



## **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, la transmission du poliovirus sauvage autochtone n'avait pas été interrompue 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 regroupaient 94 % de tous les nouveaux cas de poliomyélite enregistrés en 2006 (jusqu'au 27 février 2007). En Afghanistan (31 cas), 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 (40 cas) 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 (672 cas), deux Etats – le Bihar et l'Uttar Pradesh – continuent d'être confrontés à une transmission endémique. Dans l'ouest de l'Uttar Pradesh, les lacunes en matière de couverture vaccinale ont conduit à une nouvelle flambée en 2006. Au Nigéria (1119 cas), 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 6 % 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, au Tchad 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 d'intensifier les efforts visant à interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus sauvage autochtone en Afghanistan, en Inde, au Nigéria et au Pakistan, le Directeur général

a convoqué d'urgence une consultation des parties prenantes sur l'éradication de la poliomyélite (Genève, 28 février 2007). Les participants ont réaffirmé les arguments techniques, humanitaires et économiques en faveur de l'éradication. Les pays d'endémie, les donateurs et les autres partenaires de l'éradication se sont engagés à conjuguer leurs efforts pour surmonter rapidement les derniers obstacles opérationnels et financiers à l'extension de la couverture vaccinale antipoliomyélitique à tous les enfants par des activités de vaccination supplémentaires. Les participants ont examiné les nouvelles approches suivies afin de supprimer des obstacles opérationnels spécifiques dans chacun des quatre pays et relevé que ceux-ci avaient consacré d'importantes ressources financières internes à l'effort d'éradication. La réunion a instamment invité la communauté internationale des donateurs à allouer rapidement des fonds supplémentaires à l'éradication de la poliomyélite et à veiller à en plaider la cause en insistant sur la nécessité de la mener à bien devant les principales instances internationales du développement au cours des prochains mois. Il a été convenu qu'à la fin de 2007, la couverture vaccinale antipoliomyélitique et l'immunité dans les zones d'endémie devraient au moins atteindre le même niveau que dans les zones exemptes de poliomyélite de chacun des pays d'endémie et qu'un tel niveau devrait être maintenu aussi longtemps qu'il le faudrait pour stopper la circulation du poliovirus.

5. 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 santé<sup>1</sup> 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 voyageurs en provenance de l'Afghanistan, de l'Inde, du Nigéria et du Pakistan, quel que soit leur âge, prouvent qu'ils ont été vaccinés avant d'obtenir un visa d'entrée.

6. 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 laboratoire<sup>2</sup> 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

7. **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, la couverture vaccinale et l'immunité des enfants doivent au moins atteindre le même niveau que dans les zones exemptes de poliomyélite de ces pays. Il faudra

---

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

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

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 et des approches ciblées pour que plus de 95 % des enfants soient vaccinés au cours de chaque intervention. Pour organiser rapidement des activités permettant d'atteindre ce niveau de couverture, il faudra que les dirigeants locaux et nationaux 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. Dans les zones où règne l'insécurité, la négociation de « journées de tranquillité » faciliterait l'accès aux enfants à vacciner contre la poliomyélite.

8. **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. Le Conseil exécutif, à sa cent vingtième session, a adopté la résolution EB120.R1 qui contient une résolution, qu'il est recommandé à l'Assemblée de la Santé d'adopter, invitant instamment les Etats Membres à mettre en oeuvre cette politique et priant en outre le Directeur général d'entamer la procédure d'une recommandation permanente en vue de l'élaboration éventuelle à cet effet en vertu du Règlement sanitaire international (2005), après son entrée en vigueur en juin 2007. Ces mesures complètent les 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.

9. **Assurer le financement nécessaire pour interrompre la transmission du poliovirus endémique et préparer la période qui suivra l'éradication.** Un financement supplémentaire de US \$575 millions est nécessaire pour 2007-2008, dont US \$100 millions pour les activités au cours du premier semestre 2007 (chiffres au 27 février 2007).

10. **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 du Règlement à propos de la notification de certaines maladies.

## MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

11. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R1.