

---

## **Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication**

### **Rapport du Secrétariat**

1. Le 28 février 2007, le Directeur général a convoqué d'urgence les parties prenantes pour une consultation sur les moyens à mettre en oeuvre afin d'achever l'éradication de la poliomyélite et de surmonter collectivement les obstacles opérationnels et financiers qui subsistent. De nouvelles échéances pour un effort intensifié en vue de l'éradication ont été fixées pour la fin de 2007 et la fin de 2008 et rendues publiques lors de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé.<sup>1</sup>
2. Un rapport de situation publié en octobre 2007 a montré que les quatre derniers pays dans lesquels la transmission du poliovirus sauvage autochtone n'a pas encore été interrompue (Afghanistan, Inde, Nigéria et Pakistan, ci-après les pays d'endémie) avaient de bonnes chances de respecter les échéances fixées pour la fin de 2007.<sup>2</sup> Dans ces quatre pays, où la maladie reste endémique, le nombre des districts où sont enregistrés des cas de poliomyélite a baissé de 51 % par rapport à 2006 ; dans ces zones, la couverture vaccinale a, dans l'ensemble, atteint le même niveau que dans les zones exemptes de poliomyélite de ces pays, sud de l'Afghanistan et nord du Nigéria exceptés. Sur les 13 pays où des poliovirus importés étaient encore en circulation en 2006 dix n'enregistraient plus aucune flambée, les exceptions étant l'Angola, la République démocratique du Congo et le Tchad. La quatrième échéance fixée pour le milieu de 2007, qui a trait aux engagements financiers, n'a pas été respectée ; avec un déficit pour le reste de l'année 2007, de US \$60 millions à ce moment-là.
3. Dans sa résolution WHA60.14 adoptée en mai 2007 sur le dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication de la poliomyélite, l'Assemblée de la Santé a invité instamment les Etats Membres à renforcer la surveillance active de la paralysie flasque aiguë et à se préparer au confinement biologique à long terme des poliovirus. Elle a également prié le Directeur général de soumettre des propositions à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé afin de réduire au maximum les risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus ou d'une réémergence de la poliomyélite (c'est-à-dire après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde).

---

<sup>1</sup> [http://www.polioeradication.org/content/publications/TheCase\\_FINAL.pdf](http://www.polioeradication.org/content/publications/TheCase_FINAL.pdf).

<sup>2</sup> <http://www.polioeradication.org/caseforpolioeradication.asp>.

## PROBLEMES QUI SE POSENT

4. **Interruption de la transmission de tous les poliovirus sauvages dans le monde.** Il sera essentiel d'exécuter pleinement des activités intensifiées d'éradication<sup>1</sup> pour administrer à tous les enfants des doses multiples du vaccin antipoliomyélitique oral approprié et faire face aux échéances fixées pour la fin de 2008 dans les quatre pays d'endémie restants. Des efforts tout particuliers devront être faits dans le sud de l'Afghanistan et le nord du Nigéria, où une proportion non négligeable d'enfants continue d'échapper à la vaccination en raison de l'insécurité et du manque d'efficacité des campagnes de vaccination. Toutes les mesures nécessaires pour endiguer d'éventuelles flambées devront être prises en République démocratique du Congo et au Tchad, où la transmission de virus importés continue depuis 2006, ainsi qu'au Niger et au Soudan, qui ont été réinfectés en 2007. L'exécution du plan intensifié d'éradication pour 2008-2009 exigera le financement du total du budget prévu de US \$1,306 milliard.

5. **Protection des zones exemptes de poliovirus sauvage.** Il est essentiel que la surveillance de la paralysie flasque aiguë soit maintenue au niveau requis pour la certification de l'éradication dans tous les Etats Membres, y compris les 56 pays où ce niveau n'a pas été atteint en 2007, pour que puisse être efficacement endiguée toute importation de poliovirus sauvage dans des zones exemptes de poliomyélite. Pour que les conséquences de l'importation de poliovirus soient limitées au maximum, il faudrait que le taux de couverture par la vaccination antipoliomyélitique systématique soit supérieur à 80 % dans tous les Etats Membres. L'application des mesures prévues au titre de la phase I du plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire<sup>2</sup> (Enquête dans les laboratoires et inventaires) permettrait de réduire encore le risque de réintroduction du poliovirus sauvage dans les 39 Etats Membres exempts de poliomyélite qui n'ont pas encore pris les mesures indiquées.

6. **Détermination des risques à long terme associés au poliovirus.** Une fois interrompue la transmission du poliovirus sauvage, les principaux risques associés au poliovirus sont les suivants :

- flambées dues à des poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales à la suite de la poursuite de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral. Dans le monde, le risque annuel de telles flambées est actuellement estimé entre 60 et 95 % et entre 1 et 3 % trois ans après l'arrêt synchronisé de l'utilisation du vaccin oral ;
- cas de poliomyélite paralytique associés à la vaccination, à la suite de la poursuite de l'administration de vaccin antipoliomyélitique oral à des sujets non immuns. On estime que ces cas sont au nombre de 250 à 500 chaque année dans le monde ;
- excrétion de poliovirus dérivés du vaccin par des personnes présentant une immunodéficience : à l'heure actuelle, on sait que trois personnes au plus continuent d'excréter le virus de façon chronique<sup>3</sup> sans que cela n'ait jamais été associé à de quelconques cas secondaires ;
- réintroduction de poliovirus sauvages ou dérivés de la souche Sabin provenant d'un lieu où sont conservées des souches vaccinales (laboratoires de diagnostic, de recherche et de contrôle de la

---

<sup>1</sup> Conclusions et recommandations du Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite, Genève, 27-28 novembre 2007. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2008 (sous presse).

<sup>2</sup> Deuxième édition, document WHO/V&B/03.11.

<sup>3</sup> Dans la pratique, on qualifie de chronique une excrétion du virus pendant plus de cinq ans.

qualité et fabricants de vaccin antipoliomyélitique). Actuellement, plus de 600 sites sont recensés comme conservant des stocks de poliovirus sauvages d'après les rapports établis par les Etats Membres qui ont mené à bien les activités correspondant à la phase I du plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire.<sup>1</sup>

Des études plus poussées seraient nécessaires pour préciser les risques associés à la circulation de virus dérivés du vaccin, à l'excrétion de virus par des personnes présentant une immunodéficience et à l'existence de stocks de poliovirus, et formuler les stratégies à mettre en oeuvre pour atténuer ces risques.

**7. Coordination des stratégies de gestion des risques à long terme associés au poliovirus.** Pour que soit réduit au maximum le risque de réintroduction de poliovirus et de réémergence de la poliomyélite une fois interrompue la transmission du poliovirus sauvage, il faudrait que les Etats Membres :

- a) coordonnent l'application des mesures de protection et de confinement relatives à la manipulation et au stockage des poliovirus résiduels (souches sauvages, souche Sabin et virus dérivés du vaccin) et des matériels potentiellement infectés ;
- b) synchronisent l'arrêt des vaccinations systématiques par le vaccin antipoliomyélitique oral ;
- c) respectent les procédures internationalement acceptées relatives à l'utilisation du vaccin oral (poliovirus vivants) en réponse à de nouvelles flambées de poliomyélite.

**8. Mise au point de procédés plus sûrs de production de vaccins à partir de poliovirus inactivés et de stratégies en permettant l'utilisation pour un coût abordable.** Tout pays estimant que les risques à moyen ou à long terme d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite justifient que soient poursuivies des vaccinations systématiques après l'arrêt synchronisé de l'administration de vaccin oral devrait avoir la possibilité d'utiliser, pour un coût abordable, des vaccins produits à partir de poliovirus inactivés. L'idéal serait qu'une fois interrompues les vaccinations par tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux, les pays à faible revenu qui le souhaiteraient puissent continuer à utiliser des vaccins inactivés pour un coût analogue à celui des vaccins oraux. Les recherches se poursuivent sur la possibilité de fractionner les doses de vaccin inactivé ou d'en réduire le nombre, ainsi que sur l'utilisation d'adjuvants et d'autres souches de semences en vue de la production de vaccins antipoliomyélitiques inactivés. Les résultats obtenus à ce jour donnent à penser qu'il devrait être bientôt possible d'utiliser et de produire de tels vaccins, sans augmentation de coût, dans les pays à faible revenu.

**9. Consensus sur un dispositif de réglementation visant à coordonner la gestion des risques à long terme associés au poliovirus.** La Constitution de l'OMS offre à l'Assemblée de la Santé trois types d'instruments normatifs sur la base desquels pourrait être négocié un consensus international sur les éléments présentés ci-dessus de la stratégie à mettre en oeuvre pour réduire au maximum les risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus ou d'une réémergence de la poliomyélite après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage :

---

<sup>1</sup> Deuxième édition, document WHO/V&B/03.11.

- 1) **Conventions et accords.** Aux termes de l'article 19, l'Assemblée de la Santé a autorité pour adopter des conventions ou accords internationaux se rapportant à toute question entrant dans la compétence de l'Organisation. De tels accords sont juridiquement contraignants pour les Etats Membres qui en sont Parties et doivent être adoptés par la majorité des deux tiers de l'Assemblée de la Santé. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est le premier accord international qui ait été adopté par l'Assemblée de la Santé en vertu de l'article 19.
- 2) **Règlements.** Aux termes de l'article 21, l'Assemblée de la Santé a autorité pour adopter des règlements concernant, entre autres, des mesures destinées à empêcher la propagation des maladies d'un pays à l'autre. Ces règlements requièrent une majorité simple et sont juridiquement contraignants au regard du droit international. Le Règlement sanitaire international (2005) est l'exemple le plus récent de règlement adopté en vertu de l'article 21 de la Constitution de l'OMS.
- 3) **Recommandations.** Aux termes de l'article 23, l'Assemblée de la Santé a autorité pour faire des recommandations en ce qui concerne toutes les questions entrant dans la compétence de l'Organisation. Ces recommandations prennent généralement la forme de résolutions de l'Assemblée de la Santé.

Etant donné que le Règlement sanitaire international (2005) est un règlement aux termes de l'article 21 de la Constitution et qu'il fait obligation aux Etats Parties de notifier tout cas de poliomyélite dû au poliovirus sauvage, le moyen le plus cohérent et le plus efficace de parvenir à un consensus international sur les stratégies à long terme de gestion du risque d'une réintroduction du poliovirus ou d'une réémergence de la poliomyélite pourrait être d'établir et d'adopter une annexe au Règlement sanitaire international.

10. **Etablissement d'un calendrier pour la mise en route d'un processus intergouvernemental relatif à la gestion des risques à long terme associés au poliovirus.** Pour réduire au maximum les risques à long terme associés au poliovirus, il faudrait interrompre l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral aux fins de la vaccination systématique dès que possible après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans le monde, tant que l'immunité de la population et la sensibilité de la surveillance demeurent élevées. Il convient de noter qu'un délai d'au moins trois ans peut s'écouler entre le moment où l'Assemblée de la Santé décide d'élaborer une nouvelle annexe au Règlement sanitaire international (2005) et l'entrée en vigueur de cette annexe. Dans ces conditions, le processus intergouvernemental requis devrait être mis en route dès que l'interruption de la transmission de tous les poliovirus sauvages à l'échelle mondiale apparaîtra hautement probable. Sachant que de tous les sérotypes, le poliovirus de type 1 est celui dont la transmission est la plus difficile à interrompre, mais qu'il a peu de chances de circuler sans être détecté pendant plus de six mois lorsque la surveillance est efficace, le processus intergouvernemental pourrait débiter six mois à peine après qu'ait été détecté le dernier cas de poliomyélite paralytique dû à un poliovirus sauvage circulant de type 1.

## MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

11. Le Conseil exécutif est invité à examiner le projet de résolution suivant :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication ;<sup>1</sup>

RECOMMANDE à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :<sup>2</sup>

La Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur la poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication ;

Rappelant que, dans la résolution WHA60.14, les Etats Membres où la poliomyélite reste présente, en particulier les quatre pays où elle est endémique, sont instamment invités à intensifier les activités d'éradication de la poliomyélite afin d'interrompre rapidement la transmission résiduelle du poliovirus sauvage ;

Reconnaissant la nécessité de réunir rapidement les ressources financières requises pour éradiquer la poliomyélite et réduire au maximum les risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage ;

Reconnaissant la nécessité de coordonner à l'échelle internationale les stratégies à mettre en oeuvre pour réduire au maximum et gérer les risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage partout dans le monde ;

Notant que la planification en vue d'un tel consensus international doit commencer le plus tôt possible après l'interruption, partout dans le monde, de la transmission du poliovirus sauvage ;

1. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres où la poliomyélite reste présente à mobiliser à tous les niveaux les instances politiques et la société civile de manière à s'assurer que tous les enfants soient régulièrement atteints et vaccinés lors de chaque tournée supplémentaire de vaccination antipoliomyélitique, de sorte que soit rapidement interrompue la transmission résiduelle du poliovirus sauvage ;

2. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres :

1) à renforcer la surveillance active de la paralysie flasque aiguë afin de détecter rapidement tout poliovirus sauvage circulant et à se préparer à la certification de l'éradication de la poliomyélite ;

---

<sup>1</sup> Document EB122/6.

<sup>2</sup> Voir le document EB122/6 Add.1 pour les incidences financières et administratives qu'aura cette résolution pour le Secrétariat.

- 2) à mener à leur terme les activités prévues au titre de la phase I du plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire<sup>1</sup> et à se préparer à prendre des mesures appropriées de précaution et de confinement à long terme pour les poliovirus sauvages résiduels 12 mois au plus après la détection du dernier cas de poliomyélite causé par un virus sauvage circulant ;
  - 3) à atteindre rapidement et à maintenir une couverture vaccinale antipoliomyélitique systématique des enfants supérieure à 80 % ;
  - 4) à mobiliser rapidement les ressources financières nécessaires pour éradiquer la poliomyélite et réduire au maximum les risques d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage ;
3. PRIE le Directeur général :
- 1) de continuer à fournir un appui technique aux derniers pays où la poliomyélite reste présente dans le cadre de leurs efforts visant à interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage ;
  - 2) d'aider à mobiliser les ressources financières nécessaires pour mettre pleinement en oeuvre l'effort intensifié d'éradication et veiller à ce que les risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite soient réduits au maximum ;
  - 3) d'entreprendre les recherches nécessaires pour déterminer tous les risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite et élaborer des stratégies et produits appropriés pour la gestion de ces risques, y compris des procédés plus sûrs de production de vaccins antipoliomyélitiques inactivés et des stratégies en permettant l'utilisation pour un coût abordable ;
  - 4) de soumettre un rapport à l'Assemblée de la Santé dès qu'elle aura établi que la transmission du poliovirus sauvage de type 1 pourrait avoir été interrompue à l'échelle mondiale et de joindre à ce rapport une proposition pour la mise en route d'un processus intergouvernemental visant à ajouter au Règlement sanitaire international (2005) une annexe relative à la gestion à long terme des risques d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite.

= = =

---

<sup>1</sup> Deuxième édition, document WHO/V&B/03.11.