



Rapport de situation sur l'éradication de la poliomyélite

1. Introduction/faits marquants

1. La transmission du poliovirus sauvage n'a jamais été aussi faible. Elle se limite à quelques zones distinctes des deux pays de la Région de la Méditerranée orientale qui demeurent endémiques pour la poliomyélite : l'Afghanistan et le Pakistan. En 2017 jusqu'à ce jour, seuls six cas dus au poliovirus sauvage de type 1 ont été notifiés dans la Région, quatre par l'Afghanistan et deux par le Pakistan.
2. Des activités de vaccination supplémentaires intensifiées ont été réalisées dans les pays d'endémie et les pays à risque de la Région. Au total, 31 activités de vaccination supplémentaires, dont des campagnes lancées suite à l'apparition de cas, ont été réalisées entre janvier et juin 2017 ; 223 millions de doses de vaccin antipoliomyélitique ont été administrées dans le cadre de ces activités.
3. Une flambée de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc2), centrée sur le gouvernorat de Deir-Ez-Zhor, a récemment été confirmée en République arabe syrienne. Ce gouvernorat et les gouvernorats voisins connaissent de graves problèmes d'accès depuis plus d'un an. Une riposte à la flambée a débuté.
4. Un cas dû à un PVDVc2 et plusieurs isolats environnementaux ont été signalés en 2016 dans la ville de Quetta, au Pakistan, et des activités de riposte vaccinale ont été réalisées avec succès.
5. Lors de sa treizième réunion, le 24 avril 2017, le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) concernant la propagation internationale du poliovirus a conclu que l'épidémiologie actuelle du poliovirus sauvage et des poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales (PVDVc) constitue toujours une urgence de santé publique de portée internationale. En conséquence, les recommandations temporaires concernant la vaccination des voyageurs restent en vigueur et seront réexaminées lors de la prochaine réunion du Comité d'urgence. L'Afghanistan et le Pakistan figurent toujours sur la liste des états infectés par le poliovirus sauvage et le Pakistan figure toujours sur la liste des états infectés par le PVDVc2. La République arabe syrienne sera ajoutée sur la liste des états infectés par le PVDVc2 lors de la prochaine réunion du Comité d'urgence.
6. Une vérification complémentaire du retrait complet de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral est entreprise dans certains États Membres à la suite du remplacement, en 2016, du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb).
7. Tous les États Membres ont soumis des mises à jour ou des rapports de situation annuels à la Commission régionale de certification en mai 2017, confirmant que tous les poliovirus de type 2 et poliovirus de type 2 dérivés de souches vaccinales (PVDVc2) présents dans les laboratoires des États Membres de la Région avaient été soit détruits, soit transférés vers des établissements essentiels.
8. En mai 2017, l'Assemblée mondiale de la Santé a invité instamment le Directeur général à faire de la transition pour la poliomyélite une priorité essentielle à tous les niveaux de l'Organisation. Quatre États Membres de la Région (l'Afghanistan, le Pakistan, la Somalie et le Soudan) font partie des 16 pays déclarés prioritaires à l'échelle mondiale pour la transition pour la poliomyélite. Un Comité régional d'orientation sur la transition pour la poliomyélite a été créé et a tenu, à ce jour, deux réunions consacrées à la planification du processus de transition.

2. Interruption de la transmission du poliovirus sauvage

9. Au 20 juin 2017, six cas dus à un poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) ont été notifiés dans le monde, tous par les deux pays d'endémie que compte encore la Région (quatre cas en Afghanistan et deux cas au Pakistan). Par comparaison, au cours de la même période en 2016, ces deux pays avaient déclaré au total 19 cas. Le nombre de cas de poliomyélite notifiés jusqu'à présent en 2017 est le plus faible depuis l'instauration de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite, en 1988. Cependant, au cours du premier semestre 2017, le poliovirus sauvage a encore été isolé sur une vaste zone géographique du Pakistan, dans le cadre de la surveillance environnementale.

10. Le 20 septembre 2015, la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite a déclaré l'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 2.

11. Aucun poliovirus sauvage de type 3 n'a été détecté dans le monde depuis novembre 2012.

3. Poliovirus dérivés de souches vaccinales

12. Après le remplacement du VPOt par le VPOb au cours de la période du 17 avril au 1^{er} mai 2016, l'isolement de tout poliovirus de type 2 (Sabin, PVDV, ou poliovirus sauvage), quelle qu'en soit la source, est un événement qui doit être notifié au titre du RSI (2005) et qui exige une investigation approfondie et, si nécessaire, une riposte.

13. Une flambée de PVDVc2 est survenue dans les zones touchées par le conflit en République arabe syrienne. Au 20 juin 2017, 17 cas de PVDVc2 au total avaient été confirmés (16 cas à Deir Ez-Zhor et 1 à Raqqa). Pour le premier cas connu, la paralysie est apparue le 3 mars 2017. Une riposte à la flambée est actuellement coordonnée avec le gouvernement et d'autres partenaires. Un appui technique est fourni à la République arabe syrienne dans le cadre de missions de renforcement des capacités.

14. Des poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales ont également été notifiés en 2016 dans le district de Quetta au Pakistan. Une riposte vaccinale a été menée avec succès au premier trimestre 2017.

15. Des cas de PVDV ambigu (PVDVa) ont été signalés en 2016 au Pakistan, au Yémen et en Somalie et en 2017 au Pakistan, tandis que des cas de PVDV associé à une immunodéficiência (PVDVi) ont été notifiés en 2016 en Égypte, en République islamique d'Iran, en Iraq et en Palestine, ainsi qu'en 2017 en Égypte.

16. Le Centre régional de l'OMS pour les situations d'urgence et l'éradication de la poliomyélite a fourni au personnel technique des États Membres de la Région une formation sur la riposte aux événements et flambées de poliovirus de type 2.

4. Pays d'endémie

17. Les gouvernements de l'Afghanistan et du Pakistan ainsi que leurs partenaires chargés de l'exécution ont mis au point de solides plans d'action nationaux d'urgence, comprenant des stratégies novatrices, pour atteindre les enfants qui échappent systématiquement à la vaccination et ceux qui vivent dans des zones inaccessibles.

18. La vaccination communautaire par des bénévoles recrutés localement et principalement de sexe féminin a notablement permis d'améliorer l'accès aux enfants dans toutes les zones de transmission endémique au Pakistan.

19. 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.

20. Dans certaines zones des deux pays d'endémie, l'inaccessibilité et l'insécurité constituent toujours des problèmes significatifs, car elles limitent l'accès aux enfants et mettent en péril la supervision et le suivi des activités de vaccination dans certaines zones réservoirs.

5. Pays à risque

21. Six pays sont à risque : l'Iraq, la Libye, la République arabe syrienne, la Somalie, le Soudan et le Yémen. Tous connaissent, à des degrés divers, des contraintes d'accès ou de sécurité qui entravent les efforts visant à maintenir une immunité élevée parmi les populations et une surveillance sensible.

22. L'équipe régionale OMS pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré un modèle d'analyse du risque pour ces pays. L'analyse est réalisée chaque trimestre afin de suivre les progrès accomplis dans l'atténuation des risques et dans la conception de stratégies opérationnelles.

23. Ces six pays continuent de réaliser des activités de vaccination supplémentaires et des activités visant à renforcer la surveillance. Un appui technique a été fourni à ces pays en 2016 et 2017.

6. Surveillance

24. La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) continue de fonctionner dans tous les États Membres. Une surveillance rigoureuse de la PFA reste la méthode de référence pour la détection de la poliomyélite. Toutefois, la surveillance environnementale s'est également avérée intéressante pour comprendre l'épidémiologie de la poliomyélite. Mise en œuvre auparavant dans trois pays de la Région (Afghanistan, Égypte et Pakistan), elle a été étendue à la Jordanie et au Liban en 2017. Des dispositions ont été prises pour mettre en route la surveillance environnementale en République islamique d'Iran et en Iraq d'ici la fin de l'année. La surveillance environnementale facilite la détection précoce des poliovirus dans les zones couvertes et le suivi de l'impact des interventions. Il est prévu d'étendre cette surveillance à tous les pays à risque.

25. Le système de surveillance de la paralysie flasque aiguë a notifié 16 005 cas de PFA en 2016, contre 13 214 en 2015, soit une augmentation de 21 % des cas notifiés. En 2016, dans tous les États Membres à l'exception de Djibouti et du Maroc, les indicateurs de surveillance étaient conformes aux normes de certification en ce qui concerne les taux de PFA non-poliomyélitique et les pourcentages de cas de PFA avec collecte d'échantillons conformes. À Djibouti, aucun de ces deux indicateurs de performance n'était conforme et au Maroc, le premier des deux n'était pas conforme. Le système de surveillance de la PFA s'appuie sur un réseau efficace de laboratoires accrédités par l'OMS, qui répondent aux normes mondiales. La coordination entre les équipes de surveillance de terrain et de laboratoire est satisfaisante.

7. Communications

26. Dans les pays d'endémie et les pays à risque, les efforts de communication sur le terrain se poursuivent afin de renforcer et de maintenir la demande des communautés et leur confiance à l'égard de la vaccination antipoliomyélitique. Par le biais de divers médias imprimés, en ligne et télédiffusés, les communautés sont informées des efforts de vaccination et de l'importance d'une vaccination ininterrompue contre le virus.

27. En Afghanistan et au Pakistan, outre les informations nationales et les informations publiques plus génériques, les communications sont également ciblées et adaptées au niveau local en prenant en compte les contextes sociaux, culturels et politiques spécifiques. Au Pakistan, dans les zones où les refus sont nombreux, les activités de proximité visent à instaurer un sentiment de familiarité et de confiance dans l'entourage des vaccinataires communautaires. Les vaccinataires reçoivent également une formation sur les compétences relationnelles et sur la manière d'aborder les principaux sujets de préoccupation des parents/soignants afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées en ce qui concerne la vaccination antipoliomyélitique.

28. Les activités de communication sont étroitement liées aux efforts de mobilisation sociale, pour lesquels l'UNICEF est l'institution partenaire principale.

8. Retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral - remplacement du VPOT par le VPOb

29. Le 20 septembre 2015, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite a déclaré l'éradication du poliovirus sauvage de type 2. Un mois plus tard, le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination 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 (types 1, 2 et 3) par le VPOb (types 1 et 3), dans tous les pays utilisant le VPOT.

30. Tous les États Membres de la Région ont mis en œuvre le processus de remplacement avec succès.

31. Une vérification complémentaire du retrait de la composante de type 2 sera réalisée dans les pays touchés par des conflits qui connaissent des problèmes d'accès et dans les pays où le vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (VPOm2) est utilisé depuis le remplacement.

32. Un stock mondial 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 du stock, 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. Deux pays de la Région, le Pakistan et la République arabe syrienne, ont à ce jour eu recours à ce stock en riposte à une flambée de PVDVc2.

33. Approvisionnement en vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) après le processus de remplacement : le VPI a été intégré au calendrier du PEV dans tous les États Membres qui mettent en œuvre le processus de remplacement. Une pénurie mondiale de VPI est toutefois survenue en raison de déboires majeurs concernant la fabrication. Afin d'atténuer les risques associés au retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral dans le contexte de la pénurie de VPI, le Groupe stratégique consultatif d'experts a recommandé d'approvisionner en VPI en priorité les pays de niveau 1 et 2 les 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. L'Égypte et la République islamique d'Iran sont particulièrement touchées par la pénurie mondiale de VPI. Les pays sont encouragés à faire durer les VPI disponibles en administrant des doses fractionnées par voie intradermique, méthode nécessitant un cinquième de dose seulement.

9. Certification de l'éradication de la poliomyélite

34. La Commission régionale de certification a tenu sa trente et unième réunion du 16 au 18 mai 2017 à Casablanca (Maroc).

35. Les rapports de l'ensemble des 21 États Membres et de la Palestine ont été examinés par les membres de la Commission régionale. Tous les rapports, à l'exception de celui de Djibouti, ont été provisoirement acceptés. Des commentaires ont été formulés sur chaque rapport et les approbations formelles seront communiquées après la réception des réactions du président de chaque Comité national de certification.

10. Confinement

36. D'importants progrès ont été accomplis dans la Région pour confiner les poliovirus de type 2, conformément au 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 vaccin antipoliomyélitique oral.

37. Afin d'aider les pays dans leurs activités de confinement, deux réunions régionales et un atelier sur le confinement des poliovirus et des matériels potentiellement infectieux ont été organisés.

38. En avril 2016, 21 pays de la Région signalaient l'absence de poliovirus de type 2 ou de poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (VPDV2). En République islamique d'Iran, l'institut Razi a été désigné comme établissement essentiel pour le poliovirus. Il est le seul établissement de la Région à produire des vaccins antipoliomyélitiques. Il est également le seul établissement de la Région autorisé à conserver des matériels contenant des poliovirus de type 2. L'Institut national de la Santé du Pakistan envisage de solliciter le statut d'établissement essentiel pour le poliovirus afin de permettre à son laboratoire national de la poliomyélite de poursuivre la réalisation d'enquêtes sérologiques.

39. Tous les pays qui ont détruit des matériels contenant le PVDV2 ont documenté leurs procédures de destruction. Le Pakistan a transféré les échantillons de PVDV2 en sa possession au *National Institute for Biological Standards and Controls* du Royaume-Uni, à des fins de recherche.

40. Un tableau de bord a été mis au point afin de suivre la progression de la phase I des activités de confinement du plan mondial GAP III.

11. Exercice de simulation d'une flambée de poliomyélite

41. Un module de formation standard comportant des exercices de simulation, conforme aux directives/procédures opérationnelles standard mondiales, a été mis au point.

42. L'équipe régionale pour la poliomyélite a animé 21 ateliers dans 18 pays en 2016 et 2017. Cinq ateliers sont encore prévus pour 2017, dont trois cours de remise à niveau.

12. Planification de la transition

43. En 2016 et 2017, la planification de la transition a débuté dans la Région. Elle doit couvrir trois objectifs. Premièrement, elle doit garantir que les fonctions essentielles au maintien d'un monde exempt de poliomyélite après l'éradication de la maladie (par exemple, la vaccination, la surveillance, la préparation et la riposte aux flambées, le confinement et la certification) sont intégrées dans les programmes nationaux de santé publique courants. Deuxièmement, elle doit garantir que les connaissances acquises et les enseignements tirés grâce aux activités d'éradication sont partagés avec d'autres initiatives dans le domaine de la santé. Troisièmement, le cas échéant et si nécessaire, elle doit assurer le transfert des capacités, des moyens et des processus du programme d'éradication de la poliomyélite, de manière à répondre à d'autres priorités sanitaires.

44. Lors de la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, les États Membres ont invité instamment le Directeur général à faire de la transition pour la poliomyélite une priorité essentielle aux trois niveaux de l'Organisation, à présenter un plan de transition complet pour l'organisation d'ici fin 2017 et à faire rapport régulièrement à l'Assemblée mondiale de la Santé sur la planification et la mise en œuvre du processus de transition, par l'intermédiaire des Comités régionaux et du Conseil exécutif.

45. Dans la Région, les pays prioritaires initialement retenus pour la planification de la transition sont l'Afghanistan, le Pakistan, la Somalie et le Soudan, qui disposent d'infrastructures et de moyens importants consacrés à l'éradication de la poliomyélite. Ces pays font partie des 16 pays prioritaires au niveau mondial pour la transition.

46. Le Directeur régional a approuvé un Comité d'orientation régional pour la planification de la transition pour la poliomyélite. Le Comité a tenu jusqu'à présent deux réunions et a décidé d'élargir le champ de la planification de la transition de manière à ajouter l'Iraq, la Libye, la République arabe syrienne et le Yémen aux pays prioritaires de la Région.

47. La planification de la transition pour la poliomyélite doit avoir lieu principalement au niveau national. Il est indispensable que les États Membres dirigent 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.

48. 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, par exemple dans le cadre des campagnes contre le choléra et la rougeole en Iraq et en Somalie. 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.

13. Le Groupe consultatif islamique pour l'éradication de la poliomyélite

49. Le Groupe consultatif islamique pour l'éradication de la poliomyélite a été créé sous l'égide de l'Université Al-Azhar Al Sharif en Égypte et de l'Académie islamique internationale du Fiqh (IIFA) à Jeddah, ainsi qu'en collaboration avec l'Organisation de la Coopération islamique (OIC) et la Banque islamique de développement (BID).

50. 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 (*oumma*), en confirmant que la vaccination antipoliomyélitique est en tous points conforme aux principes et décisions religieuses islamiques.

51. Lors de sa troisième réunion en juillet 2016, tout en réitérant son soutien aux efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite, le Groupe consultatif islamique pour l'éradication de la poliomyélite a décidé d'étendre son action afin de soutenir les principales interventions de santé maternelle et infantile, notamment la vaccination. Une réunion de consultation, à laquelle ont participé différents départements de l'OMS, de l'UNICEF, du Fonds des Nations Unies pour la population, ainsi que des représentants du Groupe consultatif islamique, s'est tenue au Caire en octobre 2016 dans le but d'examiner et d'approuver des interventions spécifiques efficaces qui bénéficieront du soutien du Groupe consultatif islamique.

52. Au Pakistan, les efforts du Groupe consultatif islamique national ont été bien intégrés aux activités du plan national d'action d'urgence au niveau administratif le plus bas (conseil d'union), grâce à l'appui fourni par l'initiative des soutiens religieux pour lutter contre les conceptions erronées et les refus de la vaccination. En Afghanistan, le Groupe consultatif islamique national joue un rôle similaire dans les cinq provinces prioritaires.

14. Priorités régionales pour l'éradication de la poliomyélite en 2017 et 2018

53. La priorité absolue est d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage en Afghanistan et au Pakistan et de soutenir les équipes de ces deux pays dans la mise en œuvre de leurs plans nationaux d'action d'urgence complets et solides.

54. Les autres priorités concernent notamment le maintien d'une immunité élevée et, si possible, l'amélioration des services de vaccination dans les pays à risque ; la mise en œuvre d'une surveillance de la PFA de la plus haute qualité possible ; l'amélioration des plans de préparation et de riposte dans tous les États Membres de la Région afin de garantir la détection précoce et une riposte appropriée à tout événement ou flambée de poliovirus sauvage ou de PVDVc ; la rationalisation des processus de certification et de confinement ; et la planification de la transition.

55. Les équipes d'éradication de la poliomyélite et les effectifs d'appoint au Moyen-Orient et dans la Corne de l'Afrique continueront de fournir un appui, conformément aux priorités du programme précitées.

15. Financement et gestion de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

56. En 2016, le Conseil de surveillance de la poliomyélite a approuvé un scénario financier révisé qui tient compte du retard pris dans l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, d'où la nécessité de prolonger d'une année les activités intenses.

57. Le scénario prévoit une augmentation du budget mondial nécessaire 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 3,864 milliards d'USD. Des efforts importants sont actuellement déployés pour mobiliser ces fonds.

16. Actions proposées à la soixante-quatrième session du Comité régional

58. Le Comité régional est invité à prendre note du rapport et de formuler les demandes suivantes :

- Les États Membres où la poliomyélite est endémique doivent intensifier leurs efforts visant à interrompre la transmission du poliovirus par la mise en œuvre exhaustive de leur plans nationaux d'action d'urgence.
- Les États Membres infectés par des poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales doivent déclarer une urgence nationale conformément au RSI et prendre toutes les mesures nécessaires pour mettre fin à la flambée dans un délai de 120 jours.
- Les pays d'endémie et les pays à risque doivent déclarer la planification de la transition comme étant prioritaire et exploiter au maximum toutes les opportunités de transition.
- Tous les États Membres doivent :
 - 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 de délivrer des visas aux voyageurs en provenance de pays où le poliovirus sauvage ou le VPDV2c est présent ;
 - maintenir un niveau élevé de couverture vaccinale dans les groupes à haut risque, notamment les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, 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 le confinement du poliovirus de type 2 ;
 - garantir la plus haute qualité possible de surveillance de la PFA, particulièrement dans les groupes à haut risque, notamment les réfugiés, les immigrants et les communautés déplacées à l'intérieur de leur pays, et notifier immédiatement au titre du RSI (2005) tout isolat de poliovirus de type 2 (Sabin, dérivé de souches vaccinales ou sauvage) ;
 - réaliser des exercices de simulation afin de tester et, le cas échéant, perfectionner les plans de préparation et de riposte aux flambées de poliomyélite.