



**Comité régional de la
Méditerranée orientale**

EM/RC55/INF.DOC.2
Août 2008

Cinquante-cinquième session

Original : arabe

Point 4 b) de l'ordre du jour

Rapport de situation
Éradication de la poliomyélite

Table des matières

1.	Introduction.....	1
2.	Situation actuelle dans la Région de la Méditerranée orientale	1
2.1	Progrès régionaux.....	1
2.2	Principales données sur les pays d'endémie et réinfectés.....	1
3.	Mise en œuvre des stratégies d'éradication de la poliomyélite	3
3.1	Vaccination systématique.....	3
3.2	Activités de vaccination supplémentaires.....	4
3.3	Surveillance de la paralysie flasque aiguë	4
3.4	Réseau régional de laboratoires de la poliomyélite	5
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	6
5.	Soutien technique et financier aux pays.....	6
6.	Coordination avec d'autres Régions.....	7
7.	Engagement régional pour l'éradication de la poliomyélite	7
8.	Enjeux et orientations futures	8

1. Introduction

En 1988, le Comité régional de la Méditerranée orientale, par sa résolution EM/RC35/R.14, a adopté l'objectif d'éradication de la poliomyélite. Depuis, grâce à la mise en œuvre de stratégies d'éradication, le nombre de pays dans la Région de la Méditerranée orientale où la poliomyélite est endémique est passé de 22 à seulement deux (Afghanistan et Pakistan) fin 2007. Dans les deux pays, l'intensité de la transmission est passée à des niveaux historiquement bas suite aux efforts accrus d'éradication.

L'épidémie de grande envergure qu'ont connue la Somalie, le Soudan et le Yémen entre 2004 et 2007 du fait de l'importation du virus en provenance du Nigéria a pris fin avec le dernier cas notifié par la Somalie en mars 2007.

2. Situation actuelle dans la Région de la Méditerranée orientale

2.1 Progrès régionaux

L'année 2007 a été marquée par une intensification des efforts d'éradication de la poliomyélite et des progrès considérables vers l'objectif d'éradication, avec le nombre total de cas notifiés le plus bas jamais enregistré dans la Région (58). La majorité (49 cas) provenait des deux pays d'endémie ; 8 provenaient de Somalie, constituant les restes de la flambée épidémique qui a suivi l'importation du poliovirus, et une seule importation a été signalée en provenance du Soudan sans cas secondaire. Au total, les cas régionaux en 2007 représentent une baisse de 46 % par rapport aux cas de 2006 (107) et constituent moins de 5 % des cas mondiaux pour l'année 2007.

Dans les pays qui demeurent endémiques, outre la baisse du nombre de cas, l'étendue géographique de la transmission du virus est également limitée, la majorité de la population vivant dans des zones exemptes de poliomyélite.

2.2 Principales données sur les pays d'endémie et réinfectés

Afghanistan et Pakistan

Sur les quatre pays qui demeurent endémiques pour la poliomyélite dans le monde, l'Afghanistan et le Pakistan sont un seul et même bloc épidémiologique, comme l'ont révélé les données épidémiologiques et génétiques des virus isolés dans chaque pays. En raison de traditions ethniques et culturelles communes et de solides liens commerciaux et sociaux, les mouvements de population entre les deux pays sont très importants.

Le nombre de cas confirmés de poliomyélite au Pakistan est passé de 40 cas (20 virus P1 et 20 P3) en 2006 signalés dans 22 districts à 32 cas (19 P1 et 13 P3) dans 18 districts en 2007.

De même en Afghanistan, le total des cas confirmés en 2007 était de 17 (6 P1 et 11 P3) dans 13 districts, contre 31 cas (29 P1 et 2 P3) dans 17 districts en 2006.

La transmission en Afghanistan et au Pakistan survient principalement dans deux zones :

- la zone de transmission nord, qui comprend la majeure partie de la Province de la Frontière du Nord-Ouest, y compris les zones tribales le long de la frontière avec l'Afghanistan, et s'étend parfois à l'est de l'Afghanistan (2 cas de P1 en 2007). Les cas sont principalement dus à WPV1 (10 cas de P1 et 1 de P3 en 2007).
- La zone de transmission sud, qui constituait la principale zone endémique en 2007 et comprend le couloir de la région sud de l'Afghanistan et se poursuit à travers le Baloutchistan et le Pendjab du sud jusque dans la province du Sindh du nord et du sud y compris Karachi. Le Pakistan a notifié 9 cas de P1 et 12 de P3 dans cette zone en 2007 et la région sud de l'Afghanistan a signalé 11 cas de P3 et 4 cas de P1.

Les activités de surveillance sont restées au niveau requis pour la certification et le laboratoire de la poliomyélite de l'Institut national de la santé du Pakistan, qui sert de laboratoire régional de référence dans le réseau mondial de laboratoires de la poliomyélite, a continué à fonctionner à des niveaux particulièrement élevés, desservant à la fois l'Afghanistan et le Pakistan. Le séquençage du génome

des virus isolés dans les deux pays est également effectué dans le laboratoire et indique une baisse manifeste de la diversité génétique des poliovirus, passant de 10 sous-groupes en 2005 à 7 en 2006 et 4 en 2007.

L'Afghanistan et le Pakistan ont mené des activités de vaccination supplémentaires porte-à-porte de grande ampleur en 2007 ciblant les enfants de moins de 5 ans. Le Pakistan a mis en place 4 journées nationales de vaccination (JNV) et sept journées locales de vaccination (JLV) couvrant les zones réservoirs et à haut risque. L'Afghanistan a également mené 4 JNV et 7 JLV dans la région sud et les régions adjacentes le long de la frontière avec le Pakistan. Ces activités de vaccination supplémentaires ont été largement synchronisées entre les deux pays afin d'optimiser la couverture globale simultanée des zones frontalières et des enfants en déplacement. Les deux pays utilisaient de plus en plus le vaccin monovalent (VPOM1 et VPOM3) en plus du vaccin trivalent VPO (VPOt). Les décisions sur le type de vaccin étaient dictées par l'épidémiologie de la maladie car les deux types de poliovirus sauvages circulent encore dans les deux pays. Les taux de couverture globaux déclarés pour les activités de vaccination supplémentaires étaient en général très élevés. Toutefois, l'analyse des données de suivi après les campagnes au niveau des sous-districts montre une faible couverture de certaines circonscriptions (*Union Councils*) dans les zones à haut risque. De même, la couverture n'est toujours pas optimale dans les zones d'insécurité et difficiles d'accès dans le sud de l'Afghanistan et le long de la frontière dans les deux pays.

La circulation permanente du poliovirus malgré la mise en place d'un grand nombre d'activités de vaccination supplémentaires est principalement due à la difficulté d'atteindre les enfants vivant dans des zones d'insécurité avec conflits et combats, en particulier dans le sud de l'Afghanistan et les zones tribales du Pakistan. En outre, la qualité des activités de vaccination supplémentaires reste faible dans certaines zones endémiques au Pakistan, en particulier dans les provinces du Baloutchistan et du Sindh. Cela est dû principalement à des problèmes de gestion et à un engagement insuffisant de certaines autorités au niveau de la province et du district.

L'Afghanistan a profité d'occasions d'amélioration de l'accès pour immuniser les enfants, et a poursuivi les efforts pour arriver à un accord de cessation des hostilités pendant les activités de vaccination supplémentaires avec tous les partenaires afin de permettre à tous les vaccinés de se déplacer en toute sécurité et d'atteindre les enfants. Par contact indirect, un accord a pu être passé avec les éléments anti-gouvernementaux pour diffuser une déclaration de soutien aux activités de vaccination supplémentaires dans leurs zones d'influence. Cette avancée, combinée aux efforts du gouvernement afghan de limiter les hostilités pendant les cycles de vaccination, a permis d'améliorer l'accès aux enfants dans la région sud qui régulièrement n'étaient pas atteints. Toutefois, cet accès doit être maintenu afin d'avoir un impact sur le profil immunitaire et donc l'interruption des cas.

Le Pakistan concentre ses efforts sur l'engagement total de l'autorité nationale à tous les niveaux, ainsi que de l'administration civile et des communautés locales, y compris les dirigeants tribaux et religieux, et l'intensification du soutien aux zones à haut risque.

Somalie

La flambée qui a débuté en Somalie après le premier poliovirus sauvage (P1) importé a été identifiée à Mogadiscio en juillet 2005 et s'est terminée avec le dernier cas le 25 mars 2007. La Somalie a depuis retrouvé son statut de pays exempt de poliomyélite.

Cela a été possible malgré d'importants problèmes, notamment les conflits actuels et l'insécurité qui prévaut, une infrastructure limitée, une vaccination systématique faible, des frontières poreuses avec d'importants mouvements de populations, une difficulté à atteindre les populations nomades et de nombreux refus dans les grandes villes. Plusieurs tournées de vaccination supplémentaire avec le VPO1m ont été mises en route avant et après la flambée épidémique. Les activités se sont poursuivies en 2007, avec 4 JNV et 6 JLV organisées avec le VPO1m. L'évaluation post-campagne au cours des trois dernières années a été très utile pour identifier les lacunes dans la qualité de la campagne et y remédier. De même, plusieurs approches innovantes ont été utilisées dans les zones touchées par les conflits, notamment une implication totale des notables communautaires, en profitant d'occasions pour

accéder aux enfants et mettre en place plusieurs tournées de vaccination avec le VPOM sur de courtes périodes. Compte tenu du risque permanent d'importation et de la faible couverture systématique et afin de prévenir l'accumulation d'un ensemble d'individus sensibles, les activités de vaccination supplémentaires se poursuivent, avec 2 tournées de JNV menées dans la première moitié de 2008 avec le VPOT.

Le système de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) est bien implanté ; il repose sur un grand nombre d'agents et de sites de notification nationaux ainsi qu'une solide composante communautaire. Tous les principaux indicateurs de surveillance étaient satisfaisants au niveau national en 2007.

Des efforts sont également en cours pour coordonner les activités dans la Corne de l'Afrique où la communication et l'échange d'informations sont assurés et la plupart des campagnes de vaccination sont synchronisées entre la Somalie, la région Somali de l'Éthiopie, le nord-est du Kenya et Djibouti.

Soudan

Le Soudan est un pays à haut risque d'importation du poliovirus sauvage : deux des neuf pays qui lui sont frontaliers, la République démocratique du Congo et le Tchad, signalent encore des cas dus aux poliovirus sauvages. Les mouvements de population entre le Soudan et le Tchad sont permanents, avec notamment des familles qui vivent des deux côtés du pays, des populations nomades, des pèlerins qui se rendent en Arabie saoudite, et des réfugiés qui se déplacent pour cause d'insécurité.

La flambée explosive qui a suivi l'importation du virus en mai 2004 et s'est poursuivie jusqu'en juin 2005 a permis de tirer de nombreuses leçons. Avec cette expérience, le Soudan a continué d'organiser des JNV en 2006 et 2007 afin de maintenir des niveaux élevés d'immunité chez les enfants. La menace de l'importation de poliovirus sauvage est devenue réalité en 2007. Un cas de poliomyélite dû à un poliovirus sauvage (P1) a été signalé en septembre 2007 dans le Sud Darfour. Le cas a été détecté juste deux mois avant la saison du pèlerinage. Génétiquement ce virus était lié à un cas notifié au Tchad. En octobre 2007, un autre poliovirus importé (P1) a été isolé chez un enfant en bonne santé au Darfour Ouest. Parmi les facteurs qui ont empêché la propagation du virus ou la survenue de cas secondaires, citons le taux élevé d'immunité des enfants et la riposte vaccinale de qualité à grande échelle avec le VPOM1.

Le système de surveillance de la PFA au Soudan présente des indicateurs de performance du niveau requis pour la certification depuis 2003. L'expérience de dépistage du poliovirus importé dans une zone très reculée et non sécurisée du Darfour en 2004 et récemment en 2007 a prouvé que le système est assez sensible pour dépister à temps les poliovirus. Toutefois, le niveau insuffisant de vaccination systématique dans les États du Sud et le Darfour, l'inaccessibilité à certaines zones due à l'insécurité et la nécessité de maintenir un engagement politique jusqu'à l'éradication de la poliomyélite restent d'importants problèmes.

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

3.1 Vaccination systématique

La forte couverture de vaccination systématique des jeunes enfants est l'une des stratégies de base de l'éradication de la poliomyélite. Le rôle crucial de la couverture élevée est mis en évidence par les expériences d'importation, où les poliovirus importés ont provoqué de vastes flambées épidémiques dans les pays où la couverture est faible et des cas sporadiques sans propagation secondaire dans les pays où la couverture systématique est élevée.

Les activités d'éradication de la poliomyélite continuent de soutenir et renforcer la vaccination systématique. Les agents de l'éradication de la poliomyélite contribuent à renforcer la vaccination systématique. L'investissement important du programme d'éradication de la poliomyélite pour former

des agents de santé nationaux de différents niveaux à la micro-planification, la mise en œuvre de campagnes, la surveillance et l'évaluation a permis à ces derniers de mieux soutenir les programmes de vaccination.

La structure élaborée pour la surveillance de la PFA a permis de soutenir d'autres programmes PEV comme l'élimination de la rougeole. Le réseau de laboratoires créé pour l'éradication de la poliomyélite étend désormais ses services aux maladies ciblées par le PEV et à d'autres maladies importantes sur le plan de la santé publique.

3.2 Activités de vaccination supplémentaires

La mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires reste prioritaire afin de veiller à ce que tous les enfants de moins de 5 ans soient vaccinés contre la poliomyélite, en particulier dans les pays avec une faible couverture systématique.

En 2007, plus de 412 millions de doses de VPO ont été administrées lors des campagnes nationales et locales de vaccination dans la Région. L'Afghanistan, le Pakistan et la Somalie 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 de poliovirus sauvage en Afghanistan, au Pakistan et au Soudan en utilisant le VPO monovalent approprié. Afin de se protéger de la propagation après une importation, certains pays exempts de poliomyélite ont mené des campagnes visant principalement les zones à haut risque et les zones avec une faible couverture systématique (Djibouti, Égypte, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Liban, République arabe syrienne, Soudan et Yémen).

Des campagnes de vaccination porte-à-porte ont été menées, ciblant tous les enfants de moins de 5 ans. Des efforts importants ont été déployés pour garantir la qualité. L'engagement des politiciens et dirigeants communautaires a été obtenu, et des approches multisectorielles ont été mises en place pour impliquer les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux avec une intensification de la mobilisation sociale et des activités de supervision. Des micro-plans détaillés avec des cartes ont été élaborés et utilisés pour atteindre chaque enfant, en mettant l'accent sur les zones à risque et les groupes difficiles à atteindre. Le vaccin monovalent a été utilisé pour optimiser la réponse immunitaire spécifique du type. Le marquage au doigt a été utilisé pour s'assurer qu'aucun enfant n'ait été oublié. Des vérificateurs indépendants ont observé les campagnes et leurs remarques ont permis d'identifier les problèmes qui ont été résolus par les autorités responsables. Les JNV 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.

3.3 Surveillance de la paralysie flasque aiguë

Le système de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) dans la Région se poursuit aux normes internationales établies et dépasse même les indicateurs requis dans de nombreux pays prioritaires. Tous les pays endémiques, infectés ou 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. Beaucoup d'autres pays, en particulier ceux exposés à un risque élevé d'importation, ont également dépassé le niveau requis. Globalement, la Région a atteint un taux de 4,11 en 2007. Le taux minimum requis de 1 cas pour 100 000 enfants de moins de 15 ans a été atteint par tous les pays individuels sauf la Palestine (0,93), qui a une situation sécuritaire difficile.

Le second indicateur principal de qualité pour la surveillance est le pourcentage de cas de PFA avec recueil d'échantillons de selles adéquats. En 2007, cet indicateur est resté au-dessus de la cible de 80 % au niveau régional (90,9 %) dans tous les pays, sauf Bahreïn (60 %) et le Liban (65,2 %) qui n'avaient qu'un nombre limité de cas.

La qualité de la surveillance de la PFA est évaluée par des missions d'examen approfondi avec une évaluation réelle sur le terrain. Fin 2007, après les bilans de surveillance de la PFA effectués à Bahreïn, au Koweït, à Oman, au Qatar, et dans les Émirats arabes unis à la fin de l'année, presque tous les pays de la Région avaient été examinés par un personnel international au moins une fois depuis 2004. Les seules exceptions sont les pays d'insécurité. En Iraq, les bilans ont été effectués par le personnel

national. En Afghanistan, au Pakistan et en Somalie, les bilans n'ont pas encore été effectués. Le Bureau régional suit de près la mise en œuvre des recommandations de ces bilans.

Afin de maintenir un niveau élevé de surveillance dans la Région, le Bureau régional a élaboré des lignes directrices pour un grand nombre des procédures mises en place dans la surveillance de la PFA. Ces lignes directrices ont été communiquées aux programmes nationaux et sont utilisées pour mettre à jour leurs lignes directrices nationales et maintenir la performance de la surveillance. Un séminaire-atelier sur la surveillance a été organisé en mars 2007 avec la participation de tous les pays. Ce fut une excellente occasion d'échanger les résultats des bilans de surveillance, de partager l'expérience de systèmes plus évolués et de former le personnel national. Le séminaire-atelier comprenait également une journée sur la surveillance de la rougeole, reflétant le rôle central joué par le personnel de l'éradication de la poliomyélite dans d'autres activités du Programme élargi de Vaccination (PEV).

Le Bureau régional travaille à la mise à jour du système de base de données *Information for Action* (IFA). Début 2008, trois séminaires-ateliers ont été organisés pour former au nouveau système le personnel de gestion des données dans tous les pays de la Région. Cela a également permis de renforcer les capacités du personnel à analyser les données de surveillance. Le nouveau système comprendra la collecte de données pour les contacts des cas de PFA.

À l'approche de l'objectif d'éradication, il est indispensable de maintenir la qualité et la sensibilité de la surveillance de la PFA dans tous les pays de la Région et donc de fournir les informations nécessaires pour orienter les activités des programmes visant l'interruption de la circulation des virus dans les pays endémiques et pour un dépistage et une réponse rapides afin d'éviter l'importation de tout poliovirus sauvage dans les pays exempts de poliomyélite. Un engagement national permanent, une surveillance étroite et le soutien à ces programmes permettront d'atteindre ce but.

3.4 Réseau régional de laboratoires de la poliomyélite

La performance du réseau régional de laboratoires de la poliomyélite est maintenue au niveau requis pour la certification. Tous les laboratoires du réseau ont été totalement accrédités, et ont passé avec succès les tests de compétence de l'OMS pour la culture de virus primaire et les tests de différenciation intratypique.

Il y a eu une augmentation générale de la charge de travail des laboratoires due à l'amélioration de la surveillance de la PFA et de la collecte des échantillons de selles auprès des contacts de cas de PFA. En 2007, le réseau régional de laboratoires des poliovirus a testé 18 138 échantillons de selles de cas de PFA, 4751 de contacts et 866 d'autres sources. Tous les indicateurs de performance des laboratoires étaient nettement au-dessus des cibles établies : rapport de culture cellulaire dans les 28 jours (100 %), taux d'entérovirus non poliomyélitiques (EVPN) (18 %), différenciation intratypique (DIT) dans les 14 jours (99 %) et rapport final dans les 60 jours suivant le début de la paralysie (99 %).

Une réalisation remarquable est la mise en place du nouvel algorithme d'épreuves dans tous les laboratoires du réseau régional, qui a réduit le temps nécessaire à la communication des résultats des études virologiques à moins de deux semaines. La rapidité des résultats du séquençage pour les poliovirus sauvages a également augmenté ; la plupart des cas positifs sont confirmés dans un délai d'une semaine à compter de l'isolement, ce qui réduit encore le temps de riposte pour les activités de vaccination. Après la mise en place du nouvel algorithme d'épreuves, le temps moyen à compter du début de la paralysie pour les résultats de DIT est passé de 31 jours en 2006 à 25 jours en 2007. La période entre la réception de l'échantillon dans le laboratoire et les résultats de DIT est passée de 17 jours en 2006 à 12 jours en 2007.

En Égypte, la surveillance de la PFA et de l'environnement se poursuivent avec une bonne sensibilité et un site supplémentaire (mer Rouge) a été ajouté aux 33 sites de collecte des eaux usées déjà existants pour la surveillance environnementale.

Deux autres laboratoires (Maroc et République arabe syrienne) ont reçu l'équipement pour les tests de DIT et sont en train de mettre en place ces tests. Le nouveau logiciel LABIFA, version 4.0, a été conçu à la lumière des besoins du nouvel algorithme pour une utilisation dans les laboratoires du réseau en mars 2008.

Il est très important de maintenir le réseau de laboratoires de la poliomyélite au moins jusqu'à la certification mondiale, y compris la phase post-éradication. Il devrait être utilisé pour apporter le soutien des laboratoires à d'autres programmes, en particulier l'élimination de la rougeole. Par conséquent, des efforts sont nécessaires pour régler les problèmes auxquels peut être confronté le réseau.

4. Questions finales

4.1 Confinement en laboratoire des poliovirus sauvages et matériels potentiellement infectieux

Tous les pays, à l'exception des deux pays endémiques ainsi que de la Somalie et du Yémen, ont indiqué avoir achevé les activités de confinement de Phase 1 (enquête sur les laboratoires et inventaire). Les plans d'action nationaux pour l'Afghanistan et le Yémen ont été élaborés et soumis à l'approbation des autorités sanitaires. Le Pakistan a nommé un coordonnateur national pour le confinement et préparé le plan d'action national.

Depuis décembre 2007, à l'exception du Pakistan, 19 383 laboratoires ont fait l'objet d'un examen et seuls 8 ont été identifiés comme stockant des matériels contenant du poliovirus sauvage. Trois de ces laboratoires appartiennent au réseau régional des laboratoires nationaux de la poliomyélite (Égypte, Pakistan et Tunisie) et les autres sont des laboratoires de recherche ou de contrôle qualité dans trois pays (Égypte, République islamique d'Iran et Tunisie).

Depuis décembre 2007, 12 pays (Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Maroc, Oman, Qatar, République islamique d'Iran, Soudan et Tunisie) ont soumis à l'OMS leur rapport révisé en fonction des commentaires de l'examineur.

4.2 Certification de l'éradication de la poliomyélite

En 2007, la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite a examiné divers documents nationaux présentés par les commissions nationales de certification de 19 pays de la Région. Les documents nationaux finaux pour la certification régionale ont été acceptés pour cinq autres pays (Jamahiriya arabe libyenne, Liban, Maroc, République arabe syrienne et Tunisie) qui étaient tous exempts de poliomyélite depuis 5 ans ou plus et avaient achevé la phase 1 de confinement en laboratoire, en plus des sept rapports de pays acceptés en 2006 (Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Jordanie, Oman et Qatar). La Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite devrait étudier les rapports de l'Iraq et du Koweït en avril 2008. Cependant, tous ces pays ainsi que d'autres dont les documents nationaux de base ont été acceptés (Djibouti, Égypte, Palestine et Soudan) continueront à soumettre des mises à jour annuelles jusqu'à ce que la certification régionale ait été obtenue.

Le Yémen a présenté une nouvelle fois son document national tandis que la Somalie a soumis un rapport provisoire en 2007. Les pays de la Région qui demeurent endémiques pour la poliomyélite, l'Afghanistan et le Pakistan, ont également présenté des documents de certification nationaux provisoires qui ont été examinés par la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite en 2007. La préparation de ces rapports a permis aux commissions nationales de certification et aux administrateurs des programmes nationaux de compiler et de valider une grande quantité de données sur les activités nationales d'éradication de la poliomyélite et de se familiariser avec l'examen critique de ces rapports par la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite.

5. Soutien technique et financier aux pays

Le soutien technique au programme régional d'éradication de la poliomyélite se poursuit, avec une centaine d'agents internationaux et plus de 1000 agents nationaux en plus des équipes d'experts composant les Groupes consultatifs techniques régional et nationaux, qui conseillent les programmes nationaux sur les orientations stratégiques. Tous les agents de la lutte contre la poliomyélite soutiennent également le PEV et participent à d'autres programmes de santé prioritaires au niveau national.

Les États Membres fournissent d'importantes ressources pour les efforts 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 nécessaires à la réalisation de l'objectif, notamment en ce qui concerne la distribution de vaccins, les frais de fonctionnement et le soutien technique pour intensifier les activités de vaccination supplémentaires et de surveillance continue. Les ressources externes fournies pour financer les activités planifiées par le biais de l'OMS pour 2006-2007 étaient de l'ordre de 117 millions de dollars US, dont 72 millions pour les frais de fonctionnement, 16 millions pour la surveillance et les laboratoires et 29 millions pour le personnel national et international.

Les principaux donateurs pour ces fonds étaient le Département britannique pour le développement international (DFID), le Rotary International, la Banque mondiale, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), le Gouvernement des États-Unis d'Amérique, la Fondation Bill & Melinda Gates, le Gouvernement canadien, la Communauté européenne, les Gouvernements koweïtien, russe, français, allemand et saoudien et la Fondation des Nations Unies. Les récents efforts de mobilisation des ressources ont été concluants au Pakistan et ont garanti la contribution du Gouvernement pakistanais aux frais de VPO pour la vaccination supplémentaire prévue en 2008.

6. Coordination avec d'autres Régions

La coordination est étendue aux pays voisins des autres régions OMS. Plusieurs réunions de coordination pour la Corne de l'Afrique ont eu lieu en 2007 et le bulletin de la Corne de l'Afrique est publié régulièrement avec des contributions de tous les pays concernés. De même, le Groupe consultatif technique de la Corne de l'Afrique s'est réuni en avril 2007. La synchronisation des activités et l'échange d'informations entre les pays se sont considérablement améliorés. Toutefois, il est encore possible d'améliorer la coordination directe au niveau local. L'opération MECACAR se poursuit entre les pays voisins de la Région de la Méditerranée orientale et de la Région européenne ; les deux régions ont décidé de poursuivre les efforts conjoints de lutte contre la poliomyélite dans une déclaration signée en 2007, et la portée de l'opération a été étendue pour inclure également l'élimination de la rougeole et la vaccination systématique.

Face à la menace permanente d'importation du poliovirus en provenance du Nigéria, le Bureau régional a poursuivi son soutien technique aux efforts d'éradication de la poliomyélite au Nigéria pour aider à planifier et mettre en œuvre les activités de lutte contre la poliomyélite dans le nord du pays. De même, le Bureau régional a continué de soutenir les efforts pour lutter contre les rumeurs sur le vaccin et la vaccination en demandant à d'importantes personnalités religieuses d'appeler les parents et les communautés à vacciner leurs enfants et de démentir les rumeurs non fondées sur le vaccin et la vaccination.

7. Engagement régional pour l'éradication de la poliomyélite

L'interruption de la transmission dans la Région étant un objectif plus que jamais à portée de main, l'engagement régional pour l'éradication de la poliomyélite est aujourd'hui à son plus haut niveau, avec un solide engagement des autorités nationales à la fois dans les pays d'endémie et les pays exempts de poliomyélite.

L'intérêt continu et l'examen régulier de la situation par le Comité régional, ainsi que les orientations progressives reflétées dans les résolutions du Comité régional, constituent l'élément moteur pour atteindre cet objectif au niveau régional. Le Bureau régional a poursuivi ses efforts de sensibilisation en communiquant des informations et des mises à jour régulières et en alertant les autorités nationales de l'évolution. Le Directeur régional a poursuivi ses visites dans les pays prioritaires et ses rencontres avec 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.

L'engagement des deux pays d'endémie de la Région, l'Afghanistan et le Pakistan, a été réaffirmé lors d'une consultation des partenaires à Genève en février 2007, durant la visite du Directeur général et du

Directeur régional de l'OMS aux deux pays et lors de réunions ultérieures organisées avec de hauts fonctionnaires dont le Président afghan Hamid Karzaï et le Premier ministre pakistanais.

8. Enjeux et orientations futures

Le principal problème auquel est confronté le programme est la poursuite de la transmission du poliovirus sauvage endémique dans les zones de transmission communes du Pakistan et de l'Afghanistan, où l'accès aux enfants est parfois difficile en raison de l'insécurité, en particulier dans les zones touchées par des conflits en Afghanistan du sud, et de facteurs culturels et refus dans d'autres zones. De même, l'intérêt et l'engagement des autorités nationales doivent être maintenus à tous les niveaux à la fois dans les pays d'endémie et les pays exempts de poliomyélite. L'importation de poliovirus sauvage dans la Région en provenance des pays qui demeurent endémiques reste une menace, en particulier pour les pays dans la Corne de l'Afrique étendue. Garantir les ressources nécessaires, à la fois des fonds nationaux et des ressources externes, est également un enjeu permanent. Pour faire face à ces problèmes, les priorités régionales pour l'éradication de la poliomyélite en 2008 sont les suivantes :

- interrompre la transmission en Afghanistan et au Pakistan par une intensification des activités de vaccination supplémentaires, en garantissant une performance de qualité, en utilisant correctement les vaccins monovalents disponibles et en garantissant un accès aux enfants dans les zones d'insécurité ;
- parer à une protection immunitaire insuffisante dans les pays exempts de poliomyélite en améliorant la vaccination systématique et en mettant en œuvre des activités de vaccination supplémentaires, en particulier dans les foyers où l'immunité de la population est faible ;
- maintenir la surveillance du niveau requis pour la certification aux niveaux national et infranational et en particulier dans les zones et populations à haut risque ;
- renforcer les activités de coordination entre les pays voisins, en particulier entre l'Afghanistan et le Pakistan, et dans la Corne de l'Afrique, avec notamment la synchronisation, l'échange d'informations et la planification et coordination au niveau local ;
- poursuivre les activités de confinement et de certification ;
- fournir les ressources financières nécessaires à la mise en œuvre du plan régional pour l'éradication ;
- optimiser la collaboration entre l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite et le Programme élargi de Vaccination.