



Contents

- 381 Progress towards eradicating poliomyelitis: Afghanistan and Pakistan, January 2011–August 2012

Sommaire

- 381 Progrès accomplis en vue de l'éradication de la poliomyélite: Afghanistan et Pakistan, janvier 2011-août 2012

Progress towards eradicating poliomyelitis: Afghanistan and Pakistan, January 2011–August 2012

In 1988, the World Health Assembly (WHA) resolved to eradicate polio, which launched the Global Polio Eradication Initiative (GPEI). By 2012, the transmission of indigenous wild poliovirus (WPV) continued uninterrupted in Afghanistan, Pakistan and Nigeria,¹ and the WHA declared the completion of polio eradication a programmatic emergency for global public health.² This report updates previous reports^{3,4} and describes polio eradication activities and progress in Afghanistan and Pakistan during January 2011–August 2012, as of 9 September 2012.

In Afghanistan, 80 WPV poliomyelitis cases were confirmed during 2011, compared with 25 WPV cases in 2010; 17 WPV cases were confirmed during January–August 2012, compared with 34 WPV cases for the same period in 2011. In Pakistan, 198 WPV cases were confirmed in 2011, compared with 144 WPV cases in 2010; 30 WPV cases were confirmed during January–August 2012, compared with 88 WPV cases during the same period in 2011. During January 2011–August 2012, no case of WPV type 3 (WPV3) was confirmed in Afghanistan, while 4 confirmed WPV3 cases and 1 case with coinfection of WPV3 and WPV type 1 (WPV1) were reported in Pakistan. Violence targeting vaccinators has occurred in the past in Afghanistan and recently in Pakistan. In both Afghani-

Progrès accomplis en vue de l'éradication de la poliomyélite: Afghanistan et Pakistan, janvier 2011-août 2012

En 1988, l'Assemblée mondiale de la Santé a décidé d'éradiquer la poliomyélite et a lancé l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP). En 2012, la transmission du poliovirus sauvage (PVS) autochtone n'était toujours pas interrompue en Afghanistan, au Pakistan et au Nigéria,¹ et l'Assemblée mondiale de la Santé a déclaré l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite urgence programmatique pour la santé publique mondiale.² Le présent rapport actualise les précédents^{3,4} et décrit les activités et les progrès accomplis sur la voie de l'éradication en Afghanistan et au Pakistan entre janvier 2011 et août 2012, à la date du 9 septembre 2012.

En 2011, 80 cas dus au PVS ont été confirmés en Afghanistan, contre 25 en 2010; 17 cas dus au PVS ont été confirmés entre janvier et août 2012 contre 34 pour la même période en 2011. Au Pakistan, 198 cas dus au PVS ont été confirmés en 2011, contre 144 en 2010; 30 cas dus au PVS ont été confirmés entre janvier et août 2012 contre 88 au cours de la même période en 2011. Entre janvier 2011 et août 2012, aucun cas dû au PVS de type 3 (PVS3) n'a été confirmé en Afghanistan et 4 cas confirmés dus au PVS3 ainsi qu'un cas de co-infection PVS3 et PVS de type 1 (PVS1) ont été signalés au Pakistan. Des actes de violence dirigés contre les vaccinateurs ont été enregistrés par le passé en Afghanistan et récemment au Pakistan. En Afghanistan comme au Pakistan, une gestion et une surveillance renforcées de la mise en œuvre des plans d'action nationaux

WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève

Annual subscription / Abonnement annuel
Sw. fr. / Fr. s. 346.–

10.2012
ISSN 0049-8114
Printed in Switzerland

¹ See No. 20, 2012, pp. 195–200.

² Sixty-Fifth World Health Assembly. Poliomyelitis: intensification of the global eradication initiative. A65/20. 5 April 2012. Available at http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_20-en.pdf and http://apps.who.int/gb/e/e_waha65.html, accessed September 2012.

³ See No. 46, 2011, pp. 514–520.

⁴ See No. 11, 2010, pp. 93–99.

¹ Voir N° 20, 2012, pp. 195-200.

² Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé. Poliomyélite : intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. A65/20. 5 avril 2012. Accessible à l'adresse: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_20-fr.pdf et <http://apps.who.int/gb/ff/waha65.html>, consulté en septembre 2012.

³ Voir N° 46, 2011, pp. 514-520.

⁴ Voir N° 11, 2010, pp. 93-99.

stan and Pakistan, enhanced management and oversight in implementing National Emergency Action Plans^{5, 6} will be needed to achieve further progress towards interruption of WPV transmission. Moreover, continued efforts are needed to enhance the safety of vaccination teams within conflict-affected areas of both countries.

Immunization activities

Estimated national routine immunization coverage of infants with 3 doses of oral polio vaccine (OPV3) is 66% in Afghanistan and 75% in Pakistan,⁷ with wide subnational variation in both countries. A proxy measure of routine OPV3 coverage based on parental recall and immunization cards of children aged 6–23 months with acute flaccid paralysis (AFP)⁸ not due to polio (non-polio AFP) was 61% nationally in Afghanistan – 15% in the conflict-affected southern region combined with Farah province in the western region, 71% in the western region (excluding Farah) and 78% in the rest of Afghanistan. In the south-western endemic zone of Afghanistan, the quality of supplementary immunization activities (SIAs) in 2011 worsened compared with previous years, as indicated by the proportion of “zero dose” children in high-risk districts, which rose from 9% in 2010 to 21% in 2011. The proportion of non-polio AFP cases aged 6–23 months with ≥ 3 reported routine OPV doses in Pakistan was 63% nationally, 63% in Khyber Pakhtunkhwa province, 26% in the conflict-affected Federally Administered Tribal Areas (FATA), 77% in Punjab province, 52% in Sindh province and 18% in Balochistan province. Nationally, for the same age group, 3.3% of non-polio AFP cases were “zero dose”, i.e. had not received any OPV dose through routine programmes or SIAs.

During January 2011–August 2012, house-to-house SIAs⁹ generally targeted children aged 0–59 months using different OPV formulations, including trivalent (tOPV) and bivalent types 1 and 3 (bOPV). During this period, Afghanistan conducted 6 national immunization days (NIDs) and 10 subnational immunization days (SNIDs) in the eastern, south-eastern and southern regions and in Farah province; during a combined measles and OPV campaign, children up to 10 years of age were targeted. Pakistan conducted 7 NIDs and 8 SNIDs in high-

d'urgence^{5, 6} seront nécessaires pour réaliser de nouveaux progrès sur la voie de l'interruption de la transmission du PVS. En outre, la poursuite des efforts s'impose pour améliorer la sécurité pour les équipes de vaccination dans les zones touchées par des conflits dans les deux pays.

Activités de vaccination

La couverture nationale estimée de la vaccination systématique des nourrissons par 3 doses de vaccin antipoliomyélique oral (VPO3) est de 66% en Afghanistan et de 75% au Pakistan,⁷ avec d'importantes variations au niveau local dans les deux pays. Une mesure de substitution de la couverture systématique du VPO3 fondée sur les souvenirs des parents et les carnets de vaccination des enfants âgés de 6 à 23 mois atteints de paralysie flasque aiguë (PFA)⁸ non poliomyélique était de 61% au niveau national en Afghanistan – 15% dans la région sud touchée par le conflit et la province adjacente de Farah dans la région ouest, 71% dans la région ouest (à l'exclusion de Farah) et 78% dans le reste de l'Afghanistan. Dans la zone d'endémie du sud-ouest de l'Afghanistan, la qualité des activités de vaccination supplémentaire (AVS) s'est dégradée en 2011 par rapport aux années précédentes, ainsi qu'il ressort de la proportion d'enfants n'ayant reçu aucune dose de vaccin dans les districts à haut risque, passée de 9% en 2010 à 21% en 2011. La proportion de cas notifiés de PFA non poliomyélique chez les sujets âgés de 6 à 23 mois ayant reçu ≥ 3 doses de VPO dans le cadre de la vaccination systématique au Pakistan était de 63% au niveau national, de 63% dans la province de Khyber Pakhtunkhwa, de 26% dans les Zones tribales administrées de manière fédérale (FATA), de 77% dans la province du Pendjab, de 52% dans la province du Sind et de 18% dans la province du Balouchistan. Au niveau national, pour le même groupe d'âge, 3,3% des cas de PFA non poliomyélique n'avaient reçu aucune dose de vaccin dans le cadre de la vaccination systématique ou d'AVS.

Entre janvier 2011 et août 2012, les AVS⁹ de porte à porte ciblaient généralement les enfants âgés de 0 à 59 mois au moyen de formulations de VPO différentes, notamment du VPO trivalent (VPOT) ou du VPO bivalent type 1 et type 3 (VPOb). Pendant cette période, l'Afghanistan a organisé 6 journées nationales de vaccination (JNV) et 10 journées locales de vaccination (JLV) dans les régions de l'est, du sud-est et du sud et dans la province de Farah; au cours d'une campagne associée de vaccination antirougeoleuse et antipoliomyélique, les enfants âgés de ≥ 10 ans ont été visés. Le Pakistan a organisé 7 JNV et 8 JLV

⁵ Afghanistan Emergency Action Plan for Polio Eradication 2012–2013. Available at http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Aboutus/Governance/IMB/6IMBMeeting/3.4_6IMB.pdf, accessed September 2012.

⁶ Government of Islamic Republic of Pakistan. Augmenting the National Emergency Action Plan for Polio Eradication in 2012. January 2012. Available at http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Aboutus/Governance/IMB/6IMBMeeting/8.5_6IMB.pdf, accessed September 2012.

⁷ WHO vaccine-preventable diseases monitoring system: 2011 global summary. Geneva, World Health Organization, 2011. Available at <http://www.who.int/vaccines/globalsummary/immunization/countryprofileselect.cfm> and http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileselect.cfm, accessed August 2012.

⁸ Vaccination histories of children aged 6–23 months with non-polio AFP are used to estimate OPV coverage of the overall target population and to verify national reported routine immunization coverage estimates

⁹ Mass campaigns in which 1 dose of oral poliovirus vaccine is administered to all children aged <5 years, regardless of vaccination history. Campaigns can be conducted nationally or in sections of the country.

⁵ Afghanistan Emergency Action Plan for Polio Eradication 2012–2013. Accessible à l'adresse : http://www.polioeradication.org/Portals/0/Documents/Aboutus/Governance/IMB/6IMBMeeting/3.4_6IMB.pdf, consulté en septembre 2012.

⁶ Government of Islamic Republic of Pakistan. Augmenting the National Emergency Action Plan for Polio Eradication in 2012. Janvier 2012. Accessible à l'adresse : http://www.polioeradication.org/Portals/0/Documents/Aboutus/Governance/IMB/6IMBMeeting/8.5_6IMB.pdf, consulté en septembre 2012.

⁷ WHO vaccine-preventable diseases monitoring system: 2011 global summary. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011. Accessible sur : <http://www.who.int/vaccines/globalsummary/immunization/countryprofileselect.cfm> et http://apps.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileselect.cfm, consulté en août 2012.

⁸ Les antécédents vaccinaux des enfants âgés de 6 à 23 mois et atteints de PFA non poliomyélique sont utilisés pour estimer la couverture de VPO dans la population cible générale et pour vérifier les estimations nationales rapportées de la couverture par la vaccination systématique.

⁹ Les AVS sont des campagnes de masse au cours desquelles une dose de vaccin antipoliomyélique oral est administrée à tous les enfants âgés de <5 ans quels que soient leurs antécédents de vaccination. Ces campagnes peuvent être menées au plan national ou dans certaines parties du pays.

risk districts in the main WPV transmission areas of Khyber Pakhtunkhwa, FATA, southern Punjab, Balochistan and Sindh. Pakistan also conducted several smaller SIAs targeting high-risk areas and migratory, internally displaced and underserved/marginalized groups. The majority of campaigns targeted children <5 years of age, however in the Bara Tehsil areas of Khyber Agency, FATA, a “short interval additional dose” (SIAD) campaign¹⁰ in 2012 targeted children aged <15 years because much of this area had not been reached in the past 3 years. During April and May 2012, large numbers of people from Bara Tehsil, Khyber Agency fled to neighbouring parts of Khyber Pakhtunkhwa province (mainly Peshawar and Nowshera districts); the displaced population was targeted with multiple SIA rounds using bOPV in the hosting communities (target age group: <5 years) and in Jalozai refugee camp in Nowshera (target age group: <15 years).

During 2011–2012, as in previous years, vaccination teams were unable to reach thousands of children living in areas inaccessible to them because of insecurity. In Afghanistan, the estimated proportion of targeted children living in inaccessible areas in the southern region was 6–21% (72 500–273 000) during SIAs conducted in 2010 and 2011, decreasing to 2–5% (28 400–65 000) in SIAs during January–June 2012. In Pakistan, the proportion of targeted children who were living in inaccessible areas of Khyber Pakhtunkhwa province during SIAs decreased from <1–2% (30 000–100 000 children) during January–March 2010 to <0.2% (<6000 children) during April 2010–December 2011. In FATA, however, the proportion of targeted children living in inaccessible areas was 20–31% during 2010, and 9–24% during 2011, leaving an estimated 99 000–350 000 children unreached during each SIA conducted during 2010 and 2011. During January–July 2012, 6–23% (64 000–257 500) of children in the target population in FATA were not accessible during SIAs. Despite a gradual improvement in access to children in FATA, approximately 200 000 children were unreachable because of a ban on polio SIAs recently imposed by local authorities in the tribal agencies of North and South Waziristan. All areas of Khyber Pakhtunkhwa province have been accessible since September 2011.

Wild poliovirus surveillance

AFP surveillance. Standard quality indicators are used to monitor AFP surveillance performance. In 2011, the annual national non-polio AFP rate (per 100 000 population aged <15 years) was 10.5 in Afghanistan (range among the 8 regions: 6.0–12.8), and 7.2 in Pakistan (range among the 7 provinces/regions: 2.3–9.7). The proportion of AFP cases for which adequate specimens were collected was 92% in Afghanistan (range: 80–98%) and 88% in Pakistan (range: 78–93%). Despite overall high AFP surveillance performance indicators, genomic sequencing data from WPVs derived from both polio-

dans les districts à haut risque dans les principales zones de transmission, à savoir Khyber Pakhtunkhwa, FATA, Pendjab sud, Baloutchistan et Sind. Le Pakistan a également organisé plusieurs AVS de taille plus réduite visant des zones à haut risque et des groupes de population migrants, déplacés à l'intérieur du pays et mal desservis/marginalisés. La majorité des campagnes visait les enfants de <5 ans; toutefois, dans la zone du tehsil de Bara de l'agence de Khyber (FATA), une campagne au moyen d'une «dose supplémentaire à intervalle court»¹⁰ a visé en 2012 les enfants âgés de <15 ans, car la plus grande partie de cette zone n'avait pas pu être atteinte depuis 3 ans. En avril et mai 2012, un grand nombre d'habitants du tehsil de Bara, agence de Khyber, ont fui vers les régions voisines de la province de Khyber Pakhtunkhwa (principalement les districts de Peshawar et Nowshera; la population déplacée a fait l'objet de plusieurs séries d'AVS au moyen du VPOb organisées dans les communautés hôtes (groupe d'âge cible: <5 ans) et dans le camp de réfugiés de Jalozai à Nowshera (groupe d'âge cible: <15 ans).

En 2011–2012, comme les années précédentes, les équipes de vaccination n'ont pas réussi à atteindre des milliers d'enfants vivant dans les zones rendues inaccessibles du fait de l'insécurité. En Afghanistan, le pourcentage estimé d'enfants visés qui vivaient dans des zones inaccessibles de la région sud se situait entre 6 et 21% (72 500–273 000) au cours des AVS menées en 2010 et 2011, tombant à 2–5% (28 400–65 000) lors des AVS organisées entre janvier et juin 2012. Au Pakistan, le pourcentage d'enfants visés qui vivaient dans des zones inaccessibles de la province de Khyber Pakhtunkhwa au cours des AVS a diminué, passant de <1–2% (30 000–100 000 enfants) entre janvier et mars 2010 à <0,2% (<6000 enfants) entre avril 2010 et décembre 2011. Dans les FATA, toutefois, le pourcentage d'enfants visés qui vivaient dans des zones inaccessibles se situait entre 20 et 31% en 2010 et entre 9 et 24% en 2011, soit un nombre estimatif de 99 000–350 000 enfants qui n'avaient pas été atteints au cours de chaque AVS organisée en 2010 et 2011. Entre janvier et juillet 2012, 6–23% des enfants (64 000–257 500) de la population cible dans les FATA n'étaient pas accessibles au cours des AVS. Malgré une amélioration progressive de l'accès aux enfants dans les FATA, environ 200 000 enfants n'ont pu être atteints en raison d'une interdiction des AVS antipoliomyélitiques imposées récemment par les autorités locales des agences tribales du Waziristan nord et sud. Toutes les zones de la province de Khyber Pakhtunkhwa ont été accessibles depuis septembre 2011.

Surveillance du poliovirus sauvage

Surveillance de la PFA. L'efficacité de la surveillance de la PFA est contrôlée à l'aide d'indicateurs standard d'efficacité. En 2011, le taux annuel national de PFA non poliomyélitique (pour 100 000 habitants âgés de <15 ans) était de 10,5 en Afghanistan (fourchette au sein des 8 régions: 6–12,8) et de 7,2 au Pakistan (fourchette au sein des 7 provinces/régions: 2,3–9,7). Le pourcentage de cas de PFA pour lesquels des échantillons de selles adéquats ont été recueillis a été de 92% en Afghanistan (fourchette: 80–98%) et de 88% au Pakistan (fourchette: 78–93%). En dépit d'indicateurs généralement élevés d'efficacité de la surveillance de la PFA, les données relatives au séquençage

¹⁰ SIADs are campaigns conducted at short interval, for example in insecure areas which are accessible for only a limited time, in which a mOPV or bOPV dose is administered within 1–2 weeks of the prior dose.

¹⁰ Il s'agit d'administrer une dose de VPOM ou VPOb dans les 1 à 2 semaines suivant la dose précédente, par exemple dans les zones d'insécurité accessibles seulement pendant une période limitée.

myelitis cases and environmental surveillance (Pakistan), continue to indicate prolonged, undetected transmission of WPV in certain areas of Afghanistan and Pakistan.

Environmental surveillance. In Pakistan, AFP surveillance is supplemented by environmental surveillance. During 2011–August 2012, 353 sewage samples from 21 sites in 11 cities from all major provinces of Pakistan were tested for polioviruses. The number of cities with sewage sampling increased from 8 in 2011 to 11 in 2012. WPVs have been isolated frequently from sewage samples collected in all major cities in Pakistan since testing began in mid-July 2009, including several large urban areas which did not detect WPV-confirmed polio cases: Lahore in Punjab (latest confirmed case: December 2011, latest positive sewage sample: August 2012), Rawalpindi, Punjab (latest confirmed case: April 2010, latest positive sewage sample: May 2012) and Sukkur, northern Sindh (latest confirmed case: September 2010, latest positive sewage sample: July 2012). WPV continues to be isolated from the majority of environmental samples at the majority of sampling sites, although the frequency of WPV-positive environmental samples decreased in Quetta, Balochistan (no WPV-positive environmental sample since February 2012). WPV3 has not been detected in sewage samples since October 2010.

WPV epidemiology

In Afghanistan, 80 WPV1 cases were reported during 2011, compared with 25 WPV cases (17 WPV1, 8 WPV3) in 2010; 17 WPV1 cases were reported during January–August 2012, compared with 34 WPV1 cases during the same period in 2011 (*Table 1, Figure 1 and Map 1*). The last WPV3 case in Afghanistan was reported in the southern region in April 2010. During January 2011–August 2012, 72 (74%) of WPV cases were in children <36 months. Among the 72 children, 24 (33%) had received no OPV doses, 23 (32%) received 1–3 OPV doses and 25 (35%) received ≥ 4 OPV doses. During this time period, WPV cases were reported in 40 (12%) of 329 districts, including 13 high-risk districts¹¹ in the southwestern provinces of Farah, Helmand, Kandahar and Urozgan.

In Pakistan, 198 WPV cases (196 WPV1, 2 WPV3) were reported during 2011, compared with 144 WPV cases (120 WPV1, 24 WPV3) during 2010; 30 WPV cases (27 WPV1, 2 WPV3, and 1 case with isolation of both WPV1 and WPV3) were reported during January–August 2012, compared with 88 during the same period in 2011 (*Table 1, Figure 1 and Map 1*). All WPV3 cases reported in Pakistan since 2011 were from Khyber Agency, FATA; the most recent cases were reported in April 2012. During January 2011–August 2012, 192 (84%) of 228 WPV cases were among children aged <36 months. Among the 192 children aged <36 months, 68 (35%) had received no OPV doses, 51 (26%) received 1–3 OPV

génomique pour le PVS provenant aussi bien de cas de poliomyélite que de la surveillance environnementale (Pakistan) continuent d'indiquer une transmission prolongée et non détectée du PVS dans certaines zones d'Afghanistan et du Pakistan.

Surveillance environnementale. Au Pakistan, la surveillance de la PFA est complétée par une surveillance environnementale. Entre janvier 2011 et août 2012, 353 échantillons d'eaux usées provenant de 21 sites dans 11 villes des grandes provinces du Pakistan ont été analysés à la recherche de poliovirus. Le nombre de villes où il est procédé à un échantillonnage des eaux usées est passé de 8 en 2011 à 11 en 2012. Des PVS ont été fréquemment isolés dans des échantillons d'eaux usées recueillis dans les principales villes du Pakistan depuis que les analyses ont été mises en place à la mi-juillet 2009, y compris plusieurs grands centres urbains qui ne détectaient pas de cas de poliomyélite confirmés comme étant dus au PVS: Lahore dans le Pendjab (dernier cas confirmé: décembre 2011, dernier échantillon positif d'eaux usées: août 2012), Rawalpindi, Pendjab (dernier cas confirmé: avril 2010, dernier échantillon positif d'eaux usées: mai 2012) et Sukkur, nord du Sind (dernier cas confirmé: septembre 2010, dernier échantillon positif d'eaux usées: juillet 2012). Le PVS continue d'être isolé dans la majorité des échantillons environnementaux pour la majorité des sites d'échantillonnage, même si la fréquence des échantillons environnementaux positifs pour le PVS a diminué à Quetta, au Balouchistan (aucun échantillon environnemental positif pour le PVS depuis février 2012). Le PVS3 n'a pas été décelé dans des échantillons d'eaux usées depuis octobre 2010.

Épidémiologie du poliovirus sauvage

En Afghanistan, 80 cas dus au PVS1 ont été signalés en 2011, contre 25 cas dus au PVS (17 PVS1, 8 PVS3) en 2010; 17 cas dus au PVS1 ont été signalés entre janvier et août 2012, contre 34 pendant la même période en 2011 (*Tableau 1, Figure 1 et Carte 1*). Le dernier cas dû au PVS3 en Afghanistan a été signalé dans la région sud en avril 2010. Entre janvier 2011 et août 2012, 72 cas dus au PVS (74%) concernaient des enfants de <36 mois. Parmi les 72 enfants, 24 (33%) n'avaient reçu aucune dose de VPO, 23 (32%) avaient reçu 1 à 3 doses de VPO, et 25 (35%) avaient reçu ≥ 4 doses de VPO. Au cours de la même période, des cas dus au PVS ont été signalés dans 40 districts sur 329 (12%), y compris 13 districts à haut risque¹¹ dans les provinces du sud-ouest de Farah, Helmand, Kandahar et Urozgan.

Au Pakistan, 198 cas dus au PVS (196 PVS1, 2 PVS3) ont été notifiés en 2011, contre 144 (120 PVS1, 24 PVS3) en 2010; 30 cas dus au PVS (27 PVS1, 2 PVS3 et 1 cas où à la fois le PVS1 et le PVS3 ont été isolés) ont été notifiés entre janvier et août 2012, contre 88 au cours de la même période en 2011 (*Tableau 1, Figure 1 et Carte 1*). Tous les cas dus au PVS3 signalés au Pakistan depuis 2011 provenaient de l'agence Khyber, FATA; les cas les plus récents ont été signalés en avril 2012. Entre janvier 2011 et août 2012, 192 (84%) des 228 cas dus au PVS concernaient des enfants âgés de <36 mois. Parmi les 192 enfants âgés de <36 mois, 68 (35%) n'avaient reçu aucune dose de VPO, 51 (26%) avaient reçu 1 à 3 doses de VPO et 9 (5%) avaient reçu ≥ 4 doses

¹¹ High-risk districts include those persistently affected by WPV transmission and those in proximity to the persistently affected districts.

¹¹ Les districts à haut risque sont ceux où la transmission du PVS est persistante et ceux à proximité de districts touchés de façon persistante.

Table 1 **Indicators of acute flaccid paralysis (AFP) surveillance and reported wild poliovirus (WPV) cases, by country, area, time period and WPV type,^a Afghanistan and Pakistan, January 2011–August 2012^a**

Tableau 1 **Indicateurs de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) et cas notifiés dus à des poliovirus sauvages par pays, par zone et par type de poliovirus sauvages,^a Afghanistan et Pakistan, janvier 2011-août 2012^a**

Country and area – Pays et zones	AFP surveillance indicators (2011) – Indicateurs de surveillance de la PFA (2011)			Reported WPV cases – Nombre de cas notifiés dus à des poliovirus sauvages						
	No. of AFP cases – Nbre de cas de PFA	Non-polio AFP rate ^b – Taux de PFA non polio- myéлитique ^b	% with ade- quate spe- cimens ^c – % de cas avec échantillons adéquats ^c	WPV by time period – Poliovirus sauvages par période			WPV by type (January 2011– August 2012) – Poliovirus sau- vages par type (janvier 2011-août 2012)			
				January– June 2011– Jan- vier- juin 2011	July– Decem- ber 2011 – Juillet- décembre 2011	Total 2011	January – August 2012– Janvier-août 2012	WPV type-1 – Poliovirus sauvages de type 1	WPV type-3 – Poliovirus sauvages de type-3	WPV1 and 3 – PVS 1 et 3
Afghanistan	1831	10.51	92	11	69	80	17	97	0	0
Badakhshan	47	9.26	96	0	0	0	0	0	0	0
Central – Centre	300	9.12	98	0	4	4	0	0	0	0
East – Est	168	10.86	93	0	2	2	3	5	0	0
Northeast – Nord-Est	233	11.61	93	0	3	3	0	0	0	0
North – Nord	304	12.44	93	0	2	2	0	0	0	0
Southeast – Sud-Est	106	5.96	97	0	1	1	1	2	0	0
South – Sud	384	12.80	80	9	53	62	12	74	0	0
West – Ouest	289	10.13	96	2	4	6	1	7	0	0
Pakistan	5762	7.2	88	60	138	198	30	223	4	1
AJK	45	2.8	91	0	0	0	0	0	0	0
Balochistan – Balouchistan	341	7.3	78	19	54	73	3	76	0	0
FATA	214	9.6	88	20	39	59	13	67	4	1
GB	26	3.6	92	1	0	1	0	1	0	0
Islamabad	15	2.5	93	0	0	0	0	0	0	0
KP	1074	9.7	86	6	17	23	9	32	0	0
Punjab – Pendjab	2632	6.4	90	0	9	9	2	11	0	0
Sindh – Sind	1415	7.9	87	14	19	33	3	36	0	0

AJK = Azad Jammu and Kashmir; FATA = Federally Administered Tribal Areas; GB = Gilgit-Baltistan; KP = Khyber Pakhtunkhwa (formerly the North-West Frontier Province). – AJK = Azad, Jammu-et-Cachemire; FATA = Zones tribales sous administration fédérale; GB = Gilgit-Baltistan; KP = Province de Khyber Pakhtunkhwa (anciennement appelée province de la frontière du Nord-Ouest).

^a Data as of 9 September 2012. – Données au 9 septembre 2012.

^b Per 100 000 children aged <15 years; excluding AFP cases pending for classification as of 9 September 2012. – Pour 100 000 enfants âgés de <15 ans; à l'exclusion des cas de PFA encore non classés au 9 septembre 2012.

^c To be considered adequate, 2 stool specimens collected at an interval of at least 24 hours apart within 14 of paralysis onset, and shipped on ice or frozen packs to a WHO-accredited laboratory and arrive in good condition. – Pour être considérés comme adéquats, les 2 échantillons de selles doivent être recueillis à un intervalle d'au moins 24 heures dans les 14 jours suivant l'apparition de la paralysie, expédiés sur de la glace ou des accumulateurs de froid jusqu'à un laboratoire accrédité par l'OMS et y arriver en bon état.

doses and 9 (5%) received ≥ 4 OPV doses. WPV cases were reported in 60 (38%) of 157 districts in Pakistan during 2011, compared with 40 (30%) districts during 2010 and from 17 (11%) districts during January–August 2012. During 2010, 98 (68%) of 144 cases were from Khyber Pakhtunkhwa and FATA and 39 (27%) were from Balochistan and Sindh; during 2011, 82 (41%) of 198 cases were from KP and FATA and 105 (53%) were from Balochistan and Sindh; by comparison 22 (73%) of 30 cases reported during January–August 2012 were from Khyber Pakhtunkhwa and FATA. Of the 13 polio cases reported from FATA in 2012, 9 (69%) belong to Bara Tehsil of Khyber Agency which has not been accessible for polio SIAs since September 2009.

Editorial note

Afghanistan reported more than 3 times more WPV cases in 2011 than in 2010; in Pakistan, WPV cases increased by 37% in 2011 compared with 2010. While eradication efforts were further accelerated and intensi-

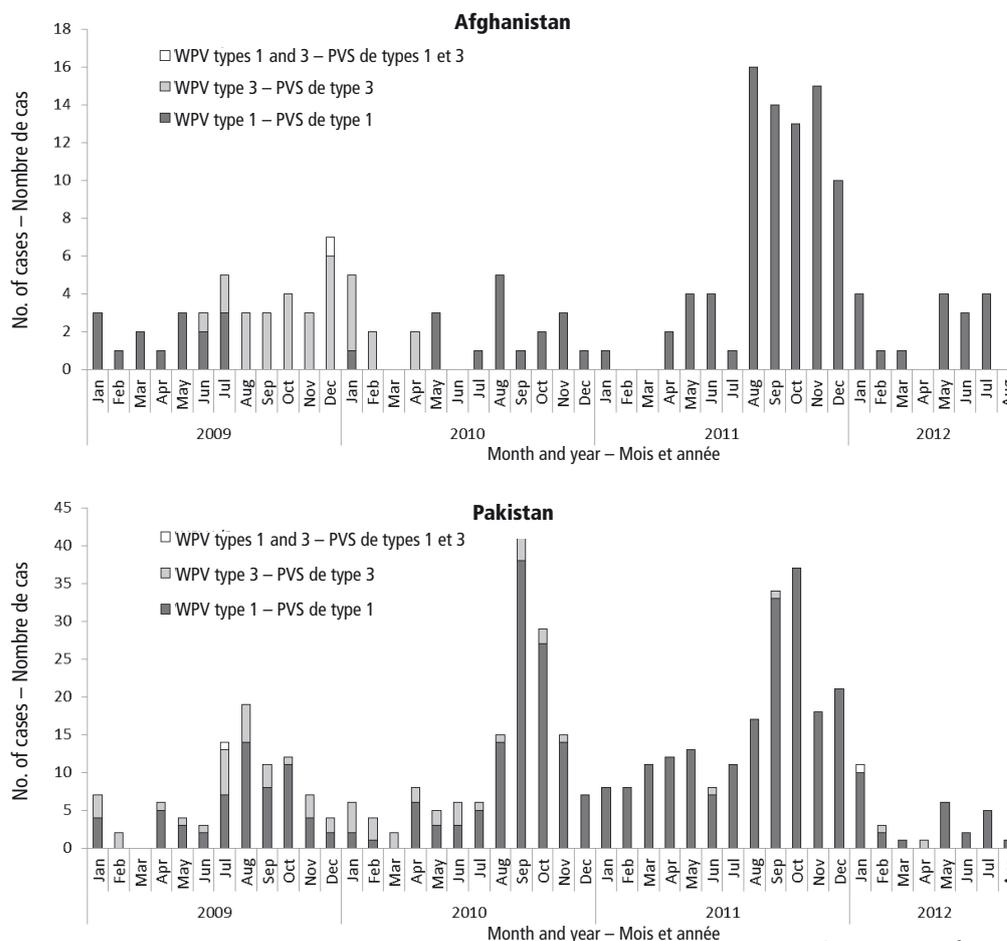
de VPO. Des cas dus au PVS ont été signalés dans 60 (38%) des 157 districts du Pakistan en 2011, contre 40 (30%) districts en 2010, et 17 (11%) districts entre janvier et août 2012. En 2010, 98 (68%) des 144 cas provenaient de Khyber Pakhtunkhwa et des FATA et 39 (27%) du Baloutchistan et du Sind; en 2011, 82 (41%) des 198 cas provenaient du Khyber Pakhtunkhwa et des FATA et 105 (53%) du Baloutchistan et du Sind; par comparaison, 22 (73%) des 30 cas signalés entre janvier et août 2012 provenaient de Khyber Pakhtunkhwa et des FATA. Sur les 13 cas de poliomyélite notifiés par les FATA en 2012, 9 (69%) appartenaient au tehsil de Bara de l'agence de Khyber, qui n'était pas accessible pour les AVS antipoliomyéлитiques depuis septembre 2009.

Note de la rédaction

L'Afghanistan a notifié plus de 3 fois plus de cas dus au PVS en 2011 qu'en 2010; au Pakistan, le nombre de cas dus au PVS a augmenté de 37% en 2011 par rapport à 2010. Si les efforts

Figure 1 **Number of cases of wild poliovirus type 1 (WPV1) and 3 (WPV3), by month – Afghanistan and Pakistan, January 2009–August 2012**

Figure 1 **Nombre de cas dus au poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) et de type 3 (PVS3), par mois – Afghanistan et Pakistan, janvier 2009-août 2012**



Data in WHO/HQ as of 11 September 2012. –
Données du siège de l'OMS au 11 Septembre 2012

fied in 2012 in both countries, WPV1 transmission continues in the known endemic areas of south-western Afghanistan and AFP and environmental surveillance results in Pakistan suggest that transmission of WPV1 is still widespread in 2012, albeit with a considerably lower number of reported cases compared with the same period in 2011. WPV3 was found in only 5 WPV3-associated cases since January 2011, all from a localized area of Khyber Agency, FATA, in Pakistan.

In the south-western endemic zone of Afghanistan, SIA quality in 2011 worsened compared with previous years, even though access to children in high-risk areas continued to improve. While insecurity remains an important problem, flaws in programme management and accountability persist as key obstacles towards interrupting transmission in Afghanistan.

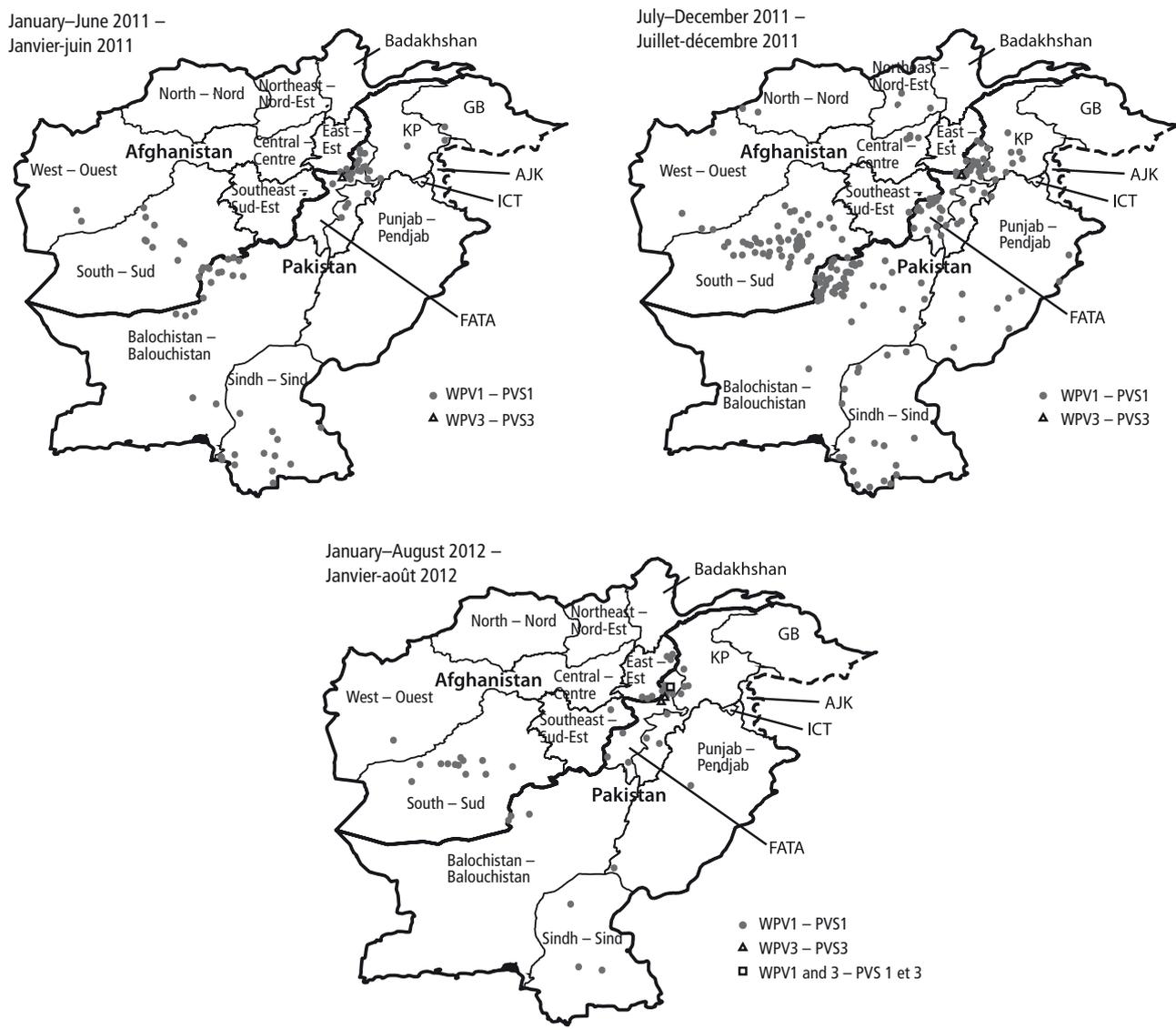
The 2012 Afghanistan National Polio Eradication Emergency Action Plan defined major challenges and key activities to address these challenges. New strategic approaches that are being implemented, particularly at district and provincial levels, include a major surge in

d'éradication ont été encore accélérés et intensifiés en 2012 dans les deux pays, la transmission du PVS1 se poursuit dans les zones d'endémie connues du sud-ouest de l'Afghanistan, et les résultats de la surveillance de la PFA et de la surveillance environnementale au Pakistan laissent supposer que la transmission du PVS1 est encore répandue en 2012, même si un nombre considérablement moins important de cas ont été notifiés par rapport à la même période en 2011. Le PVS3 n'a été retrouvé que dans 5 cas associés au PVS3 depuis janvier 2011, tous provenant d'une zone localisée de l'agence de Khyber (FATA) au Pakistan.

Dans la zone d'endémie du sud-ouest de l'Afghanistan, la qualité des AVS a diminué en 2011 par rapport aux années précédentes, même si l'accès aux enfants des zones à haut risque a continué à s'améliorer. Si l'insécurité reste un problème important, des failles dans la gestion du programme et en matière de compte rendu demeurent des obstacles importants à l'interruption de la transmission en Afghanistan.

Le Plan d'action national d'urgence pour l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan 2012 a défini les principaux problèmes et les activités clés à entreprendre pour les résoudre. De nouvelles approches stratégiques sont mises en œuvre, en particulier au niveau des provinces et des districts, notamment

Map 1 **Cases of wild poliovirus types 1 (WPV1) and 3 (WPV3), Afghanistan and Pakistan, January 2011–August 2012**
 Carte 1 **Cas dus au poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) et de type 3 (PVS3), Afghanistan et Pakistan, janvier 2011-août 2012**



AJK = Azad Jammu and Kashmir; FATA = Federally Administered Tribal Areas; GB = Gilgit-Baltistan; KP = Khyber Pakhtunkhwa (formerly the North-West Frontier Province); ICT = Islamabad Capital Territory. – AJK = Azad, Jammu-et-Cachemire; FATA = Zones tribales sous administration fédérale; GB = Gilgit-Baltistan; KP = Province de Khyber Pakhtunkhwa (anciennement appelée province de la frontière du Nord-Ouest) ; ICT = Territoire de la capitale Islamabad.

human resources, management training and use of locally recruited “permanent polio teams” in high-risk districts for continuous house-to-house vaccination. However, significant barriers remain to fully implementing measures to improve polio staff accountability, supervision and monitoring.

des renforts importants en ressources humaines, une formation à la gestion et l'utilisation d'«équipes polio permanentes» recrutées localement dans les districts à haut risque, chargées de la vaccination porte à porte en continu. Toutefois, des obstacles importants subsistent avant de pouvoir mettre pleinement en œuvre des mesures destinées à améliorer la responsabilité, l'encadrement et le suivi du personnel chargé de la poliomyélite.

In Pakistan, 73% (22/30) of WPV cases in 2012 were reported from insecure parts of FATA and Khyber Pakhtunkhwa. FATA alone reported 13 cases, with 10 cases reported from 1 tribal agency, Khyber, the only known remaining focus of WPV3 transmission in Asia. Recent bans on polio vaccination by local authorities in North and South Waziristan agencies in FATA, as well as deadly attacks on polio workers in Gaddap, a high-risk part of Karachi, have further increased the difficul-

Au Pakistan, 73% (22/30) des cas dus au PVS en 2012 ont été signalés dans des parties peu sûres des FATA et de Khyber Pakhtunkhwa. Les FATA ont notifié à elles seules 13 cas, dont 10 dans une agence tribale, Khyber, le seul foyer restant connu de transmission du PVS3 en Asie. Les récentes interdictions de la vaccination antipoliomyélique par les autorités locales des agences de Waziristan nord et sud des FATA, ainsi que les attentats mortels contre des agents de vaccination à Gaddap, quartier à haut risque de Karachi, ont encore accru les difficultés rencon-

ties in reaching under-immunized children. Continued efforts are needed to enhance the safety of vaccination teams within conflict-affected areas of both Afghanistan and Pakistan.

Implementation of the Pakistan Polio Eradication National Emergency Action Plan, launched in early 2011, augmented in early 2012 and monitored at the highest political level, has made District Commissioners and Union Council Medical Officers responsible for programme implementation. In addition, the number of staff has been substantially increased, particularly at the Union Council level. SIA preparations are being systematically monitored; if preparations in Union Councils or Districts are not meeting quality benchmarks, SIAs are deferred. Other strategy elements that are emphasized include: an increase in transit teams providing OPV to children passing through border crossings, bus stops and other transit areas; regular cross-border planning and coordination of SIAs and surveillance activities with Afghanistan; and the regular use of lot quality assurance sampling surveys to evaluate SIA quality.

The GPEI's 2012–2013 Global Emergency Action Plan, together with National Emergency Action Plans,¹² seeks to accelerate activities in order to put the remaining countries with WPV transmission back on track towards interruption of WPV transmission. While GPEI activities in Afghanistan and Pakistan have been further accelerated, ongoing WPV transmission in both countries remains a threat to achieving the GPEI goal.¹³ ■

¹² *Global Polio Eradication Initiative Strategic Plan 2010–2012*. Geneva, World Health Organization, 2010. Available at <http://www.polioeradication.org/resourcelibrary/strategyandwork/strategicplan.aspx>, accessed August 2012.

¹³ *Independent Monitoring Board. Every Missed Child: Report of the Independent Monitoring Board of the Global Polio Eradication Initiative, June 2012*. Available at http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Aboutus/Governance/IMB/6IMBMeeting/IMB6_Report.pdf, accessed August 2012.

trées pour atteindre les enfants sous-vaccinés. La poursuite des efforts s'impose pour renforcer la sécurité des équipes de vaccination dans les zones touchées par le conflit, aussi bien en Afghanistan qu'au Pakistan.

Le Plan d'action national d'urgence pour l'éradication de la poliomyélite au Pakistan, lancé début 2011, qui a progressé début 2012 et qui est suivi de près au plus haut niveau politique, a confié la responsabilité de la mise en œuvre du programme aux commissaires de district et aux médecins de sous-district (Union Council). De plus, les effectifs du personnel ont été substantiellement augmentés, en particulier au niveau des sous-districts. La préparation des AVS est systématiquement contrôlée; si les préparatifs au niveau des districts et des sous-districts ne répondent pas aux normes de qualité fixées, les AVS sont reportées. On met également l'accent sur d'autres éléments stratégiques, notamment l'augmentation des équipes chargées d'administrer le VPO aux enfants aux postes-frontières, aux arrêts de bus et autres zones de transit; la planification et la coordination transfrontières des AVS et des activités de surveillance avec l'Afghanistan; et le recours régulier à l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité pour évaluer la qualité des AVS.

Le Plan d'action d'urgence mondial 2012–2013 de l'IMEP¹² ainsi que les plans d'action d'urgence nationaux visent à accélérer les activités afin de remettre les pays où la transmission du PVS persiste sur la voie de l'interruption de celle-ci. Si les activités de l'IMEP en Afghanistan et au Pakistan ont été encore accélérées, la transmission du PVS se poursuit dans les deux pays et continue de menacer la réalisation de l'objectif de l'Initiative.¹³ ■

¹² *Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, Plan stratégique 2010–2012*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010. Peut être consulté sur le site: <http://www.polioeradication.org/resourcelibrary/strategyandwork/strategicplan.aspx>, consulté en août 2012.

¹³ *Independent Monitoring Board. Every Missed Child: Report of the Independent Monitoring Board of the Global Polio Eradication Initiative, June 2012*. Peut être consulté sur le site: http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Aboutus/Governance/IMB/6IMBMeeting/IMB6_Report.pdf, consulté en août 2012.

How to obtain the WER through the Internet

- (1) WHO WWW SERVER: Use WWW navigation software to connect to the WER pages at the following address: <http://www.who.int/wer/>
- (2) An e-mail subscription service exists, which provides by electronic mail the table of contents of the WER, together with other short epidemiological bulletins. To subscribe, send a message to listserv@who.int. The subject field should be left blank and the body of the message should contain only the line subscribe wer-reh. A request for confirmation will be sent in reply.

Comment accéder au REH sur Internet?

- 1) Par le serveur Web de l'OMS: A l'aide de votre logiciel de navigation WWW, connectez-vous à la page d'accueil du REH à l'adresse suivante: <http://www.who.int/wer/>
- 2) Il existe également un service d'abonnement permettant de recevoir chaque semaine par courrier électronique la table des matières du REH ainsi que d'autres bulletins épidémiologiques. Pour vous abonner, merci d'envoyer un message à listserv@who.int en laissant vide le champ du sujet. Le texte lui-même ne devra contenir que la phrase suivante: subscribe wer-reh.

WWW access • <http://www.who.int/wer/>

E-mail • send message **subscribe wer-reh** to listserv@who.int

Fax: (+4122) 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int or wer@who.int

Accès WWW • <http://www.who.int/wer/>

Courrier électronique • envoyer message **subscribe wer-reh** à listserv@who.int

Fax: +41-(0)22 791 48 21/791 42 85

Contact: wantzc@who.int ou wer@who.int