



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

Rapport du Secrétariat

1. En 1988, alors que le nombre des pays d'endémie dépassait 125, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté, par sa résolution WHA41.28, l'objectif de l'éradication mondiale de la poliomyélite. Dans sa résolution WHA59.1, elle a instamment invité les derniers Etats Membres dans lesquels la poliomyélite est endémique à donner suite à leur engagement d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage et tous les Etats Membres exempts de poliomyélite à prendre rapidement des mesures de riposte en cas de détection des poliovirus circulants.
2. En 2006, le poliovirus sauvage subsiste en Afghanistan, en Inde, au Nigéria et au Pakistan, c'est-à-dire dans quatre pays seulement, le nombre le plus faible des pays d'endémie jamais enregistré. Ces quatre pays regroupent 92 % de tous les nouveaux cas de poliomyélite enregistrés en 2006 (jusqu'au 17 octobre). En Afghanistan (28 cas en 2006 au 17 octobre), l'aggravation de l'insécurité dans la Région méridionale a contribué à une nouvelle flambée car l'accès aux enfants a été davantage entravé au cours des campagnes de vaccination antipoliomyélitiques. Le Président afghan a mis sur pied un groupe national d'action contre la poliomyélite de façon à permettre à son bureau de surveiller directement les stratégies visant à améliorer l'accès à l'ensemble de la population. Le Pakistan (24 cas au 17 octobre) synchronise ses campagnes avec l'Afghanistan afin d'arriver à une couverture maximale aussi bien dans les zones peu sûres que dans celles où des groupes traversent la frontière entre les deux pays. En Inde (383 cas au 17 octobre), deux Etats – le Bihar et l'Uttar Pradesh – continuent d'être confrontés à une transmission endémique. Au Bihar, la transmission du poliovirus est en passe d'être interrompue. Dans l'ouest de l'Uttar Pradesh, des mesures ont été prises pour combler le fossé en matière de couverture vaccinale qui a conduit à une nouvelle flambée en 2006. Au Nigéria (902 cas au 17 octobre), le poliovirus sauvage n'est présent que dans les Etats du nord où la transmission endémique reste la plus intense au monde ; des « journées de vaccination Plus » ont été introduites en mai 2006 offrant, en plus de l'administration du vaccin antipoliomyélitique oral, d'autres vaccins et d'autres interventions sanitaires afin d'améliorer la participation communautaire.
3. En 2006, les 8 % restants des nouveaux cas de poliomyélite ont été enregistrés dans des pays où le poliovirus a été réintroduit. Des poliovirus originaires de l'Inde ont provoqué des flambées en Angola, au Bangladesh, en Namibie, au Népal et en République démocratique du Congo. Des poliovirus originaires du nord du Nigéria ont entraîné des cas ou des flambées au Cameroun, en Ethiopie, en Indonésie, au Kenya, au Niger, en Somalie et au Yémen. L'application rapide des mesures préconisées dans la résolution WHA59.1 a permis de réduire sensiblement l'ampleur et la durée des récentes flambées.

4. Afin de réduire le risque d'une poursuite de la propagation internationale du poliovirus sauvage en 2006, les pays considérés comme fortement exposés à des cas importés (en raison de précédents cas importés ou d'une frontière commune avec des zones où le poliovirus circule) ont introduit des campagnes supplémentaires contre la poliomyélite. Afin de protéger les voyageurs individuels, l'OMS met à jour ses conseils sur les voyages internationaux et la santé¹ de façon à recommander que tous les voyageurs se rendant dans des pays où l'on sait que le poliovirus circule soient pleinement vaccinés contre la poliomyélite conformément à la politique nationale de vaccination de leur pays d'origine. Afin de réduire le risque de poliomyélite pour les pèlerins se rendant au Hadj et à l'Umrah, le Ministère saoudien de la Santé a promulgué une directive exigeant que tous les voyageurs de moins de 15 ans provenant de pays où le poliovirus circule ou a récemment circulé et tous les Nigériens, quel que soit leur âge, prouvent qu'ils ont été vaccinés avant d'obtenir un visa d'entrée.

5. En 2006, d'importants progrès ont été réalisés concernant la préparation de la période qui suivra l'éradication, notamment la mise au point des stratégies visant à réduire au maximum et à gérer les risques à long terme qui pourraient remettre l'éradication en cause. En particulier, l'OMS a diffusé son projet de troisième édition du plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire² pour obtenir des observations ; en outre, les procédures de fonctionnement types concernant les stocks de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents au cours de la période suivant l'éradication et l'abandon du vaccin oral sont actuellement examinées par le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite.

PROBLEMES QUI SE POSENT

6. **Interruption de la transmission du poliovirus sauvage endémique en Afghanistan, en Inde, au Nigéria et au Pakistan.** Pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage autochtone dans les derniers réservoirs qui subsistent, il faudra mener à bien sept à huit tournées supplémentaires de vaccination antipoliomyélitique dans les zones touchées en utilisant selon qu'il conviendra des vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents ou trivalents, plus de 95 % des enfants devant être vaccinés au cours de chaque intervention. Pour organiser rapidement des activités permettant d'atteindre ce niveau de couverture, il faudra que les dirigeants politiques s'engagent afin de mobiliser et de gérer les ressources nécessaires de nombreux ministères et d'élargir la participation des communautés touchées pour que tous les sous-groupes soient atteints. Sur la base de l'expérience récemment acquise dans les pays d'endémie et dans ceux où le virus a été réintroduit, il faudra plus de 12 mois pour interrompre la transmission dans les dernières zones d'endémie. Dans les zones où règne l'insécurité, la négociation de « journées de tranquillité » faciliterait l'accès aux enfants à vacciner contre la poliomyélite.

7. **Limiter le risque de propagation internationale du poliovirus sauvage.** Pour réduire au maximum le risque de réintroduction du poliovirus sauvage dans des zones exemptes de poliomyélite par le biais de sujets infectés asymptomatiques, le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite a recommandé que tous les voyageurs en provenance de zones où le poliovirus circule soient entièrement vaccinés contre la poliomyélite avant leur départ. A cette fin, le Comité a préconisé qu'une recommandation permanente soit formulée sur la vaccination antipoliomyélitique des voyageurs en provenance de zones où le poliovirus circule dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) après son entrée en vigueur en juin 2007. Ces mesures complètent les

¹ *International Travel and Health: situation as on 1 January 2006*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 (version française en préparation).

² Deuxième édition 2003 : document WHO/V&B/03.11.

recommandations actuelles du Comité visant à réduire au maximum les conséquences de l'introduction du poliovirus sauvage en maintenant une couverture vaccinale systématique élevée contre la maladie dans tous les pays et en menant des campagnes de vaccination antipoliomyélitiques dans les zones jouxtant les parties de l'Inde et du Nigéria où le poliovirus circule.

8. **Assurer le financement nécessaire pour interrompre la transmission du poliovirus endémique et préparer la période qui suivra l'éradication.** Un financement supplémentaire de US \$390 millions est nécessaire pour 2007-2008, dont US \$100 millions pour les activités au cours du premier semestre 2007 (chiffres au 20 octobre 2006).

9. **Entamer une procédure pour réduire au maximum et gérer les risques d'une réémergence de la poliomyélite après l'éradication.** Une fois que la transmission du poliovirus sauvage aura été interrompue dans le monde entier, la poliomyélite peut survenir à nouveau, principalement a) en cas d'émergence de poliovirus circulants dérivés du vaccin à la suite de la poursuite de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral pour la vaccination systématique et b) en cas de réintroduction dans la population de poliovirus sauvages ou dérivés du vaccin provenant d'un site de fabrication de vaccins, d'un établissement de recherche ou d'un laboratoire chargé du diagnostic. Pour réduire au maximum les risques et les gérer, il faut arriver à un consensus international sur l'emploi à long terme des vaccins antipoliomyélitiques et sur le confinement biologique des matériels infectieux et potentiellement infectieux contenant des poliovirus. La planification doit commencer en 2007 pour que les politiques nationales et internationales nécessaires pour réduire au maximum les risques d'une réémergence de la poliomyélite après l'éradication et gérer ces risques soient mises au point en temps opportun. Du point de vue normatif, on pourrait envisager par exemple d'ajouter une annexe supplémentaire au Règlement sanitaire international (2005), du moment qu'il est déjà question de la poliomyélite à l'annexe 2 à propos de la notification de certaines maladies.

MESURES A PRENDRE PAR LE CONSEIL EXECUTIF

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

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur l'éradication de la poliomyélite ;¹

RECOMMANDE à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé l'adoption de la résolution suivante :

La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé,

Ayant examiné le rapport sur l'éradication de la poliomyélite ;

Rappelant la résolution WHA59.1, invitant instamment les Etats Membres où la poliomyélite est endémique à donner suite à leur engagement d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage ;

¹ Document EB120/4.

Reconnaissant que le poliovirus ne sévit plus à l'état endémique que dans des zones géographiquement délimitées de quatre pays ;

Reconnaissant la nécessité d'un consensus international sur les politiques à long terme pour réduire au maximum et gérer les risques d'une réémergence de la poliomyélite après l'éradication ;

Notant que la planification en vue d'un tel consensus international doit commencer dans un proche avenir ;

1. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres où la poliomyélite reste présente :

1) à mettre en place des dispositifs pour informer régulièrement le chef de l'Etat ou le chef du gouvernement des progrès accomplis et des besoins du programme afin de renforcer l'engagement politique en faveur des activités d'éradication de la poliomyélite au niveau des Etats/provinces et des districts et d'associer les dirigeants locaux et les membres des dernières populations touchées par la poliomyélite à leur action afin d'assurer l'acceptation complète des campagnes de vaccination antipoliomyélitiques et la pleine participation à ces campagnes ;

2) à intensifier les activités d'éradication de la poliomyélite afin d'interrompre rapidement la transmission résiduelle du poliovirus sauvage ;

2. INVITE INSTAMMENT tous les Etats Membres :

1) à se protéger contre l'importation et la propagation internationale des poliovirus sauvages en examinant et, au besoin, en mettant à jour la politique nationale recommandant la vaccination contre la poliomyélite des voyageurs en provenance de zones où le poliovirus circule ;

2) à réviser la politique et la législation nationales sur la vaccination des voyageurs en provenance de zones où le poliovirus circule, conformément aux recommandations temporaires ou permanentes qui pourraient être formulées en vertu du Règlement sanitaire international (2005) une fois qu'il sera entré en vigueur ;

3) à réduire les conséquences potentielles de l'importation du poliovirus sauvage en obtenant et en maintenant une couverture vaccinale antipoliomyélitique systématique supérieure à 90 % et, le cas échéant, en menant des activités de vaccination supplémentaires ;

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

5) à se préparer au confinement biologique à long terme des poliovirus par la mise en oeuvre des mesures énoncées dans le cadre des phases 1 et 2 de l'édition

actuelle du plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire ;¹

3. PRIE le Directeur général :

- 1) de continuer d'apporter un appui technique aux derniers Etats Membres où la poliomyélite reste présente dans le cadre de leurs efforts visant à interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage ;
- 2) de contribuer à la mobilisation de ressources financières pour éradiquer la poliomyélite dans les dernières zones où le poliovirus circule et de réduire au maximum les risques de réémergence de la maladie après son éradication ;
- 3) de continuer à collaborer avec les autres organisations du système des Nations Unies sur les questions de sécurité, par des dispositifs comme les « journées de tranquillité » dans les zones où un meilleur accès aux enfants s'impose pour que tous puissent être vaccinés ;
- 4) d'entamer la procédure en vue de l'élaboration éventuelle d'une recommandation permanente, en vertu du Règlement sanitaire international (2005), sur la vaccination antipoliomyélitique des voyageurs en provenance de zones où le poliovirus circule ;
- 5) de soumettre à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé des propositions visant à réduire au maximum les risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus ou d'une réémergence de la poliomyélite après son éradication, en parvenant à un consensus international sur l'utilisation à long terme des vaccins antipoliomyélitiques et sur le confinement biologique des matériels infectieux et potentiellement infectieux contenant des poliovirus.

= = =

¹ Document WHO/V&B/03.11 (deuxième édition).