



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ  
BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE  
COPENHAGUE

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE  
*Cinquantième session, Copenhague, 11 – 14 septembre 2000*

Point 2 f) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC50/9  
+ EUR/RC50/Conf.Doc./8  
21 juin 2000  
00809  
ORIGINAL : ANGLAIS

## ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION EUROPÉENNE ET PLAN D'ACTION POUR LA CERTIFICATION 2000–2003

L'action menée au plan mondial pour éradiquer la poliomyélite, l'une des très vieilles maladies de l'histoire de l'humanité, figure parmi les initiatives les plus importantes prises en matière de santé publique au cours des temps modernes. Des progrès extraordinaires ont été enregistrés dans la Région européenne depuis 1989 en vue d'atteindre le but énoncé dans la politique-cadre de la SANTÉ 21, à savoir mettre un terme à la transmission du poliovirus sauvage et certifier la Région européenne exempte de poliomyélite au plus tard d'ici à l'an 2003. Pour la première fois dans l'histoire de la Région, aucune circulation du poliovirus sauvage n'a été détectée depuis plus d'un an, soit depuis l'apparition du dernier cas le 26 novembre 1998.

La qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et du poliovirus sauvage s'est améliorée, notamment dans les pays récemment endémiques. 1999 est l'année où l'on a enregistré à ce jour les meilleurs résultats en matière de surveillance, de nombreux pays ayant satisfait aux critères de performance nécessaires. Il existe maintenant un réseau régional de laboratoires spécialisés dans la détection du virus de la poliomyélite, dont le fonctionnement a également été amélioré en 1999. Des actions visant à assurer le confinement en laboratoire du poliovirus sauvage ont été entreprises dans la Région. Toutefois, malgré les progrès réalisés, certains défis doivent être relevés à ce stade ; il convient, par exemple, d'atteindre le haut niveau de surveillance qui est nécessaire à la certification de chaque pays de la Région afin de réduire le plus possible le risque d'importation du poliovirus sauvage provenant des pays endémiques restants.

La réalisation du but, à savoir certifier la Région européenne exempte de poliomyélite, se profile à l'horizon mais cela ne deviendra une réalité que si tous les pays de la Région unissent leurs efforts pour maintenir un niveau élevé de couverture vaccinale et une surveillance d'une grande qualité et prennent toutes les mesures appropriées pour garantir le confinement en laboratoire du poliovirus sauvage.



## SOMMAIRE

	<i>Page</i>
Contexte .....	1
Situation actuelle dans la Région.....	1
Mesures prises en 1998–1999.....	2
Défis.....	3
Surveillance .....	3
Importation des poliovirus sauvages.....	3
Confinement en laboratoire des poliovirus sauvages.....	3
Certification .....	3
Engagement politique .....	3
Plan d'action pour la certification de la Région européenne comme étant un « territoire exempt de poliomyélite » 2000–2003 .....	4
Objectifs.....	4
Actions menées au niveau régional .....	4
Mesures à prendre par les pays .....	4
Description succincte du plan d'action et du budget 2000–2001 .....	4
Conclusion .....	5
Annexe 1. Plan d'action pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région européenne Budget 2000–2001.....	6



## CONTEXTE

1. Par la résolution WHA 41.28, la quarante et unième Assemblée mondiale de la santé du 13 mai 1988 a fixé comme objectif l'éradication mondiale de la poliomyélite d'ici à l'an 2000 (1). Des activités régionales visant à parvenir à cet objectif ont été entreprises à la fin de 1989 quand le Comité régional de l'OMS pour l'Europe a adopté à sa trente-neuvième session la résolution EUR/RC39/R5, approuvant le premier plan d'action régional pour l'éradication de la poliomyélite (2). Quatre stratégies ont été recommandées par l'OMS pour éradiquer la maladie : maintien d'un niveau élevé de couverture vaccinale par une vaccination systématique ; organisation de campagnes de vaccination de masse (Journées nationales de vaccination) ; institution d'une surveillance de grande qualité de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus ; et mise en œuvre d'opérations « de nettoyage » des foyers épidémiques (campagnes limitées de vaccination de masse visant les territoires à risque).

### Situation actuelle dans la Région

2. À sa quarante-septième session (Istanbul, septembre 1997), le Comité régional a adopté une résolution (EUR/RC47/R4) approuvant le plan d'action régional pour la période 1998–2000 (3). Les progrès enregistrés ces deux dernières années, les principaux défis à relever et les principales actions prévues sont résumés dans le présent document.

3. Le niveau régional moyen de couverture vaccinale par l'administration d'un vaccin poliomyélitique a augmenté et est demeuré élevé ces dernières années : 92%. En 1997 et 1998, ce niveau n'atteignait, dans certains pays (Allemagne, Belgique, Turquie), encore qu'environ 80%. Le Comité régional a donc invité instamment les pays endémiques et les pays où la maladie est devenue récemment endémique à mettre en œuvre une campagne de vaccination de masse inédite connue sous le nom d'Opération MECACAR Plus, au printemps 1998, 1999 et 2000. Cette action coordonnée conjointement par le Bureau régional de l'Europe et le Bureau régional de la Méditerranée orientale visait à pratiquer une vaccination de masse dans 18 pays des deux régions. En outre, des actions planifiées et coordonnées avec soin, axées sur les territoires à risque et limitrophes et consistant à aller de porte à porte vacciner les enfants, ont été mises en œuvre au cours de l'automne 1998 et 1999. Le succès de cette opération a assuré la protection des enfants de moins de cinq ans dans tous les pays où cette maladie est devenue récemment endémique : même au printemps 1999, des doses supplémentaires de vaccin poliomyélitique buccal (VPO) ont été administrées (pratiquement simultanément) à 16 616 000 enfants.

4. La qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et du poliovirus sauvage s'est améliorée notamment dans les pays où cette maladie est devenue récemment endémique. Les critères de qualité de la surveillance fixés par la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite sont les suivants : un taux de paralysie flasque aiguë non liée à la polio de 1,0 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, et collecte, en temps voulu, de deux échantillons de matières fécales dans au moins 80% des cas (4). 1999 est l'année où l'on a enregistré à ce jour le meilleur niveau de surveillance. Les indicateurs de la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë ont fait apparaître des chiffres beaucoup plus élevés en 1999 qu'en 1998 : en 1999, le taux de paralysie flasque aiguë non liée à la polio a été de 1,3 et la proportion des cas avec prélèvement de deux échantillons de matières fécales a été de 74% (par rapport aux chiffres de 0,9 et 66% respectivement en 1998) ; les pays où la maladie est devenue récemment endémique ont enregistré de meilleurs résultats. Le système régional de notification a également mieux fonctionné en 1999 : le nombre de pays adressant chaque semaine une notification au Bureau régional est passé à 39, les données étant envoyées par voie électronique. L'accès à la base de données via l'Internet et le renvoi en amont chaque semaine des informations aux pays ont été mis en place.

5. La surveillance du poliovirus sauvage en laboratoire a progressé de manière assez satisfaisante : le réseau régional de laboratoires spécialisés dans la détection du virus de la poliomyélite (Labnet) a été mis sur pied et son fonctionnement a été amélioré, notamment ces deux dernières années. Sur les 38 laboratoires nationaux regroupés au sein du réseau régional Labnet, seuls trois n'étaient toujours pas

accrédités à la fin de 1999. Ces laboratoires ont étudié en tout 1655 cas de paralysie flasque aiguë et plus de 5233 échantillons prélevés sur des personnes souffrant de paralysie flasque aiguë ou de personnes ayant été en contact avec celles-ci ont été testés. Aucun poliovirus sauvage n'a été mis en évidence. Le réseau régional Labnet a obtenu de bons résultats en matière d'essai d'aptitude en 1998–1999 ce qui témoigne du haut niveau de qualification technique du personnel de laboratoire.

6. La dernière transmission endémique des poliovirus sauvages s'est produite en Turquie en 1998 où 26 cas de poliomyélite confirmés de manière virologique ont été recensés dans sept provinces situées dans le sud-est du pays. Le dernier cas de poliomyélite dans la Région a été enregistré le 26 novembre 1998 dans la province d'Agri en Turquie. Deux séries de vaccination de masse en allant de porte à porte vacciner les enfants ont été menées dans le sud-est de la Turquie et dans les régions limitrophes de l'Irak, l'Iran et la Syrie en octobre et novembre 1998 afin de mettre un terme à la transmission (suivies par d'autres campagnes en 1999). Aucun cas n'a été notifié depuis lors.

7. Le processus officiel visant à certifier la Région européenne exempte de poliomyélite au plus tard d'ici à l'an 2003 progresse de manière satisfaisante. Des commissions nationales de certification ont été créées et fonctionnent dans 49 États membres. Le document-type a été distribué à tous les pays de la Région. La Commission régionale de certification a déjà passé en revue les documents établis par 32 pays où la maladie est non-endémique et a formulé des recommandations pratiques à l'intention de quasiment chaque pays en vue d'améliorer la surveillance (5–7). La Commission régionale de certification a finalisé récemment le plan d'action pour le processus de certification pour 2000–2003.

8. Le confinement en laboratoire du poliovirus sauvage est un nouveau domaine d'action qu'il convient de considérer comme faisant partie intégrante du processus de certification. Ce thème, après avoir été examiné, a été inclus dans la résolution adoptée par la cinquante-deuxième Assemblée mondiale de la santé le 6 mai 1999 (8). La résolution WHA 52.22 prie le directeur général « de collaborer avec les États membres à la création d'un dispositif pour superviser le processus de confinement des poliovirus sauvages dans des laboratoires de sécurité maximale ». Le Bureau régional a déjà entrepris certaines démarches pour mettre en œuvre le plan d'action dans tous les pays de la Région européenne.

9. Le partenariat pour l'éradication de la poliomyélite fonctionne bien. Les principaux partenaires qui ont continué d'apporter leur soutien technique et financier aux efforts déployés dans la Région pour éradiquer la poliomyélite sont les suivants : le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Rotary International, les Centers for Disease Control à Atlanta (CDC), l'Agency for International Development des États-Unis (USAID) et la Fondation des Nations Unies. Cet appui, orienté essentiellement vers les pays où la maladie est devenue récemment endémique, a été coordonné par le Bureau régional. Les autorités sanitaires nationales continuent de faire preuve de leur engagement résolu en mettant en œuvre des stratégies appropriées visant à maintenir la situation dans la Région (cas de polio « zéro »). Le Bureau régional a pu, avec l'aide du Siège de l'OMS, mobiliser des ressources pour financer les activités régionales entre 1998 et 2000.

### **Mesures prises en 1998–1999**

10. Le plan d'action 1998–1999 pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région européenne, approuvé par le Comité régional en 1997 (3), a été pleinement mis en œuvre. D'autres mesures ont été également prises pour parvenir à des objectifs spécifiques et 5,8 millions de dollars ont été mobilisés pour financer l'approvisionnement en vaccins et en matériel de laboratoire et mener des activités opérationnelles (surveillance active, formation, planification et supervision de vaccination de masse, etc.). Le Bureau régional a consacré l'essentiel de ses efforts notamment sur des actions visant à améliorer la qualité de la surveillance : des réunions interrégionales et régionales ont eu lieu sur ce thème (à Kiev et au Caire en 1998, et à Saint-Pétersbourg et à Ankara en 1999). La qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë a été évaluée conjointement par l'OMS et les autorités nationales dans pratiquement tous les pays participant à l'Opération MECACAR Plus. Un appui financier a été proposé à de nombreux pays pour mener et superviser une surveillance active ; un soutien a également été offert pour moderniser les laboratoires nationaux et répondre à leurs besoins actuels.

## **DÉFIS**

### **Surveillance**

11. En dépit de l'amélioration générale de la qualité de la surveillance (voir ci-dessus), certains problèmes ont été recensés à partir des données communiquées ou lors des missions spéciales d'évaluation indépendante :

- tous les échantillons de matières fécales prélevés sur des personnes souffrant de paralysie flasque aiguë n'ont pas été analysés dans les laboratoires accrédités par l'OMS ;
- il existe des « territoires silencieux » dans un certain nombre de pays dans lesquels aucun cas de paralysie flasque aiguë n'a été détecté depuis plusieurs années, en particulier dans les pays où cette maladie est devenue récemment endémique ;
- il existe des isolats de poliovirus qui n'ont pas été soumis aux laboratoires régionaux de référence pour investigation virologique et analyse génétique.

12. Il n'est pas possible de vérifier si l'interruption de la transmission est hautement probable en raison de la surveillance inférieure aux normes de la circulation du poliovirus.

### **Importation des poliovirus sauvages**

13. Le risque d'importation des poliovirus sauvages demeurera élevé aussi longtemps que la Région aura des frontières communes avec certains pays où la transmission endémique du poliovirus sauvage est toujours importante (Afghanistan, Irak) et aussi longtemps que la poliomyélite reste endémique dans un quelconque pays du monde. En outre, le poliovirus risque de se propager après avoir été importé car, dans plusieurs pays de la Région, certains sous-groupes de la population ont un taux de couverture vaccinale relativement peu élevé.

### **Confinement en laboratoire des poliovirus sauvages**

14. Il s'agit d'un nouvel aspect du programme. À mesure que le nombre de pays dans lesquels la poliomyélite a été éradiquée augmente, le risque posé par les stocks de poliovirus sauvage en laboratoire augmente sensiblement. Compte tenu du grand nombre de laboratoires virologiques et autres dans la Région, il devient difficile de dresser un inventaire précis de ces laboratoires à l'échelon national. Il n'est pas non plus aisé de commencer à limiter le nombre de laboratoires travaillant avec des poliovirus sauvages ni de vérifier ce processus de limitation.

### **Certification**

15. La Région européenne ne sera pas certifiée exempte de poliomyélite tant que tous les 51 États membres n'auront pas soumis leurs documents standards, assortis de la preuve tangible de l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage.

### **Engagement politique**

16. La poliomyélite a apparemment disparu de la Région et il devient donc de plus en plus difficile d'obtenir des responsables politiques qu'ils s'engagent de manière résolue à maintenir des activités importantes telles que la surveillance de la paralysie flasque aiguë.

## **PLAN D'ACTION POUR LA CERTIFICATION DE LA RÉGION EUROPÉENNE COMME ÉTANT UN « TERRITOIRE EXEMPT DE POLIOMYÉLITE » 2000–2003**

### **Objectifs**

17. Comme il est indiqué dans le but 7 de la SANTÉ 21, « Il faudrait éliminer la poliomyélite de la Région au plus tard d'ici 2000, et cette élimination devrait être certifiée dans chaque pays d'ici 2003 ».

### **Actions menées au niveau régional**

18. La Région européenne sera certifiée exempte de poliomyélite sur une base régionale. Cela signifie que, dans certains pays, les efforts visant à améliorer la qualité de la surveillance devront être accélérés et bien coordonnés. L'efficacité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et des poliovirus sauvages est la condition pour parvenir à la certification (4). La coordination de ces actions constitue donc toujours un facteur important de réussite, même à ce stade final.

19. Le risque d'importation du poliovirus sauvage demeure élevé, notamment pour certains pays de la Région ayant des frontières communes avec des pays de la Région de la Méditerranée orientale dans lesquels la maladie est endémique. La coordination des actions menées par-delà les frontières pour réduire au minimum ce risque sera une tâche importante pour le Bureau régional de l'Europe.

20. Les pays dans lesquels la maladie est devenue récemment endémique étant déjà engagés dans le processus de certification en 2000, ils entreprendront des travaux préparatoires afin de garantir la haute qualité des documents soumis à la Commission régionale de certification. Le Bureau régional apportera son aide à ces travaux.

21. Il conviendrait, dans le cadre du processus de certification, d'apporter une aide en matière de confinement en laboratoire des poliovirus sauvages. Cette aide doit bénéficier aux activités ci-après : publication et distribution de lignes directrices, formulation de conseils pour dresser un inventaire national des laboratoires qui renferment des poliovirus sauvages et des matériaux potentiellement infectieux.

22. Le Bureau collaborera avec des pays et des partenaires pour obtenir un niveau approprié de ressources et d'autres appuis. Afin d'assurer la pérennité d'une surveillance de grande qualité jusqu'à la certification mondiale finale, de nombreux pays de la Région devront continuer de bénéficier à la fois d'une assistance technique et d'un soutien financier, notamment pour la surveillance des poliovirus sauvages (par exemple, le transport des échantillons de matières fécales, les fournitures de laboratoire).

### **Mesures à prendre par les pays**

23. Les pays devraient :

- maintenir un niveau élevé de couverture vaccinale par une vaccination systématique (en mettant particulièrement l'accent sur les vaccins poliomyélitiques) ;
- maintenir une surveillance de grande qualité de la paralysie flasque aiguë et des entérovirus ;
- organiser des Journées nationales de vaccination dans certains pays, le cas échéant ;
- entamer le processus menant au confinement en laboratoire des poliovirus sauvages ;
- établir ou actualiser les documents nationaux destinés à la certification.

### **Description succincte du plan d'action et du budget 2000–2001**

24. Une description succincte du plan d'action et un projet de budget 2000–2001 sont joints au présent document (annexe 1).

## CONCLUSION

25. L'action menée au plan mondial pour éradiquer la poliomyélite, l'une des très vieilles maladies de l'histoire de l'humanité, figure parmi les initiatives les plus importantes prises en matière de santé publique au cours des temps modernes. Des progrès extraordinaires ont été enregistrés dans la Région européenne entre 1989 et 2000 en vue d'atteindre le but fixé dans la SANTÉ 21, à savoir mettre un terme à la transmission du poliovirus sauvage et certifier la Région européenne exempte de poliomyélite au plus tard d'ici à l'an 2003. Ce but est maintenant à notre portée mais il ne se traduira dans la réalité que lorsque tous les pays de la Région auront unis leurs efforts pour maintenir un niveau élevé de couverture vaccinale et une surveillance de grande qualité et prendront des mesures appropriées pour garantir le confinement en laboratoire des poliovirus sauvages.

### Références

1. *Recueil des résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la santé et du Conseil exécutif, Vol III, Troisième édition (1985–1992)*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1993.
2. *Rapport sur la trente-neuvième session du Comité régional de l'Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1989.
3. *Rapport sur la quarante-septième session du Comité régional de l'Europe*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1997 (document EUR/RC47/REC/1).
4. *Report of the first meeting of the Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis. Geneva, 16–17 February 1995*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1995 (document WHO/EPI/GEN/95.6).
5. *Review of documentation for certification of poliomyelitis eradication (Denmark, Finland, Netherlands, United Kingdom). Report on the fifth Certification Commission meeting. Copenhagen, Denmark, 27–29 April 1998*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998 (document EUR/ICP/CMDS 03 03 02).
6. *European Regional Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication: Reviewing the documentation for the certification of non-endemic countries: report of the Sixth Meeting. Vienna, Austria, 20–24 February 1999*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/CMDS 03 03 06).
7. *Review of the documentation for certification of polio eradication in southern and central European countries: report on a WHO meeting. Budapest, Hungary, 3–6 May 1999*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (document EUR/ICP/CMDS 03 03 10).
8. *Assemblée mondiale de la santé : résolutions et décisions, annexes*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 (document WHA52/1999/REC/1).
9. *La SANTÉ 21 : la politique-cadre de la Santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999 (Série européenne de la Santé pour tous, n° 6).

*Annexe 1*

**PLAN D'ACTION POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE  
DANS LA RÉGION EUROPÉENNE**

**BUDGET 2000–2001**

Objectifs	Besoins pour 2000 (dollars)	Besoins pour 2001 (dollars)	Total des besoins pour 2000–2001 (dollars)	Engagements reçus (dollars)	Besoins non satisfaits (dollars)
1 Amélioration de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et de la poliomyélite	840 830	713 830	1 554 660	1 193 330	361 330
2 Amélioration du réseau de laboratoires régionaux Labnet	290 500	211 500	502 000	477 000	25 000
3 Certification et confinement en laboratoire	348 000	216 000	564 000	272 000	292 000
4 Mise en œuvre de stratégies appropriées dans les pays clés visant à réduire au minimum le risque d'importation du poliovirus sauvage	3 607 454	3 569 606	7 177 060	4 807 454	2 369 606
5 Effectifs (tous les postes étant financés par des contributions volontaires)					
Personnel engagé sur la base de contrats de longue durée	990 000	870 000	1 860 000	1 860 000	0
Personnel engagé sur la base de contrats de courte durée	270 000	398 000	668 000	380 000	288 000
<b>Total</b>	<b>6 346 784</b>	<b>5 978 936</b>	<b>12 325 720</b>	<b>8 989 784</b>	<b>3 335 936</b>
Montant prélevé sur le budget ordinaire de l'OMS				218 000	