



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.¹

2. Le 25 février 2008, les deux pays d'endémie poliomyélitique et ceux où le virus s'est réintroduit avaient bien avancé vers l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage depuis que les efforts ont été intensifiés en février 2007. En 2007, le nombre de cas de poliomyélite a diminué de 63 % par rapport à l'année précédente, et le nombre de cas dus au poliovirus sauvage de type 1, le plus dangereux des deux sérotypes restants, a diminué de 84 %. L'absence de poliovirus de type 1 dans la partie occidentale de l'Etat de l'Uttar Pradesh en Inde est particulièrement notable car c'est la seule zone en Inde où la transmission autochtone du virus n'a jamais été interrompue. Les autres grands progrès en 2007 sont une baisse globale de 76 % du nombre de cas dans le nord du Nigéria, le rétrécissement de la zone de transmission du poliovirus sauvage en Afghanistan et au Pakistan, et l'interruption de la transmission du poliovirus importé dans 25 des 27 pays où il avait été réintroduit entre 2003 et 2007.

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).

¹ http://www.polioeradication.org/content/publications/TheCase_FINAL.pdf.

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'éradication¹ pour administrer à tous les enfants des doses multiples du vaccin antipoliomyélitique oral approprié, surtout dans les zones où les échéances fixées pour la fin de 2007 n'ont pas toutes été atteintes. Les efforts se concentrent sur le sud de l'Afghanistan ; les 72 secteurs les plus risqués (sur un total de 433 secteurs) de l'Etat du Bihar en Inde ; les circonscriptions administratives à haut risque des Etats du nord du Nigéria où la transmission du poliovirus sauvage n'a jamais été interrompue (en particulier dans les Etats de Borno, Jigawa, Kano, Katsina, Kebbi et Sokoto) ; et la Province North-West Frontier et de vastes régions du Sindh et du Baloutchistan au Pakistan. Toutes les mesures nécessaires pour endiguer d'éventuelles flambées devront être prises en Angola et au Tchad, où la transmission de virus importés continue depuis 2005 et 2003 respectivement. 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 laboratoire² (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 du fait de la poursuite de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral. On estime actuellement que, dans le monde, le risque annuel de telles flambées est compris 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, du fait de la poursuite de l'administration du 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 chronique³ sans que cela n'ait jamais été associé à de quelconques cas secondaires ;

¹ Conclusions et recommandations du Comité consultatif sur l'Eradication de la Poliomyélite, Genève, 27-28 novembre 2007. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2008 (sous presse).

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

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

- 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 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.¹

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 cas 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 de poursuivre les vaccinations systématiques après l'arrêt synchronisé de l'administration du 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 au moyen de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux, les pays à faible revenu qui le souhaitent 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, sur l'utilisation d'adjuvants et d'autres souches de semences en vue de la production de vaccins antipoliomyélitiques inactivés et sur l'optimisation des procédés de fabrication de ces vaccins. 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 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 : conventions et accords, règlements et

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

recommandations. 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 Conseil exécutif s'est vu proposer à sa cent vingt-deuxième session en janvier 2008 qu'un projet d'annexe au Règlement soit rédigé et négocié pour 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. Après de longues délibérations, le Conseil a adopté la résolution EB122.R1 intitulée « Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication », dans laquelle il recommande à l'Assemblée de la Santé d'adopter un projet de résolution par lequel elle prie le Directeur général de soumettre « une ou plusieurs propositions, soumises à l'examen du Conseil exécutif, concernant un dispositif permettant d'atténuer le risque d'une réintroduction du poliovirus ».

10. **Etablissement d'un calendrier pour la mise en place de dispositifs permettant de réduire au maximum les 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. Les activités coordonnées visant à réduire au maximum les risques à long terme associés au poliovirus devraient commencer 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, les dispositifs de coordination des stratégies internationales de gestion des risques pourraient être mis en place six mois à peine après qu'aura été détecté le dernier cas de poliomyélite paralytique dû à un poliovirus sauvage circulant de type 1.

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

11. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution figurant dans la résolution EB122.R1.

= = =