



Poliomyélite : intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Rapport du Secrétariat

1. En 2008, dans sa résolution WHA61.1, l'Assemblée mondiale de la Santé a prié le Directeur général d'élaborer une nouvelle stratégie visant à renforcer la lutte en faveur de l'éradication de la poliomyélite. En conséquence, le plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été lancé en juin 2010 et, conformément à la recommandation du Conseil exécutif,¹ un comité de suivi indépendant a été chargé de suivre l'évolution de la situation en se référant aux grandes étapes du plan stratégique. Le présent rapport fait le point à mi-novembre 2011 sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les grandes étapes du plan stratégique et les difficultés rencontrées en cours de route, résume les préoccupations du comité de suivi indépendant concernant les risques menaçant l'éradication et propose de nouvelles étapes pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

2. Jusqu'au 8 novembre, les cas de poliomyélite paralytique en 2011 dus au poliovirus sauvage avaient diminué de 34 % comparativement à la période correspondante de 2010 (505 cas contre 767).² La diminution a été de 35 % (444 cas contre 692) pour les cas dus au poliovirus sauvage du sérotype 1 et de 18 % pour ceux dus au poliovirus sauvage du sérotype 3 (61 cas contre 75).

3. Parmi les quatre pays qui restent confrontés à une transmission endémique du poliovirus sauvage, seule l'Inde est en passe d'atteindre la grande étape de l'arrêt de la circulation du virus à fin 2011, le début de la paralysie chez le cas le plus récent remontant au 13 janvier 2011. Au Nigéria, le nombre de cas a quadruplé en 2011 comparativement à la même période en 2010, avec de nouveaux cas enregistrés dans plusieurs États du nord, surtout Kano, Kebbi et Borno (42 cas contre 10 lors de la période correspondante en 2010). La situation en Afghanistan et au Pakistan est tout aussi alarmante, puisque l'on a enregistré en 2011 une augmentation du nombre de cas de 135 % et de 22 % respectivement, par rapport à la période correspondante de 2010 (47 cas contre 20 en Afghanistan, et 136 cas contre 111 au Pakistan). Parmi les quatre pays ou territoires où la transmission du poliovirus a été « rétablie », seul le Soudan du Sud est en passe d'atteindre le but fixé pour fin 2010, le début de la paralysie chez le cas le plus récent remontant au 27 juin 2009. Si le nombre des nouveaux cas a sensiblement diminué en Angola en 2011 par rapport à 2010, la grande étape fixée pour fin 2010 n'a

¹ Documents EB126/2010/REC/2, procès-verbal de la treizième séance, section 4A, et EB128/35 Add.1, section C.

² Données disponibles sur le site : www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx (consulté le 1^{er} novembre 2011). Toutes les données concernant les cas sont notifiées à l'OMS par les systèmes nationaux de surveillance de la paralysie flasque aiguë.

pu être atteinte et le début de la paralysie chez le cas le plus récent remonte au 7 juillet 2011. La République démocratique du Congo et le Tchad continuent toutefois d'être confrontés à une transmission intensive et la situation est rendue plus complexe par les flambées majeures résultant de nouvelles importations du poliovirus sauvage en 2010.

4. Depuis janvier 2010, 19 pays ont enregistré des flambées de poliomyélite en raison de la présence du poliovirus sauvage ou de nouvelles importations. Une de ces flambées, à la frontière entre le Kenya et l'Ouganda, est active depuis la confirmation du cas indicateur il y a plus de 12 mois. Douze des 19 flambées ont été stoppées dans les six mois suivant la confirmation du cas indicateur. Six autres se poursuivent, mais depuis moins de six mois à fin octobre 2011, à savoir celles de la Chine (18 cas), de la Côte d'Ivoire (35 cas), de la Guinée (2 cas), du Mali (8 cas), du Niger (1 cas) et de la République centrafricaine (2 cas).¹ Tous les poliovirus récemment importés dans les pays de la Région africaine présentent un lien génétique avec le virus provenant du nord du Nigéria. Le virus détecté en Chine provient du Pakistan.

5. Depuis décembre 2010, le comité de suivi indépendant se réunit chaque trimestre et formule des recommandations à l'intention des chefs de secrétariat des principaux partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et de la Fondation Bill & Melinda Gates. En avril 2011, le comité a estimé que la réalisation de l'éradication mondiale à fin 2011 était « compromise », faisant valoir qu'« on ne réussira pas à se débarrasser complètement de la poliomyélite si la lutte contre cette maladie est considérée de quelque façon comme une priorité secondaire ». Le comité a souligné que « les responsables doivent accorder une plus grande priorité à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Achever l'éradication de la poliomyélite est une urgence de santé mondiale ». Le comité a recommandé que l'Assemblée mondiale de la Santé envisage, en mai 2011, une résolution déclarant la persistance de la poliomyélite urgence sanitaire d'envergure mondiale.² Le Comité régional de l'Afrique, en août 2011, a adopté la résolution AFR/RC61/R4 demandant instamment aux États Membres de faire du maintien de la circulation du poliovirus ou de toute nouvelle infection une urgence de santé publique nationale.

6. En octobre 2011, le comité de suivi indépendant a réaffirmé que « l'éradication de la poliomyélite doit être traitée comme une urgence mondiale en matière de santé publique » et que « la poliomyélite ne pourra tout simplement pas être éradiquée à moins de lui accorder une plus grande priorité dans nombre de pays qu'elle affecte et dans le monde ». Relevant que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est confrontée à un déficit de financement de US \$535 millions jusqu'à fin 2012, le comité a déclaré : « Il convient de combler le manque de financement. En outre, l'éradication de la poliomyélite doit faire l'objet d'une plus grande attention et appropriation de la part de la sphère politique mondiale ». Il a conclu : « Nous sommes convaincus que la poliomyélite peut et doit être éradiquée. Nous sommes également persuadés qu'elle ne le sera pas si l'on reste sur la trajectoire actuelle. Il est essentiel de procéder à des changements majeurs en ce qui concerne le style, l'engagement et les obligations de rendre compte ». Soulignant les problèmes au niveau mondial, au niveau interprogrammes et dans les différents pays qu'il faut d'urgence résoudre, le comité a tout spécialement recommandé à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite « d'examiner fondamentalement les obligations de rendre compte et leur mise en application à tous les niveaux du

¹ Données disponibles sur le site : www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek.aspx (consulté le 1^{er} novembre 2011).

² Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Rapport, avril 2011. Disponible sur : www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Data&Monitoring/IMB_Report_April2011.FR.pdf.

programme ».¹ Au niveau des pays, il a souligné que le Nigéria doit « démontrer qu'il peut obtenir l'engagement soutenu des autorités politiques et des chefs traditionnels », que le Pakistan doit entreprendre « une révision stratégique fondamentale » et que des efforts doivent être consentis dans les trois pays où la transmission a été rétablie. Notant la présence constante de « flambées inattendues », il a considéré la détection d'un cas au Kenya comme « particulièrement alarmante ».

7. En réponse au rapport du comité de suivi indépendant d'octobre 2011, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a immédiatement mis en place un large programme de travail pour renforcer la responsabilisation, promouvoir l'innovation aux niveaux gestionnaire et tactique, ainsi que les outils d'éradication, assurer une évaluation critique en temps réel des plans d'éradication dans les zones infectées déterminantes, approfondir l'engagement des parties prenantes et réduire les risques de flambées. Sensible à l'évolution du comité de suivi selon laquelle un risque élevé subsiste de ne pas atteindre l'étape de l'interruption totale de la transmission du poliovirus sauvage au niveau mondial à fin 2012, et en particulier au Pakistan, l'Initiative a entrepris un effort de planification et de budgétisation pour prolonger l'effort d'éradication intensifié jusqu'en 2013. Le plan actualisé pour 2012-2013 et au-delà sera établi sur la base d'un examen indépendant du programme tirant les enseignements de 2010-2011, des constatations du comité de suivi indépendant et de l'impact que pourraient avoir les nouveaux outils et tactiques sur l'éradication. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continue de s'engager aux côtés de la communauté internationale du développement pour mobiliser rapidement le financement nécessaire et éviter l'annulation des activités essentielles pour l'éradication.

8. Dans son rapport de novembre 2011, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a approuvé les conclusions du comité de suivi indépendant et déclaré sans équivoque « que le risque d'un échec des efforts visant à mener à bien l'éradication mondiale de la poliomyélite constitue une urgence programmatique de dimension mondiale pour la santé publique et ne saurait en aucun cas être accepté. Un échec ne conduirait pas seulement à une résurgence rapide de la maladie provoquant la paralysie irréversible ou le décès de milliers d'enfants chaque année, mais représenterait aussi l'échec de la santé publique le plus coûteux de l'histoire. Il aurait des effets désastreux sur l'ensemble des efforts de vaccination dans le monde et sur les soins de santé primaires dont la crédibilité serait gravement atteinte auprès des donateurs et des parties prenantes ». Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a souligné que l'éradication de la poliomyélite doit être une préoccupation pour chaque individu, chaque groupe et chaque organisation intervenant dans le domaine de la vaccination.

9. Pour accélérer l'effort global en faveur de l'éradication, une nouvelle stratégie plus efficace est envisagée, associant l'éradication de la transmission résiduelle du poliovirus sauvage à la stratégie de l'assaut final contre la poliomyélite visant à combattre les poliovirus dérivés de souches vaccinales, mais uniquement après la certification de l'éradication du poliovirus sauvage. La nouvelle stratégie se fonde sur de nouveaux tests diagnostiques pour les poliovirus dérivés de souches vaccinales, la disponibilité d'un vaccin oral bivalent contre le poliovirus et de nouvelles approches à faible coût pour l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique inactivé. Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a approuvé l'idée fondamentale de la nouvelle stratégie : en résumé, le retrait des poliovirus Sabins des programmes de vaccination doit intervenir par étapes en commençant par le retrait à court terme du poliovirus Sabin de type 2, particulièrement problématique, suivi par le retrait

¹ Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Rapport, octobre 2011. Disponible sur : www.polioeradication.org/Portals/O/Document/Aboutus/Governance/IMB/4IMBMeeting/IMBReportOctober2011_FR.pdf.

des autres sérotypes après la certification mondiale de l'éradication du poliovirus sauvage.¹ Cette approche pourrait faciliter l'éradication des poliovirus sauvages de types 1 et 3 qui subsistent (en remplaçant tous les vaccins oraux trivalents contre le poliovirus par le vaccin oral bivalent plus efficace) et permettrait de prendre des mesures de lutte contre tout nouveau poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche de vaccin alors que la capacité mondiale de surveillance et d'action reste maximale. Une planification poussée sera nécessaire pour un passage synchronisé au plan mondial du vaccin trivalent au vaccin bivalent pour la vaccination systématique et, éventuellement pour l'introduction d'une ou plusieurs doses de vaccin antipoliomyélitique inactivé. En 2012, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination formulera des recommandations sur la mise en œuvre effective de cette stratégie sur la base de larges consultations regroupant toute une série de domaines.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

10. Le Conseil exécutif est invité à examiner le projet de résolution ci-après :

Le Conseil exécutif,

Ayant examiné le rapport sur la poliomyélite : intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite,²

RECOMMANDE à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé d'adopter la résolution suivante :³

La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé,

PP1 Ayant examiné le rapport sur la poliomyélite : intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ;

PP2 Rappelant la résolution WHA61.1, intitulée « Poliomyélite : dispositif de gestion des risques susceptibles de compromettre l'éradication », dans laquelle le Directeur général était notamment prié d'élaborer une nouvelle stratégie visant à renforcer la lutte en faveur de l'éradication de la poliomyélite et de mettre au point des stratégies appropriées pour la gestion des risques à long terme d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite, y compris de fixer une date pour l'arrêt de l'utilisation de vaccin antipoliomyélitique oral dans le cadre des programmes de vaccination systématique ;

PP3 Reconnaisant la nécessité de mobiliser rapidement les ressources financières voulues pour éradiquer les derniers poliovirus circulants et réduire le plus

¹ En 2011, cinq flambées dues à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale ont été enregistrées dans cinq pays dont quatre étaient dues au sérotype 2 ; 23 des 25 cas dus à ces poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales ont été provoqués par le virus de sérotype 2. Données disponibles sur <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek/Circulatingvaccinaderivedpoliovirus.aspx> (consulté le 27 octobre 2011).

² Document EB130/19.

³ Voir le document EB130/19 Add.1 pour les incidences financières et administratives qu'aurait pour le Secrétariat l'adoption de la résolution.

possible les risques d'une réintroduction du poliovirus et d'une réémergence de la poliomyélite après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage ;

PP4 Notant la récente conclusion du comité de suivi indépendant selon laquelle « la poliomyélite ne pourra tout simplement pas être éradiquée, à moins de lui accorder une plus grande priorité dans nombre de pays qu'elle affecte et dans le monde » et sa recommandation selon laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé devrait envisager une résolution déclarant la persistance de la poliomyélite urgence sanitaire d'envergure mondiale ;

PP5 Notant le récent rapport du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination qui « déclare sans équivoque que le risque d'un échec des efforts visant à mener à bien l'éradication mondiale de la poliomyélite constitue une urgence programmatique de dimension mondiale et ne saurait en aucun cas être accepté » ;

PP6 Reconnaissant que les États Membres doivent veiller à l'engagement de tous les niveaux politiques et de la société civile en faveur de la vaccination de tous les enfants pour éradiquer la poliomyélite ;

PP7 Notant que la faisabilité technique de l'éradication du poliovirus a été démontrée par l'application intégrale de nouvelles approches stratégiques ;

PP8 Notant que la persistance de la transmission du poliovirus où que ce soit continuera de représenter un risque pour les zones exemptes de poliomyélite tant que la transmission n'aura pas été interrompue partout dans le monde ;

1. DÉCLARE l'achèvement de l'éradication du poliovirus urgence programmatique pour la santé publique mondiale, ce qui impose la mise en œuvre intégrale des stratégies actuelles et nouvelles d'éradication, la mise en place de solides dispositifs nationaux de surveillance et de responsabilisation dans toutes les zones infectées par le poliovirus et l'application de recommandations appropriées concernant la vaccination de tous les voyageurs à destination et en provenance des zones infectées par le poliovirus ;¹

2. INVITE INSTAMMENT les États Membres qui y sont confrontés à déclarer la transmission du poliovirus « urgence de santé publique nationale », ce qui impose la mise en place et l'application intégrale de plans d'action d'urgence, à actualiser tous les six mois, jusqu'à l'interruption de la transmission du poliovirus ;

3. INVITE INSTAMMENT tous les États Membres :

1) à maintenir au sein de la population une très forte immunité contre les poliovirus par des programmes de vaccination systématique et, le cas échéant, des activités de vaccination supplémentaires ;

¹ Organisation mondiale de la Santé, 2012. *Voyages internationaux et santé*. Genève, (version française en préparation).

- 2) à rester vigilants face aux risques d'importation du poliovirus et d'émergence de poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales, en assurant et en maintenant la surveillance des poliovirus au niveau requis pour la certification ;
 - 3) à fournir d'urgence les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre pleine et constante jusqu'à fin 2013 des approches stratégiques nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage au niveau mondial, et à entreprendre la planification du financement jusqu'à fin 2018 de la stratégie de l'assaut final contre la poliomyélite ;
4. PRIE le Directeur général :
- 1) de planifier la poursuite de la mise en œuvre jusqu'en 2013 des approches pour l'éradication des poliovirus sauvages énoncées dans le plan stratégique 2010-2012 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et de toutes nouvelles tactiques jugées nécessaires pour mener à bien l'éradication ;
 - 2) de renforcer les dispositifs de responsabilisation et de surveillance pour assurer la mise en œuvre optimale des stratégies d'éradication à tous les niveaux ;
 - 3) d'entreprendre l'élaboration et la mise au point définitive rapide d'une stratégie complète pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final contre la maladie, qui exploiterait les innovations en matière de produits diagnostiques et de vaccins, informerait les États Membres du calendrier éventuel d'un passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin bivalent pour tous les programmes de vaccination systématique et établirait des scénarios budgétaires jusqu'à fin 2018 ;
 - 4) de poursuivre la mobilisation et le déploiement des ressources humaines et financières voulues pour les approches stratégiques nécessaires jusqu'en 2013 en vue de l'éradication du poliovirus sauvage et de la mise en œuvre ultérieure de la stratégie de l'assaut final contre la poliomyélite jusqu'à fin 2018 ;
 - 5) de faire rapport à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et aux deux Assemblées de la Santé suivantes, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, sur les progrès accomplis dans l'application de la présente résolution.

= = =