

Poliomyélite

Rapport du Secrétariat

1. Au moment de la rédaction de ce rapport (novembre 2015), de grands progrès continuent à être réalisés par rapport à chacun des quatre objectifs figurant dans le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 (le Plan pour la phase finale). La poliomyélite n'est plus endémique qu'en Afghanistan et au Pakistan et la transmission du poliovirus sauvage est à son niveau le plus bas de l'histoire. On constate, en effet, qu'on n'a jamais notifié aussi peu de cas dans aussi peu de pays. Dans sa résolution WHA68.3 sur la poliomyélite, adoptée en mai 2015, l'Assemblée mondiale de la Santé prend acte des progrès accomplis vers l'interruption de la transmission et le retrait progressif des vaccins antipoliomyélitiques oraux, et invite instamment les États Membres à financer et à mettre en œuvre intégralement le Plan pour la phase finale.

2. La déclaration selon laquelle la propagation internationale du poliovirus sauvage constitue une urgence de santé publique de portée internationale ainsi que les recommandations temporaires promulguées au titre du Règlement sanitaire international (2005) restent en vigueur. En septembre 2015, le Conseil de surveillance de la poliomyélite de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a fait le point des progrès accomplis et a conclu qu'il était plus probable que la transmission du poliovirus sauvage soit interrompue en 2016 qu'en 2015. Ce retard repousse à 2019 la date cible pour la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite et accroît de US \$1,5 milliard le coût de l'éradication. En octobre 2015, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'OMS a confirmé qu'il recommandait de retirer de manière coordonnée au niveau mondial, entre le 17 avril et le 1^{er} mai 2016, les vaccins antipoliomyélitiques oraux trivalents contenant la composante de type 2 pour les remplacer par des vaccins antipoliomyélitiques oraux bivalents. Il a également réaffirmé que, dans la perspective de cet événement mondial, les pays devaient absolument respecter les délais établis pour recenser les établissements qui détiennent des poliovirus de type 2 sauvages ou dérivés d'une souche vaccinale, détruire tous les matériels contenant des poliovirus de type 2 et, uniquement lorsque c'est nécessaire, confiner les poliovirus de type 2 dans des installations essentielles prévues à cet effet.

INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION DU POLIOVIRUS SAUVAGE

3. Au 20 octobre 2015, 51 cas de poliomyélite paralytique dus au poliovirus sauvage avaient été notifiés dans le monde depuis le début de l'année, contre 246 pendant la même période en 2014. Ces cas, tous notifiés en Afghanistan et au Pakistan, étaient dus au poliovirus sauvage de type 1. Le 20 septembre 2015, la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite a déclaré que le poliovirus sauvage de type 2 était éradiqué au niveau mondial. Le poliovirus sauvage de type 3 n'a pas été détecté dans le monde depuis novembre 2012.

Pays d'endémie – Afghanistan et Pakistan

4. Au Pakistan, 38 cas ont été notifiés au 20 octobre 2015, contre 209 pour la même période en 2014. En Afghanistan, 13 cas ont été notifiés, contre 12 pour le même période en 2014. Dans ces deux pays, la transmission du poliovirus sauvage sera interrompue lorsqu'on aura comblé les lacunes chroniques dans la mise en œuvre de la stratégie et lorsqu'on pourra, dans les zones infectées, vacciner les enfants auxquels il a été difficile d'accéder en raison de l'insécurité.

5. Au Pakistan, le bureau du Premier ministre supervise directement un plan national d'action d'urgence contre la poliomyélite. Aux niveaux fédéral et provincial, des centres opérationnels d'urgence assurent, presque en temps réel, le suivi des activités, la mise en œuvre de mesures correctives, et une responsabilisation et une prise en main accrues à tous les niveaux. Le plan national a surtout pour but de recenser les enfants qui échappent systématiquement à la vaccination, de déterminer pourquoi ils y échappent et de mettre en œuvre des approches spécifiques région par région afin de surmonter ces difficultés. Grâce à cela, des innovations sont mises au point et les déficits opérationnels du programme sont de plus en plus corrigés et l'accès continue à s'améliorer dans des zones auparavant inaccessibles. Néanmoins, en 2015, 80 % des cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage sont survenus au Pakistan. La couverture vaccinale reste lacunaire à Peshawar, dans la province de Khyber Pakhtunkhwa ; dans l'Agence de Khyber, dans le Waziristan du Nord et le Waziristan du Sud, dans les zones tribales sous administration fédérale ; à Karachi et dans le nord du Sindh ; et dans certaines régions du Baloutchistan.

6. En Afghanistan, des enfants échappent à la vaccination en raison de l'inaccessibilité de certaines zones et de déficits opérationnels. Les activités de vaccination, qui avaient été temporairement suspendues par les dirigeants locaux dans certaines zones de la région du Sud, ont été rétablies lorsqu'on a montré l'importance d'assurer la neutralité des efforts de santé publique. Un plan national d'action d'urgence a été établi, mais il n'est pas complètement appliqué. Il faut garantir une meilleure coordination par le biais d'un centre opérationnel d'urgence qui fonctionne mieux afin d'assurer un suivi, l'application de mesures correctives en temps voulu et la responsabilisation, pour atteindre les enfants qui échappent systématiquement à la vaccination.

Pays où la poliomyélite n'est plus endémique depuis peu – Nigéria

7. Au Nigéria, aucun cas dû au poliovirus sauvage de type 1 n'est survenu depuis le 24 juillet 2014 et le pays a donc été officiellement retiré de la liste des pays d'endémie le 25 septembre 2015.

Propagation internationale du poliovirus sauvage

8. Des épisodes de propagation internationale du poliovirus se sont encore produits en 2015, le Pakistan et l'Afghanistan ayant exporté le virus. Pour atténuer autant que possible le risque et les conséquences d'une nouvelle propagation internationale des poliovirus, il faut mettre pleinement en œuvre les stratégies d'éradication dans les zones où l'infection persiste, appliquer l'ensemble des recommandations temporaires émises par le Directeur général au titre du Règlement sanitaire international (2005) et renforcer la surveillance au niveau mondial pour faciliter une riposte rapide si de nouveaux cas surviennent. Lors de sa réunion du 10 novembre 2015, le Comité d'urgence du RSI s'est inquiété des flambées en cours dues aux poliovirus circulants des types 1 et 2 dérivés d'une souche vaccinale et de l'apparition de ces souches dans trois Régions de l'OMS en 2015, en particulier à ce stade de la phase finale. Le Comité a recommandé d'étendre les recommandations temporaires aux pays touchés par ces flambées (auparavant, les recommandations s'appliquaient seulement aux pays touchés par le poliovirus sauvage).

Poliovirus circulants de type 1 dérivés d'une souche vaccinale

9. En 2015, neuf nouveaux cas dus à un poliovirus circulant de type 1 dérivé d'une souche vaccinale, génétiquement lié à des isolats de la souche détectée pour la première fois en 2014, ont été notifiés à Madagascar. En Ukraine, deux cas, pour lesquels une paralysie est apparue le 30 juin et le 7 juillet 2015, ont été notifiés. En République démocratique populaire lao, deux cas, pour lesquels une paralysie est apparue le 7 septembre et le 7 octobre 2015, ont été notifiés en octobre 2015. À Madagascar, on continue à redoubler d'efforts au niveau national pour enrayer la circulation prolongée du virus. En République démocratique populaire lao, une riposte globale à la flambée a été lancée immédiatement après la confirmation du premier cas notifié. En Ukraine, la riposte à la flambée a commencé le 21 octobre 2015, après un retard de plusieurs semaines.

Poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale

10. Il est indispensable d'enrayer toutes les flambées dues au poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale avant le retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral, prévu en avril 2016. Au Nigéria, un cas dû à un PVDVc2 lié à une souche isolée pour la première fois en août 2014 dans des échantillons prélevés dans l'environnement, pour lequel la paralysie est apparue le 16 mai 2015, a été notifié. En Guinée, un cas dû à un PVDVc2 lié à une souche détectée pour la dernière fois dans le pays en août 2014, pour lequel la paralysie est apparue le 20 juillet 2015, a été signalé. Au Nigéria, la riposte à la flambée entre dans le cadre du plan national d'action d'urgence, supervisé par le bureau du Président. En Guinée et dans les régions frontalières du Mali, la riposte a débuté dans les deux semaines suivant la confirmation de la flambée. Une souche isolée à partir d'un cas pour lequel la paralysie est apparue en avril 2015, détecté au Soudan du Sud, est considérée comme circulante (PVDVc2) et représente donc un risque de nouvelle propagation vers des zones de conflit. Une riposte est en cours et la souche n'a plus été détectée depuis avril. Les poliovirus dérivés de souches vaccinales apparaissent seulement lorsque la couverture par la vaccination systématique est faible, ce qui montre toute l'importance de renforcer les systèmes de vaccination systématique.

11. Au premier semestre 2015, en étroite consultation avec les parties prenantes, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a effectué un examen à moyen terme des progrès entrepris dans la mise en œuvre du Plan pour la phase finale. Il a conclu que les principaux éléments stratégiques nécessaires pour éradiquer la poliomyélite étaient en place mais il a repéré des lacunes qu'il faut combler en redéfinissant les priorités, en particulier en matière de surveillance, de vaccination des enfants qui ne sont pas encore vaccinés et de renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans les zones à haut risque. Un plan global est en cours d'élaboration afin de mettre en pratique les recommandations formulées à l'issue de l'examen à moyen terme.

RETRAIT DE LA COMPOSANTE DE TYPE 2 DU VACCIN ANTIPOLIOMYÉLITIQUE ORAL

12. Le 20 septembre 2015, la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite a déclaré que le poliovirus sauvage de type 2 avait été éradiqué, le dernier cas détecté étant survenu en 1999. Le 20 octobre 2015, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a fait le point de la situation des poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale et des progrès accomplis dans la préparation du retrait progressif et coordonné des vaccins antipoliomyélitiques oraux, et il a confirmé que le retrait du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, moyennant le remplacement du vaccin trivalent par le vaccin bivalent (types 1 et 3), devrait avoir lieu entre le 17 avril et le 1^{er} mai 2016 dans tous les pays qui utilisent le vaccin trivalent.

Approvisionnement mondial en vaccins en prévision du remplacement du vaccin antipoliomyélitique trivalent par le vaccin bivalent

13. Pour préparer le remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin bivalent, tous les pays ont fait preuve d'un engagement exceptionnel en vue d'introduire le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans leurs programmes de vaccination systématique. Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a constaté que l'approvisionnement en vaccins antipoliomyélitiques inactivés avait baissé en raison de difficultés rencontrées par les fabricants pour augmenter la production. Le Groupe a conseillé de privilégier l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique inactivé en assurant l'introduction dans les zones à risque des pays des groupes 1 et 2 avant le remplacement, de maintenir les stocks de vaccins antipoliomyélitiques inactivés et de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 2 au cas où il faudrait riposter à une flambée due au poliovirus de type 2 après le retrait du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, et de réduire autant que possible les retards dans l'approvisionnement en vaccins antipoliomyélitiques inactivés ainsi que le nombre de pays concernés par ces retards. Les pays concernés par les retards sont ceux des groupes 3 et 4, où les risques sont moindres. Comme, dans ces pays, l'immunité de la population vis-à-vis du poliovirus de type 2 est élevée (grâce à une couverture toujours élevée de la vaccination systématique), le risque d'apparition et de propagation d'un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale est minime. Tous les pays devraient être approvisionnés en vaccins antipoliomyélitiques inactivés dans un délai de trois mois environ à compter du remplacement. Une vaccination de rattrapage devrait être effectuée lorsque les stocks seront suffisants.

14. Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a réaffirmé qu'un stock de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 2 devrait être constitué et maintenu afin de qu'il soit possible de riposter à une flambée, si nécessaire. Dans sa résolution WHA68.3, l'Assemblée de la Santé a approuvé une approche concernant la gestion et la mise en circulation de ce stock. L'UNICEF et l'OMS ont passé un contrat avec deux fabricants de vaccins qui ont constitué un stock mondial en gros pouvant atteindre 500 millions de doses. Avant avril 2016, 50 millions de doses seront disponibles sous forme de flacons prêts à l'emploi. Dans le cadre des préparatifs, la disponibilité de vaccins antipoliomyélitiques oraux bivalents reste garantie pour les programmes de vaccination systématique dans tous les pays d'ici au remplacement, en avril 2016.

Renforcement du remplacement systématique

15. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a lancé un programme de travail en commun avec l'Alliance GAVI et d'autres partenaires afin de soutenir les efforts destinés à renforcer la vaccination systématique dans 10 pays « cibles » pour lesquels les ressources consacrées à la poliomyélite sont importantes. Six de ces pays – l'Éthiopie, l'Inde, le Nigéria, le Pakistan, la République démocratique du Congo et le Tchad – ont établi des plans nationaux annuels de vaccination qui s'appuient sur les acquis dans le domaine de la poliomyélite pour mieux atteindre des objectifs plus larges en matière de vaccination et ont ainsi pu, dans certaines zones, faire baisser de 22 % le nombre d'enfants non vaccinés en 2014 par rapport à 2013.¹ Dans ces pays, le personnel qui s'occupe de la lutte contre la poliomyélite consacre jusqu'à 50 % de son temps à des questions relatives à la vaccination et à la santé publique en général.

¹ *Global Polio Eradication Initiative Semi-Annual Status Report, January to June 2015*, disponible à l'adresse www.polioeradication.org (consulté le 26 novembre 2015).

CONFINEMENT

16. En 2015, conformément à la résolution WHA68.3, la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite et le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination ont accéléré la mise en œuvre du plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication des poliovirus sauvages par type et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAP III). En particulier, tous les États Membres devraient achever la phase I (préparation du confinement du poliovirus de type 2), qui prévoit la constitution d'une liste des établissements qui détiennent des poliovirus, la destruction de tous les matériels contenant des poliovirus sauvages d'ici à la fin de 2015 et la destruction de tous les matériels contenant des poliovirus de type 2 souche Sabin d'ici à juillet 2016. Tous les matériels contenant des poliovirus de type 2 qui ne sont pas détruits doivent être confinés de manière sûre dans des établissements « essentiels » désignés à cet effet. Pour la mise en œuvre de la phase II (période de confinement des poliovirus de type 2), les États Membres où se trouvent des établissements essentiels (ceux destinés à la production de vaccins, à la recherche ou au stockage) doivent désigner une autorité chargée du confinement, établir des règles pour la gestion du risque biologique conformes au GAP III et certifier que les matériels contenant des poliovirus sont confinés de manière sûre. Le Secrétariat soutient les États Membres dans la mise en œuvre du plan d'action mondial.

PLANIFICATION DE LA TRANSMISSION DES ACQUIS

17. En 2015, l'accélération de la planification de la transmission des acquis s'est poursuivie. La planification de la transmission des acquis a trois objectifs. Premièrement, elle garantit que les fonctions nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite après l'éradication de la maladie (par exemple, la vaccination, la surveillance, la préparation et la riposte aux flambées et le confinement des poliovirus dans des établissements) sont intégrées dans les programmes nationaux de santé publique permanents. Deuxièmement, elle garantit que les connaissances acquises et les enseignements tirés grâce aux activités d'éradication sont partagés avec d'autres initiatives dans le domaine de la santé. Troisièmement, le cas échéant et si c'est possible, elle assure le transfert de capacités, d'actifs et de processus pour répondre à d'autres priorités sanitaires.

18. La planification de la transmission des acquis doit intervenir avant tout au niveau national. Il est indispensable que les États Membres dirigent ce processus. Si la planification est bien exécutée, les investissements consentis en faveur de l'éradication de la poliomyélite pourront, à long terme, servir à atteindre d'autres objectifs de développement. Les ressources humaines, les installations et les processus financés par l'intermédiaire de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite participent aussi, de façon non négligeable, à l'exécution de fonctions en dehors de l'éradication de la poliomyélite, en particulier dans les domaines de la vaccination, de la surveillance et des interventions d'urgence. La réussite de la planification de la transmission des acquis permettra de maintenir ces fonctions essentielles après l'arrêt du financement en faveur de l'éradication. Afin de soutenir les États Membres dans la planification de la transmission des acquis, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a mis au point des directives pour la préparation d'un plan de transition.¹

¹ *Planification héritée du programme d'éradication de la poliomyélite : directives de préparation d'un plan de transition*, révisées le 1^{er} juin 2015. Document disponible à l'adresse <http://www.polioeradication.org/Resourcelibrary/Resourcesforpolioeradicators.aspx> (consulté le 26 novembre 2015).

FINANCEMENT ET GESTION DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

19. Grâce à la générosité et au soutien sans faille de la communauté internationale qui œuvre en faveur du développement, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite avait reçu, en juin 2015, US \$2,682 milliards de contributions, auxquelles s'ajoutent des annonces de contributions pour un montant de US \$2,185 milliards, sur un budget total initial de US \$5,5 milliards pour 2013-2018. L'examen à moyen terme comporte une évaluation des besoins financiers futurs de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Ayant pris connaissance des résultats de cet examen, le Conseil de surveillance de la poliomyélite a approuvé un scénario financier révisé. En raison du retard dans l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, il a fallu prolonger d'une année les activités intenses en vue de l'éradication, ce qui a entraîné une augmentation de US \$1,5 milliard du budget nécessaire. Même si toutes les annonces de contributions se concrétisaient rapidement, il resterait un déficit financier de US \$1,996 milliard compte tenu des nouvelles nécessités budgétaires jusqu'à 2019. Les partenaires de l'Initiative ont entamé la planification financière pour la période 2016-2019 afin que le Conseil de surveillance de la poliomyélite l'approuve en février 2016.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

20. Le Conseil est invité à prendre note du rapport et à inviter instamment les États Membres à assurer pleinement la mise en œuvre de la résolution WHA68.3.

= = =