

Stratégie de l'IMEP pour lutter contre le PVDVc2 2020-2021

POLIO GLOBAL ERADICATION INITIATIVE

©Gates Archive/Prashant Panjari

Contexte

Depuis 1988, des progrès remarquables ont été accomplis en vue d'éradiquer la poliomyélite à l'échelle mondiale. Le nombre de cas de poliomyélite dus à des virus sauvages a en effet chuté de 99,9 %. Ces progrès ont été possibles grâce à l'administration à grande échelle du vaccin antipoliomyélique oral (VPO), une stratégie efficace qui a permis de protéger des millions d'enfants de la paralysie.

Outre la protection des enfants contre la paralysie, le VPO empêche la transmission interhumaine du virus, contribuant de manière déterminante aux efforts d'éradication. Cependant, dans les communautés insuffisamment vaccinées, le virus atténué contenu à l'origine dans le VPO peut circuler pendant une période prolongée et revenir, par mutation génétique, à une forme susceptible de provoquer la paralysie.

On parle alors de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc). En présence d'un PVDVc émergent, une riposte est mise en œuvre conformément aux lignes directrices internationales, de même manière que s'il s'agissait d'une flambée de poliovirus sauvage, c'est-à-dire par l'administration à grande échelle de VPO afin de renforcer rapidement l'immunité de la population. Dans le cas des flambées de PVDVc2, on utilise le VPO monovalent de type 2 pour conférer à la population une immunité au virus de type 2.

Après la certification de l'éradication des poliovirus sauvages de type 2 en 2015, les pays du monde entier ont cessé d'utiliser le vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) pour passer au vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb) pour la vaccination systématique, ce dernier ne contenant pas le virus de type 2

responsable de 90 % des flambées de PVDVc. Lorsque cette transition a été planifiée, le risque d'une recrudescence des cas de poliomyélite dus aux PVDVc2 a été examiné et modélisé avec soin. Cependant, les flambées actuelles de PVDVc2 sont plus nombreuses et de plus grande ampleur que ce qui avait été escompté et représentent un défi majeur dans la phase finale de l'éradication.

Quelques faits sur le VPO

DEPUIS 2010 :

Plus de **20 milliards** de doses ont été administrées à plus d'un milliard d'enfants

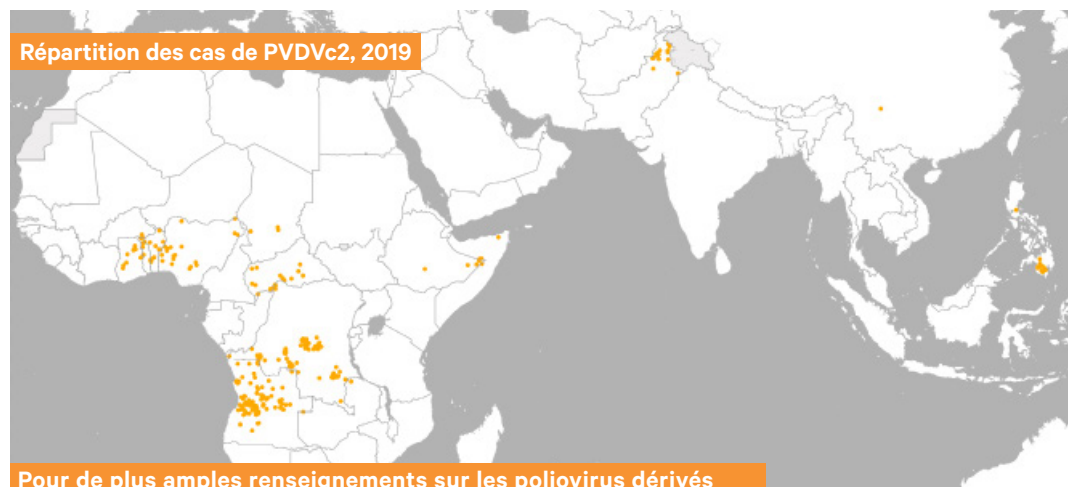
650 000 cas de paralysie ont été évités chaque année

30 000 décès ont été évités chez l'enfant

Situation actuelle

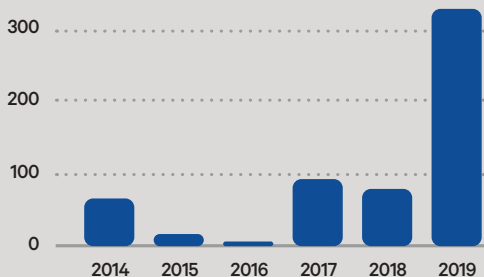
En 2020, quatre ans après la transition mondiale du VPOt au VPOb, des flambées de PVDVc2 de plus en plus nombreuses sont observées dans certaines parties d'Afrique, d'Asie du Sud-Est et du Moyen-Orient. En 2019, plus de 350 cas de PVDVc2 ont été notifiés dans 15 pays.

Ces flambées sont imputables à plusieurs facteurs, notamment au déclin de l'immunité contre le virus de type 2 chez les jeunes enfants nés après la transition, à une couverture insuffisante de la vaccination systématique, aux courants migratoires régionaux et à la qualité insuffisante des campagnes de vaccination. En outre, l'emploi du VPOm2 pour interrompre les flambées de PVDVc2 a donné naissance à de nouvelles flambées dans des zones de faible couverture se trouvant à l'intérieur ou en bordure des zones visées par les activités de riposte. Et le report d'importantes activités d'éradication de la poliomyélite en raison de la COVID-19, bien qu'il soit nécessaire, entraînera une propagation de la maladie.



Pour de plus amples renseignements sur les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale, consulter le site www.polioeradication.org

Cas de PVDVc2 dans le monde, 2014-2019



Stratégie de l'IMEP pour lutter contre le PVDVc2, 2020-2021

L'IMEP a élaboré une nouvelle stratégie globale visant à interrompre la propagation des flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) touchant actuellement certains pays d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient. Cette stratégie sert d'addendum à la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023. Alors que la riposte aux flambées dans de nombreux pays touchés est actuellement interrompue en raison de la pandémie de COVID 19, l'IMEP prend toutes les mesures possibles pour continuer à mettre en œuvre d'autres éléments de la stratégie à protéger les enfants contre la poliomyélite.

LES OBJECTIFS DE CETTE STRATÉGIE SONT LES SUIVANTS :



Optimiser les activités de riposte menées à l'aide du VPOM2, qui est actuellement le meilleur outil disponible pour combattre la poliomyélite due aux virus dérivés d'une souche vaccinale de type 2.



Accélérer la mise au point d'un nouveau vaccin – baptisé nouveau VPO2 (nVPO2) – qui pourrait constituer une alternative au vaccin actuel dans les efforts de riposte et, à terme, remplacer le VPOM2.



Renforcer la vaccination systématique en améliorant la couverture par le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans les zones à haut risque afin de protéger les enfants de la paralysie.



Veiller à ce que l'approvisionnement en VPO2 soit suffisant pour couvrir tous les enfants à risque, en utilisant au besoin des stratégies novatrices.

Étape 1

Mener une riposte énergique contre la flambée, intensifier les efforts de vaccination systématique dans les zones à haut risque jouxtant les zones touchées par la flambée et améliorer l'approvisionnement en VPOM2.

Étape 2

Si le nVPO2 est approuvé pour un usage d'urgence au titre de la procédure EUL, distribuer un premier groupe de 100 millions de doses de ce vaccin dans les zones exposées au risque le plus élevé de PVDVc2, tout en poursuivant une riposte énergique par le VPOM2 dans toutes les autres régions touchées.

Étape 3

Évaluer la disponibilité et l'efficacité du nVPO2 et utiliser les meilleurs moyens existants pour poursuivre les efforts de riposte, tout en continuant d'intensifier les activités de vaccination systématique.



©Gates Archive/Sam Phelps

Utilisation d'urgence au titre du protocole EUL (Emergency Use Listing) de l'OMS

La poliomyélite demeure une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Compte tenu de la menace croissante que représentent les flambées de PVDVc2 pour les populations vulnérables insuffisamment vaccinées, les données recueillies sur le nVPO2 ont été soumises à examen dans le cadre de la procédure EUL de l'OMS en vue d'accélérer la mise à disposition du vaccin, éventuellement avant la fin de 2020.

Le protocole EUL repose sur une analyse minutieuse et rigoureuse des données disponibles concernant la qualité, l'innocuité, l'efficacité et la performance du produit, ainsi que des données relatives à sa fabrication (par exemple, rendement et stabilité), et est conçu pour permettre une utilisation précoce et ciblée de produits non encore homologués dans le cadre d'une situation d'urgence de santé publique.

Parallèlement, des activités complètes de mise au point clinique progressent, le but ultime étant la préqualification par le OMS.

Un nouvel outil : les possibilités offertes par le nVPO2

Les partenaires de l'IMEP s'emploient activement à mettre au point un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2), qui pourrait s'avérer essentiel pour mettre fin aux flambées de PVDVc2 et qui est moins susceptible de donner naissance à de nouvelles flambées. Le nVPO2 est une version modifiée du VPO Sabin de type 2 existant, spécifiquement conçu pour améliorer la stabilité génétique du vaccin. Les études menées à ce jour laissent penser qu'il pourrait conférer aux enfants une protection comparable à celle du vaccin oral actuel, mais avec un risque beaucoup plus faible de mutation susceptible d'entraîner une paralysie.

Les résultats préliminaires des essais cliniques sur le nVPO2 sont très encourageants. Si le nVPO2 est accordé une recommandation pour un usage d'urgence au titre de la procédure EUL (voir encadré ci-contre), il pourrait être disponible avant la fin de 2020 pour combattre les flambées de PVDVc2.

L'IMEP collabore avec les équipes régionales et nationales afin de les préparer à une administration possible du nVPO2, fournissant un appui technique et une aide à la communication selon les besoins. Un cadre d'établissement des priorités a également été adopté par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'OMS (SAGE) pour veiller à ce que le vaccin nVPO2 soit introduit en premier lieu dans les zones à haut risque répondant aux critères du protocole EUL.