

**WORLD HEALTH ORGANIZATION**  
Regional Office for the Eastern Mediterranean  
**ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE**  
Bureau régional de la Méditerranée orientale



مَنْظَرَةُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ  
المكتب الإقليمي شرق المتوسط

**Comité régional de la  
Méditerranée orientale**

EM/RC58/INF.DOC.1  
Juillet 2011

**Cinquante-huitième session**

Original : arabe

**Point 2 b) de l'ordre du jour**

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

## Table des matières

1.	Introduction .....	1
2.	Situation actuelle dans la Région de la Méditerranée orientale .....	1
2.1	Pakistan .....	1
2.2	Afghanistan .....	3
2.3	Soudan.....	3
2.4	Somalie .....	4
3.	Mise en œuvre des stratégies d'éradication de la poliomyélite.....	4
3.1	Vaccination systématique .....	4
3.2	Activités de vaccination supplémentaires .....	4
3.3	Surveillance de la paralysie flasque aiguë.....	5
3.4	Réseau régional de laboratoires du poliovirus .....	6
3.5	Améliorer la qualité de vie des victimes de la poliomyélite.....	6
4.	Questions finales .....	6
4.1	Confinement en laboratoire des poliovirus sauvages et matériels potentiellement infectieux .....	6
4.2	Certification de l'éradication de la poliomyélite.....	7
5.	Soutien technique et financier aux pays.....	7
6.	Coordination avec d'autres Régions de l'OMS.....	8
7.	Engagement régional pour l'éradication de la poliomyélite .....	8
8.	Enjeux et orientations futures .....	8

## 1. Introduction

En mai 2008, la Soixante-et-Unième Assemblée mondiale de la Santé s'est prononcée en faveur de l'élaboration d'une nouvelle stratégie visant à renforcer la lutte pour l'éradication de la poliomyélite dans les derniers pays touchés par cette maladie (WHA61.1). En conséquence, une évaluation exhaustive indépendante des principaux obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus a été réalisée dans les pays d'endémie et dans ceux où la transmission a réapparu. Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'Afghanistan, le Pakistan et le Soudan ont fait l'objet d'une évaluation. Les résultats des évaluations et les recommandations ont été soumis à la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé en 2010, avec le nouveau Plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, qui comporte des étapes spécifiques à franchir pour atteindre l'objectif consistant à interrompre toute transmission du poliovirus d'ici la fin de 2012. L'Assemblée mondiale de la Santé a réservé un accueil favorable au plan.

Les progrès réalisés dans le franchissement des étapes font l'objet d'un suivi régulier par le Comité de suivi indépendant, qui utilise des indicateurs de progrès élaborés à cette fin.

## 2. Situation actuelle dans la Région de la Méditerranée orientale

Les crises actuelles auxquelles est confrontée la Région de la Méditerranée orientale, qu'elles soient provoquées par l'homme ou d'origine naturelle, ont eu un impact négatif sur les efforts d'éradication de la poliomyélite, notamment dans les deux derniers pays d'endémie, l'Afghanistan et le Pakistan. Malgré ces difficultés, la Région poursuit sa progression vers la réalisation de l'objectif d'éradication de la poliomyélite. Parmi les États Membres, 19 conservent leur statut d'exemption de poliomyélite et le Soudan a retrouvé ce statut après une épidémie survenue en 2008 à la suite d'une importation.

### 2.1 Pakistan

Le Pakistan a beaucoup progressé dans son combat pour éradiquer la poliomyélite. Au début des années 1990, l'incidence annuelle de la poliomyélite était estimée à plus de 20 000 cas par an. Depuis son lancement en 1994, les progrès majeurs accomplis par le programme national d'éradication de la poliomyélite dans la vaccination des enfants de toutes les régions du pays se sont traduits par une diminution du nombre de cas, qui a atteint 28 en 2005. Depuis lors, les progrès ont cependant été entravés par l'instabilité et la guerre dans les zones frontalières avec l'Afghanistan, limitant l'accès sécurisé aux enfants. En raison de divers problèmes de gestion auxquels le programme a également été confronté dans certaines zones, les enfants des principales zones à haut risque ne reçoivent pas les doses adéquates de vaccin antipoliomyélique oral (VPO). Ces facteurs sont à l'origine d'une hausse annuelle du nombre de cas de poliomyélite qui s'élevait à 89 en 2009. On dénombre quatre zones à haut risque : les zones tribales sous administration fédérale ; la province de Khyber Pakhtunkhwa ; le bloc de Quetta au Baloutchistan ; et les villes de Gadap, Baladia et Gulshan E Iqbal dans le district de Karachi. Plus des trois quarts des cas sont notifiés par ces districts à haut risque. En outre, la plupart des poliovirus sauvages signalés dans d'autres régions sont génétiquement liés à ceux des zones à haut risque.

Pour remédier à cette situation, des efforts considérables ont été consentis par le programme d'éradication de la poliomyélite, notamment l'introduction du VPO bivalent (VPOb), l'élaboration de plans de district généraux, des améliorations apportées au système de suivi par

l'introduction du marquage au doigt et d'un suivi indépendant, et l'attention particulière portée à la collaboration intersectorielle dans l'éradication de la poliomyélite. Parallèlement, l'accent a été mis sur le maintien d'un système de surveillance complet reposant sur un laboratoire de la poliomyélite fonctionnant de manière satisfaisante.

Après des signes montrant une certaine amélioration de la situation épidémiologique au cours du premier semestre 2010, le pays a connu une inondation dévastatrice qui a provoqué des mouvements de population significatifs, principalement depuis les zones à haut risque vers les régions exemptes de poliomyélite, une destruction massive de l'infrastructure sanitaire et l'interruption des services de soins de santé. Ces événements se sont traduits par une augmentation significative du nombre de cas, y compris dans des régions précédemment exemptes de poliomyélite, au cours des cinq derniers mois de 2010. En 2010, le nombre total de cas a atteint 144, soit le chiffre le plus élevé depuis l'année 2000.

Le Pakistan prend des mesures importantes pour résoudre les difficultés auxquelles se heurte la mise en œuvre des stratégies d'éradication de la poliomyélite. Son Excellence le Président du Pakistan a ordonné l'élaboration immédiate d'un plan d'action d'urgence pour l'éradication de la poliomyélite dans le pays. L'objectif de ce plan est d'interrompre la transmission de la poliomyélite au Pakistan d'ici la fin de 2011, grâce à une surveillance systématique par le gouvernement, ainsi qu'à une adhésion et à une responsabilisation à tous les niveaux administratifs, en garantissant un accès constant aux enfants dans les régions peu sûres et en veillant à ce que tous les enfants soient systématiquement vaccinés dans les zones et populations où le risque de voir perdurer la transmission du poliovirus est le plus élevé. La surveillance et l'obligation de rendre des comptes des responsables gouvernementaux ont été améliorées grâce à la mise en place d'équipes spéciales et de cellules de contrôle de haut niveau à l'échelon national et provincial afin de suivre les progrès.

Les plans de district sont actuellement traduits en plans municipaux destinés à résoudre les problèmes locaux et à concevoir des solutions locales, en commençant par les conseils municipaux habituellement peu efficaces en matière de vaccination des enfants. À cet égard, la mise en place de l'équipe d'éradication de la poliomyélite au niveau des conseils municipaux constitue une évolution significative. Les équipes sont dirigées par le médecin de l'unité sanitaire de base et reçoivent le soutien des services en charge de la collecte des recettes et des questions d'éducation. De plus, les équipes formées jusqu'à présent de bénévoles sont maintenant composées de fonctionnaires (femmes agents de santé, enseignants), afin de renforcer leur responsabilisation en ce qui concerne leur performance.

Le suivi de l'efficacité de la campagne est renforcé par l'instauration d'une assurance de la qualité par lots et l'utilisation des nouvelles technologies pour une transmission rapide des données depuis le terrain, suivie d'une analyse rapide et de la communication des résultats permettant la prise immédiate de mesures correctives. La surveillance environnementale a également été étendue à d'autres parties du pays, afin de déterminer la dynamique de la circulation du poliovirus, soulignant l'importance de la vaccination de la population migrante.

On observe quelques signes précoces d'évolution épidémiologique positive. Depuis novembre 2010, aucun cas n'a été notifié au Pendjab (plus de 50 % de la population totale) et aucun isolat de poliovirus sauvage de type 3 (PVS3) n'a été détecté dans les échantillons provenant de cas de paralysie flasque aiguë (PFA) ou dans les échantillons environnementaux.

## 2.2 Afghanistan

En Afghanistan, le programme est parvenu à limiter la circulation du poliovirus à la partie méridionale du pays et à protéger le reste du pays d'une propagation possible résultant d'une importation depuis les pays voisins infectés. Plus de 80 % de la population vit dans des zones où la circulation n'est pas permanente.

La grande majorité des cas est notifiée par 13 districts du Sud touchés par les conflits, où les problèmes de sécurité constituent la principale raison de l'inaccessibilité des enfants. Un large éventail d'approches est actuellement mis en œuvre par le programme national, afin d'assurer l'accès aux enfants dans ces zones touchées par les conflits. Il s'agit notamment de la planification au niveau des districts, du recrutement de directeurs de district, de la formation spéciale du personnel chargé des activités supplémentaires, et de l'ajout d'actions de vermifugation et de communication.

Le groupe de travail national se réunit tous les mois sous la présidence de son Excellence le Ministre de la Santé publique afin de suivre la situation et de fournir des conseils sur des questions de politique et de stratégie. Ces réunions constituent un excellent indicateur de l'engagement politique résolu envers l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan. Un groupe consultatif, présidé par le Directeur général de la médecine préventive, a été créé en vue d'étudier des approches novatrices visant à améliorer l'accès et la qualité des campagnes dans les 13 districts à haut risque. Il s'agit, là encore, d'un pas en avant vers la réalisation de progrès décisifs dans la région méridionale. Parallèlement, les efforts visant à maintenir une bonne couverture dans toutes les zones accessibles se poursuivent.

Afin de faire face au risque accru d'importation en Afghanistan qui fait suite à l'intensification récente de la circulation dans la zone frontalière avec la région des zones tribales sous administration fédérale/de la province de Khyber Pakhtunkhwa du Pakistan et à la flambée au Tadjikistan, le programme conduit des opérations de ratissage et de vaccination des enfants traversant les frontières et élève la sensibilité de la surveillance. La coordination entre les programmes d'éradication de la poliomyélite du Pakistan et d'Afghanistan est exemplaire.

## 2.3 Soudan

Au Soudan, le dernier cas de poliomyélite a été notifié en juin 2009 après la flambée qui a débuté en 2008, grâce à des efforts concluants pour vacciner les enfants dans l'ensemble du pays. Le système de surveillance a également été renforcé. Les données relatives à la surveillance systématique, ainsi que l'évaluation documentaire réalisée en 2010 au Sud-Soudan et l'évaluation complète de la surveillance par des experts internationaux en avril 2011, montrent que le système fonctionne, dans l'ensemble, de manière raisonnablement satisfaisante.

L'isolement récent d'un poliovirus sauvage dans un échantillon provenant d'Assouan (Égypte), lié à la circulation du poliovirus au Soudan pendant la période 2008-2009, indique une lacune possible dans la surveillance. En réponse à cette observation, une investigation sur le terrain a été conduite à la fois en Égypte et au Soudan. Cette investigation a donné lieu à une évaluation rapide du système de surveillance de la PFA, à la cartographie des mouvements de population entre le Soudan et Assouan et à l'évaluation de la couverture par le VPO.

Au Sud-Soudan, la couverture vaccinale est toujours inférieure aux cibles du Plan stratégique mondial (moins de 10 % d'enfants non vaccinés lors de chaque activité de vaccination supplémentaire en 2010). Des efforts visant à atteindre cet objectif se poursuivent dans un contexte très difficile.

## **2.4 Somalie**

La Somalie est exempte de poliomyélite depuis 2007 et continue d'excéder les normes internationales en matière de surveillance de la PFA. Une évaluation documentaire de la surveillance a été réalisée en juin 2010 et ses recommandations sont actuellement mises en œuvre.

La plus grande difficulté rencontrée en Somalie consiste à atteindre tous les enfants pour leur administrer le VPO. En 2010, plus de 800 000 enfants de moins de 5 ans (soit 40 % du total national) sont restés inaccessibles en raison du refus d'éléments antigouvernementaux d'autoriser les activités de vaccination de masse dans les régions centrales et méridionales. De ce fait, une insuffisance significative de la protection immunitaire apparaît au sein des populations de ces zones, où des poliovirus dérivés de la souche vaccinale ont été identifiés à plusieurs reprises depuis 2009.

Plusieurs actions sont en cours pour remédier à la détérioration de l'accès aux populations lors des Journées de vaccination nationales et des Journées de la santé de l'enfant, sans succès jusqu'à présent.

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

### **3.1 Vaccination systématique**

L'amélioration des services de vaccination systématique et de la couverture du PEV demeure l'une des stratégies essentielles pour l'éradication de la poliomyélite. Vingt-cinq pour cent au moins du temps de travail des personnels de terrain sont consacrés au renforcement du système de vaccination. Ce chiffre inclut la mise en œuvre de l'approche « Atteindre tous les districts » (microplanification au niveau des districts), ainsi que l'évaluation des éléments de la chaîne du froid. Le statut vaccinal des cas de PFA est utilisé pour identifier les domaines où l'efficacité de la vaccination systématique n'est pas optimale. De plus, au cours des activités de vaccination supplémentaires, le personnel chargé de la vaccination enregistre les enfants de moins d'un an n'ayant reçu aucune dose dans le cadre de la vaccination systématique.

### **3.2 Activités de vaccination supplémentaires**

Sept pays de la Région exempts de poliomyélite (l'Arabie saoudite, Djibouti, l'Égypte, la République islamique d'Iran, l'Iraq, la Jordanie et la République arabe syrienne) ont conduit des activités de vaccination supplémentaires en 2010, principalement dans les zones géographiques où vivent des populations à haut risque et où la couverture par la vaccination systématique est faible, en vue de renforcer l'immunité de la population. En outre, plusieurs initiatives ont été ajoutées au programme, à savoir l'utilisation du VPO bivalent, un vaccin très efficace, et le suivi indépendant des activités de vaccination supplémentaires.

En 2010, le Pakistan a organisé six journées nationales de vaccination (JNV), quatre journées locales de vaccination (JLV) et six opérations de ratissage et le Pakistan quatre JNV, quatre JLV et quatre opérations de ratissage. Quatre JNV ont été organisées dans le sud du Soudan ; trois JNV et une JLV ont été réalisées dans le nord du Soudan et le VPO y a été utilisé durant la campagne des Journées de la santé de l'enfant. La Somalie a mis en œuvre deux JNV échelonnées et le VPO a été administré lors de cinq Journées de la santé de l'enfant échelonnées.

Dans le cadre des JNV et des JLV, le vaccin administré a été le VPOb ou le VPOt, mais les opérations de ratissage ont été menées avec les vaccins monovalents et parfois avec le VPOb. Dans la plupart des cas, le vaccin utilisé dans le cadre des Journées de la santé de l'enfant a été le VPOt.

Plusieurs mesures opérationnelles clés ont été prises afin d'améliorer la qualité des activités de vaccination supplémentaires. Il s'agissait notamment de :

- susciter l'intérêt des dirigeants politiques et administratifs pour la surveillance et garantir la responsabilisation ;
- garantir l'actualisation des plans de district et des plans des niveaux inférieurs, notamment des plans municipaux ;
- renforcer les actions de communication en privilégiant la sensibilisation du public et la génération de la demande ;
- utiliser la stratégie dite de la dose supplémentaire dans un intervalle court (SIAD) dans les zones où l'accessibilité est problématique ;
- surveiller la couverture des activités de vaccination supplémentaires par l'intermédiaire de vérificateurs indépendants et d'études de marché. L'assurance de la qualité par lots a été instaurée en décembre 2010 au Pakistan pour évaluer la validité des données déclarées relatives à la couverture.

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

Au niveau national, les principaux indicateurs de surveillance de la PFA (taux de PFA non-poliomyélitique et pourcentage d'échantillons de selles adéquats) atteignent les normes internationales. Tous les pays de la Région ont maintenu le taux requis de PFA non-poliomyélitique pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. Le pourcentage de cas de PFA avec recueil d'échantillons de selles adéquats est supérieur à la cible de 80 %, sauf au Maroc. Cependant, l'analyse des données au niveau infranational a fait apparaître certaines lacunes qui sont plus significatives pour les pays dans lesquels aucun signe de transmission n'a été observé au cours des cinq dernières années. Les données sont utilisées pour orienter les activités de manière à améliorer les opérations dans ces pays.

En 2010, des bilans de la surveillance de la PFA ont été effectués dans huit pays de la Région : l'Afghanistan, l'Égypte, le Liban, le Maroc, la Somalie (examen documentaire), le Sud-Soudan (examen documentaire), la Tunisie et le Yémen. Ces bilans ont montré que les systèmes fonctionnent correctement. Certaines recommandations soulignant des actions supplémentaires nécessaires à l'amélioration du système ont été formulées et sont étudiées avec sérieux par les autorités nationales.

Des poliovirus dérivés de la souche vaccinale circulants ont été identifiés dans certaines régions d'Afghanistan et de Somalie, reflétant les difficultés rencontrées en matière de couverture systématique par le PEV dans ces régions.

La surveillance de l'environnement continue de s'avérer utile comme outil de surveillance supplémentaire. Elle se poursuit en Égypte et a été étendue au Pakistan afin de couvrir des villes importantes telles que Karachi, Lahore, Multan, Rawalpindi, Peshawar et Quetta.

Tous les pays fournissent chaque semaine des données de surveillance de la PFA au Bureau régional. Ces données sont analysées et publiées dans le bulletin PolioFax qui est envoyé chaque semaine aux pays.

#### *Évaluation du risque de flambée impliquant un poliovirus sauvage à la suite d'une importation*

La situation dans les pays de la Région exempts de poliomyélite est analysée régulièrement à l'aide du modèle d'évaluation des risques mis au point par le Bureau régional, afin d'évaluer le risque de flambée impliquant un poliovirus sauvage à la suite d'une importation. Ces analyses ont

pour objectif d'alerter les pays en temps utile en cas de risque de flambée, de faciliter la prise de décision en ce qui concerne l'établissement des priorités en matière d'appui technique et de fournir des données pour les activités de plaidoyer et les demandes de financement.

Les dernières analyses des risques ont révélé que la Somalie et le Yémen sont des pays à haut risque où le nombre d'enfants non vaccinés est alarmant et où une part importante des enfants n'est pas protégée.

### **3.4 Réseau régional de laboratoires du poliovirus**

Les laboratoires du poliovirus du réseau régional maintiennent des indicateurs de performance du niveau requis pour la certification. La charge de travail du réseau de laboratoires est considérable. En 2010, ces derniers ont traité près de 27 000 échantillons provenant de cas et de contacts, soit 4 % de plus qu'en 2009. Au total, pour 94 % des échantillons, les résultats de la culture étaient disponibles dans un délai de 14 jours, pour 98 % les résultats de la différenciation intratypique (DIT) étaient disponibles 7 jours après l'envoi d'une culture virale positive et pour 97 % des cas de PFA, les résultats biologiques finaux étaient fournis dans les 45 jours suivant le début de la paralysie. Les poliovirus sauvages et les poliovirus dérivés de la souche vaccinale continuent d'être détectés avec rapidité et exactitude. Pour la caractérisation des poliovirus, les méthodes de RT-PCR en temps réel ont été appliquées dans les laboratoires pratiquant la différenciation intratypique.

Le laboratoire régional de référence de Tunis a été accrédité en tant que deuxième laboratoire OMS de séquençage nucléotidique des poliovirus dans la Région, après le laboratoire régional de référence du Pakistan, qui fournit des résultats de séquençage nucléotidique de bonne qualité et en temps utile pour tous les poliovirus importants pour le programme, isolés dans les échantillons de PFA et dans les échantillons environnementaux. Des modules de formation à la sécurité biologique ont été organisés en 2010 dans tous les laboratoires du réseau régional.

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

Le programme régional d'éradication de la poliomyélite continue de fournir aux enfants touchés par cette maladie les traitements nécessaires à leur rééducation tant physique que sociale. Les services thérapeutiques, qui incluent notamment la physiothérapie, la fourniture d'orthèses et d'appareillages de correction, ainsi que la prise en charge de la scolarisation, aident les survivants de la poliomyélite à devenir des membres indépendants et productifs de la communauté. Après le succès de cette initiative au Pakistan, le Bureau régional étend à présent des services similaires aux enfants touchés par la poliomyélite en Afghanistan.

## **4. Questions finales**

### **4.1 Confinement en laboratoire des poliovirus sauvages et matériels potentiellement infectieux**

Cette activité très importante est destinée à minimiser, après l'éradication, le risque de réintroduction dans la communauté de poliovirus sauvages ou Sabin à partir des laboratoires, particulièrement après l'interruption de l'utilisation du VPO. Tous les programmes nationaux élaborent des plans pour gérer ce risque dans les établissements essentiels, au moyen du confinement, la mesure de protection primaire, et des sites, qui constituent les mesures de protection secondaire.

Tous les pays de la Région, à l'exception de l'Afghanistan, du Pakistan et de la Somalie, ont déclaré avoir terminé la phase 1 des activités d'enquête sur les laboratoires et d'inventaire pour le confinement des poliovirus sauvages et des matériels potentiellement infectieux. Les 19 pays



ayant achevé la phase 1 des activités de confinement ont été priés de soumettre le rapport sur l'assurance de la qualité. La documentation de la qualité des activités de confinement de phase 1 a été remise par tous les pays, excepté le Liban.

#### **4.2 Certification de l'éradication de la poliomyélite**

La Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite a tenu deux réunions en 2010. Lors de sa première réunion, du 4 au 6 mai, les mises à jour annuelles abrégées pour 2009 de l'Arabie saoudite, de Bahreïn, des Émirats arabes unis, de la République islamique d'Iran, de l'Iraq, de la Jordanie, du Koweït, du Liban, de la Jamahiriya arabe libyenne, du Maroc, d'Oman, du Qatar, de la République arabe syrienne et de la Tunisie ont été examinées, de même que les documents nationaux finaux pour la certification fournis par l'Égypte et la Palestine et les mises à jour annuelles pour 2009 de la Somalie et du Yémen. Tous ont été acceptés, à l'exception de la mise à jour annuelle abrégée du Liban, qui a été reportée jusqu'à ce que la Commission nationale de certification puisse apporter la preuve de l'amélioration de la surveillance jusqu'au niveau requis pour la certification.

Lors de sa seconde réunion, les 19 et 20 octobre, les documents nationaux de base du Soudan, ainsi que la mise à jour annuelle abrégée de Djibouti pour 2009 et les documents nationaux provisoires pour la certification de l'Afghanistan et du Pakistan, ont été examinés. Les documents nationaux de base du Soudan ont été acceptés, avec un rappel de la nécessité de maintenir l'efficacité de la surveillance et d'assurer des niveaux élevés d'immunité au moyen d'activités améliorées de vaccination systématique et d'activités de vaccination supplémentaires. La mise à jour annuelle abrégée de Djibouti pour 2009 a été reportée en raison de la performance insuffisante du système de surveillance de la PFA. En ce qui concerne les rapports provisoires de l'Afghanistan et du Pakistan, la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite a exprimé sa satisfaction à l'égard des efforts des Commissions nationales de certification et du fait que les efforts de surveillance ont été généralement maintenus aux normes requises.

### **5. Soutien technique et financier aux pays**

En 2010, le soutien technique de l'OMS au programme régional d'éradication de la poliomyélite a été maintenu grâce au recrutement de 41 agents internationaux assistés par 15 employés à court terme (3 mois) membres de l'équipe « Halte à la transmission de la poliomyélite » (STOP) détachés par les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) des États-Unis, 33 agents professionnels nationaux et 248 médecins nationaux assistés par 798 autres personnels nationaux.

De plus, des équipes d'experts constituant des groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux apportent un soutien technique aux programmes nationaux sur les orientations stratégiques. Tous les personnels travaillant sur la poliomyélite soutiennent également le Programme élargi de vaccination (PEV) et participent à d'autres programmes de santé prioritaires et d'urgence au niveau national.

La plupart des pays de la Région continuent de fournir une grande partie des ressources nécessaires pour les efforts d'éradication, en particulier en ce qui concerne la vaccination systématique et la surveillance. De plus, des ressources financières externes considérables ont été obtenues afin de soutenir les activités nationales, en particulier pour les frais de fonctionnement, le soutien technique et les ressources nécessaires à la poursuite des activités de surveillance. Les ressources externes fournies pour soutenir les activités planifiées par le biais de l'OMS pour 2010-2011 devraient dépasser les 120 millions de dollars. Les principaux donateurs de ces fonds sont le Rotary International, les gouvernements du Canada (ACDI), des États-Unis d'Amérique et

des Émirats arabes unis, la Fondation Bill & Melinda Gates, le Département britannique pour le développement international (DFID), ainsi que les gouvernements italien, norvégien, français, australien, allemand et de la Fédération de Russie.

## **6. Coordination avec d'autres Régions de l'OMS**

La coordination avec d'autres régions de l'OMS, en particulier les régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-est et de l'Europe, se poursuit de manière très satisfaisante. Des données de surveillance et des informations épidémiologiques importantes sont échangées chaque semaine. Par ailleurs, des efforts sont faits pour synchroniser les dates des activités de vaccination supplémentaires ou, au minimum, assurer une coordination transfrontalière de ces activités.

Le Groupe consultatif technique de la Corne de l'Afrique illustre la coordination étroite entre les pays des Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. En outre, les laboratoires des deux régions se soutiennent mutuellement. Le *Kenya Medical Research Institute* (KEMRI) soutient la Somalie et le Sud-Soudan, et le laboratoire du Soudan apporte son soutien à l'Érythrée. Le Bureau régional soutient le Nigéria dans le développement de la surveillance de l'environnement.

La flambée au Tadjikistan a relancé les efforts de coordination entre la Région de la Méditerranée orientale et la Région de l'Europe, ainsi que la collaboration MECACAR (entre les pays du Moyen-Orient, du Caucase et les Républiques d'Asie centrale). Le laboratoire de référence du Pakistan a apporté son soutien à l'analyse moléculaire par séquençage des virus présents au Tadjikistan. La participation régulière de représentants d'autres régions aux réunions régionales, telles que celles du Groupe consultatif technique régional et de la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, assure l'échange d'informations sur les enseignements tirés et les pratiques utiles.

## **7. Engagement régional pour l'éradication de la poliomyélite**

L'engagement des autorités nationales en faveur de l'objectif d'éradication de la poliomyélite reste à son plus haut niveau, tant dans les pays d'endémie que dans les pays exempts de poliomyélite. Le Comité régional reçoit des rapports de situation annuels et ses résolutions fixent les orientations stratégiques du programme. Le programme d'éradication de la poliomyélite est placé directement sous l'autorité du Directeur régional, qui participe personnellement à toutes les activités importantes et s'est également rendu à plusieurs reprises au Pakistan, le pays d'endémie hautement prioritaire de la Région. En compagnie du Directeur général, il a rencontré Son Excellence Asif Ali Zardari, Président du Pakistan, qui a annoncé un plan d'action d'urgence visant à interrompre la transmission d'ici la fin de 2011.

## **8. Enjeux et orientations futures**

L'interruption de la transmission du poliovirus en Afghanistan et au Pakistan est la priorité absolue de la Région. En Afghanistan, avec l'aide de tous les partenaires, les efforts se poursuivront sur plusieurs fronts afin de garantir un accès sécurisé aux enfants et leur vaccination dans la région méridionale du pays, pour la vaccination systématique et pour la vaccination supplémentaire.

Au Pakistan, les principaux risques liés à l'interruption de la circulation du poliovirus sont notamment la situation sécuritaire imprévisible dans la région des zones tribales sous administration fédérale, la médiocrité de la gestion dans un contexte d'adhésion et de surveillance non systématiques de la part des gouvernements et la nécessité d'une responsabilisation reposant sur la performance. Les efforts se poursuivront afin d'assurer la mise en œuvre complète du plan d'action d'urgence national.

Le maintien du statut d'exemption de poliomyélite dans les pays exempts est à la fois un enjeu et un résultat. L'analyse d'évaluation des risques pour les pays exempts de poliomyélite sera régulièrement et judicieusement utilisée pour l'identification précoce d'un risque accru dans l'un quelconque des pays et des mesures correctives seront prises pour remédier à la situation en temps utile. Le Yémen, par exemple, connaît un risque accru, exacerbé par l'instabilité politique récente. Dès que l'occasion se présentera, des activités de vaccination supplémentaires auront lieu.

Le maintien d'une surveillance conforme aux normes de certification dans tous les pays constitue l'un des principaux enjeux. Des programmes de surveillance hautement sensibles sont importants pour assurer une interruption réelle de la transmission du poliovirus sauvage. L'OMS continuera de soutenir les efforts nationaux dans ce domaine. L'OMS soutiendra également les bilans de surveillance de la PFA et suivra la mise en œuvre des recommandations auxquelles ils donnent lieu.

En Somalie, le refus de la part d'éléments antigouvernementaux d'autoriser la vaccination de plus de 800 000 enfants de moins de 5 ans constitue un enjeu majeur qui menace les résultats obtenus à ce jour. Les efforts seront poursuivis et la priorité sera accordée aux négociations avec ces éléments, afin d'obtenir l'autorisation de vacciner les enfants.

L'optimisation de la collaboration avec le PEV en vue d'améliorer la couverture par le PEV systématique se poursuivra dans tous les États-membres. Le maintien de l'immunité de la population préviendra également l'apparition de poliovirus dérivés de la souche vaccinale.

La coordination et la collaboration avec d'autres bureaux régionaux de l'OMS et entre pays voisins de la Région et d'autres régions seront maintenues et encore renforcées.

L'obtention des ressources financières requises pour mettre en œuvre le plan régional d'éradication est un enjeu permanent.