

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



مِنَظَرُ الصِّحَّةِ الْعَالَمِيَّةِ  
المكتب الإقليمي شرق المتوسط

**Comité régional de la  
Méditerranée orientale**

EM/RC57/INF.DOC.1  
Août 2010

**Cinquante-septième session**

Original : arabe

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

**Rapport de situation**  
**Éradication de la poliomyélite**



## Sommaire

1.	Introduction .....	1
2.	Situation actuelle dans la Région de la Méditerranée orientale .....	1
2.1	Situation au Pakistan .....	1
2.2	Situation en Afghanistan .....	2
2.3	Situation au Soudan .....	3
3.	Mise en œuvre des stratégies d'éradication de la poliomyélite .....	3
3.1	Vaccination systématique .....	3
3.2	Activités de vaccination supplémentaires .....	3
3.3	Surveillance de la paralysie flasque aiguë .....	4
3.4	Réseau de laboratoires régional .....	5
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 .....	7
7.	Engagement régional pour l'éradication de la poliomyélite .....	8
8.	Enjeux et orientations futures .....	8



## 1. Introduction

En réponse à une résolution de la Soixante-et-Unième Assemblée mondiale de la Santé en 2008 (WHA 61.1) appelant un nouveau plan pour compléter les mesures visant à l'éradication de la poliomyélite, la Région de la Méditerranée orientale a largement contribué aux efforts visant à examiner les nouvelles approches permettant d'atteindre les enfants qui sont régulièrement oubliés pendant les activités de vaccination supplémentaires. Elle a également contribué à l'évaluation indépendante des principaux obstacles à l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage qui a eu lieu au second trimestre 2009. Le résultat de ces efforts a été fondamental pour définir les mesures régionales en 2010 et élaborer le plan stratégique mondial pour l'éradication de la poliomyélite 2010-2012.

Suite aux efforts régionaux en 2009, 19 pays ont conservé leur statut d'absence de poliomyélite cette année. En outre, le dernier cas de poliomyélite au Soudan méridional a été découvert en juin 2009 ; depuis, le poliovirus sauvage circule uniquement dans les deux pays d'endémie de la Région, l'Afghanistan et le Pakistan.

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

### 2.1 Situation au Pakistan

Au Pakistan, la transmission du poliovirus sauvage se limite aux trois zones de transmission composées de groupes de districts/zones tribales/villes. Ceux-ci se trouvent dans le Sindh (3 villes du district de Karachi, à savoir Gadap, Baladia et Gulshan E. Iqbal), au Baloutchistan (les trois districts attenants de Quetta, Pishine et Kila Abdullah que l'on appelle le bloc de Quetta) et dans les zones tribales, en particulier Khyber et Bajaur dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) et Peshawar dans la Province de la Frontière du Nord-Ouest (NWFP). Sur les 155 districts/zones/villes, 15 seulement ont une transmission persistante ou sont à haut risque. À partir de ces réservoirs, les virus indigènes réinfectent régulièrement d'autres zones du pays exemptes de poliomyélite, entraînant généralement des cas sporadiques.

En 2009, le Pakistan a signalé au total 89 cas de poliomyélite, dont 60 de type 1, 28 de type 3 et un cas qui est une combinaison des poliovirus de type 1 et de type 3. Ces cas ont été signalés par 34 districts, ce qui signifie que 78 % des districts ont été épargnés en 2009 et qu'une grande partie de la population vit dans des zones exemptes de poliomyélite. Plus de la moitié (56 %) des cas de poliomyélite venaient de zones d'insécurité, dont 20 de Swat et 15 cas de la zone tribale de Bajaur.

Les efforts pour atteindre l'éradication de la poliomyélite au Pakistan ont été entravés dans certaines zones de la NWFP/FATA et du Baloutchistan par l'insécurité et le conflit actif, qui compromettent l'accès aux enfants et entraînent un important mouvement de population, et dans d'autres zones par une gestion et une mise en œuvre inadéquates des stratégies d'éradication, comme c'est le cas pour certains districts dans les villes du Baloutchistan et à Karachi.

Le gouvernement pakistanais est très impliqué dans l'éradication de la poliomyélite, comme l'illustrent l'engagement personnel de S.E. M. Asif Ali Zardari, Président du Pakistan, qui a inauguré les Journées nationales de vaccination, et la nomination de sa fille Assefa Bhutto Zardari comme ambassadrice pour la poliomyélite. Le Premier Ministre a lancé un solide plan d'action pour éradiquer la poliomyélite, qui a permis de renforcer plus que jamais le nombre de secteurs soutenant activement le programme. Un comité ministériel interprovincial pour la lutte contre la poliomyélite, présidé par le Ministère fédéral de la Santé, a été créé et se réunit régulièrement. Toutefois, l'engagement des autorités de district n'est pas aussi élevé qu'aux niveaux provincial et national. L'accent est davantage mis sur le fait que les autorités de district doivent rendre des comptes quant à leur performance, et fournir régulièrement aux provinces et districts des informations mettant en évidence les lacunes. Cela a été possible après l'introduction du suivi

indépendant des activités de vaccination supplémentaires fondé sur la couverture du marquage au doigt, objectivement vérifiable. Ces données de couverture crédibles correspondent bien à la répartition du poliovirus sauvage. Un système de rétribution de la performance sera mis en place.

Dans le cadre des efforts de sensibilisation, le Directeur régional s'est rendu au Pakistan et a rencontré le Premier ministre, S.E. M. Syed Youssef Raza Gillani, qui a réaffirmé l'engagement du gouvernement à l'égard de l'objectif d'éradication de la poliomyélite et des actions pour lutter contre les obstacles restants.

Fin 2009, il ne restait que 9 districts avec une transmission persistante et 6 avec une réinfection intermittente. Ces 15 districts/villes/zones à plus haut risque comprennent d'autres zones et populations à haut risque. La persistance de la circulation du virus dans ces petites zones présente un risque de propagation du virus vers d'autres zones. La majorité des cas en 2010 proviennent de ces zones de transmission bien identifiées. Le renforcement de la performance dans ces zones à haut risque offre de réelles possibilités pour le Pakistan d'interrompre la circulation du poliovirus. Le Comité ministériel interprovincial contre la poliomyélite a élaboré et approuvé des plans complets avec des cibles pour les trois prochaines années (2010-2012).

## **2.2 Situation en Afghanistan**

La majeure partie de l'Afghanistan est exempte de poliomyélite. La transmission persistante du poliovirus sauvage se limite désormais à 13 districts d'insécurité dans les provinces de Helmand, Kandahar et Uruzgan dans la zone de conflit du sud, où la précarité de la situation sécuritaire limite l'accès aux enfants pour la vaccination.

L'Afghanistan a signalé 38 cas de poliomyélite en 2009 (15 P1 et 22 P3 et une combinaison de P1 et de P3), dont 34 venaient de la région du sud. Tous les cas signalés depuis juillet 2009 (sauf un) étaient des P3, reflétant les périodes de circulation prédominantes de P1 et d'autres de P3.

Le gouvernement afghan est clairement impliqué dans le soutien politique au programme et tous les partenaires poursuivent leurs efforts pour améliorer l'accessibilité. Parmi ces efforts, citons les demandes aux groupes militaires de continuer à « déconflicter » la situation pendant les journées de campagnes dans les zones d'activités de vaccination ainsi que la coordination avec le Comité international de la Croix-Rouge pour maintenir la coopération des éléments anti-gouvernementaux par leurs lettres de soutien. Dans le sud de l'Afghanistan, les nouvelles approches pour améliorer l'accès aux enfants consistent notamment à recruter des « négociateurs locaux pour l'accès » pour travailler avec toutes les parties du conflit et à confier aux organisations non gouvernementales locales la prestation de l'ensemble de base des services de santé dans ces zones afin de mettre en œuvre des activités de vaccination supplémentaires. Ces approches ont suscité un intérêt accru, en particulier pendant les activités de vaccination supplémentaires au second semestre 2009. Toutefois, l'accès reste fluctuant de tournée en tournée et des efforts supplémentaires sont encore nécessaires pour garantir la qualité de la campagne afin d'interrompre la transmission du virus. Des plans spécifiques ont été élaborés pour les 13 districts qui ont une transmission persistante dans le but d'améliorer les approches prometteuses. Parallèlement, les efforts se poursuivent pour maintenir une bonne couverture dans toutes les zones accessibles.

La coordination transfrontalière entre les programmes d'Afghanistan et du Pakistan est exemplaire et vise à optimiser la couverture des zones frontalières et des enfants en déplacement. Près de deux millions d'enfants de moins de cinq ans ont été vaccinés en 2009, dans 11 postes de vaccination frontaliers. Les dates des campagnes de vaccination sont synchronisées et les deux pays échangent régulièrement des informations.

### **2.3 Situation au Soudan**

La flambée qui a débuté en 2008 au Soudan méridional a entraîné 24 cas en 2008 et 40 en 2009 (apparition du dernier cas de poliomyélite le 27 juin). Neuf des dix États du Soudan méridional (tous sauf West Bahr el Gazal) ont signalé des cas, avec une propagation au nord Soudan et aux zones voisines du Kenya et de l'Ouganda. Des actions ont été menées pour endiguer la flambée, notamment le renforcement du soutien technique et logistique, l'examen et l'actualisation des plans pour les activités de vaccination supplémentaires, ainsi que le renforcement de la surveillance et de l'engagement du gouvernement local. Parmi les réalisations importantes à cet égard, citons l'élaboration du Plan d'action présidentiel et la création du comité interministériel (et donc l'implication de hauts responsables dans le soutien aux campagnes) qui garantissent la coordination des actions par tous les partenaires. Des activités de vaccination supplémentaires utilisant principalement le VPO1 monovalent sont menées depuis mai 2008, synchronisées avec des activités similaires dans les pays voisins. Les efforts sont désormais concentrés sur le renforcement de la surveillance et la vérification de l'interruption de la transmission du virus.

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

### **3.1 Vaccination systématique**

De nombreux pays de la Région ont réussi à interrompre la circulation du poliovirus en garantissant une forte couverture de la vaccination systématique des nouveau-nés. Le rôle crucial d'une importante couverture systématique pour préserver les résultats et prévenir la propagation du poliovirus après l'importation est clairement attesté dans la Région. Parallèlement, il a été constaté que des importations dans des pays et communautés ayant une faible couverture systématique avaient entraîné des flambées.

Conscient du rôle fondamental de la vaccination systématique dans l'éradication de la poliomyélite, le personnel de terrain du programme d'éradication de la maladie poursuit ses efforts pour la continuer et la renforcer. De même, les capacités développées par le programme d'éradication en matière de micro-planification, de mise en œuvre des campagnes, de suivi et d'évaluation sont très utiles pour renforcer les activités de vaccination systématique.

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

Les activités de vaccination supplémentaires visent à compléter la vaccination systématique, en particulier dans les pays ayant une faible couverture systématique, afin de s'assurer que tous les enfants de moins de 5 ans soient immunisés contre la poliomyélite.

En 2009, l'Afghanistan et le Pakistan ont organisé des activités de vaccination supplémentaires tout au long de l'année à des intervalles de 4 à 6 semaines. Des opérations de ratissage ont également été mises en place en réponse à l'isolement du poliovirus sauvage en Afghanistan, au Pakistan et au Soudan en utilisant le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) monovalent approprié. Le statut d'absence de poliomyélite des autres pays est maintenu en évitant le développement d'une protection immunitaire insuffisante chez les enfants par l'amélioration de la vaccination systématique et la mise en œuvre des activités de vaccination supplémentaires, en particulier dans les foyers de faible couverture vaccinale. L'immunité des enfants de 6 à 23 mois est régulièrement surveillée en analysant les antécédents vaccinaux des cas de PFA (paralysie flasque aiguë). À cet égard, certains pays exempts de poliomyélite ont mené des campagnes en 2009 visant principalement les zones à haut risque et celles ayant une faible couverture systématique (Arabie saoudite, Djibouti, Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne,

Jordanie, Somalie, République arabe syrienne et Yémen). De même, d'autres campagnes visant les enfants, comme les journées de la santé de l'enfant et les campagnes pour l'élimination de la rougeole, sont utilisées pour administrer des doses supplémentaires de VPO.

Les campagnes de vaccination supplémentaire se sont poursuivies, principalement de maison en maison, visant tous les enfants de moins de 5 ans. La microplanification détaillée est utilisée pour garantir la qualité des campagnes, avec des efforts pour obtenir l'engagement et le soutien des politiciens et divers dirigeants communautaires et autres organisations gouvernementales et non gouvernementales. Une attention particulière est accordée aux zones à risque et aux groupes difficiles à atteindre. Dans certaines situations, le vaccin monovalent a été utilisé pour optimiser la réponse immunitaire spécifique. Fin 2009, le VPO bivalent (VPOb) a été utilisé pour la première fois contre les virus de type 1 et 3 en Afghanistan, puis dans d'autres pays dont le Pakistan. Ce vaccin a l'avantage de déclencher une bonne réponse immunitaire contre les deux types de virus, simultanément. Des inspecteurs indépendants sont recrutés pour évaluer le processus et l'issue des activités de vaccination supplémentaires, et le marquage au doigt est utilisé afin de vérifier la couverture et de s'assurer qu'aucun enfant n'a été oublié. Les conclusions des inspecteurs indépendants sont immédiatement transmises aux autorités responsables pour une action appropriée. Les journées nationales de la vaccination ont été coordonnées entre les pays voisins et les activités de vaccination supplémentaires ont permis de dispenser d'autres services, comme la distribution de la vitamine A vitale et de comprimés vermifuges.

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

Le système de surveillance pour la paralysie flasque aiguë (PFA) dans la Région se poursuit aux normes internationales établies. Il est utilisé pour répertorier les réalisations en matière de transmission du virus sauvage et diriger les opérations visant à lutter contre la transmission continue. Les pays d'endémie et récemment exempts de poliomyélite conservent un taux de PFA non-poliomyélitique d'au moins 2 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans. Le même niveau a été atteint dans de nombreux autres pays, en particulier ceux à haut risque d'importation. Tous les pays exempts de poliomyélite à l'exception du Liban ont indiqué un niveau supérieur au minimum requis d'un (1) cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans.

Le second indicateur pour la qualité de la surveillance, à savoir le pourcentage de cas de PFA avec collecte d'échantillons de selles conformes, a également été maintenu au-dessus de la cible de 80 % au niveau régional (91,08 %) et dans tous les pays de la Région, à l'exception de Djibouti, du Koweït, du Liban et du Maroc, où il était légèrement inférieur à la cible.

Tous les pays continuent à fournir chaque semaine des données de surveillance de la PFA au Bureau régional, où elles sont analysées et publiées dans le bulletin hebdomadaire PolioFax qui est envoyé à tous les pays. En outre, une évaluation indépendante (bilans de surveillance) est mise en place afin d'évaluer la qualité de la surveillance de la PFA. Ces bilans ont révélé, en général, que les systèmes de surveillance sont assez adaptés pour détecter tout poliovirus en circulation ou toute importation. Le Bureau régional suit de près la mise en œuvre des recommandations de ces bilans et une nouvelle série de bilans est prévue en 2010, suivie par des cours de formation pour remédier à toute lacune observée pendant ces bilans. L'Égypte poursuit la mise en place des activités de surveillance supplémentaires, à savoir la surveillance de l'environnement. Le Pakistan a mis en place cette même surveillance dans plusieurs sites en 2009.

Le Bureau régional met régulièrement à jour la base de données *Information for Action*. La nouvelle version comprend un module pour les données sur les échantillons prélevés auprès des contacts des cas de PFA donnés. L'analyse de ces données a été ajoutée au bulletin hebdomadaire PolioFax en 2009.



### 3.4 Réseau de laboratoires régional

Le réseau de laboratoires de la poliomyélite continue à soutenir efficacement les activités de surveillance de la PFA dans toute la Région. Tous les laboratoires du réseau ont passé avec succès les tests de compétence de l'OMS pour l'isolement du poliovirus et les tests de différenciation intratypique (DIT) et tous sont totalement accrédités à l'exception de celui du Koweït, qui a reçu une accréditation provisoire.

La charge de travail des laboratoires du réseau est considérable. En 2009, ils ont traité 24 912 échantillons de cas et de contacts, et leur activité est tout aussi dense en 2010. Sur les 22 pays, 20 procèdent au prélèvement d'échantillons auprès des contacts de cas de PFA. En 2008 et 2009, 13 et 14 cas dus au poliovirus sauvage ont été respectivement détectés par un contact positif de cas index négatifs. La durée moyenne de communication des données entre la réception de l'échantillon au laboratoire et les résultats finaux de différenciation intratypique (DIT) est passée de 12 jours en 2008 à 10 jours en 2009. Globalement, 94 % des échantillons avaient les résultats de la culture dans les 14 jours, 95 % avaient les résultats de la différenciation intratypique 7 jours après l'envoi d'une culture positive et dans 97 % des cas de PFA, les résultats finaux des analyses de laboratoires étaient fournis 45 jours après le début de la paralysie.

Afin de mettre en place la méthode de PCR en temps réel pour une caractérisation rapide des poliovirus dans les laboratoires de différenciation intratypique, un séminaire-atelier de formation a été organisé en janvier 2009 au laboratoire national de la poliomyélite de Mascate (Oman). Il a été suivi par une mise en œuvre complète dans trois pays (Égypte, République islamique d'Iran et Pakistan), tandis que la normalisation est en cours dans les quatre autres laboratoires (Koweït, Maroc, Oman et Tunisie). Une nouvelle version du logiciel LABIFA (version 4.1) a été développée pour inclure les changements dus à l'introduction de la PCR en temps réel et a été distribuée en 2009.

En 2009, des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) ont été isolés dans des cas de PFA en Afghanistan et en Somalie. Les 6 cas en Somalie sont considérés comme des PVDVc (poliovirus dérivés d'une souche vaccinale circulant).

Le laboratoire régional de référence au Pakistan a poursuivi son activité à un niveau exceptionnellement élevé, desservant à la fois l'Afghanistan et le Pakistan. Le séquençage du génome des virus isolés dans les deux pays est également effectué au laboratoire et indique une baisse manifeste de la diversité génétique des poliovirus.

L'Égypte, dont le dernier cas confirmé de poliomyélite remonte à mai 2004, poursuit le prélèvement d'échantillons d'eaux usées dans 34 sites sur tous les gouvernorats et surveille en permanence la performance par le taux d'isolement de l'EVNP (entérovirus non poliomyélitique) et du virus Sabin. Une réalisation importante a été la création en 2009 d'un laboratoire de surveillance de l'environnement entièrement fonctionnel au Pakistan, où des échantillons d'eaux usées des provinces de Sindh (Karachi) et du Punjab (Lahore) sont analysés afin de mieux comprendre la circulation des poliovirus sauvages et de cibler les zones pour les activités de vaccination.

L'infrastructure de laboratoires élaborée pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région s'avère utile pour soutenir le travail de diagnostic en laboratoire de la grippe pandémique (H1N1) 2009. À cet égard, l'échange de personnel de laboratoire et/ou d'équipement pour la détection des virus grippaux est attesté dans quatre laboratoires (Iraq, Koweït, Oman et Pakistan).

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

Les survivants de la poliomyélite constituent l'un des plus grands groupes souffrant d'incapacités physiques dans le monde. L'OMS estime qu'il y a entre 10 et 20 millions de survivants de la poliomyélite atteints d'incapacités physiques dans le monde.

Il est essentiel de fournir aux patients atteints de poliomyélite les traitements nécessaires à la rééducation, à savoir la physiothérapie ainsi que des orthèses ou appareillages de correction, afin d'optimiser leur mobilité fonctionnelle. Dans certains cas, une intervention chirurgicale peut également être nécessaire.

Le Bureau régional, en collaboration avec l'Organisation internationale de secours islamique (IIRO), a mis en place un programme pour améliorer la qualité de vie des enfants souffrant d'incapacités liées à la poliomyélite au Yémen et au Pakistan, où le nombre de cas de paralysie due à la poliomyélite est important, suite à l'épidémie de 2005 au Yémen et à l'endémicité continue au Pakistan. Ce programme vise spécifiquement à renforcer la mobilité et la dignité des enfants souffrant d'incapacités dues à la poliomyélite et à faciliter leur intégration en tant que membres productifs de la société.

À ce jour, le programme concerne 119 survivants de la poliomyélite au Pakistan et 144 au Yémen et leur fournit divers types d'appareillages orthopédiques. Les orthèses utilisées sont fabriquées localement. Au Pakistan, en plus de la rééducation, des dispositions sont prises pour scolariser les patients d'âge scolaire, avec une prise en charge des frais de scolarité, des uniformes et des livres. Nous espérons sincèrement que ce programme va se poursuivre, et que tous les anciens patients souffrant d'incapacités liées à la poliomyélite pourront être identifiés et bénéficier de l'aide nécessaire, à la fois des institutions et de la communauté.

## **4. Questions finales**

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

Le principal objectif du confinement en laboratoire est de minimiser le risque après l'éradication de réintroduire dans la communauté des poliovirus sauvages ou souches Sabin provenant de laboratoires, à une période où le VPO n'est plus utilisé. Cet objectif peut être atteint par la destruction nationale et l'interdiction des matériels contenant des poliovirus sauf dans les établissements essentiels dans un nombre limité de pays, et par la gestion du risque de ces établissements au moyen de mesures de protection primaires du confinement et les mesures de protection secondaires de situation.

Dix-neuf pays (Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Oman, Palestine, Qatar, République arabe syrienne, Soudan, Tunisie et République du Yémen) ont déclaré avoir achevé la première phase d'enquête et d'inventaire sur les laboratoires. L'Afghanistan, le Pakistan et la Somalie devraient lancer les préparatifs pour la Phase 1 d'enquête sur les laboratoires et d'inventaire pour le confinement des poliovirus sauvages et des matériels potentiellement infectés.

Tous les pays, à l'exception de la Palestine, ont fourni un rapport sur la qualité des activités de confinement de la Phase 1.

Le projet de Plan d'action mondial III (6AP-III) est disponible et il sera adopté officiellement après examen par l'Assemblée mondiale de la Santé.

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

La Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite s'est réunie à deux reprises en 2009 et a examiné divers documents nationaux soumis par les Commissions nationales de certification des pays de la Région. Les documents de base de tous les pays ont été acceptés sauf ceux de l'Afghanistan et du Pakistan, qui sont encore endémiques, et du Soudan, qui a été prié par le Comité consultatif régional de présenter de nouveau son rapport compte tenu de la récente circulation du virus. Tous les pays continueront à présenter des mises à jour annuelles jusqu'à la certification régionale.

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

Le soutien technique de l'OMS au programme régional d'éradication de la poliomyélite a été maintenu par le recrutement de 56 agents internationaux assistés par 27 employés à court terme (3 mois) membres de l'équipe Halte à la transmission de la poliomyélite (STOP) soutenus par les *Centers for Disease Control and Prevention* américains, 14 professionnels et 246 médecins nationaux eux-mêmes soutenus par plus de 700 agents nationaux. En outre, des équipes de spécialistes constituant des groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux étendent le soutien technique aux programmes nationaux sur les orientations stratégiques. Il faut noter que tous les agents de lutte contre la poliomyélite soutiennent également le Programme élargi de vaccination, par exemple pour l'élimination de la rougeole, et participent à d'autres programmes de santé prioritaires au niveau national.

De même, le réseau de laboratoires créé pour l'éradication de la poliomyélite étend désormais ses services aux maladies évitables par la vaccination et à d'autres maladies importantes sur le plan de la santé publique.

Les États Membres de la Région ont continué à fournir des ressources importantes pour les mesures d'éradication, en particulier en ce qui concerne la vaccination systématique. En outre, des ressources financières externes considérables ont été obtenues pour soutenir les activités nationales, en particulier pour les frais de fonctionnement et 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 2009 ont dépassé les USD 62 millions prévus.

Les principaux donateurs pour ces fonds étaient le Département britannique pour le développement international (DFID), le Rotary International, la Banque mondiale, l'Alliance GAVI, le Gouvernement des États-Unis d'Amérique, la Fondation Bill & Melinda Gates, la Fondation des Nations Unies, le Gouvernement canadien, la Communauté européenne ainsi que les Gouvernements du Koweït, de Russie, de la France, de l'Allemagne, de l'Arabie saoudite et des Émirats arabes unis.

#### **6. Coordination avec d'autres Régions**

La coordination des activités d'éradication de la poliomyélite entre les pays de la Région et les pays voisins des autres régions de l'OMS se poursuit. Elle est mise en place de diverses manières, notamment par l'organisation de réunions de coordination, par exemple pour les pays de la Corne de l'Afrique, et la publication d'un bulletin de la Corne de l'Afrique. De même, le Groupe consultatif technique de la Corne de l'Afrique se réunit régulièrement chaque année. La synchronisation des activités et l'échange direct d'informations entre les pays, ainsi que la coordination directe au niveau local, se sont considérablement améliorées. L'opération

MECACAR (pays du Moyen-Orient, du Caucase et des Républiques d'Asie centrale) pour lutter contre la poliomyélite se poursuit entre les pays voisins des Régions de la Méditerranée orientale et de l'Europe, conformément à la déclaration signée en 2007. La portée de l'opération a été étendue pour inclure également l'élimination de la rougeole et la vaccination systématique.

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

L'engagement régional en faveur de l'éradication de la poliomyélite reste à son plus haut niveau, tout particulièrement de la part des autorités nationales dans les pays d'endémie et dans les pays exempts de poliomyélite. Le Comité régional reçoit des rapports de situation annuels. Les orientations progressives reflétées dans les résolutions du Comité régional constituent l'élément moteur pour atteindre cet objectif. Le Directeur régional poursuit les efforts de sensibilisation pour l'éradication de la poliomyélite et la vaccination systématique. En 2009, il s'est rendu dans les pays prioritaires et a rencontré les chefs d'État, Premiers ministres, ministres de la Santé et autres hauts fonctionnaires nationaux, qui l'ont assuré de leur engagement continu à l'égard des efforts d'éradication.

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

Les principaux obstacles auxquels est confronté le programme sont notamment :

- la transmission continue en Afghanistan et Pakistan, en particulier dans les zones de transmission communes où l'accès aux enfants est parfois entravé par l'insécurité dans certaines régions, et par des facteurs culturels, des refus et une qualité non optimale des activités de vaccination supplémentaires dans d'autres zones ;
- un engagement insuffisant de la part des autorités nationales aux niveaux des provinces et districts pour lutter contre la mauvaise qualité chronique de la vaccination et des campagnes dans certaines zones infectées par la poliomyélite ;
- la protection immunitaire insuffisante chez les enfants au Soudan méridional, qui est due à une mauvaise vaccination systématique et à une qualité non optimale des activités de vaccination supplémentaires et qui menace les résultats obtenus, en particulier parce que le poliovirus sauvage est encore en circulation dans les pays africains voisins ;
- le risque lié au poliovirus dérivé d'une souche vaccinale circulant dans les pays ayant une faible vaccination systématique, notamment en Somalie ;
- le maintien de l'intérêt et de l'engagement des autorités nationales à tous les niveaux, en particulier dans les pays exempts de poliomyélite ;
- l'obtention des ressources externes nécessaires pour compléter les ressources nationales.

Afin de surmonter ces obstacles et d'atteindre les étapes du Plan mondial d'élimination de la poliomyélite 2010-2012, les priorités régionales pour l'éradication de la maladie en 2010 sont les suivantes :

1. interrompre la transmission au Pakistan et en Afghanistan par l'intensification des activités de vaccination supplémentaires, garantir l'accès aux enfants dans les zones d'insécurité, résoudre les problèmes de gestion, garantir une performance de qualité et utiliser les nouveaux outils comme le VPOb ;
2. surmonter tous les problèmes et obstacles, en particulier en Somalie et au Soudan, surtout dans le sud, afin de préserver les résultats obtenus ;
3. parer à une protection immunitaire insuffisante dans les pays exempts de poliomyélite en maintenant des niveaux élevés de vaccination systématique et en mettant en œuvre des activités de vaccination supplémentaires dans les foyers où l'immunité de la population est faible ;

4. maintenir la surveillance du niveau requis pour la certification dans tous les pays, aux niveaux national et infranational, et en particulier dans les zones et populations à haut risque ;
5. renforcer les activités de coordination entre les pays voisins de la Région et d'autres régions afin de garantir la synchronisation et l'échange d'informations ainsi que la planification et la coordination au niveau local ;
6. préserver le réseau de laboratoires de la poliomyélite, promouvoir son utilisation pour d'autres programmes importants et poursuivre les activités de confinement et de certification ;
7. fournir les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du plan régional pour l'éradication.