



Rapport de situation sur l'éradication de la poliomyélite

Introduction

1. Depuis le lancement du plan stratégique 2010–2012 concernant l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, l'incidence mondiale de la poliomyélite a chuté de plus de 50 %. Le 21 janvier 2012, le Conseil exécutif de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), alarmé par la recrudescence inattendue des cas en Afghanistan, au Nigeria et au Pakistan en 2011, a recommandé que l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite soit déclarée « urgence programmatique pour la santé publique mondiale ». En conséquence, l'Assemblée mondiale de la Santé a publié une déclaration en ce sens en mai 2012 (résolution WHA65.5). Auparavant, en octobre 2011, une évaluation du Comité de suivi indépendant a révélé la nécessité impérieuse d'apporter des améliorations dans ces trois pays, notamment dans les domaines de la gestion, de la responsabilisation, de la performance, du suivi des programmes et de la culture organisationnelle.

2. En réponse à cette situation d'urgence, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré un plan d'action d'urgence pour 2012–2013. Le but de ce plan est de redoubler d'efforts dans la lutte pour l'éradication de la poliomyélite au moyen d'une approche d'urgence axée sur la mise en place d'un leadership, de structures, de capacités et de systèmes d'intervention appropriés aux niveaux mondial, national et infranational à l'appui de ces transformations.

Situation dans la Région de la Méditerranée orientale

3. Tous les pays de la Région de la Méditerranée orientale sont exempts de poliomyélite à l'exception de deux pays qui restent endémiques, l'Afghanistan et le Pakistan.

4. Conformément à la résolution du Conseil exécutif de l'OMS, déclarant que l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite est une urgence programmatique pour la santé publique mondiale, et pour riposter énergiquement et de manière opportune, une approche d'urgence a été adoptée et des modes opératoires normalisés pour les situations d'urgence dans la Région ont été activés. L'éradication de la poliomyélite est la priorité la plus importante dans la Région et le programme se déroule sous la supervision et l'encadrement directs du Directeur régional.

Pakistan

5. En 2010, le Gouvernement du Pakistan a lancé un plan d'action d'urgence national ciblant l'interruption de la transmission d'ici la fin de l'année 2011. Toutefois, une série de difficultés survenues dans l'année, notamment des inondations, une épidémie de dengue et la délégitimation de l'autorité sanitaire aux provinces associée à des changements de direction à grande échelle, a entraîné une mise en œuvre incomplète du plan et l'incapacité globale à renforcer la responsabilisation au niveau des prestations de campagne.

En 2011, le Pakistan a notifié 198 cas de poliomyélite. La majorité des cas de poliomyélite dans le pays proviennent de la province de Khyber Pakhtunkhwa et des zones tribales sous administration fédérale et de la province de Sindh, où la qualité de la campagne est réduite en raison de questions de sécurité et de gestion.

6. En réponse à la situation, le gouvernement du Pakistan a renforcé le plan d'action d'urgence national pour 2012, en lançant des mesures correctives pour s'attaquer aux problèmes, notamment la mise en place d'une supervision gouvernementale constante, l'appropriation du plan et la responsabilisation à chaque niveau administratif. En outre, une cellule nationale de coordination et de suivi a été créée au sein du Bureau du Premier Ministre afin de coordonner et suivre les activités d'éradication de la poliomyélite au niveau fédéral.

7. Reconnaissant l'importance d'une forte activité de la campagne, l'OMS et l'UNICEF ont préparé un plan fournissant le personnel nécessaire à ce niveau, en commençant par les circonscriptions (*Union Councils*) à haut risque. Tous les partenaires ont augmenté leur appui au programme. L'utilisation appropriée et adaptée du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, l'introduction de doses supplémentaires dans un intervalle court, l'élaboration de plans exhaustifs au niveau des sous-districts, un renfort important dans les personnels d'appui au niveau de la mise en œuvre, des améliorations dans le système de suivi grâce à l'échantillonnage pour l'assurance qualité des lots et le maintien d'un système de surveillance hautement sensible appuyé par des laboratoires de référence régionaux opérationnels comptent parmi les autres efforts et initiatives en cours du programme.

8. Les efforts conjoints du gouvernement, de l'OMS, de l'UNICEF et des autres partenaires ont eu un effet positif sur l'exécution du programme. En juillet 2012, le Pakistan a notifié 23 cas de poliomyélite, contre 60 pendant la même période en 2011. Les « sanctuaires » restants pour le poliovirus sont situés à Pishin (bloc de Quetta), dans la ville de Gadap (district urbain de Karachi) et l'Agence de Khyber, dans les zones tribales sous administration fédérale. Une action accrue est en cours pour obtenir une meilleure appropriation locale des activités d'éradication de la poliomyélite. Par ailleurs, le programme d'éradication affine actuellement sa stratégie de communication afin de surmonter les difficultés émergeant dans le pays. L'OMS et l'UNICEF renforcent leurs équipes en charge de la communication pour accélérer la mise en œuvre des interventions nécessaires.

9. Le défi à relever consiste à appliquer le plan d'action d'urgence national en totalité et de façon cohérente, pour interrompre la transmission des poliovirus. Le programme doit intensifier les efforts en vue d'atteindre les enfants non vaccinés et relever la qualité de la campagne dans les districts à haut risque, en particulier ceux dans lesquels elle a échoué (Pishin, Gadap), tirer parti de toutes les opportunités d'atteindre les enfants dans les zones tribales sous administration fédérale et la zone voisine de Khyber Pakhtunkhwa et créer une demande de vaccination dans les groupes se trouvant dans les zones à plus haut risque, notamment les Pachtounes.

Afghanistan

10. En Afghanistan, la transmission du poliovirus sauvage autochtone se poursuit, avec 80 cas notifiés en 2011 localisés dans 34 districts. Près de 75 % des cas (59) provenaient de trois provinces, à savoir les provinces de Kandahar, Helmand et Farah. Les 13 districts à haut risque dans ces trois provinces sont les plus gravement touchés par les conflits et les opérations militaires qui ont rendu inaccessible un grand nombre d'enfants pour la vaccination systématique mais aussi pour les campagnes supplémentaires.

11. La situation de l'éradication de la poliomyélite est suivie en continu par un groupe de travail national qui se réunit tous les mois. Il est présidé par le ministre de la Santé publique. Le groupe surveille la situation et fournit des recommandations sur les questions politiques et stratégiques. De plus, un groupe consultatif, présidé par le Directeur général de la médecine préventive, a été créé avec la responsabilité d'axer son attention sur les 28 districts à haut risque et d'examiner des approches innovantes pour améliorer la qualité de la campagne et l'accès dans ces districts.

12. L'Afghanistan réévalue actuellement les stratégies opérationnelles dans la région du sud. Le pays a introduit des équipes de vaccination antipoliomyélitique permanentes dans neuf districts, a nommé des agents spécialisés dans 15 districts et a amélioré les services de vaccination systématique dans 28 districts, avec la participation d'organisations non gouvernementales mettant en œuvre l'ensemble de base des services de santé. Le ministère de la Santé publique a constitué une équipe spéciale nationale d'urgence. Parallèlement, les efforts se poursuivent pour maintenir une bonne couverture dans toutes les zones accessibles.

13. En 2012, l'Afghanistan a élaboré un plan d'action d'urgence national. Ses principaux points sont les suivants : amélioration de la gestion et de la responsabilisation, réduction de l'inaccessibilité, hausse de la demande de la communauté et renforcement du Programme élargi de vaccination systématique. Le Président du pays a nommé un point focal au sein de son cabinet pour surveiller l'exécution du programme. Le programme national d'éradication de la poliomyélite a été passé en revue récemment, sur les conseils du comité de suivi indépendant. L'examen a permis d'identifier les retards qui doivent être comblés le plus rapidement possible et recommandait que le programme devrait concentrer son attention sur le niveau du district, renforcer ses capacités dans tous les domaines de la mise en œuvre d'une campagne de qualité et augmenter les capacités techniques aux niveaux provincial et national, pour soutenir, suivre et superviser le niveau du district. Les autres recommandations de l'examen portaient sur les points suivants : toutes les stratégies, y compris en matière de communication, devraient viser à réduire le nombre d'enfants « oubliés » par chaque campagne ; et l'accent devrait être mis sur la gestion et la responsabilisation, en définissant les rôles et les responsabilités des gouverneurs de district et de province. Le Directeur régional a examiné les résultats de cet examen avec les autorités nationales. L'OMS recrute actuellement du personnel supplémentaire aux niveaux du district, de la province et de l'État, pour mettre en œuvre à temps et efficacement les actions prioritaires visant à interrompre la circulation des poliovirus d'ici à la mi-2013.

14. Les autres défis que devra relever le programme concernent la surveillance et la responsabilisation, qui doivent être assurées à tous les niveaux, l'accroissement des ressources humaines, l'élaboration d'un plan de communication clair dans le but d'augmenter la demande de vaccination, l'élargissement de l'accessibilité et le renforcement de la vaccination systématique.

15. La coordination entre les programmes d'éradication de la poliomyélite du Pakistan et de l'Afghanistan est exemplaire. La vaccination des enfants transfrontaliers et le renforcement de la sensibilité de la surveillance sont les mesures clés prises pour riposter à la situation.

Yémen

16. Le Yémen est exempt de poliomyélite depuis février 2006, lorsque le dernier cas de poliomyélite de la vaste flambée de 2005 a été notifié. Le Yémen satisfait régulièrement aux normes de certification concernant les indicateurs de la surveillance de la paralysie flasque aiguë à l'échelle nationale. Toutefois, au cours de la deuxième moitié de l'année 2011, une flambée résultant de poliovirus de type 2 en circulation et issus de la vaccination a été identifiée dans le pays. La flambée a été révélatrice des vastes

déficits d'immunité de la population qui sont la conséquence d'une couverture vaccinale systématique chroniquement faible et d'une insuffisance des activités de vaccination supplémentaires de haute qualité. La tendance croissante en pourcentage des cas de paralysie flasque aiguë n'ayant jamais été vaccinés, passant de 7 % en 2008 à 17 % en 2011, reflète le nombre important d'enfants vulnérables qui a créé les conditions de la flambée. En riposte à la flambée, le Yémen a mené deux journées nationales de la vaccination, l'une en novembre 2011 et l'autre en janvier 2012 et a programmé deux autres Journées nationales de la vaccination pour avril et mai 2012. Le vaccin antipoliomyélitique oral a aussi été ajouté à la campagne antirougeoleuse de rattrapage dans huit gouvernorats en mars 2012. Si une importation d'un poliovirus sauvage devait arriver, le Yémen courrait un risque élevé de connaître une flambée vaste et durable.

Soudan

17. En mars 2009, le dernier cas de poliomyélite a été notifié au Soudan suite à la flambée qui a démarré en 2008. Pendant et après la flambée, le Soudan a augmenté le nombre des activités de vaccination supplémentaires et s'est attaqué aux lacunes présentes dans le programme de vaccination systématique et dans la couverture de vaccination supplémentaire, notamment dans les états et les sous-groupes de population à haut risque. Le Soudan a satisfait à tous les indicateurs de surveillance de la paralysie flasque aiguë de niveau requis pour la certification à l'échelle nationale ; les lacunes dans la surveillance de la paralysie flasque aiguë au niveau infranational ont été ciblées énergiquement afin de les réduire. Une surveillance rapide de la paralysie flasque aiguë a été menée en avril 2011 dans quatre États à haut risque et une enquête de terrain exhaustive a été conduite en janvier 2012. Les deux activités ont conclu que le système de surveillance de la paralysie flasque aiguë était opérationnel et que toute circulation d'un poliovirus serait détectée de manière opportune par le système. En 2011, le Soudan a organisé quatre campagnes de Journées nationales de la vaccination, trois campagnes infranationales dans des états et des régions à haut risque et a ajouté le vaccin antipoliomyélitique oral aux campagnes antirougeoleuses de rattrapage. Le Soudan continue à courir un grand risque d'importation d'un poliovirus sauvage à partir du Tchad voisin, en raison des longues frontières communes où la population se déplace librement.

Soudan du Sud

18. En juillet 2011, le Soudan du Sud est devenu une nation souveraine. Le dernier cas de poliomyélite notifié au Soudan du Sud remonte à juin 2009. Depuis 2010, le pays a satisfait à tous les indicateurs de la surveillance de la paralysie flasque aiguë du niveau requis pour la certification à l'échelle nationale. Un examen exhaustif de la surveillance de la paralysie flasque aiguë sur le terrain a été effectué en avril 2011. L'examen a mis en exergue des questions concernant l'accessibilité et la performance du programme ; environ 30 % du pays reste inaccessible pour les équipes du programme en raison des conflits, de l'insuffisance des infrastructures et des conditions climatiques saisonnières. Le Soudan du Sud a systématiquement recueilli trois échantillons auprès de cas-contacts pour chaque cas de paralysie flasque aiguë et a instauré un protocole de prélèvement pour les zones qui ne soumettent pas de notification (c'est-à-dire des zones muettes) pour améliorer la sensibilité de la surveillance.

19. En 2011, le Soudan du Sud a organisé quatre Journées nationales de la vaccination puis a ajouté le vaccin antipoliomyélitique oral aux campagnes de vaccination antirougeoleuse ainsi qu'à d'autres campagnes de vaccination. Toutefois, la couverture reste en deçà des attentes du plan stratégique mondial (moins de 10 % d'enfants non vaccinés lors de chaque activité de vaccination supplémentaire) au niveau infranational. En raison de grands groupes d'enfants inaccessibles et sous-vaccinés, le risque d'une

faible circulation non détectée d'un poliovirus reste élevé. De plus, le Soudan du Sud continue à courir un grand risque d'importation d'un poliovirus sauvage à partir de la République centrafricaine et du Tchad voisins via le Soudan, en raison des longues frontières communes où la population se déplace librement.

Somalie

20. La Somalie est exempte de poliomyélite depuis 2007 et continue à respecter les normes de certification concernant la surveillance de la paralysie flasque aiguë aux niveaux national et infranational. Administrer à tous les enfants le vaccin antipoliomyélitique oral est la principale difficulté en Somalie. Depuis 2010, plus de 800 000 enfants (40 % du total national) de moins de cinq ans sont inaccessibles car les éléments anti-gouvernementaux, qui contrôlent les zones du sud et du centre de la Somalie, s'opposent aux activités de vaccination de masse (c'est-à-dire les Journées nationales de la vaccination et les Journées de la santé de l'enfant). En conséquence, d'importants déficits d'immunité s'accroissent dans la population de ces zones ; les zones du sud et du centre sont aussi les foyers où les poliovirus issus de la vaccination ont été identifiés à plusieurs reprises depuis 2009. En 2011, des déplacements massifs de population ont été observés sur le territoire somalien mais aussi aux frontières internationales, et principalement aux frontières avec le Kenya, l'Éthiopie et Djibouti, suite à la famine qui sévissait en Somalie et au refus des éléments anti-gouvernementaux de permettre l'accès aux services humanitaires. Le programme somalien a mis en œuvre des activités de vaccination supplémentaires destinées aux populations de personnes déplacées à l'intérieur du pays dans des zones accessibles et des campagnes de vaccination infranationales supplémentaires pendant la deuxième moitié de l'année 2011. Si une importation de poliovirus sauvage devait se produire, la Somalie continuerait à courir un risque élevé de flambée en raison du groupe important d'enfants inaccessibles et non vaccinés.

Mise en œuvre des stratégies d'éradication de la poliomyélite

Vaccination systématique

21. L'amélioration des services de vaccination systématique et de la couverture continue à être la pierre angulaire du dispositif stratégique pour l'éradication de la poliomyélite. Malgré des ressources et des investissements importants, la couverture vaccinale systématique reste insuffisante à l'échelle nationale, car des lacunes importantes persistent à l'échelle infranationale dans les pays à haut risque de la Région. Les équipes de lutte antipoliomyélitique sur le terrain consacrent au moins 25 % de leur temps au renforcement du système de vaccination. L'appui à la surveillance des maladies évitables par la vaccination (rougeole, tétanos maternel et néonatal), la mise en œuvre de l'approche « Atteindre chaque district » (par exemple la micro-planification par district) et l'évaluation des moyens pour la chaîne du froid comptent parmi les actions de renforcement. Le statut vaccinal des cas de paralysie flasque aiguë est utilisé pour identifier les zones de performance insuffisante des programmes de vaccination systématique.

Activités de vaccination supplémentaires

22. En raison des lacunes considérables dans l'immunité de la population après des insuffisances dans les programmes de vaccination systématique, les activités de vaccination supplémentaires continuent de jouer un rôle important dans la Région pour permettre la vaccination antipoliomyélitique de tous les enfants de moins de cinq ans. Onze pays de la Région exempts de poliomyélite (Arabie saoudite, Djibouti, Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Soudan du Sud et Yémen) ont mené des activités de vaccination supplémentaires en 2011, concentrées sur les zones géographiques où vivent des populations à haut risque et où la couverture vaccinale systématique est faible, pour stimuler l'immunité de la population. D'autres opportunités de

vaccination, comme les campagnes antirougeoleuses et les Journées de la santé de l'enfant, sont mises à profit pour administrer des doses supplémentaires du vaccin antipoliomyélitique oral et contribuer à renforcer l'immunité de la population.

23. L'Afghanistan et le Pakistan continuent à mettre en œuvre des activités de vaccination supplémentaires à intervalles de 4 à 6 semaines ; des activités de ratissage sont également mises en œuvre pour riposter à l'isolement d'un poliovirus sauvage dans des zones nouvellement infectées. La stratégie fondée sur l'administration de doses supplémentaires dans un intervalle court s'est révélée utile, notamment dans les zones où la sécurité est réduite. Les deux pays ont tiré le meilleur parti du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent. L'inaccessibilité de vastes zones et l'absence de performance de haute qualité continuent à peser sur les efforts visant une couverture universelle élevée aux niveaux des districts et des sous-districts en Afghanistan comme au Pakistan.

24. Le Soudan et le Soudan du Sud ont mis en œuvre quatre Journées nationales de la vaccination en 2011 pour augmenter l'immunité de la population en réponse à l'isolement d'un poliovirus sauvage dans un échantillon d'eaux usées prélevé dans l'environnement à Assouan (Égypte), en décembre 2010. Le poliovirus sauvage isolé était génétiquement lié au dernier cas de poliomyélite infecté par un virus sauvage à Khartoum (Soudan) en 2009. En outre, le Soudan a mené trois Journées nationales de la vaccination à un niveau infranational : l'une a été organisée dans quatre états du nord où vit un fort pourcentage de sous-groupes de population mobiles et mal desservis et les deux autres se sont déroulées dans les états à haut risque du Darfour en raison du risque d'importation d'un poliovirus sauvage du Tchad.

25. La Somalie a mené deux Journées nationales de la vaccination et des campagnes de Journées de la santé de l'enfant en 2011. Toutefois, près de la moitié du pays reste inaccessible aux campagnes de vaccination. Seules les zones du nord-ouest et du nord-est de la Somalie étaient entièrement accessibles. Plus de 800 000 enfants de moins de cinq ans sont restés inaccessibles pour les Journées nationales de la vaccination ou pour les Journées de la santé de l'enfant depuis 2010. En réponse à la flambée due à un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale circulant, le Yémen a mené une Journée nationale de la vaccination en novembre 2011 et en janvier 2012. Toutefois, l'inaccessibilité et l'insécurité continuent à peser sur les taux de couverture infranationaux dans les provinces à haut risque.

26. Les campagnes de vaccination sont menées selon une stratégie de porte-à-porte ciblant tous les enfants de moins de cinq ans chaque fois que possible. D'importants efforts ont été déployés pour garantir des campagnes de haute qualité au moyen d'une micro-planification détaillée mettant l'accent sur les zones à haut risque et sur les groupes défavorisés difficiles à atteindre. Le marquage au doigt des enfants vaccinés a été utilisé pour vérifier qu'aucun enfant n'a été oublié. Des inspecteurs indépendants sont employés pour observer et évaluer les résultats des campagnes. Les résultats obtenus contribuent à identifier les problèmes, qui sont ensuite traités par les autorités responsables. Tous les pays transmettent des données de campagne au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale et au Siège sous deux semaines pour une analyse de la performance des programmes conformément aux exigences du plan stratégique mondial pour l'éradication de la poliomyélite 2010–2012. Au Pakistan, certains districts à haut risque pratiquent également l'échantillonnage pour l'assurance qualité des lots comme méthode d'évaluation approfondie de la qualité des campagnes.

Surveillance de la paralysie flasque aiguë

27. Au niveau national, les indicateurs clés de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (c'est-à-dire le taux des cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique et le pourcentage d'échantillons de selles adéquats) sont conformes aux normes internationales de certification dans l'ensemble de la Région. Toutefois, l'analyse des données infranationales a mis en évidence des lacunes pour certains indicateurs, qui sont plus importants pour les pays exempts de poliomyélite depuis plusieurs années. Tous les pays de la Région ont maintenu le taux convenu de cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, à l'exception du Maroc. Le pourcentage de cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels l'échantillon de selles est adéquat est supérieur à la cible de 80 %, à l'exception de Djibouti et du Liban. Ces lacunes ont été identifiées puis exploitées pour diriger des activités renforcées visant à améliorer la surveillance de la paralysie flasque aiguë dans ces pays.

28. En 2011 et au début 2012, des examens externes de la surveillance de la paralysie flasque aiguë ont été menés au Soudan et au Soudan du Sud. En outre, un examen interne rapide de la surveillance a été mené dans le gouvernorat d'Assouan (Égypte), en réponse à la détection d'un poliovirus sauvage dans le cadre de la surveillance environnementale en décembre 2010. L'examen au Soudan et en Égypte a démontré que les systèmes de surveillance de la paralysie flasque aiguë sont opérationnels et en mesure de détecter la circulation ou l'importation d'un virus. Même si l'équipe d'examineurs pour le Soudan du Sud a déclaré que le système de surveillance de la paralysie flasque aiguë était fonctionnel, près de 30 % du pays pourraient ne pas être couverts par le système de surveillance en raison de l'inaccessibilité engendrée par les conflits, de l'insuffisance des infrastructures pour les transports et des conditions climatiques saisonnières.

29. En 2011, le Yémen et la Somalie ont notifié des cas d'infection par un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale circulant, favorisés par les lacunes immunitaires importantes dans la population.

30. Tous les pays transmettent des données de la surveillance de la paralysie flasque aiguë au Bureau régional sur une base hebdomadaire. Ces données sont analysées puis publiées dans le bulletin PolioFax qui est distribué à un rythme hebdomadaire aux pays, aux partenaires et aux donateurs et qui est mis en ligne sur le site Web.

31. L'examen de la situation dans les pays exempts de poliomyélite est mené régulièrement à l'aide du modèle d'évaluation des risques spécifique à la Région pour estimer le risque de flambée après une importation de poliovirus sauvage. Les objectifs des examens visent à garantir une alerte opportune des pays, à assister les prises de décision en établissant un ordre de priorité pour l'assistance technique et à fournir des données pour le plaidoyer et les demandes de financement. Des évaluations des risques récentes ont révélé que la Somalie et le Yémen étaient des pays à haut risque où le nombre d'enfants non vaccinés et les forts pourcentages d'enfants non protégés étaient alarmants.

Réseau de laboratoires régional

32. Tous les laboratoires de la poliomyélite du réseau régional sont pleinement accrédités et ont passé avec succès les tests de compétences pour l'isolement de virus et la différenciation intratypique. La charge de travail des laboratoires du réseau est considérable. En 2011, les laboratoires ont traité près de 28 000 échantillons prélevés sur des cas de paralysie flasque aiguë et leurs contacts. La performance des laboratoires est conforme aux normes de certification. Le temps moyen entre la réception des échantillons de selles au laboratoire et la transmission des résultats était de 12 jours en 2011. Généralement, 94 % des cultures d'échantillons produisaient des résultats en 14 jours, 98 % des envois de cultures virologiques

positives généraient des résultats pour la différenciation intratypique en 7 jours et 94 % des résultats finaux de laboratoire étaient communiqués dans les 45 jours d'un début de paralysie. La méthode de PCR en temps réel pour une caractérisation rapide des poliovirus a été adoptée par le laboratoire national de la poliomyélite du Maroc, portant à sept (sur 12) le nombre total de laboratoires du réseau en mesure d'utiliser des méthodes de différenciation intratypique.

33. La surveillance de l'environnement en Égypte a permis de découvrir un poliovirus sauvage importé de type 1 dans un échantillon d'eaux usées à Assouan qui était lié aux virus soudanais de 2009. Au Pakistan, la surveillance de l'environnement a été entendue aux grandes villes de quatre provinces. De nombreux échantillons d'eaux usées de tous les sites de prélèvement sont positifs pour le poliovirus sauvage de type 1 ; le dernier poliovirus sauvage de type 3 a été isolé à Karachi en octobre 2010. Le séquençage nucléotidique des virus isolés dans des échantillons d'eaux usées a révélé qu'ils étaient liés au virus isolé à partir des cas de paralysie flasque aiguë.

34. Des laboratoires du réseau régional ont participé à un test pilote d'expédition des isolats à d'autres laboratoires, à l'évaluation de la croissance sélective de lignes cellulaires et au choix de la haute température pour détecter des poliovirus qui n'appartiennent pas à la souche Sabin, à un projet de surveillance des poliovirus dérivés de souches vaccinales chez les personnes présentant un déficit immunitaire primaire et à une étude de séroconversion à Karachi. Le laboratoire de référence régional au Pakistan a appuyé l'analyse de la séquence moléculaire de virus chinois. Des modules de formation à la sécurité biologique ont été dispensés dans les laboratoires du réseau et une campagne de sécurité biologique a été mise en œuvre dans les laboratoires. Un atelier de formation sur la culture tissulaire a été organisé pour les laboratoires du réseau au Koweït. Le Bureau régional a appuyé la mise en œuvre de la surveillance de l'environnement dans la Région de l'Afrique.

Améliorer la qualité de vie des enfants touchés par la poliomyélite

35. Le programme régional d'éradication de la poliomyélite a continué à offrir les traitements nécessaires aux enfants touchés par la poliomyélite pour leur réadaptation physique mais aussi sociale. En reconnaissance de ces efforts, la Fondation Bill & Melinda Gates a accordé une subvention de près de 400 000 USD au programme pakistanais à cette fin en 2011-2012. Les services proposent de la physiothérapie, des orthèses ou appareillages de correction et une assistance scolaire.

Questions finales

Confinement en laboratoire des poliovirus sauvages et matériels potentiellement infectieux

36. Le principal objectif de cette activité très importante est de minimiser le risque, après l'éradication, de réintroduction dans la communauté de poliovirus sauvages ou de souches Sabin provenant de laboratoires, à une période où le vaccin antipoliomyélitique oral n'est plus utilisé. Tous les programmes des pays élaborent des plans pour la gestion du risque dans les établissements clés incluant des mesures de protection primaires du confinement et des mesures de protection secondaires liées à l'emplacement.

37. Dix-neuf pays (Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Soudan, Territoire palestinien occupé, Tunisie et Yémen) ont déclaré avoir achevé la première phase d'enquête sur les laboratoires, les activités d'inventaire pour le confinement en laboratoire des poliovirus

et du matériel potentiellement infecté et le rapport d'assurance qualité. Trois pays (l'Afghanistan, le Pakistan et la Somalie) n'ont pas encore débuté les activités de confinement. Djibouti, le Liban et le Territoire palestinien occupé n'ont pas encore transmis de rapports originaux ou révisés.

Certification de l'éradication de la poliomyélite

38. La Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Méditerranée orientale s'est réunie à deux occasions en 2011. Lors de la première réunion en avril, des mises à jour annuelles abrégées pour 2010 ont été examinées pour l'Arabie saoudite, Bahreïn, l'Égypte, les Émirats arabes unis, la République islamique d'Iran, l'Iraq, la Jordanie, le Koweït, le Maroc, Oman, le Territoire palestinien occupé, le Qatar, la République arabe syrienne et la Tunisie, ainsi que des mises à jour annuelles pour 2010 pour la Somalie, le Soudan, le Soudan du Sud et le Yémen. Elles ont toutes été acceptées.

39. Lors de la deuxième réunion de la commission régionale pour la certification en novembre, les mises à jour annuelles abrégées pour 2010 ont été examinées pour le Liban et la Libye avec la documentation nationale provisoire pour la certification soumise par l'Afghanistan et le Pakistan.

40. La mise à jour annuelle abrégée de 2010 pour la Libye a été acceptée, mais la Commission régionale de certification s'est déclarée préoccupée par la situation relative aux efforts nationaux d'éradication en raison de la circulation du poliovirus sauvage dans les pays voisins au sud, du mouvement libre de population passant les frontières et d'un risque élevé d'importation. Cette préoccupation est exacerbée par le fait que la vaccination systématique pourrait avoir beaucoup diminué en 2011, et qu'aucune activité de vaccination supplémentaire n'a été menée en 2010 ou 2011. En outre, le taux de paralysie flasque aiguë indique clairement une diminution en 2011. Le rapport du Liban a aussi été accepté mais la Commission régionale de certification a exprimé sa crainte au sujet du faible taux de prélèvements de selles adéquats et du faible pourcentage de ponctualité, notamment dans quatre gouvernorats (Beyrouth, le sud, le nord et le Mont Liban) où il se situe à moins de 50 %.

41. En ce qui concerne le rapport provisoire de l'Afghanistan, la Commission régionale de certification a reconnu les efforts innovants réalisés pour assurer une surveillance effective et atteindre les enfants dans les zones où la sécurité est réduite. Concernant le rapport provisoire du Pakistan, la Commission régionale de certification s'est déclarée préoccupée par le fait que le rapport échouait dans l'identification de l'écart net entre la réalité épidémiologique et les informations fournies, soulignant que si les taux de couverture au Pakistan étaient aussi élevés que ceux qui avaient été transmis pour les services systématiques comme pour les services supplémentaires, la poliomyélite endémique n'existerait plus.

Soutien technique et financier aux pays

42. Le soutien technique de l'OMS au programme régional d'éradication de la poliomyélite a été maintenu par le recrutement de 35 agents internationaux assistés de 33 employés engagés à court terme (3 mois) soutenus par les *Centers for Disease Control and Prevention* américains, 27 professionnels nationaux et 248 médecins nationaux eux-mêmes soutenus par plus de 1100 autres agents nationaux.

43. En outre, des équipes d'experts constituant des groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux étendent le soutien technique aux programmes nationaux en ce qui concerne les orientations stratégiques. L'ensemble du personnel dédié à la lutte antipoliomyélite a également étendu son soutien aux autres programmes de santé d'urgence et prioritaires au niveau national.

44. La plupart des pays de la Région ont continué à fournir l'essentiel des ressources nécessaires pour les efforts d'éradication de la poliomyélite, en particulier en ce qui concerne la vaccination systématique et la surveillance. 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 2010-2011 devraient dépasser les 120 millions USD.

45. Les principaux donateurs de ces fonds sont le Rotary International, la Fondation Bill et Melinda Gates, le Département du développement international (Royaume-Uni) et les gouvernements des pays suivants : Allemagne, Australie, Canada, Émirats arabes unis, États-Unis d'Amérique, Fédération de Russie, France, Italie, et Norvège.

Coordination avec d'autres Régions de l'OMS

46. La coordination avec d'autres Régions OMS se poursuit de manière très satisfaisante. Il existe un échange hebdomadaire des données de surveillance et d'informations épidémiologiques importantes. Des efforts sont aussi fournis pour synchroniser les dates des activités de vaccination supplémentaires, ou tout au moins pour assurer la coordination des activités transfrontalières.

47. Le groupe consultatif technique pour la Corne de l'Afrique est une illustration frappante de la coordination étroite entre certains pays des Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. Les laboratoires des deux régions ont étendu leur appui mutuel. Le laboratoire du *Kenya Medical Research Institute* fournit un appui à la Somalie et au Soudan du Sud, et le laboratoire du Soudan appuie l'Érythrée. Le Bureau régional apporte un soutien au Nigeria pour la mise en place d'une surveillance de l'environnement.

48. Dans le scénario actuel, il est très important de renforcer davantage la coordination entre les niveaux régionaux et nationaux et de l'améliorer, mais aussi d'obtenir l'engagement des gouvernements des pays. Les pays voisins doivent communiquer et partager des informations, notamment au sujet de la notification des cas de poliomyélite, de la coordination des dates de campagnes de vaccination (vacciner les migrants et les populations déplacées simultanément) et de l'échange des meilleures pratiques.

49. La flambée au Tadjikistan a revitalisé les efforts de coordination entre les régions de la Méditerranée orientale et de l'Europe. De plus, le laboratoire de référence au Pakistan a appuyé l'analyse de la séquence moléculaire des virus tadjiks. En 2011, une importation a eu lieu en Chine à partir de la province de Sindh (Pakistan). Cette importation a entraîné une flambée dans la province chinoise du Xinjiang et la ville de Kashi (à la frontière du Pakistan), provoquant 21 cas de poliomyélite.

50. La participation régulière de représentants d'autres régions aux réunions régionales sur la poliomyélite telles que les réunions du Groupe consultatif technique régional sur l'éradication de la poliomyélite et de la Commission régionale de certification permet l'échange d'informations sur les enseignements tirés et les pratiques efficaces. Les experts de la santé publique du Nigeria et de la Chine sont membres du Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite pour le Pakistan.

Engagement régional pour l'éradication de la poliomyélite

51. Une approche d'urgence pour les efforts d'éradication de la poliomyélite, en réponse à la déclaration du Conseil exécutif de l'OMS, a été adaptée à la Région. Des procédures opérationnelles normalisées d'urgence ont été activées pour le Pakistan et l'Afghanistan avec effet immédiat. Une mission de plaidoyer

a été menée au Pakistan en mars, au cours de laquelle le Directeur régional a rencontré des hauts responsables des gouvernements fédéraux et provinciaux. Il a aussi participé à la réunion du Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite. Sa visite avait pour thèmes principaux la mise en œuvre d'un plan d'action d'urgence national et des questions de sécurité. Un forum commun a été créé pour accélérer l'appui en ressources humaines destiné au Pakistan et à l'Afghanistan. Le Bureau régional a organisé des téléconférences hebdomadaires avec les équipes d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan.

52. L'engagement des autorités nationales dans les pays endémiques comme dans les pays exempts de poliomyélite envers l'objectif d'éradication de la poliomyélite reste optimal. Le Comité régional reçoit des rapports de situation annuels et ses résolutions établissent les orientations stratégiques pour le programme.

Orientations futures

53. La priorité continuera à être accordée à l'interruption de la transmission du poliovirus au Pakistan et en Afghanistan, à l'aide de l'approche d'urgence.

- Au Pakistan, l'accent sera mis sur la pleine mise en œuvre du plan d'action d'urgence à l'échelle nationale par les gouvernements fédéraux et provinciaux, au moyen de leur appropriation et de leur supervision constantes. Une attention particulière devra être accordée à la garantie de la responsabilisation au niveau des prestations et plus particulièrement au niveau des agents de vaccination et de leurs superviseurs, à l'introduction de renfort d'effectifs dans les districts et les circonscriptions (*Union Councils*), à l'encouragement de solutions locales innovantes pour les problèmes et à l'élargissement des partenariats.
- En Afghanistan, les activités se concentreront sur la poursuite du renforcement de la collaboration avec toutes les forces en présence afin de ménager des périodes de trêve permettant d'assurer l'accès aux enfants pendant les activités de vaccination supplémentaires. Ces activités seront aussi axées sur l'augmentation des effectifs d'appui au niveau opérationnel, la mise en œuvre d'un plan d'action d'urgence national, l'amélioration de la qualité des activités de vaccination supplémentaires et du Programme élargi de vaccination systématique, ainsi que sur l'institutionnalisation d'une supervision stricte par le gouvernement et de mécanismes de responsabilisation fondés sur les résultats.

54. Pour tous les pays exempts de poliomyélite, la priorité est de maintenir une immunité élevée dans la population, une surveillance de la paralysie flasque aiguë conforme aux normes de certification et la capacité d'une détection précoce de toute importation et d'une riposte rapide en la matière.

55. En Somalie, les efforts continueront à consolider la permission des éléments anti-gouvernementaux de mener des activités de vaccination supplémentaires dans les zones sous leur contrôle.

56. Pour les pays à haut risque de propagation après une importation, notamment les pays affectés par une instabilité politique récente dans la Région, les orientations futures consistent à mener des campagnes préventives, par exemple en Libye, en République arabe syrienne et au Yémen.

57. L'outil d'évaluation des risques sera perfectionné puis utilisé pour réaliser une évaluation infranationale du risque, et les pays continueront à être alertés sur les lacunes repérées et les mesures appropriées à prendre.

58. La collaboration visant à améliorer la couverture du Programme élargi de vaccination systématique se poursuivra dans tous les États Membres. Le maintien de l'immunité de la population contribuera aussi à prévenir l'apparition de poliovirus issus de la vaccination.
59. La coordination et la collaboration avec d'autres Bureaux régionaux de l'OMS se poursuivront.
60. Les activités de coordination seront renforcées entre les pays voisins, notamment entre l'Afghanistan et le Pakistan et entre les pays de la Corne de l'Afrique.
61. La collaboration avec des organisations partenaires sera optimisée pour garantir la disponibilité des ressources financières nécessaires.