



**Comité régional de la
Méditerranée orientale**

EM/RC56/INF.DOC.1
Juillet 2009

Cinquante-sixième session

Original : anglais

Point 4 a) 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..... | 3 |
| 3.3 | Surveillance de la paralysie flasque aiguë | 4 |
| 3.4 | Réseau régional de laboratoires | 4 |
| 4. | Questions finales | 5 |
| 4.1 | Confinement en laboratoire des poliovirus sauvages et matériels potentiellement infectieux | 5 |
| 4.2 | Certification de l'éradication de la poliomyélite | 5 |
| 5. | Soutien technique et financier aux pays..... | 6 |
| 6. | Coordination avec d'autres Régions | 6 |
| 7. | Engagement régional pour l'éradication de la poliomyélite..... | 7 |
| 8. | Défis..... | 7 |
| 9. | Orientations futures | 7 |

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 oeuvre 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). Dans les deux pays, l'intensité de la transmission a diminué pour tomber à des niveaux historiquement bas en 2007 suite aux efforts accrus d'éradication. Toutefois, l'année 2008 a été marquée par une augmentation du nombre de cas de poliomyélite signalés au Pakistan et en Afghanistan et par la propagation du virus à des zones du Pakistan qui en étaient exemptes auparavant, certaines depuis plusieurs années.

L'épidémie qui a suivi l'importation du virus en provenance du Nigeria, frappant tour à tour le Soudan, le Yémen et la Somalie entre 2004 et 2007, a pris fin avec le dernier cas notifié par la Somalie en mars 2007. En 2008, deux importations ont été signalées dans le nord du Soudan en provenance du Tchad, sans propagation secondaire. Dans le sud du Soudan, une flambée a débuté en juin 2008, se traduisant par 24 cas de poliovirus de type 1 (P1). Ce virus a continué de circuler en 2009 et a atteint le nord du pays, avec un cas notifié par Khartoum et quatre cas par l'État de la Mer rouge.

2. Situation actuelle dans la Région de la Méditerranée orientale

2.1 Progrès régionaux

Les efforts d'éradication de la poliomyélite ont continué de s'intensifier en 2008 et le statut d'absence de poliomyélite a été maintenu dans 19 pays. Toutefois, le nombre total de cas notifiés dans la Région a augmenté pour passer à 175, c'est-à-dire trois fois plus qu'en 2007 (année au cours de laquelle 58 cas avaient été notifiés, soit le nombre de cas le plus bas jamais enregistré dans la Région). En 2008, la majorité des cas se sont produits au Pakistan (118), alors que 31 ont été relevés en Afghanistan et 26 au Soudan.

2.2 Principales données sur les pays d'endémie et réinfectés

Afghanistan et Pakistan

L'Afghanistan et le Pakistan représentent un seul et même bloc épidémiologique comme le révèlent les données épidémiologiques et génétiques des virus isolés dans les deux 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.

Lors des six premiers mois de 2008, la baisse du nombre de cas de poliomyélite et de la diversité génomique des virus isolés en Afghanistan et au Pakistan s'est poursuivie, avec une concentration des cas dans deux zones de transmission connues : la zone septentrionale, comprenant la majeure partie de la Province de la Frontière du Nord-Ouest et les zones tribales sous administration fédérale au Pakistan et la région orientale de l'Afghanistan, ainsi que la zone méridionale, y compris le couloir de la région sud de l'Afghanistan se poursuivant à travers le Baloutchistan et le Pendjab du sud dans la province du Sindh du nord et du sud y compris Karachi. Une nette augmentation du nombre de cas a été observée en juillet 2008 dans la zone réservoir de la Province de la Frontière du Nord-Ouest et dans le sud de l'Afghanistan, avec une propagation dans les zones exemptes de poliomyélite, en particulier au Pendjab.

En Afghanistan, des cas ont été signalés principalement dans 16 districts de 4 provinces dans la région du sud (Kandahar, Hilmand, Uruzgan et Zabul) et les provinces adjacentes de Farah et Hirat dans la région de l'ouest, à l'exception de 3 cas à Nangarhard et dans la région de l'est. Les cas étaient principalement dus au poliovirus sauvages de type 1 –PVS1 (25 cas) et 6 au poliovirus sauvage de type 3 (PVS3).

La poursuite de la circulation du virus dans la région du sud malgré plusieurs activités de vaccination supplémentaires (4 Journées nationales de vaccination [JNV] et 5 journées locales de vaccination [JLV] et l'ajout des doses supplémentaires à intervalle court avec le vaccin monovalent [VPOm] dans les zones à haut risque) s'explique principalement par la dégradation de la

situation sanitaire et les combats actifs empêchant un accès sécurisé aux enfants. Le programme continue à profiter des occasions d'amélioration de l'accès pour vacciner les enfants ainsi que pour prôner avec toutes les parties l'arrêt des hostilités pendant les activités de vaccination supplémentaires afin de permettre aux vaccinateurs d'accéder aux enfants. Ces efforts ont permis une légère amélioration de l'accès aux enfants dans certaines parties de la région du sud. Toutefois, cet accès n'a pas été suffisamment soutenu pour avoir un véritable impact sur le profil immunitaire et donc sur l'interruption de la transmission. En septembre 2008, le programme a perdu deux employés nationaux et un chauffeur dans un bombardement brutal d'un véhicule sur la route entre Kandahar et Spinboldak.

Au Pakistan, la soudaine augmentation de cas débutant au second semestre 2008 a constitué une flambée épidémique (25 cas de P3) à Peshawar et la propagation du PVS1 dans différentes parties du pays ; elle était plus marquée au Pendjab où une flambée de P1 (31 cas) est survenue après deux ans d'absence du PSV1. Les poliovirus sauvages se sont également propagés de la Province de la Frontière du Nord-Ouest à Islamabad (3 P1 et 2 P3) après cinq ans sans aucun cas de poliomyélite. Sur un total de 118 cas signalés dans 49 districts et villes, 81 étaient dus au P1 et 37 au P3.

Cette augmentation au Pakistan s'expliquait entre autres par le net recul de la vaccination systématique à partir de la mi-2007, l'accessibilité réduite aux enfants dans les zones d'insécurité qui sont des foyers d'endémie et les mouvements de population importants hors de ces zones vers d'autres régions du Pakistan. Des efforts importants ont été effectués sur tous les fronts, y compris des actions de sensibilisation et des activités de vaccination supplémentaires. De même, des plans provinciaux actualisés ont été préparés pour 2009 et des efforts ont été consentis pour veiller à leur mise en œuvre. Si 4 JNV et 7 JLV ont été mises en place en 2008, il est prévu pour 2009 d'augmenter le nombre d'activités nationales à 6 JNV en utilisant le vaccin trivalent (VPOt) en plus des JLV et des opérations de ratissage en utilisant le VPOM adapté en fonction des développements épidémiologiques. De nouvelles stratégies, notamment la surveillance environnementale et des études de séroprévalence, seront mises en place afin de mieux comprendre les raisons de la persistance du poliovirus dans certaines zones et d'orienter les futures stratégies.

Dans le cadre des efforts de sensibilisation, le Dr Hussein A. Gezairy, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, s'est rendu au Pakistan et a rencontré S.E. M. Yusuf Raza Gillani, Premier ministre du Pakistan, qui a réaffirmé l'engagement du gouvernement envers l'objectif d'éradication de la poliomyélite et la formation d'un comité interprovincial à cette fin. Le Premier ministre a également lancé un Plan d'action pour l'éradication de la poliomyélite au Pakistan, visant principalement à s'assurer de l'engagement actif des autres secteurs dans les initiatives d'éradication de la poliomyélite afin de garantir une véritable campagne nationale. La coordination s'est poursuivie avec l'Afghanistan afin d'optimiser la couverture totale simultanée des zones frontalières et des enfants en déplacement.

Soudan

Le Soudan est un pays à haut risque d'importation du poliovirus sauvage. Il existe un mouvement de population permanent entre le Soudan et la plupart de ses neuf voisins, notamment des familles vivant des deux côtés des frontières, des populations nomades, des pèlerins en route pour l'Arabie saoudite et des réfugiés fuyant l'insécurité.

Deux importations de P3 du Tchad ont été enregistrées au Darfour ouest en juillet et décembre 2008. Ces importations n'ont pas été suivies de cas secondaires, ce qui reflète le niveau d'immunité élevé des enfants et l'excellente riposte de vaccination à grande échelle.

Parallèlement, après la notification de 3 cas de P1 dans la région de Gambella en Éthiopie, le virus a commencé à apparaître au Soudan méridional, entraînant une propagation dans huit États différents avec 24 cas en 2008 et 32 de plus en mai 2009. Cela a également été suivi par le dépistage de deux cas liés dans les États de Khartoum et de la Mer rouge et la propagation du virus hors du Soudan méridional vers les pays voisins (Kenya et Ouganda). La propagation au Soudan méridional a pu s'expliquer par le bas niveau d'immunité de la population dû à une faible vaccination systématique et des contraintes logistiques importantes auxquelles sont confrontées les JNV dans le pays. Les activités

de vaccination supplémentaires utilisant principalement le VPOm se poursuivent depuis mai 2008 parallèlement à des activités similaires en Éthiopie.

La détection du poliovirus importé dans une zone très reculée et non sécurisée du Darfour en 2007 et en 2008 a prouvé que le système de surveillance est assez sensible pour détecter à temps les poliovirus.

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

3.1 Vaccination systématique

L'une des stratégies de base de l'éradication de la poliomyélite consiste à assurer une forte couverture de vaccination systématique pour les jeunes enfants. Le rôle primordial de cette dernière est mis en évidence par les expériences d'importation, où les poliovirus importés ont entraîné d'importantes flambées dans les pays ayant une faible couverture alors que les pays qui ont une forte vaccination systématique n'ont connu que des cas sporadiques sans propagation secondaire.

Les activités d'éradication de la poliomyélite continuent de soutenir et renforcer la vaccination systématique. Les agents d'éradication de la poliomyélite contribuent à renforcer la vaccination systématique. L'investissement important du programme d'éradication de la poliomyélite dans la formation à divers niveaux en microplanification, mise en place de campagnes, suivi et évaluation pour les agents de santé nationaux a permis à ces derniers d'améliorer leurs compétences pour soutenir les programmes de vaccination.

3.2 Activités de vaccination supplémentaires

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

En 2008, environ 400 millions de doses de VPO ont été distribuées lors des campagnes de vaccination nationales et locales dans la Région. L'Afghanistan et le Pakistan ont mené des activités de vaccination supplémentaires toute l'année à des intervalles de 4-6 semaines. Des activités de ratissage ont également été mises en place en réponse à l'isolement du poliovirus sauvage au Pakistan, en Afghanistan 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 des zones avec une couverture systématique faible (Arabie saoudite, Djibouti, Égypte, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Liban, République arabe syrienne, Somalie, Soudan et Yémen). Les campagnes contre la rougeole et les programmes de la Journée de la santé de l'enfant sont des occasions d'administrer des doses supplémentaires de VPO.

Des campagnes porte-à-porte ont été menées, visant tous les enfants de moins de 5 ans. Des efforts importants ont été déployés pour garantir la qualité. L'engagement des politiciens et des dirigeants communautaires a été obtenu, des approches multisectorielles ont été mises en place pour impliquer les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, avec notamment 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 dans les zones à risque et les groupes difficiles à atteindre. Le vaccin monovalent a été utilisé pour optimiser la réponse immunitaire spécifique du type et le marquage au doigt a permis de s'assurer qu'aucun enfant n'avait été oublié. Des vérificateurs indépendants ont observé et évalué les résultats de la campagne, et leurs conclusions ont permis d'identifier les problèmes à résoudre par les autorités responsables. Les JNV ont été coordonnées entre les pays voisins et les activités de vaccination supplémentaires ont également été utilisées pour fournir d'autres services, comme l'administration de vitamine A vitale et de comprimés vermifuges.

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 reconnues 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 et la situation était identique dans de nombreux autres pays, en particulier ceux à un risque élevé d'importation. Aucun des pays de la Région n'a notifié moins que le niveau minimum requis de 1 pour 100 000 personnes de moins de 15 ans.

Le second indicateur de qualité pour la surveillance (pourcentage de cas de PFA avec recueil d'échantillons de selles adéquats) a été maintenu au-dessus de la cible de 80 % au niveau régional (90,80 %) et dans tous les pays de la Région sauf dans de petits pays, où il était légèrement inférieur à la cible. Ces deux indicateurs de surveillance sont également maintenus au niveau requis pour la certification aux niveaux de la province et du district dans les pays.

Tous les pays fournissent 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. De même, la qualité de la surveillance de la PFA est évaluée par des missions d'examen approfondi. À l'exception de la Palestine qui n'est pas sécurisée, les systèmes dans tous les pays de la Région ont été contrôlés par le personnel international au moins une fois depuis 2004. Ces contrôles ont montré que les systèmes de surveillance sont adaptés pour détecter tout poliovirus en circulation ou toute importation de cas. Le Bureau régional suit de près la mise en œuvre des recommandations de ces contrôles.

Afin de maintenir un niveau élevé de surveillance dans la Région, le Bureau régional a mis à jour les lignes directrices régionales. Ces lignes directrices ont été utilisées pour actualiser les lignes directrices nationales et maintenir la performance de la surveillance. En outre, deux séminaires-ateliers sur la surveillance ont été organisés en 2008 pour les pays membres du Conseil de Coopération du Golfe afin de répondre à tous les besoins identifiés pendant les contrôles.

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 compétences du personnel à analyser les données de surveillance. Les nouveaux systèmes comprennent une composante pour les données sur les échantillons collectés auprès des contacts des cas de PFA donnés.

3.4 Réseau régional de laboratoires

Le réseau de laboratoires continue de soutenir efficacement les activités de surveillance de la PFA. Tous les laboratoires du réseau ont passé avec succès les tests de compétence de l'OMS pour l'isolement des poliovirus et les tests de différenciation intratypique et tous sont accrédités par l'OMS.

La charge de travail des laboratoires du réseau a augmenté sensiblement en raison de la hausse du nombre de cas de PFA signalés et des échantillons prélevés auprès des contacts. En 2008, les laboratoires du réseau de poliomyélite dans la Région ont traité 25 823 échantillons de selles des cas de PFA et de leurs contacts. Les laboratoires ont mis en place les nouveaux algorithmes de test pour l'isolement des virus et la différenciation intratypique. Avec l'introduction du nouvel algorithme de test, 95 % des échantillons avaient les résultats de culture en 14 jours et 85 % avaient les résultats de différenciation intratypique en 7 jours. La durée moyenne entre le moment où le laboratoire reçoit l'échantillon et les résultats définitifs de la différenciation intratypique est passée de 13 jours en 2007 à 11 jours en 2008. Le principal problème dans la mise en place du nouvel algorithme a été l'augmentation de la charge de travail, entraînant des besoins en ressources accrues pour le matériel de test des échantillons et les réactifs pour la différenciation intratypique. Une nouvelle base de données et un nouveau système d'analyse de données (LABIFA4) ont également été mis en place avec succès pour adapter les changements dus à la mise en place du nouvel algorithme.

Le laboratoire de référence régional des Instituts nationaux de la santé au Pakistan a continué à fonctionner à un niveau exceptionnellement élevé, desservant à la fois l'Afghanistan et le Pakistan. Le séquençage génomique des virus isolés dans les deux pays est également effectué dans le laboratoire et montre une baisse évidente de la diversité génétique des poliovirus, de 10 sous-groupes en 2005 à 7 en 2006 et 4 en 2007 et 2008.

La méthode de PCR en temps réel pour une caractérisation rapide des poliovirus sera mise en place dans les laboratoires de différenciation intratypique de la poliomyélite dans la Région ; à cet égard, un séminaire-atelier de formation a eu lieu en janvier 2009 au laboratoire national de la poliomyélite, de Mascate (Oman).

L'Égypte, qui a eu son dernier cas confirmé de poliomyélite en mai 2004, continue à collecter des échantillons d'eaux usées sur 34 sites couvrant tous les gouvernorats, et la performance est surveillée en permanence par l'isolement des EVNP (entérovirus non poliomyélitiques) et du virus Sabin. Un virus sauvage importé du Soudan méridional/de l'Éthiopie a été détecté en Égypte en septembre 2008 et un autre ayant une origine indienne en décembre, tous deux dans le grand Caire. Les autorités égyptiennes ont riposté immédiatement en organisant trois campagnes de ratissage et les activités de surveillance renforcées n'ont pas révélé de propagation secondaire.

Il existe des plans pour établir une surveillance environnementale au Pakistan (Karachi et Lahore) afin de mieux comprendre la circulation des poliovirus sauvages et de cibler les zones pour les activités de vaccination.

En 2007 et 2008, des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale ont été isolés chez des cas de PFA qui ont ensuite été confirmés comme patients immunodéficients. Il s'agissait de deux enfants en République islamique d'Iran (un avec un mélange des types 1 et 2, et un autre avec le type 2), et un enfant en Égypte (type 3). Les isolats de ces cas ont été classés comme des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale associés à l'immunodéficiência. Il n'y a aucun signe de propagation secondaire de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale parmi les personnes immunodéficientes.

4. Questions finales

4.1 Confinement en laboratoire des poliovirus sauvages et matériels potentiellement infectieux

La Région de la Méditerranée orientale a continué à faire des progrès dans les activités de confinement. Dix-huit des pays exempts de poliomyélite ont indiqué avoir achevé la Phase 1 des activités de confinement, à savoir l'étude en laboratoire et l'inventaire des matériels potentiellement infectieux. Toutefois, le Soudan devra recommencer les activités. Le processus a été lancé en Afghanistan, au Pakistan, en Somalie et au Yémen. À ce jour, 19 775 laboratoires ont été étudiés dans la Région et seulement 9 d'entre eux ont été identifiés comme stockant des matériels contenant du virus sauvage.

Tous les pays ayant achevé la Phase 1 des activités de confinement ont été priés de soumettre un rapport d'assurance qualité. La documentation sur la qualité de la Phase 1 des activités de confinement a été soumise par 16 pays (Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Soudan et Tunisie). Cinq pays n'ont pas soumis de rapport original ou révisé (Djibouti, Égypte, Liban, Palestine et République arabe syrienne). L'Égypte et la Palestine ont récemment achevé la Phase 1 du confinement.

4.2 Certification de l'éradication de la poliomyélite

La Commission régionale de certification a poursuivi l'examen des divers documents nationaux présentés par les comités nationaux de certification des pays de la Région. Les documents de base ont été acceptés pour 19 pays et des rapports finaux ont été soumis et acceptés pour 14 pays, qui sont tous exempts de poliomyélite depuis 5 ans ou plus et ont achevé la Phase 1 de confinement en laboratoire (Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Iraq, Jamahiriya arabe libyenne, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Oman, Qatar, République arabe syrienne et Tunisie). La Somalie va soumettre sa documentation nationale et Djibouti présentera de nouveau

son rapport final en 2009. Le Soudan devra présenter de nouveau son rapport en raison de la récente circulation de virus. Cependant, tous les pays susmentionnés ainsi que ceux dont les documents nationaux de base ont été récemment acceptés vont continuer à communiquer des mises à jour annuelles jusqu'à ce que la certification régionale ait été obtenue.

L'Afghanistan et le Pakistan, derniers pays d'endémie de la poliomyélite dans la Région, ont présenté des documents de certification nationaux provisoires qui ont été révisés par la Commission régionale de certification en 2007 et 2008. La préparation de ce rapports a permis aux commissions nationales de certification et aux administrateurs de 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 de certification.

5. Soutien technique et financier aux pays

Le soutien technique au programme régional d'éradication de la poliomyélite se poursuit, faisant appel à environ 70 agents internationaux et plus de 1000 agents nationaux en plus des équipes d'experts constituant les groupes consultatifs techniques régionaux et nationaux, qui conseillent les programmes nationaux sur les orientations stratégiques. Parallèlement, tous les agents de lutte contre la poliomyélite soutiennent le Programme élargi de vaccination (PEV) et fournissent une aide à d'autres programmes de santé prioritaires au niveau des pays.

La structure élaborée pour la surveillance de la PFA a permis de soutenir d'autres activités du PEV comme l'élimination de la rougeole et le réseau de laboratoires pour l'éradication de la poliomyélite qui a été mis en place étend maintenant ses services aux maladies du PEV ainsi qu'à d'autres maladies qui ont de l'importance sur le plan de la santé publique.

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 financer 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 reçues pour financer les activités planifiées par le biais de l'OMS pour 2008-2009 ont excédé le montant prévu (124 millions de dollars US) pour couvrir les frais de fonctionnement, la surveillance et le personnel. Les ressources supplémentaires étaient nécessaires pour les frais de fonctionnement afin de faire face aux éléments nouveaux dans la situation épidémiologique.

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, la Fondation des Nations Unies, le Gouvernement canadien, la Communauté européenne ainsi que les Gouvernements koweïtien, russe, français, allemand, saoudien et celui des Émirats arabes unis.

6. Coordination avec d'autres Régions

La coordination avec les pays voisins d'autres régions de l'OMS se poursuit. Des réunions de coordination pour les pays de la Corne de l'Afrique ont été organisées en 2008 et 2009, et le bulletin de la Corne de l'Afrique est publié régulièrement avec une contribution de tous les pays. De même, le Groupe consultatif technique de la Corne de l'Afrique a organisé ses troisième et quatrième réunions en juillet 2008 et février 2009 respectivement. 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 pour lutter contre la poliomyélite se poursuit entre les pays voisins de la Région de la Méditerranée orientale et de la Région européenne, conformément à la déclaration signée en 2007. La portée de MECACAR est désormais étendue pour inclure l'élimination de la rougeole ainsi que la vaccination systématique.

Face à la menace permanente d'importation du poliovirus en provenance du Nigeria, le Bureau régional a poursuivi son soutien technique aux efforts d'éradication de la poliomyélite au Nigeria pour aider à planifier et mettre en œuvre les activités de lutte contre la poliomyélite dans le nord du pays.

7. Engagement régional pour l'éradication de la poliomyélite

Malgré les retards en matière d'interruption de la transmission dans la Région, l'engagement régional pour l'éradication de la poliomyélite reste au 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 progressive reflétées dans les résolutions du Comité régional, constituent l'élément moteur pour atteindre cet objectif au niveau régional. Le Bureau régional poursuit ses efforts de sensibilisation en diffusant 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.

Les deux pays endémiques de la Région, le Pakistan et l'Afghanistan, ont réaffirmé leur engagement lors de la réunion du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite à Genève en octobre 2008, ainsi que pendant la visite du Directeur général de l'OMS et du Directeur régional dans les deux pays et lors des réunions ultérieures avec de hauts fonctionnaires dont le Président afghan Hamid Karzai et le Premier ministre pakistanais Yusuf Raza Gillani.

8. Défis

Les principaux défis auxquels est confronté le programme sont notamment les suivants :

- Poursuite de la transmission endémique du poliovirus sauvage dans les zones de transmission communes du Pakistan et de l'Afghanistan, où l'accès aux enfants est difficile en raison de l'insécurité en particulier dans les zones de conflit comme le sud de l'Afghanistan, et dans d'autres zones du fait de contraintes culturelles, des refus et de la qualité des activités de vaccination supplémentaires qui laisse à désirer.
- Flambée persistante et propagation du poliovirus au Soudan méridional, indiquant une protection immunitaire insuffisante due à une mauvaise vaccination systématique et à une qualité non optimale des activités de vaccination supplémentaires.
- Importation du poliovirus sauvage dans la Région en provenance des pays restant endémiques, en particulier pour les pays de la Corne de l'Afrique au sens large.
- Maintien de l'intérêt et de l'engagement des autorités nationales à tous les niveaux à la fois dans les pays endémiques et les pays indemnes de poliomyélite.
- Garantie des ressources nécessaires aux niveaux national et externe.

9. Orientations futures

Afin de relever ces défis, les priorités régionales pour l'éradication de la poliomyélite en 2009 sont les suivantes :

1. Interrompre la transmission en Afghanistan et au Pakistan en intensifiant les activités de vaccination supplémentaires, en réglant les questions de gestion, en garantissant une performance de qualité, et en garantissant l'accès aux enfants dans les zones d'insécurité.
2. Interrompre la transmission du poliovirus de type 1 au Soudan méridional en privilégiant l'amélioration de la qualité des activités de vaccination supplémentaires et en fournissant le soutien logistique nécessaire au programme.

3. Parer à une protection immunitaire insuffisante dans les pays exempts de poliomyélite en renforçant la vaccination systématique et en mettant en place des activités de vaccination supplémentaires, en particulier 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, à la fois au niveaux national et infranational et en particulier dans les zones et populations à haut risque.
5. Maintenir et renforcer les activités de coordination entre les pays voisins, en particulier entre l'Afghanistan et le Pakistan et dans la Corne de l'Afrique, notamment la synchronisation, l'échange d'informations et la planification et la coordination au niveau local.
6. Maintenir le réseau de laboratoires de la poliomyélite et encourager son usage pour d'autres programmes utiles et poursuivre les activités de confinement et de certification.
7. Mobiliser les ressources financières nécessaires à la mise en oeuvre du plan régional d'éradication de la poliomyélite.