulation actuelle entre l'Afghanistan et le Pakistan se poursuit. Ce risque est aggravé par les importants mouvements de population entre les pays d'endémie et les pays exempts de poliomyélite, mais aussi par les situations d'urgence complexes que connaît la Région. Ceci a entraîné un grand nombre de populations déplacées à l'intérieur des pays et de réfugiés (respectivement 20 et 9 millions), ainsi que l'interruption de la couverture vaccinale de base dans les pays touchés par les conflits.

Surveillance environnementale

11. La surveillance étroite de la paralysie flasque aiguë (PFA) demeure la référence pour le dépistage des cas de poliomyélite. Cependant, la surveillance environnementale en Afghanistan, en Égypte et au Pakistan s'est avérée précieuse pour la compréhension de l'épidémiologie actuelle de la poliomyélite et pour la mise en œuvre de plans de riposte. Des plans sont en cours pour appliquer la surveillance environnementale dans les pays qui courent un risque d'importation, selon les paliers de classification de l'OMS, notamment pour la République arabe syrienne, le Yémen, la Somalie, le Soudan, le Liban, la République islamique d'Iran, l'Iraq et la Jordanie. Pour intervenir dans ces pays, des laboratoires de surveillance environnementale vont être mis en place en République islamique d'Iran, en Jordanie et au Soudan.

Retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral

12. Le 20 octobre 2015, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) a examiné la situation épidémiologique du PVDV de type 2 et la progression de la préparation mondiale pour le retrait progressif et coordonné du vaccin antipoliomyélitique oral. Il a

ainsi confirmé que le retrait du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 devrait avoir lieu entre le 17 avril et le 1^{er} mai 2016, grâce au processus coordonné à échelle mondiale de remplacement du VPOt par le VPOb (type 1 et 3), pour l'ensemble des pays utilisant actuellement le VPOt.

13. Tous les pays de la Région ont mis en œuvre le processus de remplacement avec succès.

Approvisionnement mondial en vaccins

14. Au cours de la période de transition, un problème relatif à la pénurie mondiale de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) est survenu, causé par d'importants problèmes de fabrication pour les fabricants qui approvisionnent le vaccin via l'UNICEF. Lors de sa réunion de mars 2016, le groupe SAGE a remarqué une diminution de la production de VPI ; cependant, après un examen complet des risques, il a décidé la poursuite du processus de transition. Le groupe SAGE a recommandé d'approvisionner en VPI en priorité les pays de niveau 1 et 2 qui sont le plus à risque, et de conserver un stock de VPI et de VPO monovalents de type 2 (VPOm2) pour les ripostes aux flambées de poliomyélite de type 2 qui surviendraient après le processus de remplacement. Djibouti, l'Égypte, la République Islamique d'Iran, le Maroc et le Soudan sont touchés par la pénurie d'approvisionnement en VPI.

15. Un stock de VPOm2 a été mis en place afin de faciliter la riposte aux flambées, en cas de besoin. Dans sa résolution WHA68.3 (2015), l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé une méthode de gestion et de prélèvement des stocks, tout en incitant les États Membres à établir des procédures d'autorisation pour l'importation et l'utilisation de VPOm2 issu du stock mondial, dès lors que le prélèvement est autorisé par le Directeur général en situation d'urgence.

Poliovirus dérivés de souches vaccinales

16. Après la période du 17 avril au 1^{er} mai et la mise en œuvre réussie du processus de remplacement du VPOt par le VPOb, l'isolement de n'importe quelle source du poliovirus de type 2 (Sabin, dérivé de souches vaccinales ou sauvage) sera considéré comme un événement à déclarer au titre du Règlement sanitaire international (RSI 2005), qui nécessitera une investigation complète et une riposte, le cas échéant. Le dernier cas de PVDVc de type 2 signalé dans la Région est survenu en février 2015 au Pakistan ; depuis cette date, aucun autre virus circulant de type 2 n'a été détecté. Des cas de PVDV ambigu (PVDVa) ont été signalés en 2015 en Égypte, en Iraq et au Pakistan, et en 2016 en République arabe syrienne, tandis que des cas de PVDV associé à un déficit immunitaire primaire (PVDVi) ont été signalés en 2015 en République islamique d'Iran, en Iraq, à Oman et en Palestine, et en 2016 en Égypte et en Iraq.

17. Il existe toujours un risque d'émergence de PVDV dans les pays de la Région touchés par les conflits, en raison de la détérioration de la couverture vaccinale systématique dans les zones affectées. L'OMS a mis au point des protocoles pour procéder à l'isolement du PVDV dans la période consécutive au processus de remplacement. De plus, les personnels techniques de l'ensemble des pays de la Région ont été formés à ces nouveaux protocoles.

Endiguement

18. En 2015 et au premier trimestre 2016, d'importants progrès ont été réalisés quant aux initiatives pour endiguer le poliovirus de type 2, en accord avec le Plan d'action mondial de l'OMS (GAP III) visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements, après l'éradication des poliovirus sauvages par type et l'arrêt progressif de l'utilisation du VPO. Au 24 mai 2016, 21 pays de la Région ont indiqué qu'ils ne détenaient ni poliovirus sauvage de type 2, ni PVDV2. L'institut Razi en République islamique d'Iran a été désigné comme établissement essentiel pour le poliovirus : unique établissement de production de vaccins de la

Région, il est le seul à avoir conservé des matériels contenant le poliovirus de type 2. Tous les pays qui ont détruit des matériels contenant le PVDV2 ont documenté leurs procédures de destruction. Le Pakistan, au lieu de procéder à la destruction des matériels contenant le PVDV2, a préféré transférer les matériels en sa possession au *National Institute for Biological Standards and Controls* du Royaume-Uni, à des fins de recherche. Un tableau de bord a été mis au point afin de suivre la progression de la phase I des activités d'endiguement du plan mondial GAP III.

Certification de l'éradication de la poliomyélite

19. Les rapports annuels pour la certification de l'éradication de la poliomyélite sont préparés par les commissions nationales de certification, puis soumis au secrétariat de la Commission régionale de certification pour compilation, examen technique et correction. Le secrétariat soumet ensuite les documents à la Commission régionale pour examen final et discussions. Cette dernière examine les rapports lors de sa réunion annuelle avec les présidents des comités nationaux de certification et les responsables du PEV, puis elle accepte ou rejette les rapports. La documentation nationale de base pour la certification a été acceptée pour 19 pays (Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Palestine, Qatar, Somalie, Soudan, Tunisie et Yémen).

20. La documentation nationale finale pour la certification a été acceptée pour 17 pays qui sont exempts de poliomyélite depuis au moins 5 ans et ont achevé la phase I de confinement (Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Palestine, Qatar, Soudan, Tunisie et Yémen). Des mises à jour régulières sont communiquées par tous les pays qui ont soumis leur documentation nationale.

21. Les rapports de situation annuels sont envoyés par les pays ayant une circulation endémique, l'Afghanistan et le Pakistan, afin de surveiller leur situation et progression. La République arabe syrienne, qui a été réinfectée en 2013 et 2014, a soumis sa documentation nationale de base pour certification en avril 2016. Après examen, la Commission régionale de certification a décidé que la documentation devrait être soumise à nouveau en mars 2017.

Planification de la transition

22. En 2015, l'accélération de la planification de la transition s'est poursuivie. La planification de la transition doit couvrir trois objectifs : 1) s'assurer que les fonctions nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite après l'éradication (vaccination, surveillance, préparation et riposte aux flambées, endiguement et certification) sont intégrés aux programmes nationaux de santé publique ; 2) veiller à ce que les connaissances acquises et les enseignements tirés des activités d'éradication de la poliomyélite soient partagés avec les autres initiatives de santé ; et 3) permettre, lorsque c'est possible et réalisable, le transfert des compétences, des moyens et des procédures, afin de soutenir d'autres priorités de santé.

23. Les pays prioritaires de la Région pour la planification de la transition sont l'Afghanistan, le Pakistan, la Somalie et le Soudan, qui disposent d'importants infrastructures et moyens de lutte contre la poliomyélite. Cependant, la planification de la transition n'est pas restreinte aux quatre pays prioritaires. D'autres États Membres, en particulier ceux qui ont été touchés par la flambée de poliomyélite de 2013-2014, sont invités à documenter les enseignements qu'ils ont tirés du succès de leur riposte à cette flambée, en parvenant jusqu'aux communautés inaccessibles, pour en faire bénéficier les autres interventions essentielles de santé publique.

24. La planification de la transition de la poliomyélite doit avoir lieu principalement au niveau national. Le rôle moteur joué par les États Membres est déterminant pour ce processus. Si la planification de la transition de la poliomyélite est menée correctement, les investissements dans l'éradication de la poliomyélite bénéficieront, à long terme, aux autres objectifs de développement. Les ressources humaines, les établissements et les procédures financés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite contribuent fortement au développement de fonctions extérieures à la lutte contre la poliomyélite, notamment dans le domaine de la vaccination, de la surveillance et de la riposte aux situations d'urgence. Une planification de la transition menée avec succès devra garantir le maintien de ces fonctions essentielles lorsque le financement de l'éradication de la poliomyélite cessera.

Groupe consultatif islamique

25. Le Groupe consultatif islamique pour l'éradication de la poliomyélite a été créé sous l'égide de l'Université Al-Azhar Al Sharif (Le Caire) et de l'Académie islamique internationale du Fiqh (Jeddah), en collaboration avec l'Organisation de la Coopération islamique (OIC) et de la Banque islamique de développement. 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 internationale. Le groupe est soutenu techniquement par l'OMS et l'UNICEF. Il a organisé deux réunions : la première s'est tenue à Jeddah (Arabie saoudite) en février 2014, et la seconde au Caire (Égypte) en mai 2015. Au cours de ces réunions, le Groupe a réaffirmé son soutien aux efforts d'éradication mondiale de la poliomyélite, en confirmant que la vaccination antipoliomyélitique est tout à fait conforme aux principes islamiques et aux décisions religieuses.

26. L'Afghanistan, le Pakistan et la Somalie sont considérés comme des pays prioritaires pour les activités de ce Groupe. Le Groupe consultatif islamique national du Pakistan progresse dans la lutte contre la désinformation et les rumeurs relatives à la vaccination antipoliomyélitique, grâce à l'intégration d'un soutien religieux dès les premiers niveaux de l'administration (conseil d'union) lors de la mise en œuvre du plan national d'action d'urgence. Cela a eu pour effet de réduire considérablement le nombre de refus de la vaccination. Le plan de travail du Groupe consultatif islamique pour 2015-2016 se focalise sur le renforcement des capacités du secrétariat du Groupe, la coordination efficace de son comité exécutif, la mise au point et la finalisation d'une stratégie de communication et d'un plan d'action exhaustifs au niveau régional, le renforcement des partenariats avec les principales universités islamiques, le rapprochement avec les organisations non gouvernementales répertoriées à l'OIC, et la mise en place de campagnes de sensibilisation avec le Conseil de coopération du Golfe (CCG), la Ligue arabe et les États Membres de l'OIC. La troisième réunion du Groupe se tiendra à Jeddah en 2016. Dans le cadre de la planification de la transition dans la Région, le plan de travail du Groupe consultatif islamique pour 2016-2017 se focalisera également sur la santé génésique, la santé de l'enfant et la vaccination en général.

Priorités régionales immédiates pour l'éradication de la poliomyélite en 2016 et 2017

27. Les principales priorités pour la Région en 2016 sont les suivantes : mettre fin à la transmission du poliovirus sauvage en Afghanistan et au Pakistan ; maintenir des niveaux d'immunité élevés et, dans la mesure du possible, améliorer la couverture vaccinale des pays en situation de flambée ou touchés par les conflits (Iraq, Libye, Somalie, République arabe syrienne et Yémen) ; garantir la plus haute qualité possible de surveillance de la paralysie flasque aiguë ; et enfin optimiser les plans de préparation et de riposte dans l'ensemble des pays de la Région afin de garantir un dépistage précoce et une riposte adéquate pour tout événement ou flambée de poliovirus sauvage ou de PVDVc.

28. En 2016, le Secrétariat de l'OMS a aidé l'Afghanistan et le Pakistan dans la mise au point de plans d'action nationaux solide pour l'éradication de la poliomyélite. Cinq pays de la Région ont également reçu de l'aide pour la mise en œuvre d'exercices de simulation de flambées de poliomyélite, afin de tester la pertinence de leurs plans de préparation et de riposte, et de les perfectionner si nécessaire. Il est prévu de mener de tels exercices de simulation dans 11 pays supplémentaires de la Région d'ici la fin avril 2017.

29. Les équipes de lutte antipoliomyélique et les effectifs d'appoint au Moyen-Orient et dans la Corne de l'Afrique poursuivent leurs actions pour maintenir une forte immunité dans la population ainsi que des systèmes de surveillance sensible, et pour améliorer la vaccination systématique.

30. En 2016, le Conseil de surveillance de la poliomyélite a approuvé un scénario financier révisé qui tient compte du retard pris dans la réalisation de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, d'où la nécessité de prolonger d'une année les activités intenses en vue de l'éradication de la poliomyélite. Le scénario prévoit une augmentation des exigences budgétaires entre 2016 et 2019 à hauteur de 1,5 milliard de dollars des États-Unis d'Amérique (USD), portant l'estimation du budget total pour cette période à 3,86 milliards USD. Les exigences de financement annuel pour la Région s'élèvent à 376 399 000 USD.

Prochaines étapes

31. Les États Membres sont invités à entreprendre les activités suivantes afin de prendre en compte les priorités principales de la Région.

- Soutenir l'Afghanistan et le Pakistan dans la mise en œuvre de leurs plans nationaux d'action d'urgence.
- Faciliter la mise en œuvre des recommandations temporaires du Comité d'urgence sur l'éradication de la poliomyélite au titre du Règlement sanitaire international (2005), en exigeant une preuve de vaccination antipoliomyélique avant d'émettre des visas pour les voyageurs en provenance de pays d'endémie.
- Maintenir un niveau élevé de couverture vaccinale des groupes à haut risque, grâce au renforcement de la vaccination systématique et, si nécessaire, par la réalisation d'activités de vaccination supplémentaire ciblées.
- Finaliser la mise en œuvre de la phase II du plan GAP III pour l'endiguement du poliovirus de type 2.
- Garantir la plus haute qualité possible de surveillance de la PFA et déclarer immédiatement tout isolement de poliomyélite de type 2 (Sabin, dérivés de souches vaccinales ou sauvage) au titre du Règlement sanitaire international (2005).
- Mettre en œuvre des exercices de simulation afin de tester et, le cas échéant, perfectionner les plans de préparation et de riposte aux flambées de poliomyélite.