



Poliomyélite

Rapport du Secrétariat

1. 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.

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 plutôt qu'en 2015. Ce retard repousse à 2019 la date prévue 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 synchronisée au niveau mondial, entre le 17 avril et le 1^{er} mai 2016 dans tous les pays les utilisant, 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. Le Conseil exécutif, à sa cent trente-huitième session, a pris note d'une version antérieure du présent rapport.¹ Le texte du rapport a été actualisé et révisé à la lumière des délibérations du Conseil.

INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION DU POLIOVIRUS SAUVAGE

3. Au 17 février 2016, 74 cas de poliomyélite paralytique dus au poliovirus sauvage avaient été notifiés dans le monde, avec une paralysie apparue en 2015, contre 359 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

¹ Document EB138/25 et procès-verbaux de la cent trente-huitième session du Conseil exécutif, huitième séance, section 2.

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. Du fait de la persistance de la transmission transfrontalière, l'Afghanistan et le Pakistan continuent à être considérés comme une seule entité épidémiologique. Au Pakistan, 54 cas ont été notifiés en 2015, contre 306 en 2014. En Afghanistan, 20 cas ont été notifiés, contre 28 en 2014. Dans ces deux pays, la transmission du poliovirus sauvage sera interrompue lorsque l'on aura réussi à atteindre tous les enfants non vaccinés, que l'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. Les réservoirs restants du poliovirus sauvage sont les corridors Khyber-Peshawar-Nangarhar et Quetta-Grand Kandahar, reliant le Pakistan et l'Afghanistan, et Karachi au Pakistan. Ils sont désormais au centre des attentions afin d'intensifier les activités et d'en améliorer la qualité.

5. Au Pakistan, le nombre de cas de poliomyélite continue à diminuer. Le Bureau du Premier Ministre supervise directement un plan national d'action d'urgence contre la maladie. 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 stratégies novatrices sont mises en œuvre, les insuffisances opérationnelles du programme sont de plus en plus corrigées et l'accès continue à s'améliorer dans des zones auparavant inaccessibles. Néanmoins, en 2015, 73 % de tous les cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage dans le monde étaient survenus au Pakistan. La couverture vaccinale reste lacunaire à Karachi, dans le corridor Peshawar-Khyber et dans certaines parties de la zone de Quetta, les données attestant de la persistance de la transmission.

6. En Afghanistan, le nombre des cas de poliomyélite continue à diminuer constamment, par exemple dans la région méridionale du pays. Toutefois, la transmission se poursuit dans certains corridors à l'est et au sud, comme le révèle la détection du poliovirus sauvage chez des enfants atteints de paralysie flasque aiguë et dans des échantillons environnementaux. Bien que les programmes soient en cours d'amélioration pour réduire le nombre des enfants échappant à la vaccination dans les zones accessibles, la détérioration de la sécurité est un sujet de préoccupation, réduisant en particulier l'accès dans les régions de l'est et du nord. La vaccination, qui avait été temporairement suspendue par les dirigeants locaux dans la région du sud, a été rétablie lorsqu'on a montré l'importance d'assurer la neutralité des efforts de santé publique. Un plan national d'action d'urgence est en cours de mise en œuvre ; tous les efforts visant à recenser et combler les lacunes font l'objet d'un étroit suivi, et le pays met au point des stratégies novatrices pour atteindre les enfants partout où cela est possible et à tout moment, notamment en ciblant les zones frontalières.

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 au-delà de leur frontière commune. 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, 10 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, sept cas ont été notifiés, la paralysie étant apparue le 7 septembre 2015 pour le premier d'entre eux. Deux cas supplémentaires ont été signalés à ce jour en 2016. 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 (PVDVc2) 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, quatre cas dus à un PVDVc2 lié à une souche détectée pour la dernière fois dans le pays en août 2014 ont été signalés. Pour le premier cas, la paralysie est apparue le 20 juillet 2015. Deux cas ont aussi été notifiés au Pakistan en février 2015. Au Myanmar, deux cas dus à un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale ont été détectés. L'apparition de la paralysie a été signalée dans un cas le 5 octobre 2015, tandis que pour l'autre cas le lien a été établi rétrospectivement, l'apparition de la paralysie étant survenue dans le même village en avril 2015. 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. Au Myanmar, une riposte à la flambée a été lancée en novembre, deux campagnes ciblant des populations plus importantes ayant été organisées en décembre 2015. 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. Elle a conclu que les principaux éléments stratégiques nécessaires pour éradiquer la poliomyélite étaient en place mais elle a repéré des domaines programmatiques dont les priorités doivent être redéfinies, en particulier pour combler les lacunes dans la surveillance, atteindre les enfants qui ne sont pas encore vaccinés et renforcer la préparation et 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 des vaccins antipoliomyélitiques oraux de type 2 devrait avoir lieu entre le 17 avril et le 1^{er} mai 2016, moyennant le remplacement mondialement synchronisé du vaccin trivalent par le vaccin bivalent (types 1 et 3), dans tous les pays qui utilisent actuellement le vaccin trivalent.¹

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 au moins une dose de 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 l'immunité de la population vis-à-vis du poliovirus de type 2 est élevée dans ces pays (grâce à une couverture toujours élevée de la vaccination systématique), le risque d'apparition et de propagation d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale est minime. Tout est mis en œuvre pour garantir que tous les pays seront approvisionnés en vaccins antipoliomyélitiques inactivés d'ici la fin de 2016 ou au début de 2017. La situation en matière d'approvisionnement restera fragile tout au long de 2017. L'approvisionnement

¹ Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2015 – conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2015 : 90: 681-700 (<http://www.who.int/wer/2015/wer9050.pdf?ua=1>, consulté le 21 mars 2016).

mondial en vaccins a souffert d'autres difficultés puisqu'à la fin de février/au début de mars 2016, les fabricants ont annoncé des baisses supplémentaires importantes dans la disponibilité des produits pour 2016 et 2017 pour les marchés avec les pays pouvant bénéficier du soutien de l'Alliance GAVI. Ces réductions, ainsi que les préoccupations liées à d'éventuelles pénuries supplémentaires, les incidences qui en découlent pour les programmes et les solutions stratégiques font actuellement l'objet de discussions avec les États Membres.

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 qu'il soit possible de riposter à une flambée, si nécessaire. Dans sa résolution WHA68.3 (2015), 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 vrac pouvant atteindre 519 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.

15. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continue de suivre étroitement l'approvisionnement mondial en vaccin antipoliomyélitique inactivé et s'efforce de réduire au minimum le nombre de pays touchés (par des retards dans l'introduction et/ou des ruptures de stock du vaccin antipoliomyélitique inactivé). Les difficultés d'approvisionnement ont été aggravées par de nouveaux retards dans la production au cours du premier trimestre de 2016. Dans ce contexte, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite étudie avec les Régions de l'OMS et les États Membres la possibilité de mettre en place des stratégies visant à économiser les doses, telles que le recours à l'administration intradermique de doses fractionnées du vaccin antipoliomyélitique inactivé (un cinquième d'une dose complète). Certains États Membres se sont déjà engagés à utiliser les doses fractionnées à compter de mars 2016. L'Inde en particulier participe à cet effort, qui devrait permettre au pays de tirer le meilleur parti de l'approvisionnement disponible en vaccins et de l'optimiser (les capacités de vaccination pouvant être multipliées par cinq), garantissant ainsi pleinement l'approvisionnement en vaccins pour 2016 et 2017. Des études ont montré que deux doses fractionnées offrent aux enfants une protection supérieure à une seule dose complète.

Renforcement de la vaccination systématique

16. 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 21 mars 2016).

CONFINEMENT

17. En 2015, des progrès ont été constatés dans les efforts de confinement du poliovirus de type 2, conformément au 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 (GAPIII).¹ Au 11 février 2016, 115 pays avaient indiqué qu'ils ne détenaient pas de poliovirus sauvage de type 2 ou de poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale, 12 pays avaient signalé en détenir, 26 fournissaient des rapports, tandis que les autres n'avaient pas encore complété leurs rapports sur la destruction ou la conservation prévue du poliovirus sauvage de type 2 ou de matériels contenant le poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale, dans des établissements désignés en tant qu'établissements « essentiels », moyennant la désignation simultanée d'une autorité nationale chargée du confinement dans les pays abritant ce type d'établissements. D'ici à la fin de juillet 2016, soit trois mois après le remplacement du VPOT par le VPOB, il est prévu que les pays achèvent la deuxième partie de la phase I et fassent rapport sur la destruction ou conservation prévue de tous les matériels contenant des poliovirus de type 2 souche Sabin en suivant la même approche. Au cours de la phase II (période de confinement des poliovirus de type 2 qui a débuté en 2016), les États Membres où se trouvent des établissements essentiels (ceux destinés à la production de vaccins, à la recherche ou au stockage) doivent certifier que ces établissements respectent rigoureusement les règles de confinement décrites dans le GAPIII. Le Secrétariat soutient les États Membres afin qu'ils accélèrent rapidement leurs efforts afin d'achever la phase I et de mettre en œuvre le Plan d'action mondial.

PLANIFICATION DE LA TRANSMISSION DES ACQUIS

18. 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.

19. 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

¹ Voir http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/GAPIII_2014.pdf (document WHO/POLIO/15.05, consulté le 21 mars 2016).

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

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

20. L'examen à moyen terme comportait une évaluation des besoins financiers futurs de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et élaborait différents scénarios financiers. Le Conseil de surveillance de la poliomyélite a approuvé un scénario financier révisé qui tient compte du retard pris dans l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, d'où la nécessité de prolonger d'une année les activités intenses en vue de l'éradication. Ce scénario prévoit une augmentation de US \$1,5 milliard du budget nécessaire.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ

21. L'Assemblée mondiale de la Santé est invitée à prendre note du rapport et à appeler instamment les États Membres à assurer pleinement la mise en œuvre de la résolution WHA68.3.

= = =

¹ *Planification de la transmission des acquis du programme d'éradication de la poliomyélite : directives de préparation d'un plan de transition*, révisé le 1^{er} juin 2015. Document disponible à l'adresse <http://www.polioeradication.org/Resourcelibrary/Resourcesforpolioeradicators.aspx> (consulté le 21 mars 2016).