

WORLD HEALTH
ORGANIZATION

الهيئة الصحية العالمية
المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض

ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ

REGIONAL OFFICE FOR THE
EASTERN MEDITERRANEAN

BUREAU RÉGIONAL DE LA
MÉDITERRANÉE ORIENTALE

COMITE REGIONAL DE LA
MEDITERRANEE ORIENTALE

EM/RC11A/Tech.Disc./Min.1
le 31 août 1961

Onzième Session

ORIGINAL: ANGLAIS

SOUS-COMITE A

PROCES-VERBAL DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

tenues au Park Hotel, Chtaura
le jeudi, 31 août 1961, à 11.45

PRESIDENT: Dr A.R. FARAH (Tunisie)

SOMMAIRE

1. Adoption de l'ordre du jour provisoire des
Discussions techniques
2. Discussions d'ordre général

Représentants

<u>Gouvernement</u>	<u>Représentant, Suppléant ou Conseiller</u>
ARABIE SAOUDITE	-
CHYPRE	Dr Z.G. Panos
ETHIOPIE	-
FRANCE	Médecin Colonel P. Faure
IRAK	Dr J. Shaheen
IRAN	Dr M.H. Morshed
JORDANIE	-
KOWEIT	Mr Abdul Rahman S. Al Ateeqi Dr A. Kamal EL-Borai
LIBAN	Dr E. Wakil
LIBYE	Dr A. Bishty
PAKISTAN	Lt. Col. R.A. Khan
REPUBLIQUE ARABE UNIE	Dr M.H. El Bitash Dr Abdulghani Arafeh
ROYAUME UNI	Dr C.R. Jones
SOMALIE	Mr Ahmed Abdullahi Ahmed
SOUDAN	-
TUNISIE	Dr A.R. Farah, <u>Président</u> Mr R. Azouz
YEMEN	Mr Zeid Al Wazir

Organisation mondiale de la Santé

Secrétaire du Sous-Comité	Dr A.H. Taba, Directeur régional
Secrétaire adjoint au Sous Comité	Dr A.A. El Halawani, Directeur régional adjoint
Conseiller de l'OMS (Santé publique) en Arabie Saoudite	Dr W. Omar

Nations Unies et institutions spécialisées

Bureau régional des Nations Unies pour les Affaires sociales au Moyen Orient	Mr Kurt Jansson
Bureau de l'Assistance technique	Mr T.O.P. Lilliefelt
UNRWA, Département sanitaire	Dr S. Flache
FISE	Mr M. Sandberg Miss Rose Alvernaz

Représentants et Observateurs d'Organisations internationales,
non-gouvernementales, inter-gouvernementales et nationales

Ligue des Etats Arabes	Dr N. Nabulsi
Université américaine de Beyrouth	Dr Bernard Brandstater
Association internationale pour la Prophylaxie de la Cécité	Dr R. Kammermann
Comité international des Infirmières catholiques	Mrs M. Ejeil-Cree Miss A. Kazan
Conseil international des Infirmières	Mrs Aida Sultan
Ligue des Sociétés de la Croix Rouge	Mrs G. Hochar
Ecole de Soins infirmiers de la Croix Rouge libanaise	Miss Lucie Majdalany
Centre naval No 3 des Etats-Unis pour les Recherches médicales (NAMRU)	Dr James H. Boyers
Fédération mondiale de la Santé mentale	Dr A.S. Manugian
Association médicale mondiale	Dr J.L. Wilson

1. ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR PROVISOIRE DES DISCUSSIONS TECHNIQUES

Décision: l'ordre du jour provisoire est adopté.

2. DISCUSSIONS D'ORDRE GENERAL

Le PRESIDENT appelle l'attention sur le fait que les Discussions techniques ne font pas partie des questions officielles du Sous-Comité et qu'en conséquence les membres ne prendront pas la parole au nom de leurs gouvernements.

Le thème des Discussions techniques, soit la Poliomyélite, sera examiné seulement au point de vue des aspects de la santé publique.

Il demande au Dr Wasfy Omar de présenter la question.

Le Dr OMAR prie le Comité de se reporter au document EM/RC11/Tech. Disc./2, intitulé: Epidémiologie et Contrôle de la Poliomyélite dans la Région de la Méditerranée orientale. Depuis sa création, l'OMS s'est intéressée à la lutte contre la poliomyélite. En 1953, la Troisième Assemblée mondiale de la Santé avait souligné l'opportunité de donner des directives internationales concernant les mesures à prendre pour prévenir la propagation de la poliomyélite. Par la suite, elle avait réuni, en 1953, un Comité d'Experts de la Poliomyélite et établi un programme pour la poliomyélite, particulièrement sous le rapport de la vaccination et la prévention. Ses recherches préliminaires ont révélé que la maladie est fréquente dans la Région sous forme endémique; des enquêtes sérologiques, effectuées en Egypte sur des enfants de moins de cinq ans, ont démontré que, à l'âge d'un an et demi, environ 70 % d'entre eux ont développé des anticorps contre un type de poliomyélite, et 40 % contre deux types.

Plusieurs résolutions sur la poliomyélite ont été adoptées par le Comité régional. A sa sixième session, le Sous-Comité A avait recommandé que tous les étrangers devraient être avertis de se faire vacciner contre la poliomyélite avant d'entrer dans une partie quelconque de la Région, et à la session de 1957, il avait prié le Directeur régional de suivre les recherches qui étaient en cours. A sa huitième session, le Comité régional a décidé que les informations sur l'incidence de la poliomyélite devraient être publiées dans le bulletin épidémiologique hebdomadaire du Bureau régional. A sa neuvième session, les discussions techniques au Sous-Comité B ont porté sur la poliomyélite.

Dans la première moitié du dix-neuvième siècle, les manifestations cliniques de la poliomyélite étaient constatées principalement chez les enfants; les poussées épidémiques étaient rares et limitées à un petit nombre de pays. Cependant, depuis le début du vingtième siècle des poussées épidémiques sont survenues dans plusieurs pays. Il est généralement admis que la poliomyélite, à l'inverse des autres maladies transmissibles, est en progression et qu'une fois devenue épidémique et atteignant les groupes d'âge élevés, elle est irréversible dans la communauté au sein de laquelle elle a été constatée.

Depuis le début du vingtième siècle, les notions sur l'épidémiologie de la poliomyélite ont dû être révisées. On sait, à l'heure actuelle, que la porte d'entrée principale est le tractus intestinal. On sait également que dans les communautés où l'assainissement est médiocre et où, par conséquent, l'infection peut être contractée par les jeunes enfants et nourrissons, la maladie est endémique et atteint les enfants au-dessous de cinq ans; toutefois, les complications paralytiques sont rares. Par contre, dans les pays où l'assainissement est satisfaisant, et, par conséquent, la possibilité d'infection dans l'enfance limitée, la maladie atteint les groupes d'âge supérieurs, parmi lesquels les manifestations paralytiques sont plus fréquentes.

Avant la deuxième guerre mondiale, on pensait que la poliomyélite n'existait pas dans la Région de la Méditerranée orientale, mais, au cours de celle-ci et après la guerre, la maladie a été rencontrée chez des adultes dans la Région et dans des pays proches de celle-ci, tels que Malte et l'île Maurice. On avait pensé, au premier abord, que la maladie, ou tout au moins une nouvelle souche, a été introduite dans la Région, mais les recherches effectuées ont confirmé que la maladie y était déjà présente. La poussée épidémique qui se produisit en 1944 et 1945, parmi le personnel militaire étranger stationné dans la Région, était due au fait que ce personnel venait de pays où l'assainissement était satisfaisant et avait ainsi contracté la maladie à son arrivée dans un pays où les conditions sanitaires étaient médiocres et le virus présent. L'examen des selles de ces malades a révélé que les trois types de virus étaient prévalents en Egypte, Libye et Palestine.

Des enquête ultérieures, effectuées dans la Région, ont révélé que la maladie se produit principalement chez les enfants, âgés de six mois à trois ans, et que l'incidence la plus élevée est constatée chez les enfants âgés de six à dix-huit mois.

Par la suite, des poussées épidémiques se sont produites en Israël et à Chypre. Cependant, on ne possédait aucune preuve permettant d'affirmer qu'il y eût un déplacement de l'état endémique vers l'état épidémique, comme cela s'était produit dans d'autres pays. Néanmoins, il y avait lieu de se tenir sur la réserve. La Région se lança dans un vaste programme d'industrialisation et d'urbanisation, susceptible d'affecter la situation. Les examens sérologiques périodiques des divers groupes de population devraient être effectués, afin de servir d'avertissement en temps dû. On a récemment suggéré qu'un autre "avertissement" pourrait être fourni par le taux de mortalité infantile; si ce taux tombe au-dessous de 75 pour mille naissances vivantes, cela indique que les conditions sanitaires s'améliorent et que, par conséquent, la poliomyélite pourrait attaquer les autres groupes d'âge. Les taux de mortalité infantile ne sont pas disponibles pour tous les pays de la Région, par suite de l'absence de toute notification suffisante; on se rendra compte, de l'Annexe IV du document EM/RC11/Tech.Disc.2, que les chiffres qui y sont donnés sont presque tous supérieurs à soixante-quinze.

Il est difficile de déterminer l'incidence réelle de la poliomyélite dans la Région, car seuls les cas paralytiques sont notifiés, alors qu'on compte environ cent cas non paralytiques pour un cas paralytique. Un tableau des cas signalés est donné dans l'Annexe I. Quant aux groupes d'âge atteints, selon les données disponibles (Annexe II), la poliomyélite dans la Région est une maladie des enfants, quoique l'incidence soit faible chez les enfants au-dessous de six mois, à cause de l'immunité acquise de la mère. La maladie semble être plus fréquente parmi les individus du sexe masculin que chez ceux du sexe féminin (Annexe II); il pourrait se faire que cela soit dû à ce que la notification des cas du sexe féminin soit moins complète. Il n'y a pas de répartition saisonnière marquée (Annexe III).

Les informations sur la poliomyélite, recueillies des pays de la Région sont données aux pages 9 à 34 du document EM/RC11/Tech.Disc./2. On verra que la poliomyélite, dans la Région, est une maladie des enfants en bas âge, et que, jusqu'ici, on n'a pas constaté de déplacement vers des groupes d'âge supérieurs. Le vaccin inactivé est employé sur une échelle plus ou moins grande, dans tous les pays, à l'exception du Yémen.

Les informations les plus importantes concernent Chypre et Israël, où des épidémies sont survenues au cours des récentes années. En Israël, la maladie avait été endémique et quelques cas avaient été signalés. Le nombre de cas s'est soudainement élevé dans la seconde moitié de 1949; la maladie a atteint des proportions épidémiques en 1950 et, à l'exception de l'année 1957, il y a eu des épidémies chaque année jusqu'en 1959. Les épidémies ont commencé par la région côtière et se sont propagées vers l'intérieur; l'incidence la plus élevée a été enregistrée dans les régions rurales à population dense. L'état de la nutrition de la population n'a aucun effet sur l'incidence qui, cependant, s'est élevée à la suite de l'arrivée soudaine de populations composées d'un pourcentage élevé d'enfants en bas âge. 85 % des cas se sont produits chez des enfants au-dessous de cinq ans; par suite de l'immunité acquise par la mère, les cas ont été peu nombreux chez les enfants de moins de six mois. Une étude a été faite de la distribution ethnique au cours de l'épidémie de 1950, mais une comparaison a été difficile à établir, étant donné qu'un seul groupe - celui des Juifs yéménites arrivés en Palestine - a pu être détaché. Environ 45 000 d'entre eux sont arrivés en Israël entre septembre 1949 et janvier 1950, juste avant l'épidémie. On avait cru au début qu'ils étaient la cause de l'épidémie, mais, par la suite, on s'est rendu compte que ce n'était pas le cas. Tous les virus isolés au cours de l'épidémie étaient du type I.

À Chypre, où la poliomyélite s'est avérée être endémique, une poussée épidémique s'est produite en mars 1958. Il est intéressant de relever que dans ce pays le taux de la mortalité infantile avait présenté une courbe descendante régulière. Cependant, il n'y a eu aucun déplacement dans la répartition par âges jusqu'en 1955, lors de l'arrivée d'un contingent important de forces armées britanniques, qui n'était pas immun. Le virus prédominant dans l'épidémie de 1958, est celui du type I.

Les détails des enquêtes effectuées dans la Région sont donnés aux pages 35 à 42. Des anticorps ont été trouvés dans le sérum de 50 % des enfants âgés de 0 à 2 ans; à l'âge de dix ans, tous avaient acquis des anticorps pour les trois types de poliovirus. L'enquête la plus importante est celle qui a été effectuée en Israël, dans la République Arabe Unie (Egypte) et à Aden.

Des progrès rapides ont été réalisés dans la lutte contre la poliomyélite au cours des dix années écoulées, et il est reconnu unanimement que l'immunisation active de la population réceptive est la seule mesure efficace. Certaines autorités pensent actuellement qu'il serait possible d'éliminer la maladie au moyen de l'emploi du vaccin vivant atténué.

Le vaccin inactivé a été employé en Israël en 1957 et 1958. Cette méthode n'a pas empêché la réapparition de la maladie; la raison donnée est que la technique de la vaccination avait été défectueuse. En Hongrie, également, les résultats n'ont pas été pleinement satisfaisants. Il est reconnu maintenant que le vaccin inactivé confère une immunité satisfaisante dans 90 % des cas. Un type amélioré de vaccin inactivé a récemment été introduit. Le vaccin inactivé, préparé d'après les méthodes recommandées par le groupe d'étude de l'OMS pour la préparation du vaccin antipoliomyélitique, s'est révélé totalement sans danger.

Un certain travail a été accompli en 1960 sur la possibilité de combiner le vaccin antipoliomyélitique inactivé avec le triple vaccin antidiphthérique, anticoquelucheux et antitétanique, mais les essais n'ont pas été entrepris sur une assez grande échelle pour permettre de formuler des conclusions définitives.

Il n'est pas aisé d'entreprendre une campagne de vaccination avec du vaccin inactivé; celle-ci exige une organisation très efficiente, difficile à mettre sur pied et coûteuse à maintenir; de plus, le vaccin lui-même est coûteux. La décision de lancer la campagne appartient aux gouvernements qui doivent tenir compte de la gravité de la maladie dans le pays, de la priorité à donner à la lutte antipoliomyélitique et des moyens financiers disponibles.

La plus grande partie du vaccin employé actuellement dans la Région est achetée à l'étranger; Israël seul produit son propre vaccin.

Récemment, des essais ont été entrepris sur une grande échelle avec du vaccin antipoliomyélitique vivant atténué. Le vaccin inactivé, bien qu'il empêche le virus de parvenir au système nerveux, n'empêche pas l'infection, qui pourrait, en conséquence, être propagée par les personnes vaccinées. Le vaccin atténué vivant, par contre, non seulement n'arrête pas la multiplication du poliovirus infectant dans l'intestin de la personne infectée, mais confère en sus une immunité locale. En outre, l'effet de la vaccination au moyen de virus vivant atténué pourrait se propager de la personne vaccinée à ses contacts et leur conférer une protection. L'administration du vaccin n'est pas coûteuse; il est donné par voie orale sans qu'aucune organisation compliquée ne soit nécessaire pour une campagne. Avant de pouvoir recommander ce vaccin en vue de son utilisation générale, il est cependant nécessaire de s'assurer que le virus vaccinal n'ait pas repris sa virulence pendant sa propagation au sein de la collectivité.

Depuis la réunion du Comité d'Experts de la Poliomyélite en 1957, qui avait recommandé de nouvelles expériences sur le terrain, l'OMS a patronné, en 1959 et en 1960, deux conférences sur les poliovaccins atténués vivants. Elles furent suivies par une nouvelle réunion du Comité d'Experts de l'OMS de la Poliomyélite. Au cours de ces deux dernières réunions, ont été produites des informations sur les essais entrepris sur une vaste échelle en URSS et dans certains autres pays. Le vaccin s'est révélé efficace, et aucun accident fâcheux n'a été observé. Le Comité d'Experts a recommandé de nouvelles études sur la virémie provoquée par le vaccin, sur l'interférence possible des virus sauvages avec l'action du vaccin, sur les propriétés de virus vaccinaux et sur la contamination possible du vaccin par les virus simiens dans les préparations de cultures tissulaires, en particulier l'étude de leur pathogénicité à l'égard de l'homme et des méthodes d'inactivation différentielle dans les vaccins vivants. Des recherches plus poussées sont encore nécessaires pour établir l'effet sur le fœtus, en faisant ingérer du vaccin vivant à des femmes enceintes, et sur l'innocuité du vaccin à l'égard des adultes non immuns.

En ce qui concerne le choix du vaccin, ceci est également un point qu'il appartient à chaque pays de décider. L'opinion émise par le Comité d'Experts est que le vaccin à virus vivant atténué devrait être adopté dans

les pays où la maladie est endémique et sévit chez les enfants en bas âge. Dans les pays, où la maladie se rencontre chez les groupes d'âge plus avancés et où plus de vingt pour cent de cas paralytiques sont constatés chez des individus de plus de quinze ans, le vaccin inactivé devrait être employé. Le vaccin vivant devrait être gardé en vue de son emploi au cours d'une épidémie, étant donné que le vaccin inactivé ne peut être employé une fois que l'épidémie a commencé. Cependant, tous les membres du Comité d'Experts ne partagent pas l'opinion de la majorité et certains recommandent le vaccin vivant dans tous les cas.

En tant qu'il s'agit de la Région, le vaccin vivant apparaît préférable. Cependant, aucun pays ne devrait s'engager dans une campagne de vaccination, tant qu'il ne dispose pas d'un centre sérologique et virologique de premier ordre pour effectuer les examens et les enquêtes nécessaires.

Le PRESIDENT, remerciant le Dr Omar, pour son excellent exposé de la question, propose qu'en vue de gagner du temps, toutes les déclarations écrites ne seraient pas lues, mais distribuées à tous les Membres.

Il en est ainsi décidé

Le Dr WAKIL (Liban) félicite le Dr Omar des renseignements précieux qu'il donne dans son rapport, embrassant ainsi la plupart des points soulevés dans la déclaration écrite qu'il a rédigée.

Le Dr BISHTY (Libye) exprime son appréciation sur la documentation préparée pour la session et sur l'exposé que vient de faire le Dr Omar.

Il dit qu'une enquête sur la répartition de la poliomyélite a été effectuée à Tripoli de 1948 à 1959, et sera suivie d'autres dans le Fezzan et en Cyrénaïque. 260 cas paralytiques ont été signalés, dont 237 parmi les libyens, et admis à l'hôpital des maladies transmissibles de Tripoli. La plupart d'entre eux étaient de jeunes enfants, soit 137 du sexe masculin et 123 du sexe féminin. Le Dr Bishty donne des détails des types de paralysies constatées, ainsi que de la répartition géographique des cas.

En 1955-1956, une poussée épidémique se manifesta, atteignant son apogée en décembre. Une deuxième épidémie commença en janvier 1958 et une troisième en février 1959.

La vaccination a été proposée à la population, mais plusieurs personnes n'achevèrent pas la série d'injections. La Libye est donc intéressée par le vaccin vivant atténué et accueillerait avec intérêt toutes informations qu'elle pourrait obtenir à son sujet.

Le Dr EL BORAI (Koweït) dit que la poliomyélite est une maladie à déclaration obligatoire au Koweït. Onze cas y ont été signalés en 1959, quatorze en 1960 et trente-trois pendant les cinq premiers mois de 1961. La maladie semble toujours être sporadique. Les seules mesures de lutte sont des mesures préventives, et seul le vaccin inactivé est employé. Il est difficile de donner une évaluation des résultats, car la vaccination n'est pas obligatoire et le nombre des cas est insignifiant. L'augmentation signalée en 1961, pourrait être attribuée au fait de la déclaration obligatoire, introduite seulement en 1960. Aucune étude virologique ou sérologique n'a été entreprise. Tous les cas constatés en 1961, à l'exception de trois, se sont produits chez des individus non vaccinés; les trois cas, qui avaient été préalablement vaccinés, ont guéri.

Le Dr WAKIL (Liban) dit que la poliomyélite est endémique au Liban. Des cas se sont produits en 1952, et depuis lors leur nombre a marqué une nette augmentation. Les efforts déployés pour assurer la notification de tous les cas n'ont pas été pleinement couronnés de succès. La répartition saisonnière n'est pas tout à fait uniforme. Des cas sont signalés à toutes les époques de l'année, mais l'incidence la plus élevée se produit probablement en mai. Les individus du sexe masculin sont plus atteints que ceux du sexe féminin, le rapport étant respectivement de 60 à 40. La répartition géographique est plus ou moins égale et toutes les classes de la population sont atteintes. L'incidence la plus élevée se produit chez les enfants d'âge de six mois à deux ans; des cas ont été signalés chez les enfants d'âge supérieur, mais jusqu'ici la maladie a pratiquement épargné les adultes. Le diagnostic présente des difficultés. Par suite de l'absence des ressources de laboratoire pour effectuer les épreuves virologiques et sérologiques, il est impossible de diagnostiquer des infections inapparentes ou des cas au stade pré-paralytique, pas plus qu'il n'a été possible de déterminer le type de virus en cause. En outre, il n'est pas toujours possible de distinguer la poliomyélite des autres maladies à entérovirus.

En l'absence de traitement spécifique de la maladie, les symptômes sont traités et les patients suffisamment rétablis sont renvoyés à leurs familles. Les frais de réadaptation et les appareils nécessaires à cet effet, sont assumés par le Ministère de l'Hygiène, mais la création d'une organisation est nécessaire pour aider les patients réadaptés à trouver un travail adapté.

Le Dr OMAR remercie les Membres pour leurs intéressants exposés ainsi que pour les documents qu'ils ont présentés.

Le PRESIDENT lit le projet de résolution suivant dont il propose l'adoption, étant entendu que tous les amendements nécessaires au texte arabe seront faits ultérieurement:

Le Sous-Comité,

Ayant procédé à des discussions techniques sur le problème de la poliomyélite;

Notant que les études sérologiques et virologiques effectuées au cours de ces dernières années dans plusieurs pays de la Région de la Méditerranée orientale ont confirmé le haut degré d'endémicité de cette maladie;

Constatant que les méthodes générales de lutte qui sont appliquées contre beaucoup de maladies infectieuses se sont révélées de peu d'utilité pour enrayer la poliomyélite et que, de l'avis général, l'immunisation active de la population réceptive d'une collectivité constitue la seule méthode efficace de prophylaxie et de lutte contre la maladie;

Considérant que l'immunisation effective contre la poliomyélite est devenue aujourd'hui possible en recourant aux vaccins à base de virus inactivés ou de virus vivants atténués.

Constatant que le vaccin à base de virus vivant atténué à l'avantage de pouvoir être absorbé par la voie buccale, que, d'après de nombreuses indications, il confère une immunité plus complète et plus durable, qu'il est d'une administration facile et économique, qu'il n'exige pas d'organisation médicale particulièrement poussée ni des ressources financières considérables et qu'il est donc bien adapté aux pays de la Région;

Reconnaissant, toutefois, que certaines questions relatives au vaccin vivant restent encore sans réponse et que de nombreux problèmes devront être résolus avant qu'il ne soit possible de recommander l'utilisation illimitée de ce vaccin vivant,

1. FELICITE le Directeur régional de la documentation très complète qu'il a soumise au Comité régional;

2. SOULIGNE à nouveau l'importance que présente le développement du système de déclaration obligatoire de la poliomyélite dans les pays de la Région, en vue d'obtenir une image exacte de la situation épidémiologique;

3. RECOMMANDE que, dans les pays où la poliomyélite pose un grave problème de santé publique et où le public s'intéresse à la possibilité d'entreprendre des campagnes de vaccination par vaccin à base de virus vivant atténué, des services virologiques et sérologiques bien organisés et possédant de hautes capacités techniques soient institués avant d'engager des campagnes de masse;

4. RECOMMANDE que les pays qui ont adopté le vaccin inactivé en vue d'immuniser les nourrissons et les enfants du premier âge continuent, pour le moment, à utiliser ce vaccin jusqu'à ce qu'il devienne possible d'y substituer le vaccin à base de virus vivant atténué;

5. PRIE le Directeur régional:

(i) d'aider les Etats Membres qui expriment le désir d'entreprendre des campagnes de vaccination par virus vivant atténué à mettre au point les services virologiques et sérologiques que nécessitent ces campagnes;

(ii) de recueillir des renseignements sur tous les progrès réalisés et sur les études entreprises en ce qui concerne les diverses questions, relatives au vaccin à base de virus vivant atténué, qui attendent encore leur solution.

Décision: le projet de résolution est adopté (EM/RC11A/R.16)

La séance est levée à 12.50