



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

**Rapport de la vingt-cinquième
réunion de la Commission
régionale européenne de
certification de l'éradication de la
poliomyélite**

Copenhague (Danemark)

23 - 25 août 2011

Résumé

La vingt-cinquième réunion de la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite (CRC) a étudié les données annuelles actualisées soumises par les États membres de la Région concernant leur statut de pays indemnes de poliomyélite. La CRC s'est employée en particulier à examiner la situation épidémiologique dans les pays contaminés par le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) importé, à savoir le Tadjikistan, la Fédération de Russie, le Turkménistan et le Kazakhstan, ainsi que leurs voisins (Ouzbékistan et Kirghizistan) et d'autres États membres à haut risque. Elle a analysé ces données afin de déterminer si la Région européenne de l'OMS pourrait retrouver son statut antérieur de Région exempte de poliomyélite et de donner aux États membres et au Bureau régional des conseils sur les actions requises pour maintenir l'absence de poliovirus sauvage dans la Région et rassembler les éléments en attestant.

Mots clés

POLIOMYELITIS – prevention and control
CERTIFICATION
IMMUNIZATION PROGRAMS
NATIONAL HEALTH PROGRAMS
EPIDEMIOLOGIC SURVEILLANCE – standards
CONTAINMENT OF BIOHAZARDS – standards
LABORATORY INFECTION – prevention and control
STRATEGIC PLANNING
EUROPE

Les demandes concernant les publications du Bureau régional sont à adresser à :

Service des publications
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague Ø, Danemark

Vous pouvez également remplir un formulaire de demande de documentation, d'informations sanitaires ou d'autorisation de reproduire/traduire sur le site Web de l'OMS/Europe (<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=French>).

© Organisation mondiale de la santé 2012

Tous droits réservés. Le Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la santé accueillera favorablement les demandes d'autorisation de reproduire ou de traduire ses publications, en partie ou intégralement.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent, de la part de l'Organisation mondiale de la santé, aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, territoire, ville ou zone, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention d'entreprises et de produits commerciaux n'implique pas que ces entreprises et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la santé, de préférence à d'autres d'une nature analogue qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'un produit est commercialisé sous une marque déposée.

L'Organisation mondiale de la santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation. Les opinions exprimées par les auteurs, rédacteurs et groupes d'experts ne reflètent pas nécessairement les décisions de l'Organisation mondiale de la santé ou la politique arrêtée par cette dernière.

Table des matières

Glossaire	iv
Introduction.....	1
Objet de la réunion.....	1
Progrès accomplis sur la voie de l'éradication mondiale des poliovirus sauvages.....	2
Progrès accomplis par la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS sur la voie de la certification régionale	3
Progrès accomplis par la Région de l'Asie du Sud-Est de l'OMS sur la voie de la certification régionale.....	3
Maintien du statut de Région exempte de poliomyélite pour la Région européenne de l'OMS et mesures prises dans la Région pour lutter contre la transmission du poliovirus sauvage de type 1 importé	3
Synthèse de la situation au niveau sous-régional pour 2010	5
Nord/Baltique	6
Ouest.....	7
Sud	8
Centre-est	9
Centre	10
MECACAR.....	10
Examen des rapports de situation nationaux pour 2010 et présentation de données par certains pays.....	11
Tadjikistan.....	11
Fédération de Russie	12
Turkménistan.....	14
Kazakhstan.....	14
Ouzbékistan	15
Kirghizistan	17
Azerbaïdjan.....	18
Bosnie-Herzégovine.....	19
Bulgarie.....	19
Géorgie	20
Turquie.....	21
Ukraine	22
Fonctionnement du Réseau européen de laboratoires pour la poliomyélite en 2010-2011	23
Activités de confinement en 2010-2011 au vu de la récente importation du poliovirus sauvage de type 1 : politique, stratégies et mesures.....	24
Plan régional d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite en 2011-2012	25
Actualisation de l'exercice planifié de simulation d'une flambée épidémique due à des poliovirus sauvages dans la Région européenne	26
Conclusions et recommandations	26
Annexe 1. Programme	30
Annexe 2. Liste des participants.....	35
Annexe 3. Communiqué de presse.....	46

Glossaire

PFA	Paralyse flasque aiguë
IMB	<i>Independent Monitoring Board</i> (Comité de suivi indépendant)
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
MECACAR	Méditerranée, Caucase et Républiques d'Asie centrale
CNC	Comité national de certification
JNV	Journée nationale de la vaccination
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent ciblant les souches de type 1 et 3
VPOm	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent ciblant les souches de type 1 ou 3
VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent
CRC	Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite
LRR	Laboratoire régional de référence
AVS	Activités de vaccination supplémentaires
JLV	Journée locale de la vaccination
SIAD	Dose supplémentaire dans un intervalle court
PVDV	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale
PVDVc	Poliovirus dérivé d'une souche vaccinale circulant
PVS	Poliovirus sauvage

Introduction

La vingt-cinquième réunion de la Commission régionale européenne de certification (CRC) de l'éradication de la poliomyélite s'est tenue du 23 au 25 août 2011 à Copenhague (Danemark). L'objectif principal de la réunion était d'examiner la situation épidémiologique dans les pays contaminés par le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) importé, à savoir le Tadjikistan, la Fédération de Russie, le Turkménistan et le Kazakhstan, ainsi que leurs voisins (Ouzbékistan et Kirghizistan) et d'autres États membres à haut risque. La CRC a analysé ces données afin de déterminer si la Région européenne de l'OMS pourrait retrouver son statut antérieur de Région exempte de poliomyélite et de conseiller les États membres et le Bureau régional sur les actions requises pour maintenir l'absence de poliovirus sauvage dans la Région et rassembler les éléments en attestant.

Objet de la réunion

La réunion avait pour objet :

- de faire en sorte que la CRC soit informée de la situation mondiale et régionale au regard de l'éradication de la poliomyélite et des mesures prises au sein de la Région pour faire cesser l'importation du poliovirus sauvage de type 1 et réduire au maximum le risque de propagation de ce virus importé ;
- de passer en revue les documents annuels relatifs à la certification de l'éradication de la poliomyélite dans tous les États membres de la Région européenne de l'OMS actualisés pour l'année 2010 ;
- d'évaluer la situation épidémiologique et les mesures de lutte mises en œuvre par les pays contaminés par le poliovirus sauvage de type 1 importé pour interrompre la transmission en 2010, à savoir le Tadjikistan, la Fédération de Russie, le Turkménistan et le Kazakhstan, ainsi que des pays à haut risque (Kirghizistan, Ouzbékistan) ;
- analyser la situation actuelle en matière de maintien de l'absence de poliomyélite dans certains États membres caractérisés comme présentant un risque élevé ; discuter des mesures à prendre afin de faire en sorte que les pays de la Région restent indemnes de la maladie ;
- discuter de la recommandation de la CRC concernant le statut de la certification de la Région européenne et formuler une déclaration à ce sujet ;
- examiner la situation actuelle en matière de confinement en laboratoire dans la Région compte tenu de l'importation du poliovirus sauvage de type 1 dans certains pays durant l'année 2010 ;
- évaluer les procédures de travail de la CRC et discuter d'un plan d'activités pour 2011-2012 ;

- communiquer aux membres de la CRC des informations sur les réunions régionales et mondiales tenues récemment, notamment la Soixante-quatrième Assemblée mondiale de la santé (Genève, mai 2011) ; la réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE, Genève, 5-7 avril 2011) ; la réunion du Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (Genève, 31 mars – 1er avril 2011 ; 30 juin – 1er juillet) ; la réunion du Groupe consultatif technique européen d'experts de la vaccination (ETAGE, Copenhague, mars 2011) ; la réunion de la CRC de la Méditerranée orientale (Dubai, avril 2011).

Progrès accomplis sur la voie de l'éradication mondiale des poliovirus sauvages

L'année dernière, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a réalisé des avancées, mais des difficultés demeurent. Le succès le plus important réside dans le fait que le dernier cas de poliovirus sauvage, qui a été signalé en Inde, remonte à près de huit mois. Au Nigéria, une réduction de 96 % des cas a été maintenue pendant plus de 18 mois. Le nombre de cas de poliovirus sauvage de type 3 n'a jamais été aussi faible et les zones contaminées par ce type de virus aussi peu étendues. À ce jour, seul un poliovirus sauvage de type 3 a été signalé en Asie en 2010. Toutes les importations de 2009 et nouvelles importations ont cessé. En revanche, certaines étapes importantes ont été manquées, telles que l'interruption de la reprise de la transmission du virus sauvage en Angola, en République démocratique du Congo (RDC) et au Tchad. La transmission qui se poursuit au Tchad représente un risque important de propagation du virus aux pays qui l'entourent. Le nombre de cas au Pakistan a pratiquement doublé par rapport à 2010.

Les objectifs fixés par le Comité de suivi indépendant sont les suivants :

- 1) pas de nouveau cas en Inde d'ici la fin de 2011 ;
- 2) interruption de la transmission à Kano et dans le nord-ouest du Nigéria ;
- 3) interruption de la transmission du virus de type 3 à l'échelle mondiale d'ici la fin de 2011 ;
- 4) renforcement des capacités au Tchad et en RDC avec des progrès visibles d'ici la fin octobre 2011 ;
- 5) réduction des cas au Pakistan pendant le deuxième semestre 2011 et mise en œuvre d'un plan d'intervention d'urgence dans le Sind ;
- 6) plus de « surprises » dans les pays exempts de poliomyélite ;
- 7) diminution du nombre des campagnes de vaccination de mauvaise qualité et de la surveillance insuffisante de la PFA.

Ces objectifs ne pourront être atteints que grâce à des fonds supplémentaires conséquents. Le déficit de financement est actuellement de 590 millions de dollars US sur un budget de 1,95 milliard.

Progrès accomplis par la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS sur la voie de la certification régionale

Vingt pays de la Région de la Méditerranée orientale restent indemnes de poliomyélite. Trois autres (Somalie, Soudan et Sud-Soudan) ont été à nouveau contaminés au cours des cinq dernières années. Deux pays (Afghanistan et Pakistan) demeurent endémiques. Afin de parvenir à l'éradication régionale, la Région a fixé les objectifs suivants :

- 1) Le Pakistan va poursuivre ses efforts pour garantir la mise en œuvre effective du plan national d'urgence et augmenter la couverture vaccinale.
- 2) L'Afghanistan va veiller à ce que l'on puisse accéder sans danger à la région méridionale du pays afin de vacciner les enfants dans le cadre des programmes de vaccination systématique et des activités de vaccination supplémentaire.
- 3) Les pays exempts de poliomyélite conserveront leur statut grâce au maintien de l'engagement des autorités nationales à tous les niveaux et réaliseront une analyse des risques afin de repérer les insuffisances et de prendre des mesures en temps utile.
- 4) Une surveillance conforme aux normes de certification sera maintenue dans tous les pays.
- 5) La collaboration de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite avec les programmes de vaccination sera optimisée de façon à améliorer la couverture par la vaccination systématique et à maintenir l'immunité de la population afin d'éviter les poliovirus dérivés de souches vaccinales circulants (PVDVc).
- 6) On s'emploiera à remédier aux conséquences potentielles des faits récents dans certains pays de la Région (Libye, Yémen et Syrie).

Progrès accomplis par la Région de l'Asie du Sud-Est de l'OMS sur la voie de la certification régionale

L'Inde est le seul pays de la Région OMS de l'Asie du Sud-Est (SEAR) où il existe une transmission endémique du poliovirus sauvage. Le Népal, qui a enregistré deux importations en 2010 en provenance d'Inde, est le seul autre pays où s'est récemment produite une transmission active du poliovirus sauvage. Le Bangladesh, l'Indonésie et le Myanmar ont été à nouveau contaminés, mais n'ont pas enregistré de cas de poliovirus sauvage depuis plus de quatre ans. Tous les autres pays de la Région sont indemnes de poliomyélite depuis plus de dix ans. Pour autant, l'ensemble des pays de la Région reste vulnérable aux importations de PVS. Les cinq pays prioritaires atteignent aujourd'hui des niveaux élevés de surveillance de la PFA. Les rapports de certification ont tous été acceptés, à l'exception de ceux de l'Inde et du Timor-Leste. Des activités de confinement en laboratoire ont été lancées dans tous les pays.

Maintien du statut de Région exempte de poliomyélite pour la Région européenne de l'OMS et mesures prises dans la Région

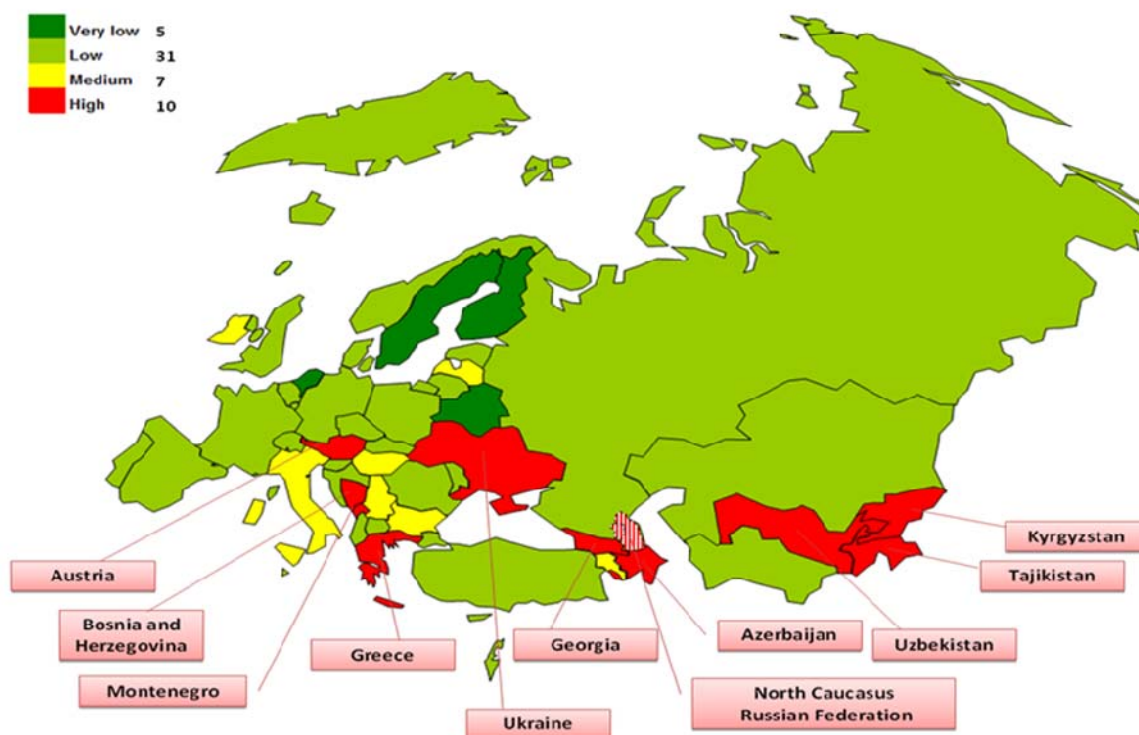
pour lutter contre la transmission du poliovirus sauvage de type 1 importé

La Région européenne de l'OMS a récemment vu son statut de Région indemne de poliomyélite menacé de la façon la plus grave depuis le dernier cas autochtone déclaré par la Turquie il y a treize ans, en 1998. Une flambée épidémique due au poliovirus sauvage de type 1 originaire d'Inde a touché quatre pays de la Région. Tout d'abord signalée par le Tadjikistan, qui a notifié au total 457 cas et 29 décès, cette flambée s'est ensuite propagée au Kazakhstan (1 cas), à la Fédération de Russie (14 cas) et au Turkménistan (3 cas). Des campagnes de vaccination supplémentaire ont été menées au Kazakhstan, au Kirghizistan, au Tadjikistan, au Turkménistan, en Russie et en Ouzbékistan dans le but de l'endiguer. Plus de 45 millions de doses de VPOt et de VPOM1 ont été utilisées. Le dernier cas a été notifié en Russie le 25 septembre 2010.

La plupart des pays de la Région disposent de systèmes de santé nationaux solides qui garantissent que tout cas de poliomyélite paralytique est détecté sur la base d'un examen clinique et rapidement soumis à une enquête de laboratoire. Les services de vaccination sont éprouvés et la couverture, assurée par trois doses de vaccin antipoliomyélique, est élevée et stable dans la grande majorité des États membres. Les pays mettent en œuvre des programmes visant à atteindre des groupes à haut risque – populations socialement isolées, déplacées dans leur propre pays et réfugiées – notamment dans le cadre de la Semaine européenne de la vaccination. Globalement, la surveillance des poliovirus demeure forte dans la Région, puisque 43 pays assurent une surveillance de la PFA ; 38 une surveillance des entérovirus ; 21 une surveillance environnementale. Les taux de PFA restent élevés au niveau national pour la plupart des pays effectuant une surveillance dans ce domaine. Le non-respect des calendriers de vaccination et les résultats insuffisants dans certaines zones de 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.

Alors que le risque de transmission reste faible dans l'ensemble de la Région, dix pays et une région sous-nationale ont été évalués comme présentant un risque élevé de transmission suite à une importation. Il s'agit de l'Autriche, de l'Azerbaïdjan, de la Bosnie-Herzégovine, de la Géorgie, de la Grèce, du Kirghizistan, du Monténégro, de l'Ouzbékistan, de la Fédération de Russie (Caucase du Nord uniquement), du Tadjikistan et de l'Ukraine. Pour sept autres pays, ce risque est moyen. Il s'agit de l'Arménie, de la Bulgarie, de la Hongrie, de l'Irlande, de l'Italie, de la Lettonie et de la Serbie.

Fig. 1. Risque de transmission de poliovirus sauvages suite à des importations, Région européenne, 2011



La surveillance doit être renforcée de façon répondre aux normes de certification dans tous les pays à haut risque. L'exhaustivité et la régularité de la notification des données relatives à la PFA posent problème dans les républiques d'Asie centrale où le risque est élevé. Des mesures doivent être prises pour analyser et renforcer la demande de vaccination systématique, notamment parmi les populations insuffisamment desservies.

Les autres priorités de la Région sont les suivantes : veiller à ce que l'engagement et le soutien politiques ne se démentent pas ; préserver un niveau élevé d'immunité contre la poliomyélite ; 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 ; respecter les dispositions en matière de confinement en laboratoire des poliovirus sauvages ; préparer l'arrêt de l'utilisation du VPO ; garantir des ressources financières et humaines suffisantes pour soutenir les activités de l'initiative.

Synthèse de la situation au niveau sous-régional pour 2010

Compte tenu de la diversité des 53 États membres de la Région, les informations transmises par les pays ont été étudiées selon six zones géographiques. Trois pays (Luxembourg, Monaco et Saint-Marin) n'ont pas communiqué de rapport depuis 2003. Andorre n'a pas envoyé de données actualisées pour 2009 et 2010. Le Danemark, l'Islande et la Pologne

n'ont pas fourni leurs rapports dans les temps en 2010. Pour chaque pays, les indicateurs suivants ont été analysés :

- nombre de réunions du Comité national de certification (CNC) pendant la période 2004-2010 ;
- couverture vaccinale (pourcentage d'enfants ayant reçu trois doses de vaccin contre la poliomyélite à l'âge d'un an, déclaré dans le rapport conjoint de notification OMS-UNICEF pour 2000-2009 et données provisoires pour 2010) ;
- nombre de territoires sous-nationaux où la couverture est inférieure à 90 % d'après les données annuelles actualisées.

Les indicateurs de surveillance suivants ont été analysés :

- surveillance du PVS dans les cas de PFA sur la base du nombre d'isolements d'entérovirus non poliomyélitiques et du nombre d'isolements de poliovirus en 2010 ;
- recours à la surveillance complémentaire des PVS, en particulier mise en œuvre de la surveillance des entérovirus et surveillance environnementale ;
- indice de surveillance de la PFA 2000-2010 (taux annuel de PFA non poliomyélitique pour 100 000 habitants) x (% échantillons dans les 14 jours) comparé aux taux minimum et maximum mis en évidence pendant la période antérieure à la certification (2000-2002) et à l'indice de surveillance de la PFA atteint de 2008 à 2010 ;
- indice de surveillance de la PFA pour 2010 au premier niveau sous-national ;
- indicateurs de qualité de la surveillance de la PFA en 2010, à savoir taux de PFA non poliomyélitique, nombre de cas de PFA, nombre de « cas de PFA prioritaires » notifiés/omis et rapidité de la notification à l'OMS/Europe.

Les autres critères utilisés pour l'évaluation sont les suivants :

- état d'avancement d'un plan d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite, d'après les données annuelles actualisées envoyées à la CRC pendant la période 2007-2010 ;
- plan de préparation à la lutte contre l'importation de poliovirus, d'après les données annuelles actualisées envoyées à la CRC pendant la période 2007-2010, l'accent étant mis sur la politique en matière de vaccination et les groupes visés par les activités de vaccination supplémentaire ;
- évaluation des risques de transmission consécutive de PVS suite à des importations, effectuée d'après le système de santé, la couverture par la vaccination systématique, la présence de groupes à haut risque, la stabilité d'une surveillance de grande qualité, les plans de préparation et le soutien durable des mesures visant à maintenir l'absence de poliomyélite de la part des autorités sanitaires.

Nord/Baltique

Les CNC du Danemark et de l'Islande n'ont organisé aucune réunion de 2004 à 2010 et ces pays n'ont pas envoyé en temps utile leurs données actualisées pour 2010. La plupart des

pays de cette zone utilisent le VPI et la couverture vaccinale a été partout élevée (> 90 %). Le Danemark a changé de méthode de mesure de la couverture vaccinale en 2007 et le niveau actuel de couverture déclaré est de 90 %, mais ce chiffre pourrait être sous-estimé. Quatre pays (Estonie, Lettonie, Lituanie et Norvège) assurent la surveillance de la PFA, mais seules la Lettonie et la Lituanie ont atteint un indice élevé pour cette surveillance en 2010. Cinq pays effectuent une surveillance des entérovirus et trois une surveillance environnementale. L'Estonie, la Finlande, la Lettonie, la Lituanie et la Suède ont établi des plans visant à préserver leur statut de pays indemnes de poliomyélite. La Norvège devrait s'en doter prochainement et un projet de plan est en cours au Danemark. Toutefois, on ignore la durée de tous ces plans et des éléments essentiels manquent à certains d'entre eux.

Conclusion

Les données nationales actualisées transmises par les pays de cette sous-région montrent que :

- les CNC de cinq pays sur huit ont eu des activités soutenues ;
- la couverture est restée élevée dans toute la sous-région, mais son faible niveau est préoccupant dans certaines zones sous-nationales.
- la sous-région a de plus en plus recours aux systèmes de surveillance supplémentaire, qui sont mis en place dans tous les pays ;
- la surveillance de la PFA est valable dans certains pays, mais ses résultats sont variables ;
- quatre des huit pays ont approuvé des plans nationaux actualisés visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Les conclusions du secrétariat sont les suivantes : il est très probable que le PVS n'ait pas circulé dans la sous-région en 2010 ; toute importation de PVS aurait été détectée par les systèmes de surveillance existants ; le risque de transmission du PVS suite à des importations dans les pays de cette zone est très faible. La Lettonie suscite des inquiétudes en raison de sa couverture vaccinale inférieure au seuil optimal.

Ouest

Le Luxembourg et Monaco n'ont pas envoyé de rapport de leur CNC. Il n'existe pas de CNC aux Pays-Bas. Tous les pays utilisent exclusivement le VPI. La couverture est partout élevée, sauf en Autriche, où elle était de 83 % en 2010. Il existe des populations à haut risque dans de nombreux pays. La concentration de personnes refusant la vaccination pour des raisons religieuses aux Pays-Bas est tout particulièrement préoccupante. La fréquence des déplacements entre les pays de la zone Ouest et les pays où il existe une transmission endémique entraîne un risque élevé d'importation de virus. Quatre pays assurent une surveillance de la PFA mais sa qualité est faible. Tous les pays, à l'exception du Luxembourg et de Monaco, effectuent une surveillance des entérovirus. Deux pays effectuent une surveillance environnementale. L'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, l'Irlande et les Pays-

Bas ont achevé leur plan visant à maintenir l'absence de poliomyélite ; le Royaume-Uni a établi un projet de plan.

Conclusion

Les données nationales actualisées transmises par les pays de cette sous-région montrent que :

- les CNC de quatre pays sur dix seulement ont eu des activités soutenues ;
- la couverture est élevée dans toute la sous-région, sauf en Autriche ;
- la sous-région a surtout recours aux systèmes de surveillance supplémentaire, qui sont mis en place dans huit pays sur dix ;
- La surveillance de la PFA est mise en place dans trois pays sur dix, mais son efficacité n'est pas optimale ; seuls cinq pays sur dix ont approuvé des plans nationaux actualisés visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Les conclusions du secrétariat sont les suivantes : il est très probable que le PVS n'ait pas circulé dans la sous-région en 2010 ; l'importation de PVS aurait été détectée par les systèmes de surveillance existants ; le risque de transmission du PVS suite à des importations dans les pays de cette zone est faible. L'Autriche et les Pays-Bas suscitent des inquiétudes en raison d'une couverture vaccinale inférieure au seuil optimal (Autriche) et du refus de la vaccination (Pays-Bas).

Sud

Andorre et Saint-Marin n'ont pas envoyé de rapport. La couverture vaccinale déclarée est supérieure à 90 %, sauf à Saint-Marin, où elle est de 75 %. La plupart des pays utilisent le VPI. La surveillance de l'AFP est assurée dans neuf pays sur les dix de la zone Sud, la seule exception étant Saint-Marin. L'indice de surveillance de la PFA n'est pas optimal dans cette zone, seuls Chypre et la Grèce atteignant un indice supérieur à 0,5. Sept pays assurent aujourd'hui une surveillance des entérovirus et quatre appliquent la surveillance environnementale. Chypre, la Croatie, l'Espagne, Israël et le Portugal ont achevé leur plan visant à maintenir l'absence de poliomyélite ; la Grèce et l'Italie devraient s'en doter prochainement.

Conclusion

Les données nationales actualisées transmises par les pays de cette sous-région montrent que :

- les CNC de huit pays sur dix ont eu des activités soutenues ;
- la couverture est élevée dans toute la sous-région, mais l'on craint que le niveau optimal de couverture vaccinale ne soit pas atteint dans certains pays ;
- la sous-région a largement recours aux systèmes de surveillance supplémentaire, qui sont mis en place dans sept pays sur dix ;
- neuf pays sur dix assurent une surveillance de la PFA, mais elle n'est pas optimale dans la plupart d'entre eux ; seuls cinq pays sur dix se sont dotés de plans nationaux actualisés visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

L'examen des données a permis de constater que l'efficacité du système de surveillance de la PFA a augmenté au Portugal et baissé en Italie et en Croatie. Les conclusions du secrétariat sont les suivantes : il est très probable que le PVS n'ait pas circulé dans la sous-région en 2010 et l'importation de PVS aurait été détectée par les systèmes de surveillance existants. Il existe un risque moyen de transmission du PVS suite à des importations dans les pays de cette zone. La Croatie, la Grèce, l'Italie et le Portugal suscitent des inquiétudes car l'efficacité de la surveillance n'y est pas optimale et qu'il existe des populations à haut risque.

Centre-est

Le Monténégro n'a pas été en mesure de mettre en place un CNC et d'envoyer un rapport. Les CNC ont été très actifs dans les autres pays. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 90 % dans tous les pays, à l'exception de l'Ukraine, où la couverture déclarée est aujourd'hui tombée à 57 %. Plusieurs pays comptent des sous-populations importantes où la couverture est faible. Tous assurent une surveillance de la PFA, dont la qualité a été comprise entre moyenne et excellente, sauf en Roumanie. Dans cette zone, un nombre significatif de territoires sous-nationaux n'a notifié aucun cas de PFA en 2010. Cinq pays effectuent une surveillance des entérovirus et deux une surveillance environnementale limitée. Des poliovirus Sabin continuent d'être isolés dans les pays qui utilisent le PVO. Tous les pays à l'exception de la Bosnie-Herzégovine ont achevé leur plan visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Conclusion

Les données nationales actualisées transmises par les pays de cette sous-région montrent que :

- les CNC de sept pays sur huit ont eu des activités soutenues ;
- il existe des territoires sous-nationaux où la couverture est inférieure à 90 % dans sept des huit pays, et ils sont les plus nombreux en Bosnie-Herzégovine, en Roumanie et en Ukraine ;
- les flambées épidémiques de PVDV en 2009 et 2010 ont fait prendre conscience aux pays de l'existence d'importantes populations non vaccinées et sous-vaccinées dans quatre des huit pays ;
- l'efficacité de la surveillance de la PFA est stable, sauf en Roumanie, où elle a considérablement diminué ;
- cinq des huit pays ont mis en place une surveillance supplémentaire ;
- tous les pays ont élaboré un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Les conclusions du secrétariat sont les suivantes : il est très probable que le PVS n'ait pas circulé dans cette sous-région en 2010 ; toute importation de PVS aurait été détectée par les systèmes de surveillance existants ; le risque global de propagation du PVS suite à des importations est moyen dans cette sous-région, principalement en raison de disparités dans la couverture vaccinale. La Bosnie-Herzégovine, la Roumanie et surtout l'Ukraine

suscitent des inquiétudes en raison d'une couverture vaccinale inférieure au seuil optimal dans certaines sous-populations ou au niveau national, mais aussi de l'efficacité de la surveillance de la PFA (Roumanie).

Centre

Les CNC de la Hongrie et de la Pologne n'ont pas envoyé de rapports en temps voulu. Les CNC des cinq autres pays de la sous-région ont organisé des réunions en 2010. La couverture par la vaccination antipoliomyélitique est partout très élevée et il existe très peu de territoires sous-nationaux où cette couverture est faible. Tous les pays effectuent une surveillance de la PFA. La Slovénie n'a déclaré aucun cas de PFA depuis au moins 2007. La qualité de la surveillance de cette maladie est faible en République tchèque et en Slovaquie. Le Bélarus, la Bulgarie et la Hongrie font état d'une surveillance de grande qualité. Tous les pays assurent une surveillance des entérovirus et quatre une surveillance environnementale.

Conclusion

Les données nationales actualisées transmises par les pays de cette sous-région montrent que :

- les CNC de cinq pays sur sept ont eu des activités soutenues ;
- aucun territoire sous-national ne présente de couverture inférieure à 90 %, à l'exception de deux territoires en Bulgarie ;
- l'efficacité de la surveillance de la PFA n'est pas optimale, notamment en République tchèque et en Slovaquie, mais tous les pays ont mis en place une surveillance supplémentaire ;
- quatre pays sur sept ont achevé leur plan visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Les conclusions du secrétariat sont les suivantes : il est très probable que le PVS n'ait pas circulé dans la sous-région en 2010, car la couverture vaccinale était bonne et l'importation de PVS aurait été détectée par les systèmes de surveillance existants ; le risque global de propagation du PVS suite à des importations est faible dans cette sous-région, sauf en Bulgarie, grâce à des services de vaccination de qualité et à une surveillance supplémentaire ; en revanche, quatre pays seulement ont élaboré des plans nationaux de préparation à une intervention en cas d'importation de PVS. La Bulgarie et la Pologne suscitent tout particulièrement des inquiétudes du fait de l'existence de groupes de population à haut risque dont la couverture vaccinale n'est pas optimale.

MECACAR

Les CNC ont été très actifs dans tous les pays du groupe MECACAR en 2010. Tous continuent d'utiliser le VPO. La couverture vaccinale déclarée dans ces pays a toujours été élevée et elle le reste. Toutefois, la Géorgie fait état de nombreux territoires sous-nationaux où la couverture est faible. Tous les pays ont organisé des journées nationales et locales de la

vaccination en 2010 et 2011. La surveillance de la PFA est assurée dans tous les pays et elle est généralement d'une qualité bonne à élevée, sauf en Arménie. De nombreux territoires sous-nationaux n'ont déclaré aucun cas de PFA en 2010, notamment dans le Caucase et en Turquie. En Azerbaïdjan et en Géorgie, il existe des territoires où les rapports de surveillance sont fournis par des organisations internationales. Cinq pays assurent une surveillance des entérovirus et cinq une surveillance environnementale. De nombreux isollements de poliovirus de type Sabin ont été signalés, ce qui concorde avec l'utilisation généralisée du VPO dans cette zone. Tous les pays ont achevé leur plan visant à maintenir l'absence de poliomyélite. L'Azerbaïdjan, le Kazakhstan et la Fédération de Russie n'ont pas défini de populations cibles pour les interventions de vaccination en cas d'importation de poliovirus sauvages.

Conclusion

Les données nationales actualisées transmises par les pays de cette sous-région montrent que :

- les CNC de tous les pays ont eu des activités soutenues ;
- alors que la couverture vaccinale globale déclarée est élevée, il existe encore en Azerbaïdjan, en Géorgie, au Tadjikistan et en Turquie des zones où la couverture vaccinale est inférieure à 90 %, mais l'épidémie de poliomyélite de 2010 a montré que les données relatives à la couverture communiquées par l'administration étaient peut-être inexactes ;
- l'efficacité de la surveillance de la PFA dans cette zone s'est nettement améliorée après l'épidémie, sauf en Arménie ;
- tous les pays, à l'exception de la Turquie, ont actualisé leur plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Les conclusions du secrétariat sont les suivantes : les mesures prises par les pays ont été efficaces pour interrompre la transmission du PVS1 importé en 2010 ; il ne semble pas qu'il y ait eu de circulation du PVS1 depuis le dernier cas notifié en Russie le 25 septembre 2010 ; le risque global de propagation du PVS suite à des importations est moyen ou élevé dans cette sous-région, principalement en raison de disparités dans la couverture vaccinale et de facteurs de risque historiques dans certaines zones. Le Tadjikistan, la Géorgie, le Caucase du Nord (Fédération de Russie), le sud-est de la Turquie et l'Ouzbékistan suscitent tout particulièrement des inquiétudes, en raison de la couverture vaccinale inférieure au seuil optimal dans les territoires/groupes de population à haut risque et/ou de l'efficacité de la surveillance de la PFA. Le profil immunitaire des groupes âgés dans les pays à haut risque doit être évalué.

Examen des rapports de situation nationaux pour 2010 et présentation de données par certains pays

Tadjikistan

Le CNC s'est réuni à quatre reprises en 2010 afin d'évoquer la flambée due au PVS1. La surveillance de la PFA pendant cette année a permis de détecter 587 cas âgés de moins de 15 ans pour un taux de PFA de 7,1. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 83,8 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,83. Dans une province faiblement peuplée, l'indice de surveillance de la PFA a été inférieur à 0,5 en 2010. Durant cette année, 712 cas de PFA ont été notifiés. 457 d'entre eux ont été classés comme PVS, 61 comme compatibles avec la poliomyélite, 1 comme PVDV, 1 comme PPAV et 192 comme non poliomyélitiques. Pour l'année 2010, 6 des 192 cas de PFA non poliomyélitiques ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré et les 186 autres comme autres diagnostics. Au premier semestre 2011, 23 cas de PFA ont été notifiés pour un taux de PFA de 1,77 ; deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 91,3 % d'entre eux avec un indice de surveillance de la PFA de 0,91 ; 2 provinces ont enregistré un taux inférieur à 0,5 en 2011 ; 22 des 23 cas ont été classés comme non poliomyélitiques, 7 comme syndromes de Guillain-Barré et 15 comme autres diagnostics. En 2010, 641 échantillons ont été analysés en laboratoire et le PVS a été isolé dans 457 échantillons, le virus Sabin dans 25, le PVDV dans 1 et l'EVNP dans 9. À ce stade de l'année 2011, 22 échantillons ont été analysés et le PVS a été isolé dans 0 échantillon, le virus Sabin dans 0, le PVDV dans 0 et l'EVNP dans 1. Il n'y pas de surveillance des entérovirus ou de surveillance environnementale au Tadjikistan. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 95 % dans toutes les provinces sauf deux, où les taux sont de 94,5 % et 94,9 %. Six séries de JNV et une JLV ont été organisées en 2010 et deux JNV en 2011. Il existe un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC prend note avec satisfaction des efforts du ministère de la Santé pour organiser plusieurs séries d'AVS, ce qui était nécessaire pour endiguer la flambée due au poliovirus sauvage de type 1 et qui a permis d'atteindre un taux élevé de couverture sur une large tranche d'âge.
- Les données fournies par le CNC montrent que la transmission du poliovirus sauvage de type 1 a été interrompue en 2011.
- La CRC encourage vivement le Tadjikistan à atteindre et maintenir un taux cible de cas de PFA non poliomyélitiques ≥ 2 pour 100 000 habitants pendant les 12 prochains mois à tous les niveaux sous-nationaux (États ou provinces comptant plus de 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans) et à s'employer à améliorer la surveillance dans les territoires sous-nationaux où la notification est insuffisante.
- La CRC prie instamment le ministère de la Santé de maintenir une couverture élevée par la vaccination systématique dans toutes les zones géographiques et dans les groupes vulnérables et marginalisés de la population du pays.

Fédération de Russie

Le CNC s'est réuni à quatre reprises en 2010 afin d'évoquer la flambée due au PVS1. En 2010, 465 cas de PFA au total ont été notifiés ; 391 étaient âgés de moins de 15 ans, pour un taux de

PFA de 1,9. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 94,7 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,95. Dans huit provinces, l'indice de surveillance de la PFA a été inférieur à 0,5 en 2010. 14 cas ont été classés comme PVS1, 0 comme compatible avec la poliomyélite, 0 comme PVDV, 5 comme PPAV et 397 comme non poliomyélitiques ; les cas restants ont été écartés comme n'étant pas des cas de PFA. Pour l'année 2010, 39,3 % des 465 cas de PFA ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 10,7 % comme myélites transverses, 37 % comme névrites traumatiques, 8,2 % comme autres diagnostics, 3,5 % comme PVS et 1,3 % comme PPAV. En 2010, 621 échantillons ont été analysés et le PVS a été isolé dans 36 d'entre eux, le poliovirus Sabin dans 72 et l'EVNP dans 75. La surveillance environnementale a permis de détecter 542 poliovirus dérivés de souches vaccinales, 397 virus Coxsackie, 201 virus ECHO et 99 entérovirus non typables. En 2011, 242 cas de PFA ont été notifiés (206 âgés de moins de 15 ans), pour un taux de PFA de 0,9. Pour 93 % d'entre eux, deux échantillons adéquats de selles ont été obtenus, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,95. Sur les 242 cas de PFA, 221 ont été classés comme non poliomyélitiques. Pour l'année 2011, 28,1 % des 465 cas de PFA ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 3,6 % comme myélites transverses, 24,4 % comme névrites traumatiques, 2,7 % comme autres diagnostics, 0 % comme PVS et 0 % comme PPAV. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 95 % dans toutes les provinces. Des campagnes de ratissage ont été menées en 2010 et 2011. Les JLV ont permis de vacciner 2,2 millions d'enfants en 2010 et 1,39 million en 2011. La surveillance sérologique révèle un niveau élevé d'immunité contre les trois types de poliovirus au niveau national et dans trois républiques du Caucase du Nord. Il existe un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC se réjouit des efforts déployés par le ministère de la Santé de la Fédération de Russie pour mener des campagnes de vaccination supplémentaire et améliorer la surveillance afin de lutter contre la propagation du poliovirus sauvage à l'échelle du pays comme à l'échelle internationale.
- La CRC est rassurée par les données des études sérologiques provenant du Caucase du Nord, qui montrent que le niveau global d'immunité de la population est élevé, même si de faibles taux sont notifiés dans certaines zones.
- La CRC se réjouit des efforts déployés par le gouvernement de la Fédération de Russie pour faciliter l'entrée d'échantillons d'autres pays aux fins d'analyses dans le laboratoire régional de référence de Moscou.
- La CRC encourage le pays à atteindre et maintenir un taux cible de cas de PFA non poliomyélitiques ≥ 2 pour 100 000 habitants pendant les 12 prochains mois à tous les niveaux sous-nationaux (États ou provinces comptant plus de 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans) et à s'employer à améliorer la surveillance dans les territoires sous-nationaux où la notification est insuffisante, afin de maintenir un niveau de surveillance élevé dans toute la Fédération de Russie. La CRC encourage le pays à procéder à une évaluation formelle de la surveillance au cours des six prochains mois, en tant qu'élément de ce processus.

- La CRC encourage les efforts du ministère de la Santé pour faire en sorte que les populations migrantes soient correctement vaccinées.

Turkménistan

Le CNC s'est réuni à deux reprises en 2010 afin d'évoquer la flambée due au PVS1. La surveillance de la PFA pendant cette année a permis de détecter 50 cas âgés de moins de 15 ans, pour un taux de PFA de 3,22. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 100 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 1,0. Dans toutes les provinces, l'indice de surveillance de la PFA a été supérieur à 0,80 en 2010. Durant cette année, 50 cas de PFA ont été notifiés. 3 d'entre eux ont été classés comme PVS, 0 comme compatible avec la poliomyélite, 0 comme PVDV, 1 comme PPAV et 46 comme non poliomyélitiques. Au premier semestre 2011, 19 cas de PFA ont été notifiés, pour un taux de PFA de 2,5. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 100 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 1,0. Pour l'année 2010, 30 des 50 cas de PFA ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 0 comme myélite transverse, 1 comme névrite traumatique, 15 comme autres diagnostics, 3 comme PVS et 1 comme PPAV. Pour l'année 2011, 19 cas de PFA ont été notifiés et 16 ont été classés comme non poliomyélitiques ; 15 ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 0 comme myélite transverse, 0 comme névrite traumatique, 1 comme autre diagnostic, 0 comme PVS et 0 comme PPAV. En 2010, 100 échantillons ont été analysés en laboratoire et le PVS a été isolé dans 6, le virus Sabin dans 4 et l'EVNP dans 18. En 2011, 36 échantillons ont été analysés et seuls 4 EVNP ont été trouvés. Aucun échantillon n'a été analysé en 2010 ou en 2011 dans le cadre de la surveillance des entérovirus ou de la surveillance environnementale. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 95 % dans toutes les provinces. Trois séries de JNV et une de JLV ont été organisées en 2010 et deux séries de JNV en 2011. Il existe un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC félicite le Turkménistan d'avoir réussi à lutter contre l'importation de PVS dans le pays grâce à l'amélioration de la surveillance et à la mise en place rapide de nombreuses AVS.
- La CRC encourage les efforts déployés par le pays pour préserver partout le même niveau élevé de couverture par la vaccination systématique et pour maintenir un niveau élevé de surveillance de la PFA en atteignant et en maintenant un taux cible de cas de PFA non poliomyélitiques ≥ 2 pour 100 000 habitants pendant les 12 prochains mois à tous les niveaux sous-nationaux (États ou provinces comptant plus de 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans).

Kazakhstan

Le CNC s'est réuni à trois reprises en 2010 afin d'évoquer la flambée due au PVS1. La surveillance de la PFA pendant cette année a permis de détecter 113 cas âgés de moins de 15 ans, pour un taux de PFA de 2,8. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 99 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,99. Dans toutes les provinces, l'indice de surveillance de la PFA a été supérieur à 0,80, à une exception, où cet indice s'est situé au-dessus de 0,5. Sur les 113 cas de PFA notifiés en 2010, 1 a été classé comme PVS, 0 comme compatible avec la poliomyélite, 0 comme PVDV, 0 comme PPAV et 112 comme non poliomyélitiques ; 10 cas ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 44 comme myélites transverses, 2 comme névrites traumatiques, 56 comme autres diagnostics, 1 comme PVS et 0 comme PPAV. Au premier semestre 2011, 54 cas de PFA ont été notifiés, pour un taux de PFA de 1,3 ; deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 96 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,96 ; sur les 54 cas de PFA, 47 ont été classés comme non poliomyélitiques, 1 comme syndrome de Guillain-Barré, 16 comme myélites transverses, 0 comme névrite traumatique, 30 comme autres diagnostics, 0 comme PVS et 0 comme PPAV. En 2010, 226 échantillons ont été analysés en laboratoire et le PVS a été isolé dans 2, le virus Sabin dans 16 et l'EVNP dans 27. En 2011, 108 échantillons ont été analysés et seuls 6 poliovirus Sabin et 6 EVNP ont été trouvés. La surveillance environnementale a permis de détecter 16 poliovirus dérivés de souches vaccinales et 47 EVNP en 2010, et 4 virus Sabin et 11 EVNP en 2011. La surveillance des entérovirus a permis d'identifier 23 EVNP en 2010 et 6 EVNP en 2011. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 95 % dans toutes les provinces. Deux séries de JNV et une JLV ont été organisées en 2010 ; une série de JNV et deux de JLV en 2011. Il existe un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC félicite le Kazakhstan d'avoir su détecter et maîtriser rapidement la propagation du poliovirus sauvage importé dans le pays en 2010.
- La CRC encourage les efforts déployés par le pays pour préserver partout le même niveau élevé de couverture par la vaccination systématique et pour maintenir un niveau élevé de surveillance de la PFA en atteignant et en maintenant un taux cible de cas de PFA non poliomyélitiques ≥ 2 pour 100 000 habitants pendant les 12 prochains mois à tous les niveaux sous-nationaux (États ou provinces comptant plus de 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans).

Ouzbékistan

Le CNC s'est réuni à quatre reprises en 2010 afin d'évoquer la flambée due au PVS1 et à deux reprises au cours du premier semestre 2011. La surveillance de la PFA en 2010 a permis de détecter 134 cas âgés de moins de 15 ans, pour un taux de PFA de 1,49. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 100 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,97. Dans toutes les provinces, l'indice de surveillance de la PFA a été supérieur à 0,80, à une exception, où cet indice s'est situé au-dessus de 0,5. Pour l'année 2010, 56 des 134 cas de PFA ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 51 comme myélites

transverses, 27 comme névrites traumatiques, 0 comme autre diagnostic, 0 comme PVS et 0 comme PPAV. Les 134 cas ont été classés comme non poliomyélitiques. Au premier semestre 2011, 106 cas de PFA ont été notifiés, pour un taux de PFA de 1,97. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 100 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,94 ; 67 ont été classés comme non poliomyélitiques. Pour l'année 2011, 34 des 106 cas de PFA ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 16 comme myélites transverses, 16 comme névrites traumatiques, 0 comme autre diagnostic, 0 comme PVS et 0 comme PPAV. En 2010, 268 échantillons provenant des cas notifiés ont été analysés en laboratoire et le PVS a été isolé dans 0, le virus Sabin dans 6 et l'EVNP dans 6. En 2011, 182 échantillons ont été analysés et 8 virus Sabin et 23 EVNP ont été trouvés. La surveillance environnementale a permis d'identifier 17 EVNP en 2010, et 2 virus Sabin et 12 EVNP en 2011. Aucun échantillon n'a été analysé en 2010 ou en 2011 dans le cadre de la surveillance des entérovirus. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 95 % dans toutes les provinces. Quatre séries de JNV et une JLV ont été organisées en 2010 et deux séries de JNV en 2011. Il existe un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Observations de la CRC concernant ce pays

- Le laboratoire national pour la poliomyélite d'Ouzbékistan doit recevoir d'urgence son agrément. L'échange constant d'échantillons avec le laboratoire régional de référence de Moscou est essentiel pour le maintien de l'agrément. La CRC se félicite du premier envoi d'échantillons qui a eu lieu récemment, en 2011.
- La CRC encourage le pays à revoir la classification de ses cas de PFA, dans la mesure où les échantillons ont été envoyés au laboratoire régional de référence de Moscou. En fonction des résultats, ces cas devraient faire l'objet d'une classification adéquate dès que possible.
- La CRC salue les importants efforts déployés par le pays en 2010 pour éviter la propagation du poliovirus sauvage en Ouzbékistan grâce à plusieurs séries d'activités de vaccination supplémentaire, également menées en 2011, qui ont permis de parvenir à un niveau de couverture élevé.
- La CRC encourage les efforts déployés par le pays pour préserver partout le même niveau élevé de couverture par la vaccination systématique et pour maintenir un niveau élevé de surveillance de la PFA en atteignant et en maintenant un taux cible de cas de PFA non poliomyélitiques ≥ 2 pour 100 000 habitants pendant les 12 prochains mois à tous les niveaux sous-nationaux (États ou provinces comptant plus de 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans).
- La CRC constate que l'Ouzbékistan est exposé à un risque élevé d'importation future de poliovirus en raison de sa situation géographique.
- La CRC craint que certains cas de paralysie notifiés comme PFA par l'Ouzbékistan ne soient pas classés selon la définition des cas de PFA établie (par exemple, un traumatisme externe manifeste n'est pas une PFA). Elle encourage le pays à notifier uniquement les cas de PFA entrant dans le champ de la définition des cas établie.

- Des efforts doivent être faits pour renforcer la surveillance active des cas de PFA dans les districts où aucun cas n'est notifié, afin que la CRC ait l'assurance que tous les cas de PFA sont notifiés et étudiés.
- Le gouvernement de l'Ouzbékistan doit veiller à ce que le programme de vaccination systématique dispose d'un approvisionnement suffisant et permanent en vaccins.

Kirghizistan

Le CNC s'est réuni à quatre reprises en 2010 afin d'évoquer la flambée due au PVS1. La surveillance de la PFA pendant cette année a permis de détecter 68 cas âgés de moins de 15 ans, pour un taux de PFA de 3,58 ; deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 96,7 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,97. Dans toutes les provinces sauf une, l'indice de surveillance de la PFA a été supérieur à 0,80 en 2010. Il a été supérieur à 0,80 dans toutes les provinces en 2011. Tous les cas ont été classés comme non poliomyélitiques. Pour l'année 2010, 24 des 68 cas de PFA ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 4 comme myélites transverses, 2 comme névrites traumatiques, 24 comme neuropathies périphériques, 14 comme autres diagnostics et 0 comme PPAV. Au premier semestre 2011, 31 cas de PFA ont été notifiés, pour un taux de PFA de 2,9. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 100 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 1,0. Tous ont été classifiés comme non poliomyélitiques ; sur les 31 cas de PFA, 16 ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 2 comme myélites transverses, 0 comme névrite traumatique, 9 comme neuropathies périphériques, 4 comme autres diagnostics et 0 comme PPAV. En 2010, 68 échantillons ont été analysés en laboratoire et le PVS a été isolé dans 0, le virus Sabin dans 1 et l'EVNP dans 10. En 2011, 31 échantillons ont été analysés et seuls 5 poliovirus Sabin et 1 EVNP ont été trouvés. Aucun échantillon n'a été analysé en 2010 dans le cadre de la surveillance des entérovirus ou de la surveillance environnementale. En 2011, 4 échantillons prélevés dans l'environnement ont été analysés avec 0 résultat positif, et 17 EVNP ont été isolés dans le cadre de la surveillance des entérovirus. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 90 % dans cinq provinces et comprise entre 80 et 89 % dans quatre. Deux séries de JNV ont été organisées en 2010 et deux en 2011. Il existe un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC appuie les efforts du ministère de la Santé visant à obtenir un budget assuré pour l'achat de vaccins.
- La CRC est satisfaite des séries d'AVS menées en 2011 à l'intention des enfants âgés de 0 à 14 ans pour faire en sorte que les grands enfants susceptibles de ne pas avoir été vaccinés lorsqu'ils étaient nourrissons soient protégés contre la poliomyélite.
- La CRC encourage les efforts déployés par le pays pour préserver partout le même niveau élevé de couverture par la vaccination systématique et pour maintenir un niveau élevé de surveillance de la PFA en atteignant et en maintenant un taux cible de cas de PFA non poliomyélitiques ≥ 2 pour 100 000 habitants pendant les 12 prochains

mois à tous les niveaux sous-nationaux (États ou provinces comptant plus de 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans).

- Le ministère de la Santé devrait s'employer à améliorer le transport d'échantillons de selles au niveau national afin qu'ils arrivent dans les laboratoires dans de bonnes conditions et dans les meilleurs délais.

Azerbaïdjan

Le CNC ne s'est réuni qu'une fois en 2010 afin d'évoquer la flambée due au PVS1. La surveillance de la PFA pendant l'année 2009 a permis de détecter 47 cas âgés de moins de 15 ans, pour un taux de PFA de 2,15. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 98 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,98. En 2009, l'indice de surveillance de la PFA a été supérieur à 0,80 dans trois zones du nord du pays, compris entre 0,5 et 0,79 dans trois zones du centre, et inférieur à 0,5 dans trois zones du sud. En 2010, 29 cas de PFA ont été notifiés, pour un taux de PFA de 1,4. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 100 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 1,0. Les 29 cas de PFA ont été classés comme autres diagnostics, aucun comme PVS ou PPAV. En 2010, 58 échantillons provenant des cas de PFA ont été analysés en laboratoire et le PVS a été isolé dans 0, le virus Sabin dans 1 et l'EVNP dans 2. La surveillance environnementale a permis d'identifier 1 poliovirus Sabin et 2 EVNP en 2010. Aucun échantillon n'a été analysé dans le cadre de la surveillance des entérovirus. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 90 % dans tous les districts, à l'exception de cinq où elle est comprise entre 80 et 89 %. Des activités de vaccination supplémentaire d'enfants sous-vaccinés ont été menées au cours de la Semaine européenne de la vaccination en avril-mai 2011. Il existe un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC encourage les efforts déployés par le pays pour préserver partout le même niveau élevé de couverture par la vaccination systématique et pour maintenir un niveau élevé de surveillance de la PFA dans toutes les régions en atteignant et en maintenant un taux cible de cas de PFA non poliomyélitiques ≥ 2 pour 100 000 habitants à tous les niveaux sous-nationaux (États ou provinces comptant plus de 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans).
- Pour la CRC, la classification définitive d'un pourcentage élevé de PFA dans la catégorie « Autres » est préoccupante. La CRC demande au CNC de transmettre à nouveau son rapport en détaillant davantage les diagnostics définitifs de tous les cas de PFA afin que ces cas soient classés selon la définition des cas de PFA établie.
- La CRC observe que les données relatives à la couverture par la vaccination systématique communiquées par le CNC sont différentes de celles figurant dans le formulaire de notification OMS-UNICEF, qui indiquent des niveaux de couverture nationale inférieurs à 80 %. La CRC demande au programme national de vaccination de travailler en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe afin de clarifier ces écarts et de faire rapport au CNC.

Bosnie-Herzégovine

Le CNC s'est réuni à deux reprises en 2010. La surveillance de la PFA pendant cette année a permis de détecter 7 cas âgés de moins de 15 ans, pour un taux de PFA de 1,1 ; deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 100 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 1. En 2010, l'indice de surveillance de la PFA a été de 1,0 dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine et inférieur à 0,5 dans la Republika Srpska. Pour l'année 2010, les 7 cas de PFA ont été classés comme non poliomyélitiques ; 5 ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 0 comme myélite transverse, 1 comme névrite traumatique et 1 comme autre diagnostic. En 2010, 6 échantillons ont été analysés en laboratoire et tous ont été négatifs pour les poliovirus. Aucun échantillon n'a été analysé en 2010 ou en 2011 dans le cadre de la surveillance des entérovirus ou de la surveillance environnementale. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 95 % dans la Republika Srpska et de 83 % dans la Fédération de Bosnie-Herzégovine. Aucune activité de vaccination supplémentaire n'a été menée en 2010. Il existe un projet de plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite, mais la source des vaccins n'a pas encore été identifiée.

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC salue les travaux en cours du CNC, qui a commencé ses activités depuis maintenant deux ans, malgré la situation politique dans le pays.
- La CRC prend note que la couverture vaccinale doit être améliorée dans certaines parties du pays. En particulier, un niveau élevé de couverture doit être maintenu dans les groupes de population à haut risque.
- Il est recommandé au CNC de travailler en collaboration avec la Republika Srpska afin d'améliorer la surveillance de la PFA.
- La CRC encourage les efforts déployés par le pays pour préserver partout le même niveau élevé de couverture par la vaccination systématique et pour maintenir un niveau élevé de surveillance de la PFA dans toutes les régions en atteignant et en maintenant un taux cible de cas de PFA non poliomyélitiques ≥ 2 pour 100 000 habitants à tous les niveaux sous-nationaux (États ou provinces comptant plus de 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans). Compte tenu de la complexité des divisions politiques du pays, les données contenues dans le rapport du CNC devraient être présentées d'une manière facilement compréhensible pour les personnes qui connaissent peu le pays.
- La CRC craint que des enfants et de jeunes adultes n'aient pas été vaccinés pendant les périodes de conflits. Le pays devrait envisager de mener une campagne de rattrapage afin que ces groupes d'âges soient protégés contre la poliomyélite.

Bulgarie

Le CNC s'est réuni à deux reprises en 2010 afin d'évoquer la situation au regard de la flambée due au PVS1. La surveillance de la PFA pendant cette année a permis de détecter 13 cas âgés de moins de 15 ans, pour un taux de PFA de 1,19 ; deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 92 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,92. En 2010, l'indice de surveillance de la PFA a été supérieur à 0,80 dans quatre zones, compris entre 0,5 et 0,79 dans trois et inférieur à 0,5 dans deux. Pour l'année 2010, les 13 cas de PFA ont été classés comme non poliomyélitiques ; 7 ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré et 6 comme autres diagnostics, aucun comme PVS ou PPAV. En 2010, 24 échantillons provenant des cas de PFA ont été analysés en laboratoire et tous ont été négatifs pour l'ensemble des virus. Aucun échantillon n'a été analysé dans le cadre de la surveillance environnementale. La surveillance des entérovirus a permis d'isoler 7 EVNP dans 540 échantillons. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 90 % dans tous les districts, à l'exception de trois où elle est comprise entre 80 et 89 %. Deux séries de JLV ont été menées en 2011 dans des districts à haut risque. Il existe un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC s'inquiète des faibles taux de PFA dans d'importantes parties du pays. Elle encourage le ministère de la Santé à mettre en place une surveillance active afin d'améliorer la détection des cas de PFA dans ces zones où elle est insuffisante.
- La CRC observe en outre qu'il existe dans le pays des zones où la couverture est inférieure à 90 % et d'importantes populations à haut risque. Elle encourage le pays à mener des activités de sensibilisation auprès des groupes mal desservis afin que le niveau de couverture vaccinale soit élevé dans toutes les zones géographiques et dans toutes les populations à haut risque, notamment les Roms.
- La CRC prend acte que certains cas de PFA sont classés définitivement dans la catégorie « non PFA ». Elle encourage le pays à notifier les cas de PFA selon la définition des cas établie.

Géorgie

Le CNC s'est réuni à deux reprises en 2010. La surveillance de la PFA pendant cette année a permis de détecter 7 cas âgés de moins de 15 ans, pour un taux de PFA de 0,93. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 100 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,93. En 2010, l'indice de surveillance de la PFA a été supérieur à 0,80 dans quatre zones et inférieur à 0,5 dans quatre autres. Pour l'année 2010, les 7 cas de PFA ont été classés comme non poliomyélitiques. 5 ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 1 comme myélite transverse et 1 comme autre diagnostic, aucun comme PVS ou PPAV. En 2010, 14 échantillons provenant des cas de PFA ont été analysés en laboratoire et tous ont été négatifs pour l'ensemble des virus. 82 échantillons ont été analysés dans le cadre de la surveillance environnementale et 1 virus Sabin et 34 EVNP ont été trouvés. 2 échantillons ont été analysés dans le cadre de la surveillance des entérovirus et tous deux se sont révélés négatifs. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 90 %

dans la plupart des districts, à l'exception de 13 où elle est comprise entre 80 et 89 % et de 7 où elle est inférieure à 80 %. Deux séries de JLV ont été organisées en 2010 en Abkhazie, et une autre dans le district de Marneuli. Des campagnes de ratissage ciblant les enfants sous-vaccinés ont été menées en 2010 et 2011 dans tout le pays. Il existe un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC recommande au pays de poursuivre ses efforts visant à améliorer la surveillance de la PFA dans les districts où son niveau est insuffisant.
- La CRC encourage les efforts déployés par le pays pour préserver partout le même niveau élevé de couverture par la vaccination systématique et pour maintenir un niveau élevé de surveillance de la PFA dans toutes les régions en atteignant et en maintenant un taux cible de cas de PFA non poliomyélitiques ≥ 2 pour 100 000 habitants à tous les niveaux sous-nationaux (États ou provinces comptant plus de 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans).
- La CRC recommande au pays de poursuivre ses efforts visant à améliorer la couverture vaccinale dans les districts où son niveau est faible.
- La CRC encourage la Géorgie à mener des campagnes de vaccination supplémentaire visant les zones où le niveau de couverture a toujours été faible.
- La CRC se réjouit vivement que des campagnes de vaccination ciblant des enfants appartenant à une large tranche d'âge aient été menées en Abkhazie, afin que ceux qui n'ont pas été vaccinés soient protégés contre la poliomyélite.
- La CRC encourage la Géorgie à poursuivre sa collaboration avec les organisations internationales afin que la vaccination et la surveillance de la PFA soient mises en œuvre dans toutes les zones qui ne sont pas contrôlées par le gouvernement.

Lettonie

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC a été informée que les fonds disponibles pour l'achat des vaccins destinés au programme de vaccination systématique en Lettonie n'étaient peut-être pas suffisants. La CRC encourage vivement le pays à réunir suffisamment de fonds afin d'éviter toute rupture de stock de vaccins.

Turquie

Le CNC s'est réuni à cinq reprises en 2010. La surveillance de la PFA pendant cette année a permis de détecter 218 cas âgés de moins de 15 ans, pour un taux de PFA de 1,17. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 83 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,97. Si l'indice de surveillance de la PFA a été supérieur à 0,80 dans la plupart du pays, il a été inférieur à 0,5 dans de nombreuses provinces de l'est et du sud-

ouest. Pour l'année 2010, 6 des 218 cas de PFA ont été écartés comme n'étant pas des cas de PFA. 63,7 % des cas ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 2,7 % comme myélite transverse, 0,5 % comme névrite traumatique et 32,55 % comme autres diagnostics. Il n'y a pas eu de cas de PVS ou de PPAV. En 2010, 552 échantillons provenant des cas de PFA ont été analysés en laboratoire et le PVS a été isolé dans 0, le virus Sabin dans 0 et l'EVNP dans 29. Aucun échantillon n'a été analysé dans le cadre de la surveillance des entérovirus ou de la surveillance environnementale. La couverture par la vaccination systématique est supérieure à 90 % dans tous les districts, à l'exception d'un où elle est comprise entre 80 et 89 %. Deux séries de JLV visant 380 000 enfants de moins de 5 ans ont été menées en 2010. Il existe un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC observe que la surveillance de la PFA n'est pas uniformément élevée partout dans le pays et encourage le ministère de la Santé à l'améliorer dans les parties du pays où son niveau est insuffisant. Il convient notamment de s'employer à améliorer les taux de recueil des échantillons de selles. Par ailleurs, la surveillance de la PFA doit tout particulièrement être améliorée dans le sud-est du pays, qui est depuis longtemps une zone à haut risque.
- La CRC se réjouit vivement des récents efforts visant à améliorer la couverture vaccinale dans tout le pays et a fait passer le risque de transmission au niveau faible. Toutefois, cette mesure a été prise avec prudence et la CRC surveillera de près les progrès du pays en termes de renforcement de la surveillance de la PFA sur l'ensemble de son territoire.

Ukraine

Le CNC ne s'est réuni qu'une fois en 2010. La surveillance de la PFA pendant cette année a permis de détecter 130 cas âgés de moins de 15 ans, pour un taux de PFA de 2,0. Deux échantillons conformes de selles ont été obtenus pour 97,7 % d'entre eux, avec un indice de surveillance de la PFA de 0,98. Dans toutes les provinces, l'indice de surveillance de la PFA a été supérieur à 0,80 en 2010. Pour l'année 2010, 129 des 130 cas de PFA ont été écartés comme étant des cas de PFA non poliomyélitiques. 104 cas de PFA ont été classés comme syndromes de Guillain-Barré, 6 comme myélites transverses, 0 comme névrite traumatique, 19 comme autres diagnostics et 1 comme PPAV. Il n'y a eu aucun cas de PVS. En 2010, 260 échantillons provenant des cas de PFA ont été analysés en laboratoire et le PVS a été isolé dans 0, le virus Sabin dans 2 et l'EVNP dans 3. La surveillance environnementale a permis de détecter 18 virus Sabin et 94 EVNP. La surveillance des entérovirus a permis d'isoler 13 virus Sabin et 73 EVNP. La couverture par la vaccination systématique est inférieure à 80 % dans toutes les provinces et égale à 57,3 % au niveau national. Aucune activité de vaccination supplémentaire n'a été menée en 2010. Il existe un plan national d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite.

Observations de la CRC concernant ce pays

- La CRC est extrêmement inquiète de constater que le niveau de la couverture par la vaccination systématique est aujourd'hui de 57,3 %. Ce chiffre très bas est dû au fait qu'il n'y a pas eu d'achats de vaccins récemment.
- La CRC demande d'ici six mois un rapport intermédiaire sur les progrès accomplis vers le rétablissement d'une couverture vaccinale élevée.
- La CRC informe l'Ukraine qu'une lettre sera envoyée au Comité de suivi indépendant pour l'informer de sa vive inquiétude quant à une éventuelle transmission du poliovirus sauvage en cas d'introduction en Ukraine.
- La CRC exhorte l'Ukraine à reprendre d'urgence l'intégralité de son programme de vaccination et à atteindre rapidement un niveau de couverture vaccinale élevé.
- La CRC recommande fortement que des campagnes de rattrapage soient organisées afin de protéger les enfants qui n'ont pas été vaccinés au cours des dernières années.
- Alors que le pays déclare que des stocks de vaccins ont récemment été achetés, la CRC ne sait pas précisément si ces stocks sont suffisants pour l'ensemble de la population, notamment lors des campagnes de rattrapage, et quand les programmes de vaccination seront mis en œuvre. La CRC demande à l'Ukraine de lui transmettre dans un délai de six mois un rapport intermédiaire contenant des informations détaillées sur l'approvisionnement en vaccins et sur le plan de reprise du programme de vaccination.
- La CRC encourage les efforts déployés par le pays pour préserver partout le même niveau élevé de couverture par la vaccination systématique et pour maintenir un niveau élevé de surveillance de la PFA dans toutes les régions en atteignant et en maintenant un taux cible de cas de PFA non poliomyélitiques ≥ 2 pour 100 000 habitants à tous les niveaux sous-nationaux (États ou provinces comptant plus de 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans).
- La CRC demande au CNC de l'éclairer sur les méthodes d'échantillonnage utilisées pour les analyses environnementales.

Fonctionnement du Réseau européen de laboratoires pour la poliomyélite en 2010-2011

Le réseau LabNet, qui atteste de l'absence de poliovirus sauvage et détecte rapidement tout poliovirus importé ou tout PVDVc, joue un rôle central dans la préservation de l'absence de poliomyélite dans la Région. Quatre-vingt-dix-huit pour cent des laboratoires de ce réseau ont reçu un agrément complet et ont réussi le test d'aptitude annuel en 2010. Les États membres ont déclaré que 109 144 échantillons analysés en 2010 provenaient de trois sources : cas de PFA (3 786), patients chez qui l'on soupçonne une infection à entérovirus (111 180) et prélèvement d'échantillons dans l'environnement (eaux usées) (24 435). Ces analyses ont permis de détecter 561 poliovirus sauvages, 30 PVDV, 1 408 poliovirus Sabin et 7 289 isollements d'EVNP. La flambée due au poliovirus sauvage au Tadjikistan a fait peser une énorme charge de travail sur le réseau LabNet, et en particulier sur le laboratoire

régional de référence de Moscou. Alors que la durée moyenne de traitement des échantillons provenant du Tadjikistan dépassait les 30 jours en 2010, elle est descendue à 16 jours en 2011, ce qui est proche de la norme de 15 établie par l'OMS.

L'année dernière, le Réseau de laboratoires a réalisé un certain nombre d'avancées, dont les principales sont les suivantes :

- création et mise en service d'un nouveau système de gestion de données de laboratoire en ligne ; mise en œuvre de la technologie de PCR en temps réel (rRT-PCR) dans tous les laboratoires régionaux de référence ;
- formation à la technologie rRT-PCR et test d'aptitude externe ;
- approvisionnement de tous les laboratoires concernés en réactifs et en contrôle de RT-PCR ;
- réunion technique consultative des laboratoires régionaux de référence sur les possibilités d'amélioration du respect des délais ;
- retrait du test ELISA de la norme de diagnostic afin de réduire la durée des examens ;
- révision et diffusion des recommandations relatives au recueil et au transport des échantillons ;
- conclusion d'un accord sur l'importation des échantillons avec la Fédération de Russie.

Activités de confinement en 2010-2011 au vu de la récente importation du poliovirus sauvage de type 1 : politique, stratégies et mesures

Le confinement des poliovirus est une étape nécessaire si l'on veut parvenir à l'éradication mondiale de la poliomyélite. La stratégie de confinement adoptée au niveau mondial consiste à éliminer les risques grâce à la destruction des matériels contenant des poliovirus dans pratiquement tous les établissements essentiels ainsi qu'à la gestion des risques dans ces établissements dans le strict respect des normes de protection nécessaires. Les activités de confinement menées dans la Région ont été influencées par plusieurs évolutions récentes. Six pays ont recueilli des échantillons de selles destinés à la surveillance des rotavirus afin d'évaluer leur charge de morbidité en prévision de l'introduction du vaccin. Les analyses actuelles et futures de ces échantillons dans un contexte de sécurité biologique insuffisant entraînent un risque de libération de poliovirus sauvages. L'OMS a adressé aux pays des recommandations relatives au renforcement des règles de sécurité biologique en matière de recueil, de traitement et de stockage des échantillons de selles susceptibles de contenir des poliovirus.

À l'heure actuelle, 22 États membres de la Région européenne déclarent que certains laboratoires stockent des matériels infectieux contenant des poliovirus sauvages, contre

25 pays et 111 laboratoires en 2006. Trente et un États membres déclarent qu'aucun de leurs laboratoires ne stocke ce type de matériels.

Dernièrement, le confinement n'a pas été au cœur des priorités du fait de la pression mondiale pour parvenir définitivement à l'éradication et de la nécessité de maîtriser l'épidémie de 2010 dans la Région. Il en résulte un risque de retard dans l'avancement de la phase II dans la Région. La longue procédure de mise en œuvre des nouvelles réglementations ou législations dans l'UE risque d'être un obstacle lorsque le confinement prendra un caractère d'urgence. Il est nécessaire que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite donne des indications claires sur les activités de confinement dans les régions où la phase I est terminée.

Plan régional d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite en 2011-2012

En 2011, la Région européenne a mené les activités suivantes dans le but de conserver son statut de Région indemne de poliomyélite :

- mission de sensibilisation au Tadjikistan ;
- activités d'atténuation des risques dans les pays où ces risques sont élevés ou moyens ;
- travaux consacrés aux risques liés aux vaccins et à la communication de crise dans les Républiques d'Asie centrale ;
- exercice de simulation relatif à la poliomyélite en Bosnie-Herzégovine ;
- renforcement de la surveillance de la PFA avec les États membres ;
- évaluation de la surveillance de la PFA au Kirghizistan ;
- activités de vaccination supplémentaire à l'échelle nationale en Géorgie.

Les activités proposées en 2012-2012 pour que la Région européenne conserve son statut de Région indemne de la poliomyélite sont les suivantes :

- renforcement et maintien de l'engagement politique ;
- planification commune par les pays/Régions ;
- activités d'atténuation des risques recensés dans les pays où ces risques sont élevés ou moyens ;
- renforcement de la surveillance avec les États membres, activités de vaccination supplémentaire au Tadjikistan, et éventuellement en Ouzbékistan, en Ukraine et dans d'autres pays ;
- diffusion de recommandations en matière de surveillance des entérovirus ;
- évaluation de la surveillance de la PFA en Ouzbékistan, en Fédération de Russie, au Tadjikistan et en Ukraine ; maintien de l'agrément des laboratoires ;
- confinement ;
- évaluation des taux de couverture vaccinale ;
- renforcement de la couverture vaccinale ; missions de sensibilisation par des membres de la CRC ;
- Semaine européenne de la vaccination ;

- renforcement des partenariats ;
- obtention de fonds au niveau national et régional.

Actualisation de l'exercice planifié de simulation d'une flambée épidémique due à des poliovirus sauvages dans la Région européenne

Un exercice de simulation d'une flambée due au poliovirus sauvage est prévu en Bosnie-Herzégovine en décembre 2011. Son but est d'inciter les participants à procéder à l'examen critique et à l'actualisation de leurs plans nationaux concernant les mesures à prendre en cas de détection de poliovirus sauvages et de poliovirus dérivés de souches vaccinales (PVDV). Les objectifs visés sont d'augmenter le niveau de préparation à une éventuelle importation de poliovirus sauvages ou de PVDV dans un État membre indemne de poliomyélite ; d'améliorer la capacité à réagir rapidement à la détection de poliovirus circulants ; de renforcer les interventions à l'échelon national et le recours au mécanisme de RSI en cas de détection de poliovirus sauvages ou de PVDV. Si cet exercice est concluant, des exercices semblables pourraient être organisés dans d'autres États membres.

Conclusions et recommandations

Conclusions

Après examen des rapports de situation annuels sur la poliomyélite transmis par les Comités nationaux de certification (CNC), la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite (CRC) est parvenue aux conclusions suivantes :

1. Plus de 11 mois s'étant écoulés depuis la détection du dernier cas de poliovirus sauvage, la CRC reconnaît que d'après les données mises à disposition par les États membres auparavant contaminés, les mesures prises pour endiguer la flambée de 2010 ont permis d'interrompre la circulation du poliovirus sauvage importé dans les six mois qui ont suivi sa détection. En conséquence, elle n'estime pas nécessaire que la Région fasse l'objet d'une nouvelle certification.
2. La CRC remercie la directrice régionale d'avoir appuyé les efforts déployés pour endiguer la flambée due au poliovirus sauvage en 2010. Elle l'encourage vivement à continuer de plaider en faveur d'un renforcement du soutien politique et de l'obtention des ressources humaines et financières nécessaires au maintien de l'absence de poliomyélite dans la Région, conformément à l'accord conclu par les États membres en 2002, lors de la certification de la Région.
3. La CRC rappelle aux États membres de la Région européenne qu'ils restent en permanence exposés à un risque d'importations de poliovirus sauvages ou d'apparition de poliovirus dérivés de souches vaccinales circulants tant que l'éradication mondiale n'aura pas été certifiée.

4. La CRC a examiné les rapports de situation annuels sur la poliomyélite transmis par l'ensemble des États membres à l'exception de l'Islande, du Luxembourg, de la Pologne, de Saint-Marin, d'Andorre et de Monaco. La CRC a accepté tous les rapports qui ont été transmis mais non présentés lors de la réunion. Elle demande au Bureau régional de faire le point avec les CNC des six pays qui ont présenté leur rapport.
5. La CRC prend acte que le programme de sensibilisation à la sécurité biologique bien établi dans la Région a démontré son utilité avec la manipulation sans danger de matériels infectieux lors de la flambée due au poliovirus sauvage de 2010.
6. La CRC félicite l'OMS/Europe pour ses travaux en matière de confinement des poliovirus et se réjouit par avance de poursuivre ces efforts sous la direction du Programme mondial d'éradication de la poliomyélite.

La CRC souhaite également formuler l'observation suivante concernant le danger que représente actuellement la situation en matière de vaccination en Ukraine pour l'éradication mondiale de la poliomyélite :

La CRC s'est dite extrêmement préoccupée par la situation en Ukraine, où les niveaux nationaux de couverture vaccinale ont chuté au-dessous de 60 % et sont passés sous la barre des 30 % dans certains territoires sous-nationaux. Cette faible couverture est la conséquence de la perte de confiance de la population dans les vaccins et de l'obtention de stocks insuffisants de vaccins pour enfants, notamment antipoliomyélitiques. Le nombre d'enfants vulnérables à la poliomyélite et à d'autres maladies à prévention vaccinale est important et augmente rapidement. Si le poliovirus sauvage ou le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale circulant venait à être introduit dans le pays, une épidémie risquerait d'exploser, ce qui constituerait une menace mondiale. Dès que le vaccin approprié aura été acheté et sera disponible, il faudra sans attendre définir et mettre en œuvre des plans de reprise du programme de vaccination systématique et procéder à des vaccinations de rattrapage. La CRC a demandé que lui soit transmis dans un délai de six mois un rapport intermédiaire sur les progrès accomplis par l'Ukraine vers le rétablissement d'une couverture vaccinale élevée.

Recommandations

Après examen des rapports de situation annuels sur la poliomyélite transmis par les CNC, la CRC formule les recommandations suivantes :

1. Les ministères de la Santé devraient procéder à une analyse régulière et approfondie de la situation en matière de vaccination aux niveaux national, sous-national et local et dans les groupes à haut risque. Dans les zones et les populations où la couverture vaccinale est faible, des activités ciblées de vaccination supplémentaire devraient être menées de manière rapide et rigoureuse afin de maintenir l'immunité de la population à un niveau élevé. Les Comités nationaux de certification devraient se réunir régulièrement afin d'examiner ces données qui sont essentielles pour garantir l'absence de poliomyélite dans leurs pays.
2. Dans certaines parties de la Région, la surveillance doit encore être améliorée. Les ministères de la Santé devraient redoubler d'efforts pour que la surveillance de la poliomyélite atteigne un niveau de qualité élevé dans toutes les régions jusqu'à ce que l'éradication mondiale de la

maladie soit certifiée. Les Comités nationaux de certification devraient se réunir régulièrement afin d'évaluer la capacité de la surveillance à détecter toute importation de poliovirus sauvage.

3. Les États membres, avec l'aide de l'OMS/Europe et d'autres organisations internationales, devraient apporter un soutien financier suffisant aux activités de surveillance, notamment aux laboratoires pour la poliomyélite.
4. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe devrait exiger des pays à haut risque qu'ils respectent les mêmes critères de surveillance de la PFA¹ que les pays connaissant des importations jusqu'à ce qu'ils ne soient plus considérés comme pays à haut risque.
5. Afin de faciliter la détection rapide des cas de poliomyélite, les pays devraient continuer de faire en sorte que les échantillons soient systématiquement et rapidement transférés depuis le terrain vers leur laboratoire national officiel et les laboratoires régionaux de référence.
6. La CRC rappelle qu'elle continue d'exiger que tous les échantillons provenant de cas de PFA ou de cas évocateurs de poliomyélite provenant de tous les pays de la Région fassent l'objet d'analyses dans les laboratoires agréés du réseau de l'OMS.
7. Les données virologiques complémentaires figurant dans les rapports des CNC ne peuvent être prises en compte que si elles proviennent de laboratoires participant à un programme externe d'assurance de la qualité.
8. La provenance des échantillons (par exemple, selles ou liquide céphalorachidien) destinés à la surveillance virologique complémentaire devrait être systématiquement précisée dans les futurs rapports des CNC.
9. Les États membres qui n'ont pas de plan national actualisé visant à maintenir l'absence de poliomyélite ou qui ne l'ont pas soumis devraient accomplir cette tâche d'ici la fin 2011. Ce plan devrait comprendre un plan de préparation permettant de faire face à une importation de poliovirus. Il devrait prévoir les points suivants :
 - a. identification de la source du vaccin antipoliomyélitique à utiliser en cas d'importation de poliovirus, y compris financement de son achat et cadre juridique régissant son utilisation (par exemple, recours à des vaccins non homologués) ;
 - b. mise en commun des données de surveillance avec les pays limitrophes et coordination des activités transfrontalières de vaccination supplémentaire ;
 - c. définition d'une stratégie de communication de crise.
10. Les futurs rapports des CNC à la CRC devraient contenir les éléments suivants :
 - a. une déclaration explicite du président du CNC indiquant les raisons pour lesquelles le Comité pense que le pays est indemne de poliovirus (il est fortement recommandé que le Bureau régional fournisse un modèle afin d'aider à la préparation de ces déclarations) ;
 - b. la liste des diagnostics cliniques finaux de tous les cas de PFA examinés par le comité national d'experts.

¹ Cible : taux de PFA non poliomyélitique supérieur à 2 cas pour 100 000 pendant au moins 12 mois à tous les niveaux sous-nationaux (États ou provinces comptant plus de 100 000 enfants âgés de moins de 15 ans).

11. Lorsqu'il est demandé à un pays d'assister à une réunion de la CRC, le président ou un autre membre du CNC doit se déplacer.
12. Il est nécessaire de mener des actions de sensibilisation pour remédier au danger que représente l'hostilité à l'égard des vaccins. La Semaine européenne de la vaccination constitue une bonne tribune pour ces actions.
13. Un poste spécial pour l'achat de vaccins devrait figurer dans le budget national de tous les pays.

Annexe 1. Programme

Jeudi 23 août 2011

Séance plénière n° 1 : Progrès accomplis sur la voie de l'éradication mondiale de la poliomyélite et maintien de l'absence de poliomyélite en Europe

8 h 30 – 09 h 00 Enregistrement

09 h 00 – 09 h 30 **Ouverture de la réunion**
Docteur Guénaël R. Rodier
Directeur, Division des maladies transmissibles, Sécurité sanitaire et environnement

09 h 30 – 10 h 00 **Plan stratégique d'éradication mondiale du PVS 2010-2012 : progrès et défis**
Siège de l'OMS

Débat
10 h 00 – 10 h 30 Pause

10 h 30 – 11 h 00 **Progrès accomplis par la Région de la Méditerranée orientale de l'OMS sur la voie de la certification régionale**
Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale

Progrès accomplis par la Région de l'Asie du Sud-Est de l'OMS sur la voie de la certification régionale
Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est

Débat

11 h 00 – 11 h 30 **Maintien du statut de Région exempte de poliomyélite pour la Région européenne de l'OMS et mesures prises dans la Région pour lutter contre la transmission du poliovirus sauvage de type 1 importé**

Docteur Rebecca Martin

Débat

Séance plénière n° 2 : Maintien de l'absence de poliomyélite en Europe : examen des documents nationaux actualisés pour 2010 par zones épidémiologiques (exposé de 10 minutes et débat de 10 minutes)

11 h 30 – 11 h 40 **Présentation des synthèses par zones sous-régionales**

Docteur George Oblapenko

11 h 40 – 12 h 00 **Synthèse sous-régionale : actualisation des informations pour 2010 concernant les zones épidémiologiques Nord/Baltique (8 pays) et Ouest (10 pays)**

Docteur Sergei Deshevoi

12 h 00 – 13 h 00 Déjeuner

13 h 00 – 13 h 20 **Synthèse sous-régionale : actualisation des informations pour 2010 concernant les zones épidémiologiques Sud (10 pays) et Centre-Est (8 pays)**

Docteur Dragan Jankovic

13 h 20 – 13 h 40 **Synthèse sous-régionale : actualisation des informations pour 2010 concernant les zones épidémiologiques Centre (7 pays) et MECACAR (10 pays)**

Docteur Shahin Huseynov

Séance plénière n° 3 : Examen des rapports sur la poliomyélite établis par les pays contaminés ou à risque pour l'année 2010 et informations actualisées sur les actions et les plans pour 2011 (exposé de 20 minutes ; observations de l'OMS pendant 5 minutes ; débat de 15 minutes)

13 h 40 – 14 h 20 **Tadjikistan**
Débat

14 h 20 – 15 h 00 **Fédération de Russie**
Débat

15 h 00 – 15 h 20 Pause

15 h 20 – 16 h 00 **Turkménistan**
Débat

- 16 h 00 – 16 h 40 **Kazakhstan**
Débat
- 16 h 40 – 17 h 20 **Ouzbékistan**
Débat
- 17 h 20 - 18 h 00 **Kirghizistan**
Débat
- 17 h 30 – 18 h 30 **Réunion privée de la Commission régionale européenne de certification**
- 18 h 30 – 19 h 45 *Réception à l'occasion de la vingt-cinquième réunion de la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite*

Mercredi 24 août 2011

- 08 h 30 – 08 h 50 **Azerbaïdjan**
- 08 h 50 – 09 h 10 **Bosnie-Herzégovine**
- 09 h 10 – 09 h 30 **Bulgarie**
- 09 h 30 – 10 h 00 Pause
- 10 h 00 – 10 h 20 **Géorgie**
- 10 h 20 – 10 h 40 **Turquie**
- 10 h 40 – 11 h 00 **Ukraine**
- 11 h 00 – 11 h 30 **Débat**

Séance plénière n° 4 : Examen du fonctionnement du Réseau européen de laboratoires pour la poliomyélite en 2010-2011, activités de confinement en 2010-2011 et plan régional d'action

- 11 h 30 – 12 h 00 **Fonctionnement du Réseau européen de laboratoires pour la poliomyélite en 2010-2011 et confinement en 2010-2011 au vu de la récente importation du poliovirus sauvage de type 1 : politique,**

stratégies et mesures

Docteur Eugene Gavrilin, Docteur Galina Lipskaya

Débat

12 h 00 – 12 h 30 **Plan régional d'action visant à maintenir l'absence de poliomyélite en 2011-2012**

Débat sur les pays exposés à un risque élevé ou moyen de transmission suite à une importation et mesures (*exposé de 15 minutes et débat de 15 minutes*)

Docteur Rebecca Martin

12 h 30 – 13 h 30 Déjeuner

13 h 30 – 15 h 30 **Réunion privée de la Commission régionale européenne de certification**

Discussion générale

15 h 00 – 15 h 30 Pause

Séance plénière n° 5 : Conclusion de la CRC et communication des résultats aux États membres

15 h 30 – 17 h 00 **Conclusion de la CRC et recommandations aux États membres**

Professeur David Salisbury, Président de la CRC

17 h 00 – 17 h 30 **Clôture de la séance plénière**

Jeudi 25 août 2011

Réunion privée de la CRC

09 h 00 – 10 h 00 **Conclusions, recommandations et mesures de suivi proposées par la vingt-cinquième réunion du CRC**

Professeur David Salisbury, Président de la CRC

10 h 00 – 10 h 30 **Temps forts des réunions mondiales et régionales**

Docteur Sergei Deshevoi

10 h 30 – 11 h 00 Pause

- 11 h 00 – 11 h 30 **Actualisation de l'exercice planifié de simulation d'une flambée épidémique due à des poliovirus sauvages dans la Région européenne (*tentative*)**
Docteur Anita Blake, HPA
- 11 h 00 – 12 h 30 **Questions opérationnelles :**
- **Date de la prochaine réunion de la CRC**
 - **Examen et modification du formulaire relatif aux données actualisées**
 - **Proposition de participation des membres de la CRC à des activités régionales**
- 12 h 30 **Levée de la séance**

Annexe 2. Liste des participants

RCC Members

Professor David M. Salisbury (*Chair*)

Professor Sergey Drozdov

Dr Donato Greco

Professor Tapani Hovi

Ms Ellyn Ogden

Professor Adolf Windorfer

Countries

Azerbaijan

NIP representative

Dr Rana Yusifi
Head
Epidemiological department
Republican Center of Hygiene and
Epidemiology
Baku, Azerbaijan

Dr Sheyda Shikhaliyeva
Associate Professor
Chair of Microbiology and Epidemiology
State Institute of Post Graduate
Baku, Azerbaijan

NCC Member not attending

Bosnia and Herzegovina

NIP representative

Dr Mirsada Mulaomerovic
Assistant to the EPI Manager
Institute for Public Health of the
Federation for Bosnia and Herzegovina
Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

NCC Member

Dr Drazenka Malicbegovic
Assistant Minister
Department of Health
Ministry of Civil Affairs
Sarajevo, Bosnia and Herzegovina

Bulgaria

NIP representative

Professor Mira Kojouharova
Deputy Director
National Centre of Infectious and Parasitic Diseases
Head, Department Epidemiology and CD Surveillance
National Consultant on Epidemiology
Sofia, Bulgaria

NCC Member

Professor Ivan Litvinenko
Head
Clinic at Specialized Hospital for
Active Treatment of Children's Diseases
Member of Certification Commission
for Polio Eradication
Sofia, Bulgaria

Georgia

NIP Manager

Dr Givi Azaurashvili
EPI Manager
National Center for Disease Control and Public Health
Tbilisi, Georgia

NCC Member

Professor Irakli V. Pavlenishvili
Vice-Rector and Chair, NCC for polio
Department of Pediatrics
Tbilisi State Medical University
Tbilisi, Georgia

Kazakhstan

NIP representative

Dr Aizhan S. Yesmagambetova
Deputy Chairman
Epidemiological Surveillance
Committee of State Sanitary
Epidemiological Surveillance, MoH
Astana, Kazakhstan

Dr Saltanat Tursunbekova
Chief Expert
Epidemiological Surveillance Unit
Committee of State Sanitary Epidemiolo-
gical Surveillance - Ministry of Health
Astana, Kazakhstan

NCC member not attending

Kyrgyzstan

NIP representative

Dr Rakhat Kadyrova
Head
Department of Infectious Diseases
Bishkek, Kyrgyzstan

NCC Member

Dr Nurmuhamed Babadzhanov
Chief
Department of Neonatal Pathology
Bishkek, Kyrgyzstan

Russian Federation

NIP representatives

Dr Elena Ezhlova
Head
Department of Infectious Disease
Surveillance
Federal Service for Surveillance on
Consumer Rights Protection and Human Well Being
Moscow, Russian Federation

Dr Olga Chernyavskaya
Chief, Surveillance Department
Federal Centre for Hygiene and
Epidemiology
Federal Service for Surveillance on
Consumer Rights Protection
Moscow, Russian Federation

NCC member not attending

Tajikistan

NIP Manager

Dr Shamsidin Dzhabirov
Republican Immunoprophylactic Center
69 Shevchenko Street
Dushanbe, Tajikistan

NCC Member

Dr Nusratullo Fayzullaev
Chairman
National Certification Committee
on Poliomyelitis
Ministry of Health
Dushanbe, Tajikistan

Turkey

NIP representative

Dr Umit Ozdemirer
Primary Health Care General Directorate
Ministry of Health
Ankara, Turkey

NCC Member

Prof Ufuk Beyazova
Chairman
National Certification Committee
Gazi University Medical Faculty
Department of Pediatrics
Besevler
Ankara, Turkey

Turkmenistan

NIP representative

Mrs Maral Aksakova
Head
Epidemiological Surveillance and
Parazitology Department
Ministry of Health
Ashgabat, Turkmenistan

NCC member not attending

Ukraine

NIP representatives

Dr Kostiantyn Legeza
Chief Officer
Division of Epidemic Welfare of
Population
Sanitary and Epid.Surveillance
Ministry of Health of Ukraine
Kyiv, Ukraine

Dr Viktoriia Zadorozhna
Deputy Director
Immunobiological Preparations and
Immunoprophylaxis Department
State Enterprise 'State Expert Centre'
Ministry of Health
40 Ushinskogo str
Kyiv 03151
Ukraine

NCC member not attending

Uzbekistan

NIP Manager

Dr Dilorom A Tursunova
EPI Manager
Ministry of Health
Tashkent, Uzbekistan

NCC Member

Dr Dilbar Makhmudova
Chief Specialist
Child Immunization
Research Institute of Paediatrics
Ministry of Health
Tashkent, Uzbekistan

Representatives

CDC

Dr Nino Khetsuriani
Team Lead, European Region
Global Immunization Division
Centers for Disease Control and
Prevention - CDC
Atlanta, GA 30333
United States of America

HPA

Ms Anita Blake
Group Leader
Emergency Response
Health Protection Services
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

Mrs Vanessa Middlemiss
Exercise Manager (Emergency Preparedness)
Emergency Response Department

Health Protection Agency
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland

UNICEF

Dr Oya Zeren Afsar
Immunization Specialist
UNICEF Regional Office for CEE/CIS
United Nations Children's Fund (UNICEF)
Geneva, Switzerland

Rapporteur

Dr Harry Hull
Director
HF Hull & Associates
Saint Paul, MN
United States of America

World Health Organization

Headquarters

Dr Robert Kezaala
Technical Officer
Strategy Implementation Oversight and
Monitoring
World Health Organization
Geneva, Switzerland

Regional Office for Eastern Mediterranean (EMRO)

Dr Hala Safwat
Medical Officer, Data Manager
Polio Eradication Programme
Regional Office for the Eastern Mediterranean
World Health Organization

Regional Office for the South East Asia (SEARO)

Dr Patrick O'Connor
Regional Advisor- Polio & Surveillance
Immunization and Vaccine Development Unit
WHO-SEARO
World Health House, Indraprastha Estate
Mahatma Gandhi Marg
New Delhi-110002
India

Regional Office for Europe (EURO)

Dr Guenael Rodier
Director
Division of Communicable Diseases,
Health Security and Environment

Dr Rebecca Martin
Programme Manager a.i.
Vaccine-preventable Diseases and
Immunization Programme

Dr Vusala Allahverdieva
National Professional Officer
WHO Country Office, Baku
Azerbaijan

Dr Sergei Deshevoi
Medical Officer
Vaccine-preventable Diseases and
Immunization Programme

Dr Eugene Gavrilin
Coordinator
EURO Polio Laboratory Network
Vaccine-preventable Diseases and
Immunization Programme

Mr Ajay Goel
Technical Officer
Vaccine-preventable Diseases and
Immunization Programme

Dr Shahin Huseynov
Technical Officer, VPI CARK
WHO Country Office, Tashkent, Uzbekistan

Dr Dragan Jankovic
Technical Officer
Vaccine-preventable Diseases and
Immunization Programme

Dr Giorgi Kurtsikashvili
National Professional Officer
WHO Country Office, Tbilisi, Georgia

Dr Galina Lipskaya
Temporary Adviser
Vaccine-preventable Diseases and
Immunization Programme

Dr Ahmed Novo
BIH WHO Country Office
Bosnia & Herzegovina

Dr George Oblapenko
Consultant
Vaccine-preventable Diseases and
Immunization Programme

Ms Nukra Sinavbarova
National Professional Officer,
WHO Country Office, Dushanbe,
Tajikistan

Interpreters

Ms Elena Gornaya
Interpreter/Translator, Freelance
Moscow, Russian Federation

Mr Georgy G. Pignasty
Freelance Translator/interpreter
Moscow, Russian Federation

Support staff

Ms Malika Abdusalyamova
Programme assistant
Vaccine-preventable Diseases and
Immunization Programme

Ms Natasha Allen
Secretary
Vaccine-preventable Diseases and
Immunization Programme

Ms Michelle Frederiksen
Secretary
Vaccine-preventable Diseases and
Immunization Programme

Annexe 3. Communiqué de presse



Communiqué de presse publié par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe

La poliomyélite chassée d'Europe : la Région européenne conserve son statut de Région exempte de poliomyélite, mais une vigilance constante est de mise

Copenhague, 25 août 2011

La Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite a annoncé hier que l'Europe conservera son statut de Région exempte de poliomyélite après l'importation du poliovirus sauvage de type 1 en 2010. Lors de sa vingt-cinquième réunion organisée cette semaine à Copenhague (Danemark), la Commission a relevé que la transmission du poliovirus sauvage a été interrompue. En effet, aucun nouveau cas n'a été signalé depuis septembre 2010 grâce à la prise de mesures efficaces par les pays.

Zsuzsanna Jakab, directrice régionale de l'OMS pour l'Europe, a fait remarquer que « la décision de la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite constitue réellement une excellente nouvelle pour la Région et une reconnaissance pour tous les États membres et partenaires. En effet, ceux-ci ont lutté sans attendre, et dans le cadre d'une action individuelle et collective, contre la première et la plus grande épidémie de poliomyélite observée dans la Région depuis que l'absence de cette maladie a été déclarée en 2002. Je suis aussi particulièrement ravie que les efforts acharnés et l'engagement personnel des Présidents, Premiers ministres et ministres de la Santé aient permis d'aboutir à un tel succès, qui témoigne de l'importance et de la valeur de l'engagement politique et d'une action conjointe. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe continuera à collaborer avec les États membres pour que la Région reste vigilante et que l'Europe conserve son statut de Région exempte de poliomyélite. »

En 2010, quatre pays, la Fédération de Russie, le Kazakhstan, le Tadjikistan et le Turkménistan, ont signalé 475 cas confirmés en laboratoire du poliovirus sauvage de type 1, dont 30 décès. Lors de la réunion de cette semaine, l'ensemble des 53 pays de la Région européenne de l'OMS, notamment ceux atteints par le poliovirus sauvage en 2010, ont fourni des éléments de preuve en vue d'aider la Commission à effectuer une évaluation de la durabilité de l'absence de poliomyélite dans la Région par des experts indépendants. Celle-ci a examiné les informations scientifiques afin de déterminer si l'Europe pouvait conserver son statut de Région exempte de poliomyélite. David Salisbury, président de la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite, s'est félicité des mesures prises par les États membres, en particulier leurs efforts pour protéger leurs populations et stopper la transmission du poliovirus. Pour ce faire, des activités synchronisées de vaccination supplémentaires, donnant souvent lieu à des campagnes nationales de vaccination, ont été mises en œuvre.

La Commission a reconnu que les États membres avaient adopté de manière satisfaisante les recommandations formulées lors de sa 24^e réunion tenue les 26 et 27 janvier 2011 à Saint-Petersbourg (Fédération de Russie). Elle a conclu que les pays avaient fourni suffisamment de preuves relatives à la

couverture vaccinale et à la sensibilité de leur système de surveillance de la poliomyélite, notamment la mise en place d'un dispositif durable pour le transport des spécimens. Il n'était donc pas nécessaire de recertifier l'ensemble des 53 États membres de la Région européenne de l'OMS ou une sous-région.

La Commission a également reconnu la contribution et l'appui technique du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, des partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et de la Fédération de Russie, de l'Inde et de l'Agence américaine pour le développement international.

Bruce Aylward, sous-directeur général de l'OMS pour la poliomyélite, les situations d'urgence et la collaboration dans les pays, a déclaré : « L'évaluation de la Commission régionale européenne de certification de l'éradication de la poliomyélite est extrêmement importante. En même temps, nous constatons des progrès décisifs en Inde, la source des importations de l'année dernière dans la Région européenne, où aucun cas n'a d'ailleurs été observé depuis plus de six mois. Ensemble, ces deux éléments constituent des preuves solides que l'éradication de la poliomyélite peut être réalisée rapidement, avec un financement suffisant et une volonté politique. »

Au niveau mondial, les efforts en vue d'éradiquer la poliomyélite sont toujours confrontés à un déficit de financement de l'ordre de 590 millions de dollars des États-Unis jusqu'à la fin de 2012.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est menée sous l'égide de l'OMS, de Rotary International, des Centres pour la prévention et le contrôle des maladies des États-Unis et de l'UNICEF. Depuis 1988 (date de lancement de cette initiative), l'incidence de la poliomyélite a été réduite de plus de 99 %. À l'époque, plus de 350 000 enfants étaient paralysés chaque année dans plus de 125 pays endémiques. Jusqu'à présent en 2011, 325 cas ont été signalés dans le monde (au 16 août 2011). Seuls quatre pays restent endémiques, à savoir l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan.

Pour des informations complémentaires sur la poliomyélite, rendez-vous à l'adresse : <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/poliomyelitis>

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter :

Rebecca Martin
Chef d'équipe, Maladies transmissibles
Tél. : +45 3917 1216
Courriel : rma@euro.who.int

Robb Butler
Conseiller technique, Maladies transmissibles
Tél. : +45 3917 1552
Courriel : rbu@euro.who.int

Faith Vorting
Chargée de communication
Bureau régional de l'OMS pour l'Europe
Tél. : +45 3917 1219
Courriel : fki@euro.who.int