



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-février 2012 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. Le nombre de cas de poliomyélite paralytique dus au poliovirus sauvage a diminué de 52 % en 2011 par rapport à 2010 (649 cas contre 1352).² La diminution a été de 54 % (582 cas contre 1265) pour les cas dus au poliovirus sauvage du sérotype 1 et de 23 % pour ceux dus au poliovirus sauvage du sérotype 3 (67 cas contre 87). Parmi les quatre pays qui restent confrontés à une transmission endémique du poliovirus sauvage, l'Inde a atteint 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. Parmi les quatre pays où la transmission du poliovirus a été « rétablie », le Soudan du Sud n'a pas enregistré de cas depuis le 27 juin 2009. En Angola, le nombre de nouveaux cas a sensiblement diminué en 2011 et il se peut que la transmission ait été interrompue puisque le début de la paralysie chez le cas le plus récent remonte au 7 juillet 2011. En République démocratique du Congo et au Tchad, la transmission, intensive au début de 2011, a reculé sensiblement pendant le deuxième semestre de l'année, grâce à des mesures correctives prises par les deux pays. Dans les huit pays où des flambées de poliomyélite étaient dues à de nouvelles importations du poliovirus sauvage en 2011, toutes les flambées, sauf une au Mali, ont pu être endiguées en moins de six mois. À la mi-février 2012, trois de ces nouvelles flambées se poursuivaient, quoique depuis moins de six mois, en République centrafricaine (cas le plus récent : 8 décembre 2011), en Chine (9 octobre 2011) et au Niger (12 décembre 2011). Une

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 20 mars 2012). Toutes les données concernant les cas sont notifiées à l'OMS par les systèmes nationaux de surveillance de la paralysie flasque aiguë.

flambée apparue en 2010 s'est poursuivie en 2011 pendant plus de 12 mois dans une zone frontalière entre le Kenya (cas le plus récent : 30 juillet 2011) et l'Ouganda.

3. En revanche, en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan, les trois autres pays où la transmission du poliovirus sauvage est endémique, il y a eu augmentation sensible du nombre de nouveaux cas en 2011 par rapport à 2010, particulièrement pendant le deuxième semestre de l'année. Au Nigéria, le nombre de cas a augmenté de 185 %, notamment au nord dans les États de Kano, Jigawa, Borno et Sokoto (62 cas contre 21 pour la période correspondante en 2010, dont 44 dans les quatre États du nord susmentionnés). En Afghanistan et au Pakistan, il y a eu une augmentation du nombre de cas de 220 % et 37 %, respectivement (80 cas contre 25 en Afghanistan et 198 contre 144 au Pakistan). De plus, le Nigéria et le Pakistan étaient les seuls pays du monde où la circulation du poliovirus sauvage de type 3 était confirmée depuis septembre 2011. Le Nigéria est le seul pays du monde où s'est rétablie la transmission d'un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale. En 2011, des poliovirus sauvages originaires du Nigéria et du Pakistan ont d'autre part été associés à des flambées dans des pays auparavant indemnes de poliomyélite.

4. 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 qu'« achever l'éradication de la poliomyélite est une urgence de santé mondiale ».¹ En octobre 2011, il a réaffirmé ce point de vue mais exprimé la conviction « que la poliomyélite peut et doit être éradiquée » et souligné les problèmes au niveau mondial, au niveau interprogrammes et dans les différents pays qu'il faut d'urgence résoudre, notamment « les obligations de rendre compte et leur mise en application à tous les niveaux du programme ». En novembre 2011, le groupe stratégique consultatif d'experts de la vaccination a entériné le constat du comité de suivi indépendant, concluant 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 ». Le Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, en août 2011, a adopté la résolution AFR/RC61/R4 demandant instamment aux États Membres de faire de la persistance de la poliomyélite une urgence de santé publique nationale. À sa cent trentième session, le Conseil exécutif a examiné une version antérieure du présent rapport² et adopté le 21 janvier 2012 la résolution EB130.R10 dans laquelle il a déclaré l'achèvement de l'éradication du poliovirus urgence programmatique pour la santé publique mondiale.

5. Face à l'évolution de l'épidémiologie de la poliomyélite en 2011 et pour donner suite à la résolution EB130.R10, les Gouvernements du Nigéria et du Pakistan ont élaboré ou étoffé leurs plans nationaux d'action d'urgence en vue de l'éradication de la poliomyélite et le chef du Gouvernement de chacun des deux pays a désigné un point focal chargé de superviser les efforts nationaux et mis en place un mécanisme de suivi pour que les autorités locales soient tenues responsables des résultats et de la qualité des activités. L'Initiative a intensifié son large programme de travail à la suite de la publication en octobre 2011 du rapport du comité de suivi indépendant pour renforcer la responsabilisation, promouvoir l'innovation, 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 flambée. Un plan mondial d'action d'urgence pour 2012-2013 a été élaboré pour aider l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan à prendre des mesures correctives afin d'atteindre

¹ 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.

² Document EB130/19.

d'ici la fin de 2012 les taux de couverture nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus dans chacune des zones infectées restantes. Le plan s'inspire fortement des enseignements apportés dans toutes les zones infectées, particulièrement l'Inde, en 2010-2011, des recommandations du comité de suivi indépendant et des innovations récentes visant à renforcer la mise en œuvre et l'impact des programmes. Le plan engage également les organismes partenaires, particulièrement l'OMS et l'UNICEF, à consentir un soutien renforcé supplémentaire pour garantir la mise en œuvre de la stratégie dans les zones infectées prioritaires.

6. Dans son rapport de février 2012,¹ le comité de suivi indépendant a souligné que l'approche fondée sur l'action d'urgence devait être élargie aux zones de première ligne, particulièrement au Pakistan et au Nigéria, qui constituent « le risque le plus grave pour l'éradication mondiale ». Le comité a déclaré que « l'approche action d'urgence doit envisager toutes les mesures qui peuvent être utiles – y compris, par exemple, la possibilité d'avoir recours au Règlement sanitaire international pour limiter le risque de propagation à partir des pays touchés ». Mais, dès le premier trimestre de 2012, en raison d'une insuffisance au niveau des financements, certaines activités d'éradication d'urgence ont dû être réduites dans 24 pays à risque. L'Initiative poursuit le dialogue avec les partenaires internationaux du développement afin de combler le déficit pour 2012-2013 qui, en février 2012, s'élevait à US \$1090 millions, pour un budget total de US \$2230 millions.

7. Parallèlement à l'élaboration du Plan mondial d'action d'urgence pour la poliomyélite 2012-2013, une nouvelle stratégie à moyen terme plus efficace est envisagée, associant l'éradication de la transmission résiduelle du poliovirus sauvage à la stratégie de l'assaut final. Celle-ci consiste à s'attaquer aux 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 antipoliomyélique 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 Sabin 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 des autres sérotypes après la certification mondiale de l'éradication du poliovirus sauvage.² Cette approche pourrait faciliter l'éradication des poliovirus sauvages de types 1 et 3 qui subsistent (en remplaçant tous les vaccins oraux trivalents 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 vaccinale pendant 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 préalable d'une ou plusieurs doses de vaccin antipoliomyélique 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.

¹ Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Rapport, février 2012. Disponible sur www.polioeradication.org.

² En 2011, six flambées dues à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale ont été enregistrées dans sept pays ; cinq d'entre elles étaient dues au sérotype 2. Cinquante-six des 58 cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale ont été provoqués par le virus de sérotype 2. Données disponibles sur <http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliothisweek/Circulatingvaccinederivedpoliovirus.aspx> (consulté le 20 mars 2012).

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

8. L'Assemblée de la Santé est invitée à adopter la résolution recommandée par le Conseil exécutif dans sa résolution EB130.R10.

= = =