

Éradication de la poliomyélite dans la Région européenne de l'OMS



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

Comité régional de l'Europe
Soixantième session

Moscou, 13-16 septembre 2010



EUROPE

**Comité régional de l'Europe
Soixantième session**

Moscou, 13-16 septembre 2010

Point 6 i) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC60/16
(+EUR/RC60/Conf.Doc./9)
23 juillet 2010
101614
ORIGINAL : ANGLAIS

**Éradication de la poliomyélite
dans la Région européenne de l'OMS**

La Région européenne de l'OMS a été déclarée indemne de poliomyélite en 2002. Cette certification était l'aboutissement d'activités concertées de l'ensemble des États membres en vue d'assurer la protection de tous les enfants par la vaccination ainsi qu'une surveillance de qualité des poliovirus jusqu'à ce que l'éradication mondiale de la poliomyélite (interruption de la transmission de poliovirus sauvages dans le monde) ait été déclarée.

La Région a atteint son objectif, l'absence de poliomyélite, en instaurant une surveillance répondant aux normes de certification et en vaccinant tous les enfants contre le poliovirus. Huit ans plus tard toutefois, la qualité de la surveillance s'est dégradée et les disparités en matière d'immunité se renforcent dans des zones sous-nationales, en raison d'une lassitude, d'une perception moindre du risque de maladie et du nombre croissant de priorités concurrentes en matière de santé publique. Du fait de cette détérioration, des enfants vulnérables ont été exposés au poliovirus et au risque d'incapacité permanente ou de décès, comme en atteste la flambée de poliomyélite survenue après l'importation d'un poliovirus sauvage au Tadjikistan. Il est par conséquent demandé aux États membres de s'engager à renforcer la surveillance et la couverture vaccinale, et à mettre en œuvre des moyens financiers et humains suffisants pour que la Région reste indemne de poliomyélite.

Ce document donne des informations générales sur ces engagements et sur les progrès réalisés pour préserver l'absence de poliomyélite. Il fait le point sur les réussites obtenues et les difficultés rencontrées, notamment l'importation récente d'un poliovirus sauvage au Tadjikistan, et décrit les mesures à prendre afin que la Région reste indemne de poliomyélite.

Il est demandé au Comité régional d'adopter la résolution visant à préserver l'absence de poliomyélite dans la Région européenne de l'OMS, par le renforcement des systèmes de vaccination afin d'atteindre les populations insuffisamment desservies, par l'amélioration de la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, par le maintien de la surveillance complémentaire là où elle est nécessaire et par l'existence, dans les États membres, de plans de préparation précis afin de faire face à l'importation éventuelle d'un poliovirus sauvage.

Sommaire

page

Résumé	1
Région européenne de l’OMS et absence de poliomyélite : panorama de la situation depuis 2002	3
Introduction	3
Surveillance, vaccination systématique et activités de vaccination supplémentaires dans la Région	5
Point sur la flambée de poliomyélite au Tadjikistan et réponse apportée à ce jour	6
La voie à suivre	7
Références	8

Résumé

En 2002, la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite a déclaré que la transmission de poliovirus sauvage autochtone avait cessé dans tous les pays de la Région européenne de l'OMS et que la Région était indemne de poliomyélite. Depuis cette déclaration, il y a huit ans, les efforts de la Région en matière de vaccination ont eu pour but de préserver cet objectif ainsi que les progrès réalisés. Cependant, la récente importation d'un poliovirus sauvage au Tadjikistan montre que cette situation reste fragile tant que l'éradication mondiale de la poliomyélite¹ n'aura pas été déclarée. Toutes les stratégies mises en œuvre pour que la Région européenne soit indemne de poliomyélite doivent se poursuivre. En matière de lutte contre les maladies à prévention vaccinale, les bons résultats sont dus à des programmes efficaces de vaccination. Cependant, celle-ci est devenue la victime de son propre succès. En l'absence de maladie, du fait des préoccupations croissantes de certains groupes quant aux effets secondaires des vaccins, de l'apparition de priorités concurrentes en matière de santé publique et d'une évolution dans la prestation des soins de santé, les ressources humaines et financières ont été réaffectées. Ces mesures ont conduit à une diminution de la qualité de la surveillance concernant les maladies à prévention vaccinale et à un renforcement des disparités en matière d'immunité au niveau sous-national. Dans les trois régions indemnes de poliomyélite (Amériques, Europe et Pacifique occidental), la surveillance répondant aux normes de certification² est insuffisante, puisque seuls 25 pays sur 80 respectent les indicateurs de performance.

Il est par conséquent demandé aux États membres de renforcer leur participation et leur surveillance afin que la Région demeure indemne de poliomyélite, et de soutenir durablement, sur le plan politique et financier, le programme d'éradication de cette maladie. Les efforts devront porter en priorité sur l'élargissement de la couverture vaccinale, en particulier pour les populations vulnérables et à haut risque, et sur une surveillance qui réponde aux normes de certification. Il leur est en outre demandé de mettre en place des plans de préparation, ou d'actualiser les plans existants, dans l'optique d'une importation éventuelle de poliovirus sauvage, afin d'être en mesure de réagir rapidement et de contenir une transmission endémique existante ou renouvelée.

En collaboration avec ses principaux partenaires dans la Région, dont le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la Commission européenne, des institutions de l'Union européenne comme le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et des partenaires mondiaux comme le Rotary International et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe plaide en faveur d'un engagement politique et propose une vision stratégique ainsi qu'une assistance technique aux États membres, une priorité particulière étant accordée à ceux de ces États qui sont considérés comme présentant un risque élevé ou intermédiaire d'importation de poliovirus sauvage.

Pour le Bureau régional, il est de la plus haute importance que la Région reste indemne de poliomyélite. La directrice régionale continuera à plaider pour que cette situation soit préservée

¹ La certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite est définie par l'absence de poliovirus sauvages isolés dans des cas suspects de poliomyélite, sur des sujets sains ou dans des échantillons prélevés dans l'environnement dans toutes les régions de l'OMS pendant une période de trois années au moins, dans le cadre d'une surveillance de qualité répondant aux normes de certification et du confinement en laboratoire de tous les stocks de poliovirus sauvages.

² Les systèmes de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) doivent a) détecter chaque année au moins un cas de PFA non poliomyélique pour 100 000 habitants âgés de moins de 15 ans ; b) recueillir deux échantillons de selles appropriés dans 80 % au moins des cas de PFA ; et c) tester, dans un laboratoire agréé par l'OMS, tous les échantillons de selles afin d'y rechercher le poliovirus.

en Europe et pour que le soutien politique et financier en faveur de l'Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite soit renforcé dans la Région.

Si une importante couverture vaccinale et une surveillance efficace de la maladie sont maintenues, la Région pourra rester indemne de poliomyélite. Il est par conséquent demandé au Comité régional d'adopter une résolution priant instamment les États membres de poursuivre leurs stratégies actuelles visant à préserver l'absence de poliomyélite dans la Région. Ces États devraient maintenir ou intensifier leur engagement politique et financier en faveur de l'éradication de la poliomyélite en renforçant la surveillance répondant aux normes de certification, en luttant contre les disparités en matière d'immunité par le biais d'une couverture vaccinale systématique élevée et en procédant à des activités de vaccination supplémentaires, destinées aux groupes et zones géographiques à haut risque. Des mesures doivent être prises sans attendre afin de : a) mettre un terme à la flambée épidémique actuelle au Tadjikistan ; b) éviter sa propagation à d'autres pays ; et c) fournir des bases factuelles attestant de l'interruption de la transmission des poliovirus sauvages dans la Région.

Région européenne de l'OMS et absence de poliomyélite : panorama de la situation depuis 2002

Introduction

1. En 1988, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté la résolution WHA41.28 (1) sur l'éradication mondiale de la poliomyélite en l'an 2000. Fin 2008, la transmission endémique de poliovirus sauvages était toujours présente dans quatre pays (l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan), mais le nombre annuel de cas déclarés avait diminué de plus de 99 % depuis 1988. Chaque année cependant, d'autres pays connaissent des cas de poliomyélite dus à des poliovirus importés. En Angola et au Tchad, et peut-être en République démocratique du Congo et au Soudan, la transmission du virus importé s'est poursuivie pendant plus de 12 mois. En 2008, l'Assemblée mondiale de la santé a appelé de ses vœux une nouvelle stratégie d'éradication de la poliomyélite dans les pays toujours concernés (résolution WHA61.1 (2)) car un nombre croissant de zones indemnes de poliomyélite étaient de nouveau infectées.
2. Lors de sa cent-vingt-sixième session, le Conseil exécutif a approuvé la proposition d'un nouveau plan stratégique de trois ans visant à interrompre la transmission de tous les poliovirus sauvages dans le monde entier. Il a demandé que des étapes soient définies et qu'elles soient suivies aux niveaux national et international à des fins de responsabilisation.
3. Par conséquent, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a élaboré un plan stratégique assorti d'un nouveau budget pour la période 2010-2012 (3). Ce plan a été présenté lors de la Soixante-troisième session de l'Assemblée mondiale de la santé, qui lui a apporté son entier soutien. Ce plan stratégique propose des évolutions importantes dans deux grands domaines : 1) atteindre les seuils d'immunité nécessaires dans la population pour arrêter la transmission de poliovirus sauvage dans chacune des régions encore affectées en Afrique et en Asie, et 2) réduire les risques de propagation internationale de poliovirus et de réinfection des zones indemnes de poliomyélite. Le budget de ce nouveau plan stratégique se monte à 2 600 millions de dollars des États-Unis, sachant que le déficit mondial de financement est de 1 300 millions de dollars des États-Unis, dont un déficit de 234 millions pour l'année 2010 (au 26 mai 2010).
4. Le 21 juin 2002, la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite de l'OMS a déclaré, sur la base des éléments d'appréciation fournis par les comités nationaux de certification des 51 États membres que comptait alors la Région européenne, que la transmission de poliovirus sauvage autochtone était interrompue dans tous les pays de la Région (4). La Région européenne de l'OMS a été déclarée indemne de poliomyélite.
5. Aucun poliovirus sauvage n'a circulé dans la Région durant les 12 dernières années, depuis le dernier cas autochtone détecté en 1998. La plupart des pays disposent de services de vaccination éprouvés et la couverture, assurée par trois doses de vaccin antipolio, est élevée et stable dans la majorité des États membres. Seuls deux pays (la Géorgie et le Tadjikistan) ont déclaré une couverture nationale inférieure à 90 % en 2008. Cependant, une analyse de la couverture sous-nationale montre que, dans de nombreux pays, la faiblesse de la vaccination est très préoccupante dans certaines zones géographiques, en particulier en Arménie, en Géorgie, en Ouzbékistan, au Tadjikistan et en Ukraine. Certains pays ont mené des programmes à l'intention des groupes à haut risque, comme les populations isolées géographiquement ou socialement, nomades, déplacées dans leur propre pays ou réfugiées.
6. Globalement, la surveillance des poliovirus demeure forte dans la Région, puisque 43 pays assurent une surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) ; 38 une surveillance des

entérovirus ; et 21 une surveillance environnementale. On constate cependant une tendance à la diminution des taux de PFA, ce qui indique que l'efficacité des systèmes de surveillance est en baisse. La qualité de la surveillance des entérovirus et de la surveillance environnementale s'est accrue.

7. Le non-respect des calendriers de vaccination et les zones présentant des résultats insuffisants dans plusieurs pays, de même que la lente dégradation de la surveillance de la PFA et la baisse de qualité du travail des comités nationaux de certification comptent parmi les sujets d'inquiétude dans la Région.

8. Les priorités de la Région sont les suivantes :

- veiller à ce que l'engagement politique et le soutien financier ne se démentent pas ;
- préserver un niveau élevé d'immunité contre la poliomyélite, complété par des doses additionnelles dans le cadre d'activités de vaccination supplémentaire (AVS) ;
- maintenir une surveillance de grande qualité de la PFA ;
- préserver et étendre (si nécessaire) la surveillance virologique complémentaire des poliovirus ;
- faire en sorte que des mesures appropriées soient prises en cas d'importation éventuelle d'un poliovirus sauvage ou de détection d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale circulant (PVDVc) ;
- respecter les dispositions en matière de confinement en laboratoire des poliovirus sauvages ;
- préparer l'arrêt du vaccin antipoliomyélique oral (VPO) ;
- faire en sorte que des ressources humaines et financières adaptées soient disponibles.

9. La Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite se réunit chaque année afin d'examiner :

- la situation régionale concernant l'éradication de la poliomyélite et les plans d'action nationaux visant à préserver l'absence de poliomyélite ;
- la documentation de certification relative à la poliomyélite, actualisée et remise chaque année par l'ensemble des États membres ;
- la situation actuelle en matière de confinement en laboratoire dans la Région ;
- la situation actuelle en matière de préservation de l'absence de poliomyélite dans certains États membres caractérisés comme présentant un risque élevé à intermédiaire ; et recommander les mesures à prendre afin de faire en sorte que les pays de la Région restent indemnes de poliomyélite.

10. En 2010, la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite évaluera également la situation épidémiologique et les mesures de lutte mises en œuvre au Tadjikistan afin d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage importé de type 1.

11. Renforcer la collaboration et élargir les partenariats sont une priorité essentielle au niveau régional. Il convient de cerner et d'utiliser au mieux les avantages spécifiques des différents partenaires dans un but de sensibilisation aux niveaux national et sous-national/national, d'obtention de ressources et d'accès à toutes les zones présentant un risque de transmission de poliovirus sauvage dans la Région.

Surveillance, vaccination systématique et activités de vaccination supplémentaires dans la Région

12. Dans la Région européenne de l’OMS, les indicateurs de qualité de la surveillance incluent l’indice de surveillance de la PFA non poliomyélitique³ au niveau national et au premier niveau sous-national, le taux de PFA non poliomyélitique, le pourcentage de cas pour lesquels un échantillon de selles au moins a été recueilli dans les 14 jours suivant le début de la paralysie, le pourcentage de suivi dans les 60 à 90 jours et le pourcentage de cas pour lesquels les données de vaccination ont été consignées. La surveillance des poliovirus sauvages dans les cas de PFA (nombre d’entérovirus non poliomyélitiques et d’isolats de poliovirus) et la surveillance complémentaire des poliovirus sauvages (surveillance des entérovirus et surveillance environnementale) sont d’autres indicateurs.

13. Le réseau régional de laboratoires, qui atteste de l’absence de poliovirus sauvage et détecte rapidement tout poliovirus sauvage importé ou tout PVDVc, joue un rôle central dans la préservation de l’absence de poliomyélite dans la Région. Tous les laboratoires du réseau sont pleinement accrédités et ont réussi le test d’aptitude annuel en 2007 et 2008.

14. Globalement, le taux de PFA non poliomyélitique a diminué depuis 2004, pour atteindre 0,59 en 2009 (l’objectif est de 1). Le taux de collecte des échantillons de selles est stable, à 83 %. Cependant, les taux de déclaration des cas de PFA après le début de la paralysie et de suivi des cas de PFA dans les 60 à 90 jours après l’apparition des symptômes sont faibles et ont diminué au fil des ans (5).

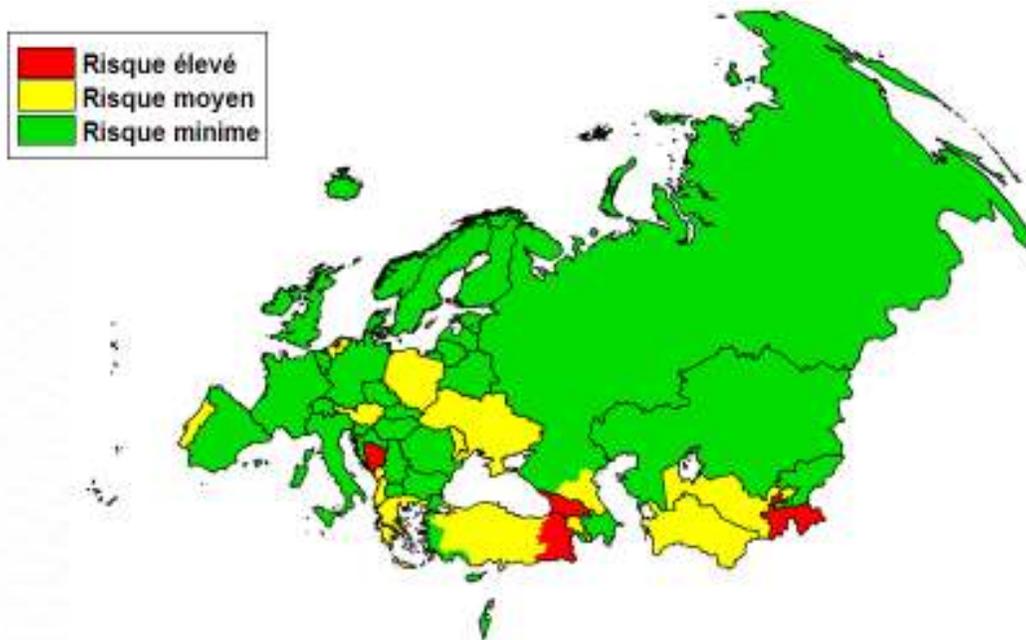
15. L’indice de surveillance de la PFA non poliomyélitique est élevé dans la partie orientale de la Région européenne de l’OMS, mais il a diminué dans les zones centrales et occidentales, où il est variable. Une analyse poussée de cet indice au niveau sous-national met en évidence des disparités encore plus importantes ainsi que des zones où la surveillance est de qualité médiocre.

16. La Commission régionale européenne de certification de l’éradication de la poliomyélite, qui se réunit chaque année pour examiner la documentation de certification relative à la poliomyélite, actualisée pour l’ensemble des États membres, a constaté que certains de ces États ne disposaient pas de plans de préparation fiables en vue de lutter contre l’importation de poliovirus sauvages et que de nombreux plans ne spécifiaient pas le groupe ciblé par la vaccination, ni le vaccin à employer en cas d’importation.

17. Chaque année, en coopération avec la Commission régionale européenne de certification de l’éradication de la poliomyélite, le Bureau régional de l’OMS pour l’Europe évalue le risque de transmission à la suite de l’importation d’un poliovirus sauvage. Cette évaluation est basée sur les critères suivants : système de santé (excellent, bon et satisfaisant), couverture vaccinale systématique (élevée et stable), présence de groupes à haut risque, surveillance (de haute qualité et stable), plans de préparation et soutien durable des mesures visant à préserver l’absence de poliomyélite de la part des autorités sanitaires. Les pays qui présentaient un risque élevé ou intermédiaire en 2009 sont présentés sur la carte ci-dessous.

³ Indice = taux d’AFP non poliomyélitique pour 100 000 habitants x proportion de cas pour lesquels deux échantillons de selles ont été recueillis dans les 14 jours suivant le début de la paralysie, à 24 heures d’intervalle au minimum.

**Risque de transmission à la suite de l'importation de poliovirus sauvage,
Région européenne de l'OMS, 2009**



Point sur la flambée de poliomyélite au Tadjikistan et réponse apportée à ce jour⁴

18. Après avoir été informé d'une augmentation des cas de PFA au Tadjikistan début avril, le laboratoire régional de référence de l'OMS à Moscou a confirmé l'existence d'une vaste flambée de poliomyélite (poliovirus sauvage de type 1 apparenté au virus de l'Uttar Pradesh, en Inde). Au 7 juin, 610 cas de PFA avaient été déclarés au Tadjikistan, dont 210 confirmés en laboratoire et 21 déclarés négatifs pour le poliovirus sauvage. En réponse à cette situation, l'OMS a déployé une équipe pluridisciplinaire d'experts chargés d'étudier cette flambée épidémique et de mettre en œuvre rapidement les mesures appropriées. Au 19 juin, quatre campagnes d'AVS nationales avaient été menées : deux pour les enfants de moins de 6 ans et deux pour ceux de moins de 15 ans. La stratégie d'administration d'une dose supplémentaire dans un intervalle court a été mise en œuvre avec le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) monovalent de type 1, afin de renforcer rapidement l'immunité de la population et d'endiguer la transmission. La couverture vaccinale déclarée à ce jour suite aux deux premières campagnes dépasse 98 % au niveau national.

19. En réponse à la flambée épidémique, l'OMS a alerté l'ensemble des États membres, comme le prévoit le Règlement sanitaire international, et a régulièrement fourni des informations dans le cadre du système de déclaration. L'Organisation a demandé à tous les États membres européens de renforcer la surveillance de la poliomyélite afin de pouvoir détecter sans délai toute importation de poliovirus, de faire le point sur la situation en matière de vaccination au niveau sous-national, plus particulièrement en ce qui concerne les zones géographiques et les groupes de population à haut risque, et d'être prêts à réagir immédiatement en cas d'importation. Elle n'a émis aucune recommandation quant à des restrictions en matière de

⁴ Une annexe fournissant des données actualisées sur cette flambée de poliomyélite sera distribuée avant la session de septembre 2010 du Comité régional.

déplacements et d'échanges commerciaux internationaux, mais a toutefois conseillé la vaccination des voyageurs en provenance et à destination de la zone infectée, jusqu'à ce que la flambée de poliomyélite soit considérée comme terminée.

20. Le Bureau régional a également procédé à une évaluation rapide et complète des risques, avec notamment une analyse de la surveillance, des laboratoires et de la vaccination dans dix pays. Cette évaluation lui a permis de définir les zones à haut risque et d'émettre des recommandations quant aux mesures à prendre.

21. La première priorité est d'arrêter la flambée épidémique au Tadjikistan, la seconde d'éviter qu'elle ne se propage dans la Région. Ce risque est réel puisque deux cas isolés d'importation dans la Fédération de Russie ont été signalés. Dans le cadre de cette action, les pays limitrophes – l'Ouzbékistan, le Kirghizistan, le Turkménistan et le Kazakhstan – ont préparé, voire déjà mené des AVS. Il sera ensuite nécessaire de renforcer la surveillance de la PFA dans les pays où elle ne répond pas aux normes de certification et de fournir des bases factuelles attestant de l'interruption de la transmission. Ces actions sont des mesures à court et à long terme, portant sur les 12 à 18 prochains mois.

La voie à suivre

22. La Région européenne de l'OMS est certifiée indemne de poliomyélite depuis 2002. L'importation récente d'un poliovirus sauvage au Tadjikistan montre que cette situation est fragile, ce qui implique une poursuite des efforts jusqu'à l'éradication mondiale de cette maladie.

23. Si la couverture vaccinale (> 90 %) est suffisante pour prévenir la transmission de poliovirus dans la plupart des zones de la Région, certaines de ces zones présentent un risque de réintroduction de poliovirus sauvage importé ou de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale. Les autorités chargées de la santé publique doivent accorder une attention particulière à ces zones géographiques et aux sous-populations présentant une faible couverture vaccinale.

24. Pour le moment, tout doit être fait pour arrêter la flambée épidémique au Tadjikistan, au moyen d'AVS avec dose supplémentaire dans un intervalle court, afin d'atteindre tous les enfants âgés de moins de six ans. Il convient, si possible, d'élaborer et de mettre en œuvre avec les responsables locaux des plans à destination des populations insuffisamment desservies.

25. En deuxième lieu et en vue d'éviter une propagation dans la Région, il est nécessaire que tous les États membres appliquent des mesures en fonction de leur niveau de risque de transmission. Il leur incombe de préserver une immunité élevée de la population et une surveillance répondant aux normes de certification. Les activités actuelles de surveillance doivent se poursuivre tant que l'éradication mondiale n'aura pas été déclarée.

26. En conséquence, et conformément aux principales capacités requises par le Règlement sanitaire international, il est demandé aux États membres de renforcer ou de continuer à assurer une surveillance de haute qualité de la PFA, de maintenir, le cas échéant, une surveillance virologique complémentaire portant sur les poliovirus, et de veiller davantage à la vaccination des populations exposées, en particulier les populations à haut risque et vulnérables. Dans certaines circonstances, les populations insuffisamment desservies, qui n'ont pas accès ou recours aux services de santé, jouent un rôle important dans la contamination par la poliomyélite et dans sa transmission, en raison de leur grande mobilité.

27. Il convient de renforcer les systèmes de vaccination afin de prévenir la transmission d'un poliovirus qui serait importé. Une évaluation systématique de la situation vaccinale des enfants

et le recensement des disparités potentielles aux niveaux national et sous-national permettra d'améliorer la qualité des services et d'étendre la couverture par les nouveaux vaccins et par les vaccins existants.

28. Il est demandé aux États membres d'être en mesure d'apporter une réponse appropriée en cas d'importation de poliovirus sauvage ou de détection de PVDVc, en élaborant ou en actualisant leurs plans de préparation et leur politique en matière de vaccins, et en déterminant les groupes cibles à vacciner.

29. La situation actuelle impose une participation et une supervision renforcée de la part des responsables politiques aux niveaux national et sous-national de tous les États membres afin de préserver l'absence de poliomyélite dans la Région européenne et de soutenir durablement, sur le plan financier, le programme d'éradication mondiale de la poliomyélite dans la Région.

30. En collaboration avec ses principaux partenaires dans la Région, dont l'UNICEF, la Commission européenne, des institutions de l'Union européenne comme le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies et des partenaires mondiaux comme le Rotary International et les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe plaide en faveur d'un engagement politique et proposera une vision stratégique ainsi qu'une assistance technique aux États membres, une priorité particulière étant accordée à ceux de ces États qui sont considérés comme présentant un risque élevé ou intermédiaire d'importation de poliovirus sauvage.

31. Pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, il est de la plus haute importance que la Région reste indemne de poliomyélite. La directrice régionale continuera à plaider pour que cette situation soit préservée en Europe et pour que le soutien politique et financier en faveur de l'IMEP soit renforcé dans la Région.

Références

1. *Forty-first World Health Assembly resolution WHA41.28 on Global eradication of poliomyelitis by the year 2000*. Geneva, World Health Organization, 1988. (<http://www.who.int/ihr/polioresolution4128en.pdf>, accessed 28 June 2010)
2. *Résolution de la Soixante et unième Assemblée mondiale de la santé WHA61.1. Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008. (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R1-fr.pdf, consulté le 23 juillet 2010).
3. *Jusqu'au dernier enfant. Plan stratégique 2010–2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio*. (<http://www.polioeradication.org/content/publications/GPEI.StrategicPlan.2010-2012.FRE.May.2010.pdf>, consulté le 23 juillet 2010)
4. *Certification of Poliomyelitis Eradication. Fifteenth meeting of the European Regional Certification Commission, Copenhagen, 19–21 June 2002*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/79374/E88105.pdf, accessed 29 June 2010)
5. Report of the 22nd meeting of the European Regional Certification Commission for Poliomyelitis Eradication, Copenhagen, 21–22 June 2009. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/92017/E93603.pdf, accessed 29 June 2010)