

Poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale

Le point sur la situation
dans le monde

Nouvelle approche pour lutter
contre le PVDVc2

Table des matières



Acronymes et abréviations	v
Introduction	1
Explications sur les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale	3
Riposte aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale dans le contexte de la COVID-19	7
Solutions vaccinales assurant la protection contre le poliovirus de type 2	15
Explications sur le déploiement du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2	19
Rôle des États Membres	22
Annexe	24

Acronymes et abréviations

CDC	Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique
EUL	procédure EUL (évaluation et homologation en situation d'urgence) de l'OMS
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
nVPO2	Nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PFA	Paralysie flasque aiguë
PVDVc	Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale
PVDVc2	Poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale
PVS	Poliovirus sauvage
PVS1, 2, 3	Poliovirus sauvage de type 1, 2, 3
RSI	Règlement sanitaire international
SAGE	Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VLP	Particules de type viral
VPI	Vaccin antipoliomyélitique inactivé
VPIr	VPI à activité renforcée
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
VPO2	Vaccin antipoliomyélitique oral de type 2
VPOb	Vaccin antipoliomyélitique oral bivalent
VPOm2	Vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2
VPOt	Vaccin antipoliomyélitique oral trivalent



Introduction

L'effort mondial pour éradiquer la poliomyélite a connu des succès formidables grâce à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), sous l'égide des gouvernements nationaux, de l'OMS, du Rotary International, des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique, de l'UNICEF, de la Fondation Bill & Melinda Gates et de la Gavi, l'Alliance du vaccin. L'incidence du poliovirus sauvage (PVS) a diminué de 99 % : alors qu'au lancement de l'action il y avait plus de 350 000 cas par an en 1988, dans plus de 125 pays d'endémie dans le monde, il ne reste plus en 2020 que deux pays d'endémie (le Pakistan et l'Afghanistan). L'éradication mondiale de deux des trois sérotypes de PVS a été certifiée, et cinq des six régions de l'OMS ont été certifiées exemptes de tout PVS.

Néanmoins, l'IMEP a pour but de garantir qu'aucun enfant ne soit plus paralysé par un poliovirus, quel qu'il soit, qu'il s'agisse d'un virus sauvage ou d'un virus dérivé d'une souche vaccinale et, en 2019, la réalisation de cet objectif a fait face à un nouveau défi : une urgence croissante de santé publique due au poliovirus circulant

de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc2). En août 2020, 323 cas d'infection par le PVDVc2 et 84 échantillons prélevés dans l'environnement et positifs à ce virus avaient été signalés par 20 pays dans le monde, principalement en Afrique, mais aussi au Pakistan, en Afghanistan et aux Philippines.

Dans tous les cas, la propagation continue des flambées en cours et l'apparition de nouveaux PVDVc2 indiquent des lacunes dans la couverture de la vaccination systématique, en plus de la qualité insuffisante de la riposte aux flambées à l'aide du vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2 (VPOm2). Le risque que ces souches continuent à se propager ou que de nouvelles apparaissent est amplifié par le manque croissant d'immunité mucoale au poliovirus de type 2 à l'échelle mondiale et la baisse des taux de vaccination liée à la COVID-19.

En 2019 et début 2020, l'IMEP a élaboré la *Stratégie pour lutter contre le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2, 2020-2021* afin de combattre plus efficacement l'évolution de l'épidémiologie du PVDVc2. Dans sa

décision EB146(11), le Conseil exécutif de l'OMS a adopté à sa cent quarante-sixième session les principaux éléments de cette stratégie. Dans ce texte, l'OMS souligne l'importance d'accélérer l'évaluation et la distribution d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2), notamment au moyen de sa procédure d'évaluation et d'homologation en situation d'urgence, et invite instamment les États Membres à appliquer une procédure accélérée pour l'importation et l'utilisation de ce vaccin. Elle les invite aussi à mobiliser des ressources financières nationales pour contribuer aux efforts de riposte contre la flambée épidémique. L'éventail plus large de nouvelles solutions vaccinales permettra au programme de riposter plus efficacement à toute situation susceptible de se présenter.

Les flambées épidémiques en cours de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) soulignent le besoin urgent de poursuivre l'action visant à éradiquer la poliomyélite. Il est important de rappeler que les flambées de PVDVc surviennent dans des zones où les populations ne sont pas suffisamment vaccinées et que les

PVDVc n'ont aucun lien avec la réapparition du PVS et n'en sont pas un signe indicateur. La détection de PVDVc2 rappelle l'importance de maintenir partout une couverture vaccinale élevée pour réduire au maximum le risque et les conséquences de toute circulation d'un poliovirus. Ces événements soulignent aussi la menace que constitue toute transmission du virus à un faible niveau. Une riposte énergique aux flambées est nécessaire pour arrêter rapidement la circulation et veiller à une couverture vaccinale suffisante dans les zones affectées, afin d'éviter de nouvelles flambées similaires à l'avenir. L'OMS continuera d'évaluer la situation épidémiologique et les mesures prises pour lutter contre les flambées.

Le présent document d'information donne les définitions essentielles des termes complexes liés à l'éradication de la poliomyélite. Il traite de la situation actuelle des flambées de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale dans le cadre de la COVID-19 et explique les mesures immédiates prises par l'IMEP pour mieux combattre l'évolution de la menace des PVDVc.



Explications sur les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale

La poliomyélite

La poliomyélite (ou polio) est une maladie virale très contagieuse touchant principalement les jeunes enfants. Le virus se transmet par contact d'une personne à l'autre et se propage principalement par la voie féco-orale ou, moins souvent, par le biais d'un agent commun (par exemple de l'eau ou des aliments contaminés). Il se multiplie dans l'intestin, à partir duquel il peut envahir le système nerveux et provoquer alors des paralysies, voire la mort.

On observe dans les symptômes initiaux de la fièvre, de la fatigue, des céphalées, des vomissements, une raideur de la nuque et des douleurs dans les membres. Dans une petite proportion de cas, la maladie entraîne une paralysie, souvent définitive. Il n'y a pas de traitement et il n'existe que la prévention par la vaccination.

La poliomyélite est due à un entérovirus humain appelé « poliovirus ». Elle interagit avec l'hôte de deux manières :

- par une infection ne touchant pas le système nerveux et provoquant alors une maladie légère avec des symptômes bénins ;
- par une infection affectant le système nerveux et pouvant entraîner une paralysie

La paralysie survient dans moins de 1 % des cas d'infection par le poliovirus. Celui-ci pénètre dans l'organisme par la bouche et se multiplie dans l'intestin. Les sujets infectés excrètent le virus pendant plusieurs semaines dans l'environnement où il peut se propager rapidement dans une communauté, en particulier si les conditions d'assainissement ne sont pas bonnes.

Les trois sérotypes du PVS, 1 (PVS1), 2 (PVS2) et 3 (PVS3), ont une protéine capsidique différant légèrement. L'immunité à l'un des sérotypes ne confère pas d'immunité contre les deux autres.

En septembre 2015, le PVS2 a été déclaré éradiqué, le dernier virus ayant été détecté en Inde en 1999, puis le PVS3 a suivi en 2019, la dernière détection ayant eu lieu en novembre 2012. Il ne reste plus que le PVS1.

Poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale

Les PVDVc sont des souches de poliovirus bien documentées que l'on retrouve parfois dans des populations où la vaccination est insuffisante. On dit qu'ils sont « dérivés d'une souche vaccinale », car ils sont la forme changée d'une souche contenue à l'origine dans un vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). Le VPO renferme une version vivante mais atténuée du poliovirus. À de rares occasions, lors de la réplication dans les voies digestives de l'être humain, les souches de VPO mutent génétiquement et peuvent se propager dans des communautés qui ne sont pas suffisamment vaccinées contre la poliomyélite, notamment dans les zones où l'hygiène, l'assainissement ne sont pas bons ou s'il règne des conditions de surpopulation. Plusieurs changements se produisent à mesure que ces virus

se transmettent d'une personne à l'autre et, si on laisse le processus se poursuivre dans une population insuffisamment vaccinée, l'évolution génétique peut arriver avec le temps au point où la souche réacquiert la possibilité de provoquer des paralysies : un PVDVc est alors apparu.

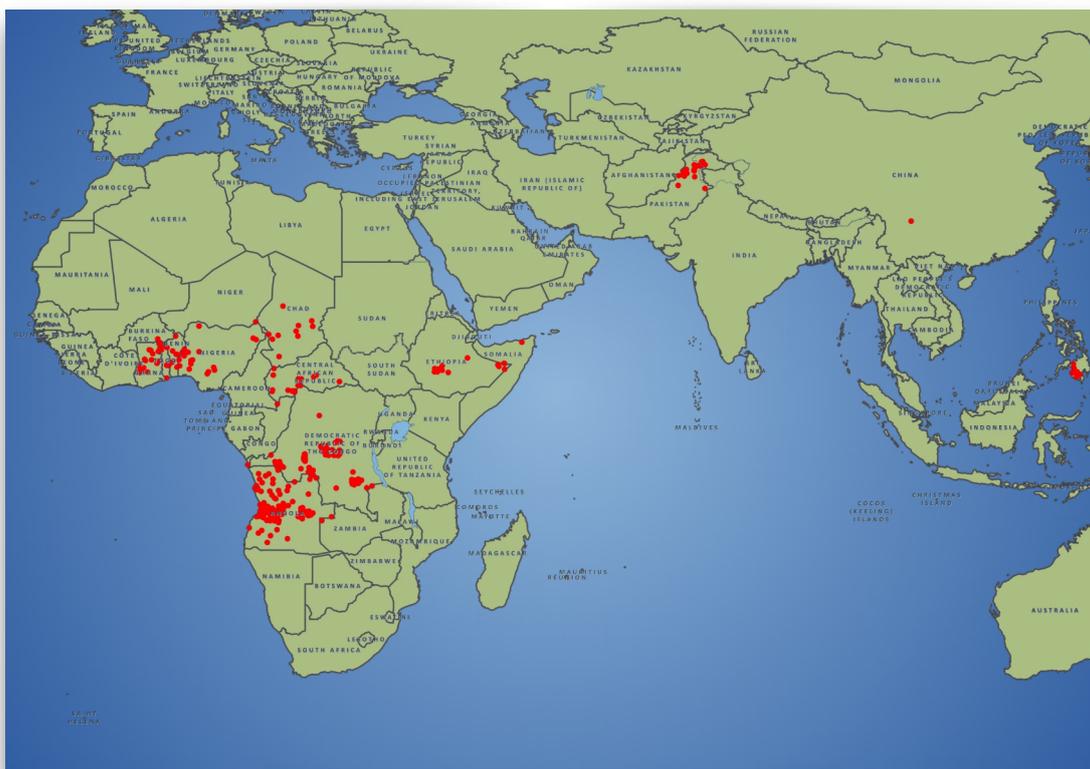
L'expérience montre que la faiblesse de la couverture vaccinale contre la poliomyélite est le principal facteur de risque pour l'émergence et la propagation d'un PVDVc. Si l'on n'administre le VPO qu'à quelques sujets dans une population sensible importante, le virus vaccinal peut continuer à se multiplier, à évoluer sur le plan génétique et se propager aux sujets non vaccinés. Une population totalement immunisée sera protégée contre le changement et la propagation de ce virus.



Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale au niveau mondial,
Relevé hebdomadaire

polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/circulating-vaccine-derived-poliovirus/

Cas de PFA causés par PVDVc2 en 2019



Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes discontinues et en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Source des données : 2020
Production cartographique : 21 septembre 2020

Organisation Mondiale de la Santé
© OMS 2020. Tous droits réservés.

Cas de PFA causés par PVDVc2, janvier - juillet 2020



Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes discontinues et en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

Source des données : 2020
Production cartographique : 3 octobre 2020

Organisation Mondiale de la Santé
© OMS 2020. Tous droits réservés.



Riposte aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale dans le contexte de la COVID-19

Stratégie de l'IMEP pour combattre le PVDVc2

En 2019 et au début de 2020, l'IMEP a mis en place la *Stratégie pour lutter contre le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2, 2020-2021* à court, moyen et long terme, afin de combattre plus efficacement l'évolution de l'épidémiologie du PVDVc2. Elle a été mise au point par un groupe de travail, en consultation avec des experts issus des partenaires de l'IMEP.

Cette stratégie sur 18 mois (de janvier 2020 à juin 2021) présente une série de mesures d'atténuation des risques pour interrompre la propagation du PVDVc2. Elle donne la priorité à l'utilisation des ressources du programme et fait appel à un nouveau vaccin pour améliorer les résultats de la riposte aux flambées épidémiques. Ce vaccin, le nouveau VPO2 (nVPO2) devrait conférer une immunité intestinale comparable au vaccin antipoliomyélitique oral Sabin de type 2 (VPO2), tout en étant

sensiblement plus stable sur le plan génétique et ainsi résister au phénomène de réversion, ce qui diminuerait les risques liés à la riposte contre le PVDVc2. On s'attend à ce qu'il soit disponible fin 2020 grâce à la procédure EUL (évaluation et homologation en situation d'urgence) de l'OMS.

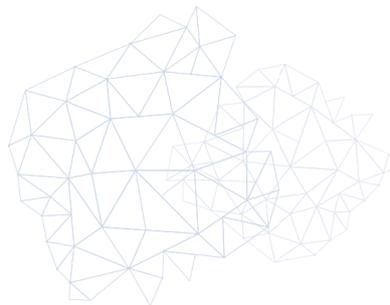
Cette stratégie propose des mesures d'urgence dans quatre domaines de travail interdépendants :

1. renforcement de la riposte aux flambées épidémiques ;
2. approvisionnement en vaccin et utilisation ;
3. détection précoce des nouvelles flambées épidémiques ; et
4. communication et promotion de la stratégie.

Elle vise à :

- optimiser la riposte à l'aide du VPOm2, actuellement le meilleur outil disponible pour combattre le poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale ;
- accélérer la mise au point du nouveau vaccin - le nVPO2 - alternative potentielle pour la riposte aux flambées, avec comme but ultime le remplacement du VPOm2 ;
- renforcer la vaccination systématique en augmentant la couverture par le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans les zones à haut risque pour protéger les enfants de la paralysie ; et
- garantir un approvisionnement suffisant en VPO2 pour couvrir tous les enfants à risque, à l'aide de stratégies novatrices autant que de besoin.

Dans sa décision EB146/21 Add.1, le Conseil exécutif de l'OMS a adopté à sa cent quarante-sixième session les principaux éléments de cette stratégie. Dans ce texte, il souligne l'importance d'accélérer l'évaluation et la distribution d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2), notamment au moyen de la procédure d'évaluation et d'homologation en situation d'urgence de l'OMS et invite instamment les États Membres à appliquer une procédure accélérée pour l'importation et l'utilisation de ce vaccin. Il les invite aussi à mobiliser des ressources financières nationales pour contribuer aux efforts de riposte contre la flambée épidémique. Le Groupe consultatif stratégique d'experts de la vaccination (SAGE) a apporté en outre son appui à cette décision.



Impact de la COVID-19

Il est probable que la pandémie inédite de COVID-19 continue d'avoir un impact négatif important sur le programme d'éradication de la poliomyélite et les efforts de lutte contre les flambées. La nécessité de prendre des précautions supplémentaires pour éviter la transmission de la COVID-19 aura probablement des répercussions sur la couverture vaccinale et gênera également les activités de surveillance, ce qui entraînera un risque accru de passer à côté de transmissions.

Dans de nombreux pays infectés par la poliomyélite, la pandémie de COVID-19 a perturbé la surveillance de la poliomyélite à divers degrés, parfois importants, aboutissant à un niveau inhabituel d'incertitude quant à l'épidémiologie actuelle véritable de la polio. Tous les pays ont signalé des

retards dans la réponse vaccinale aux cas, ce qui augmente le risque. De plus, dans de nombreux pays, la pandémie a aussi influé négativement sur la vaccination systématique.

On a des raisons de penser que la pandémie n'a pas encore atteint son pic dans certains pays touchés par la poliomyélite. Avec le début de la reprise des voyages internationaux, on ne connaît pas le risque d'exportation des poliovirus. De nombreux autres défis vont devoir être relevés, comme l'effet de la COVID-19 sur la confiance et le soutien des communautés envers la vaccination, la possibilité d'autres épidémies, comme la rougeole, les risques pour les personnels en première ligne et la manière de les gérer et le risque d'associer, à juste titre ou faussement, les activités de vaccination aux flambées de COVID-19.

De nombreux pays ont de faibles systèmes de vaccination sur lesquels diverses urgences sanitaires, dont la COVID-19, sont susceptibles de peser et le nombre de pays dont les systèmes de vaccination ont été affaiblis ou interrompus par des conflits ou des situations d'urgence complexes représente un risque croissant ; dans ces pays fragiles, les populations se retrouvent dans une situation de vulnérabilité face aux flambées de poliomyélite.

L'inaccessibilité continue de poser un risque majeur, en particulier dans plusieurs pays touchés actuellement par le PVDVc, Afghanistan, Myanmar, Niger, Nigéria et Somalie, qui ont tous des fractions non négligeables de la population n'ayant pas été couvertes par la vaccination antipoliomyélitique sur une période prolongée. Si les fermetures de frontière ont pu atténuer le risque sur le court terme,

celui-ci pourrait à l'inverse augmenter dès que les frontières commencent à rouvrir.

Du bon côté des choses, la contribution d'infrastructures pour la poliomyélite, comme le Centre national des opérations d'urgence au Pakistan, aux efforts de lutte contre la pandémie a été significative. On a donc une opportunité d'associer positivement l'éradication de la poliomyélite et la riposte à la pandémie.

Riposte aux flambées épidémiques

Après l'émergence d'un PVDVc, une riposte est menée, comme ce serait le cas pour une flambée de PVS, au moyen de l'administration à grande échelle du VPO, afin de renforcer rapidement l'immunité de la population et de supprimer tout endroit où la souche en question pourrait se dissimuler. Une population totalement immunisée est protégée à la fois contre le PVDVc et le PVS.

À cause de la pandémie mondiale de COVID-19 début 2020, les campagnes de vaccination à grande échelle et de riposte contre la poliomyélite et d'autres maladies à prévention vaccinale ont dû être provisoirement reportées en raison du risque intrinsèque qu'elles contribuent à l'augmentation de la propagation de la COVID-19. On prévoyait qu'au début du troisième trimestre 2020, les ripostes à grande échelle contre la poliomyélite allaient pouvoir reprendre. Parallèlement l'infrastructure de l'IMEP continue de soutenir les activités de lutte contre la COVID.

Au cours de cette période, l'IMEP a axé ses efforts sur le ralentissement de toute transmission du poliovirus, en renforçant les services essentiels de vaccination dans les régions les plus exposées au risque de transmission de la poliomyélite et en veillant à

maintenir l'état de préparation pour relancer rapidement des campagnes de vaccination à grande échelle, dès que la situation le permettait en toute sécurité. Compte tenu du risque de propagation internationale, les pays doivent veiller à être prêts à utiliser les vaccins antipoliomyélitiques adaptés, tels que recommandés par le SAGE, pour réagir contre de nouvelles flambées.

Le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) pour la poliomyélite, invite instamment tous les pays et, plus particulièrement, les plus exposés à un risque important, à maintenir la surveillance à un niveau élevé pendant toute la pandémie en cours, faisant observer que le report des campagnes de vaccination antipoliomyélitique, qu'elles soient préventives ou en réaction à des flambées, peut entraîner une augmentation de la transmission susceptible de s'accompagner d'une propagation internationale. Il pourrait cependant y avoir des possibilités de synergie pour renforcer la surveillance de la poliomyélite et de la COVID-19.

De plus, les pays affectés par des flambées doivent reprendre les campagnes vaccinales de riposte dès que possible. La planification et la mise en œuvre de ces ripostes doivent appliquer une approche flexible,

permettant de suspendre certaines activités quand la transmission de la COVID-19 s'intensifie, puis de les reprendre dès l'inversion des tendances quand on passe d'une transmission communautaire de la COVID-19 à l'interruption de celle-ci.

Il est essentiel de planifier et d'exécuter les campagnes de manière à protéger les personnels de la poliomyélite en première ligne, ainsi que les communautés qu'ils servent, de façon à ne pas augmenter la transmission de la COVID-19. Cela signifie de veiller à ce que les équipes aient accès aux équipements de protection individuels adéquats, de sélectionner leurs membres sans mettre les agents les plus à risque en première ligne et de prendre en compte les risques liés à la pandémie au moment de la sélection et de la planification des zones ciblées par les campagnes contre la poliomyélite.

Le Comité d'urgence du RSI prie instamment les pays d'utiliser au maximum les ressources de la poliomyélite pour agir de manière synergique contre la pandémie de COVID-19, faisant observer que les pays touchés par la poliomyélite pourraient avoir de moins bons résultats face à la pandémie, en raison de la fragilité des systèmes de santé et du moins bon état sanitaire de la

population en général. De plus, la pandémie doit rappeler aux pays à haut risque qu'avec une mauvaise couverture vaccinale, les épidémies de maladies infectieuses peuvent entraîner des perturbations économiques et sociales, ainsi que des tensions sur le système de santé et qu'ils peuvent renforcer la résilience de leurs populations et le redressement en donnant la priorité à de robustes programmes de vaccination. Cela concerne non seulement la poliomyélite, mais aussi toutes les autres maladies évitables par la vaccination, notamment la rougeole. En particulier, qu'ils soient éligibles ou pas à recevoir l'aide de la Gavi, les pays doivent maintenant planifier l'introduction d'une seconde dose de VPI pour protéger les enfants de la poliomyélite paralytique.



Équipe d'intervention rapide

En Afrique, un réseau d'intervention rapide, appelé « Équipe d'intervention rapide », a été créé en 2019 face à la recrudescence des flambées épidémiques affectant le continent.

La structure réunit des experts très expérimentés venant de divers horizons et basés à Brazzaville. Ce sont les premiers intervenants dès qu'un nouveau PVDVc2 est confirmé et ils sont envoyés dans la zone concernée en moins de 72 heures. Ils restent en général de 6 à 8 semaines dans le pays, après quoi une équipe B prend le relais. Au cours de ces 6 à 8 semaines, ils mettent en place les fondations d'une riposte de six mois contre la flambée, comme l'établissement de mécanismes d'évaluation du risque et de coordination, la mise en place d'un centre des opérations d'urgence, la création d'un plan/budget sur 6 mois et la préparation de la campagne initiale de riposte à la flambée.

Cette équipe est réunie par l'ensemble du partenariat et ne comporte pas seulement du personnel de l'OMS ; ses membres viennent aussi de l'UNICEF, des CDC et d'autres, et ont une gamme d'expériences couvrant l'épidémiologie, la logistique, la gestion de l'approvisionnement en vaccins, la virologie, l'engagement des communautés, etc. afin de pouvoir offrir l'aide immédiate la meilleure et la plus pertinente. Le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale met désormais en place un système similaire pour s'occuper de l'émergence du PVDVc2 dans cette Région.

Informations sur le centre d'Amman

Au cours d'une année difficile pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, avec une recrudescence des cas de PVS en Afghanistan et au Pakistan, ainsi que des flambées épidémiques de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale au Pakistan et en Somalie, l'IMEP a entamé le processus de réforme des opérations, afin de pallier les vulnérabilités du programme et d'accroître la couverture vaccinale.

Pour soutenir les efforts dans les deux derniers pays d'endémie, l'IMEP a créé au troisième trimestre de 2019 un centre situé à Amman (Jordanie), avec une équipe d'experts de l'ensemble du partenariat ayant des décennies d'expérience dans la lutte contre le poliovirus. Le Dr Hamid Jafari, Directeur pour l'éradication de la poliomyélite au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, assure l'encadrement général. Dans ce centre, le personnel de l'IMEP a été réuni spécifiquement pour aider les

programmes d'Afghanistan et du Pakistan, alors que ces pays s'occupent de réformer leur gestion et leurs opérations. Le centre assurera une meilleure coordination au sein du partenariat de l'IMEP, permettra un déploiement plus rapide de l'appui renforcé et de l'expertise technique à l'Afghanistan et au Pakistan et garantira une prise de décisions rapide et efficace plus près du terrain.

L'aide s'organise autour de domaines thématiques, axés sur le plaidoyer à haut niveau, l'analyse des données et l'évaluation du risque, l'aide opérationnelle aux pays et le renforcement des services au-delà de la poliomyélite. Il est prévu que le centre d'Amman fournisse une aide essentielle dans les prochains mois, alors que le programme reprend les activités de vaccination suspendues aux premiers stades de la pandémie de COVID-19 et intensifie rapidement les opérations pour protéger les communautés vulnérables et combattre les flambées épidémiques.



Solutions vaccinales assurant la protection contre le poliovirus de type 2

On utilisera différentes associations de vaccins selon les situations, en fonction de la réalité épidémiologique et de l'état de préparation d'un pays pour administrer un nouveau vaccin dans une zone donnée. Le programme de lutte contre la poliomyélite dispose d'un certain nombre de vaccins protégeant contre les virus de type 2 : le VPI, le VPOm2, le VPO trivalent (VPOt) dans les zones de circulation de plusieurs sérotypes, et le nVPO2.

Une nouvelle stratégie de riposte aux PVDVc2 fait appel à l'utilisation du VPOt et à l'usage ciblé du VPI. L'IMEP a pris la décision stratégique de faire fabriquer le VPOt, en s'assurant d'avoir à disposition 148 millions de doses environ de juin à décembre 2020.

Pour riposter aux flambées de PVDVc2, le programme va commencer à appliquer la nouvelle stratégie centrée sur l'ampleur, la vitesse et la stratégie de l'utilisation du VPI et du VPOt.

Lors de sa réunion du 31 mars au 2 avril 2020, le groupe SAGE a examiné l'approvisionnement mondial en vaccins antipoliomyélitiques (VPOm2, vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) et VPI). Il a décidé de maintenir ses recommandations donnant la priorité à l'approvisionnement disponible en VPI

pour 2020 : 1) introduction d'une dose dans les programmes de vaccination systématique ; 2) activités de rattrapage pour couvrir les enfants non vaccinés à cause des retards dans l'introduction ; 3) activités de vaccination supplémentaires pour les pays d'endémie et les zones à haut risque, selon les évaluations de ce risque ; et 4) introduction d'une deuxième dose de VPI dans les programmes de vaccination systématique. En 2021, la priorité 4) passera en 3) pour l'approvisionnement général en VPI. Cela ne change pas les recommandations précédentes du groupe SAGE concernant l'administration de doses fractionnées de VPI.

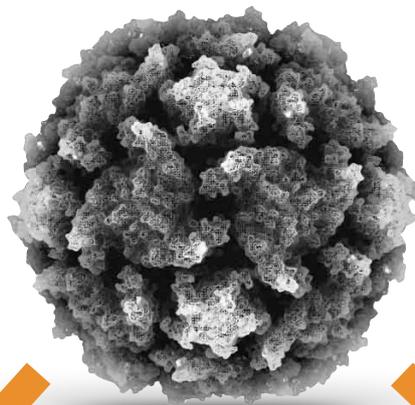
Le SAGE a également examiné et accepté la nouvelle stratégie de l'IMEP pour la riposte aux flambées de PVDVc2 et s'est intéressé aux aspects relatifs aux décisions politiques, comme l'utilisation du VPOt par le programme et du VPI en association avec un VPO pour la riposte aux flambées. Il a recommandé de mettre le VPOt à la disposition des pays pour la riposte aux flambées de PVDVc2 dans les zones locales où existe une circulation concomitante, ou un risque élevé qu'il y en ait une, avec des poliovirus circulants des types 1 ou 3 dérivés d'une souche vaccinale ou le

PVS1, afin d'éviter d'avoir à mener des doubles campagnes de VPOm2 et de VPOb. L'utilisation du VPOt impose les mêmes autorisations et restrictions que celle du VPOm2. Le groupe a demandé à l'IMEP de développer des scénarios sur l'utilisation du VPI dans les ripostes aux flambées et de les présenter au Groupe de travail du SAGE pour la poliomyélite à sa prochaine réunion.

Dans la situation épidémiologique actuelle et en tant que principe

général, le SAGE a rappelé aux régions ou aux pays la prudence nécessaire pour passer, dans leurs programmes de vaccination systématique, d'un calendrier comportant le VPOb plus le VPI à un calendrier n'ayant plus que le VPI ; il leur recommande d'adopter plutôt une approche progressive, en commençant par introduire une deuxième dose de VPI dans les calendriers de vaccination systématique.

Types de Poliovirus



Sauvage (PVS)

- Type 1 (endémique en Afghanistan et au Pakistan)
- Type 2 (éradiqué dans le monde, dernier cas en 1999)
- Type 3 (éradiqué dans le monde, dernier cas en 2012)

Dérivé d'une souche vaccinale du VPO (PVDV)

- Les PVDV sont des poliovirus Sabin (VPO) qui ont muté
- Il y a des PVDV de type 1, 2 et 3
- L'épidémiologie, la transmissibilité, la neurovirulence et les mesures de lutte sont identiques pour les PVDV et les PVS

Vaccins antipolioymélitiques



© IMAP

Vaccin inactivé (Salk)

Virus tué, administré par injection

1955

VPI



© OMS/R. Curtis

Vaccin oral (Sabin)

Virus vivant atténué

1961

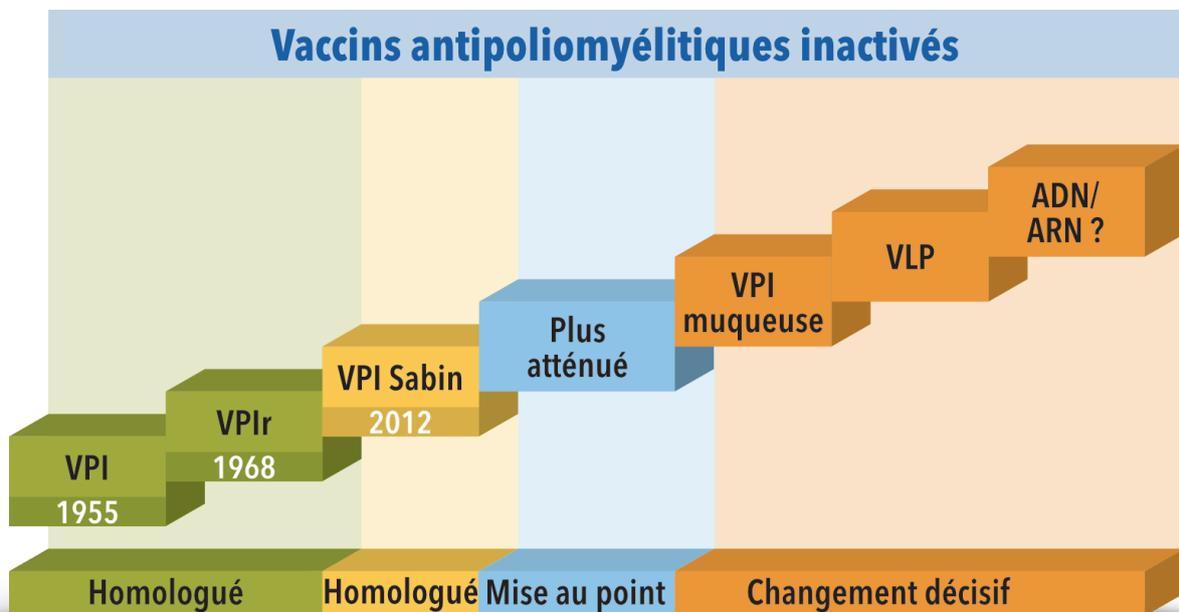
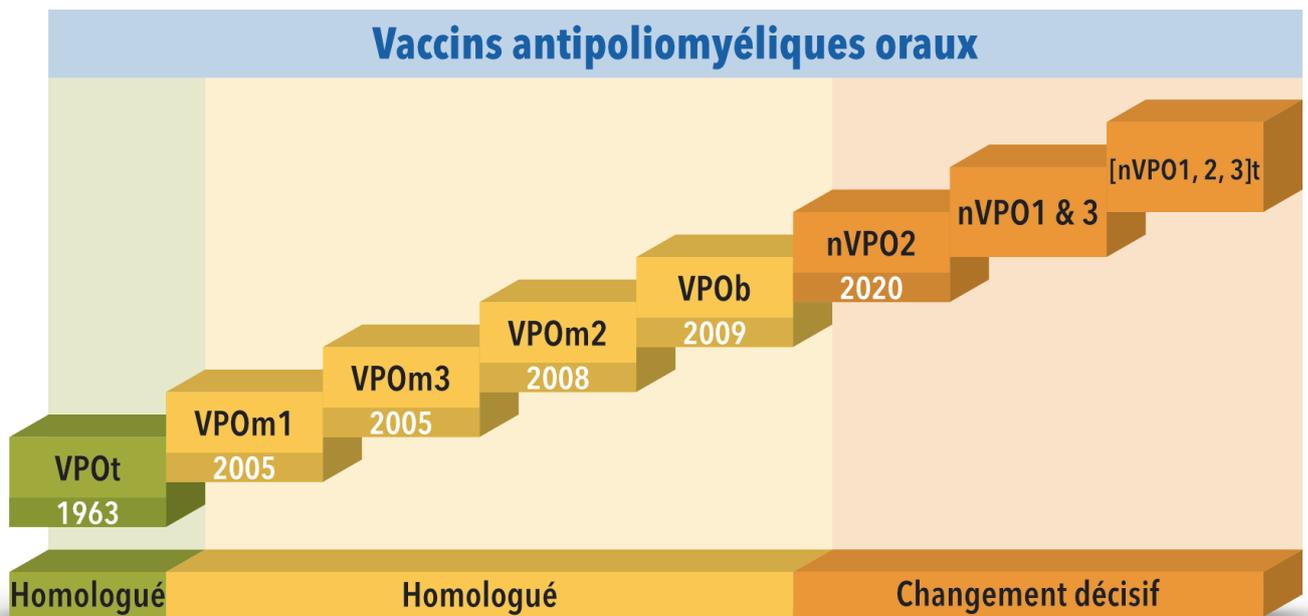
VPO

Avantages et inconvénients du VPI et du VPO

- Injectable
- Cher
- Ne confère pas en soi d'immunité intestinale, mais il la renforce dans les populations primovaccinées par le VPO
- Très immunogène, évite la paralysie au niveau individuel
- Très sûr

- Facile à administrer
- Moins cher
- Confère l'immunité intestinale, nécessaire pour interrompre la transmission
- Problème de l'immunité plus faible dans les pays en développement
- Principaux inconvénients : risque de poliomyélite paralytique post-vaccinale et de PVDV

LE VPI ET LE VPO S'ASSOCIENT BIEN ET LEURS AVANTAGES SE COMPLÈTENT MUTUELLEMENT.





Explications sur le déploiement du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2

Suite à la certification de l'éradication mondiale du PVS2 en 2015, la composante de type 2 a été retirée du VPOt et on est ainsi passé au VPOb ne contenant que les sérotypes 1 et 3. Comme le type 2 du VPOt était à l'origine de 90 % des flambées de PVDVc et qu'il ne circulait plus sous sa forme sauvage, cette décision a été considérée comme nécessaire du point de vue de la santé publique.

On avait anticipé le risque de flambées de PVDVc2 après le passage du VPOt au VPOb et on l'avait soigneusement examiné au cours de la phase de planification. Néanmoins, le nombre et l'étendue des flambées en cours dépassent ce qui avait été prévu. La solution est de garantir des ripostes de qualité aux flambées. Une population complètement immunisée contre la poliomyélite est protégée du PVS comme du PVDVc.

L'outil actuellement utilisé dans le cadre des ripostes aux flambées de PVDVc2 est le VPOm2. Toute action vaccinale recourant au VPOm2 a pour but d'atteindre une couverture de haut niveau pour interrompre la flambée. Comme les PVDVc tendent à apparaître dans des populations pas assez vaccinées, l'obtention d'une couverture vaccinale suffisante pour interrompre une flambée permettra également d'éviter l'émergence de nouveaux PVDVc.

La décision de recourir au VPOm2 dans une riposte à une flambée est exclusivement guidée par un comité consultatif qui évalue soigneusement les risques et les avantages de son utilisation. De plus, la mise à disposition du VPOm2 dépend uniquement du Directeur général de l'OMS, qui donne son aval en fonction des recommandations du comité consultatif.

L'utilisation du VPOm2 s'accompagne de risques, mais les risques posés par une flambée épidémique de PVDVc2 dépassent largement celui de répandre potentiellement des PVDVc susceptibles d'émerger dans le futur. Si la riposte a la qualité nécessaire pour interrompre la flambée de PVDVc2 en renforçant suffisamment les niveaux d'immunité dans la population, ces mêmes niveaux éviteront à un futur PVDVc2 de se répandre dans la population à la suite de la riposte.

En optimisant la riposte avec le VPOm2, il est possible d'interrompre l'urgence actuelle représentée par le PVDVc2. En revanche, il est tout aussi clair que, compte tenu des réalités ayant trait à la disparition de l'immunité mucosale et à la qualité insuffisante de la riposte à la flambée, le VPOm2 n'est pas un outil optimal.

La propagation du poliovirus représente un événement grave de santé publique considéré par le RSI comme une urgence de santé publique de portée internationale. Le nVPO2 sera utilisé dans le cadre d'une recommandation EUL de l'OMS et des conditions spécifiques de surveillance s'appliqueront aux pays souhaitant utiliser ce produit pour riposter à une flambée de PVDVc2 (tant qu'il entre dans le cadre de la procédure EUL). Comme le vaccin n'a pas encore été utilisé pour une riposte à grande échelle, des critères supplémentaires s'appliqueront pendant la période initiale, environ trois mois à compter de la date de première utilisation au titre de la procédure EUL. Ce point est particulièrement important, car il permettra un contrôle suffisant du vaccin sur le terrain, orienté sur les résultats, et donnera au programme la possibilité de réagir rapidement en cas d'événement imprévu, s'il devait s'en produire.

Pour aider les pays à se préparer à l'utilisation du nVPO2, une liste de contrôle spécifique et un document d'orientation technique ont été élaborés et sont disponibles [ici](#). Les pays sont invités à commencer rapidement leurs préparatifs pour le nVPO2.

On trouvera sur internet une page de l'IMEP consacrée au nVPO2 avec

l'ensemble des critères et considérations approuvés par le SAGE pour l'utilisation initiale de ce vaccin dans le cadre de la procédure EUL. Certains des principaux critères sont les suivants :

- la capacité du pays à acquérir et à distribuer le vaccin en temps voulu (par ex. : les processus d'homologation et d'importation, la logistique) ;
- la capacité du pays à mener une surveillance après le déploiement (en plus des autres exigences du post-contrôle), dont la surveillance de la paralysie flasque aiguë et de l'environnement, de même que celle des événements indésirables post-vaccinaux ;
- la capacité des pays à réagir à des observations imprévues ; et
- une période d'au moins 12 semaines depuis l'utilisation du VPOm2 dans la région concernée, afin de permettre l'analyse spécifique de l'efficacité du nVPO2.

Les pays doivent également veiller à ce que le nVPO2 soit le seul vaccin utilisé pour la riposte et à disposer de quantités suffisantes pour le nombre total de tournées requises.

Il est essentiel de noter que c'est aux États Membres de l'OMS qu'il revient de décider s'ils souhaitent utiliser le nVPO2 dans le cadre de la procédure

EUL. Si c'est le cas, ils devront obligatoirement délivrer l'autorisation nationale d'utiliser et d'importer le vaccin par le biais de leur autorité nationale de réglementation.

Le SAGE a accepté le cadre de la stratégie. Il a recommandé que celle-ci se montre plus prudente dans la fixation des délais pour l'introduction du nVPO2, en termes d'attentes sur la

disponibilité de l'approvisionnement et l'autorisation réglementaire.

Le Comité d'urgence du RSI a réitéré son appui résolu pour l'élaboration du nVPO2 et la procédure EUL proposée. Le vaccin devrait être disponible fin 2020 et, selon les prévisions, ne devrait donner lieu qu'à très peu de nouvelles flambées ultérieures, voire aucune.

**VPOm2 ou nVPO2 ?
Quel vaccin utiliser ?
La couverture est la clé du succès !**

L'introduction du nVPO2 impliquera un renforcement de l'arsenal des vaccins de l'IMEP avec un nouveau produit, parallèlement à d'autres présentations du VPO et du VPI. Face aux flambées de PVDVc2, il convient d'utiliser différents vaccins en association, selon l'épidémiologie et la situation. Tous les vaccins, que ce soit le VPOm2, le nVPO2, le VPI ou le VPOt dans les zones de circulation concomitante de plusieurs souches virales, sont efficaces pour

interrompre les flambées, mais seulement s'ils couvrent les enfants à qui ils sont destinés. Les différentes combinaisons de vaccins disponibles signifient que les États Membres peuvent appliquer la stratégie la plus adaptée et la plus efficace, à l'aide d'outils efficaces de manière ciblée pour renforcer l'immunité de leurs populations le plus rapidement et le plus sûrement possible. Mais la couverture est la clé du succès !

Rôle des États Membres



Au bout du compte, les États Membres sont les principales parties prenantes et les bénéficiaires des approches stratégiques pour éradiquer la poliomyélite, y compris en appliquant dans leur intégralité tous les aspects de la stratégie de riposte d'urgence au PVDVc2 dont, le cas échéant, le déploiement du nVPO2. À cet égard, les partenaires de l'IMEP se tiennent prêts à soutenir les États Membres dans cet effort.

Tous les États Membres

assurent une couverture élevée de la vaccination systématique par le VPI et une surveillance attentive de la maladie pour réduire le plus possible le risque et les conséquences de toute introduction ou émergence de poliovirus, y compris de type 2.

Les États Membres exposés à un risque élevé d'introduction ou d'émergence du poliovirus de type 2

veillent à mettre en place de solides plans de préparation à la riposte aux flambées et appliquent des activités préventives de vaccination supplémentaire avec un VPO adapté contenant le sérotype 2 (potentiellement en association avec le VPI), afin de renforcer les niveaux d'immunité contre les poliovirus de ce type. Les pays exposés au risque doivent également prendre des mesures pour se préparer à l'utilisation du nVPO2, s'ils souhaitent y recourir pour riposter à une flambée de PVDVc2.

Les États Membres touchés par des flambées de PVDVc2

appliquent pleinement les plans de riposte à une flambée de PVDVc2, en recourant à un (ou des) vaccin(s) adaptés contenant le sérotype 2 ; le cas échéant, ils déploient complètement le nVPO2 dans le cadre de la procédure EUL ; le chef d'État supervise en personne la mise en œuvre de la riposte à la flambée.



Conseil exécutif de l'OMS
146e session, Déclaration du Conseil exécutif sur l'éradication de la poliomyélite
7 février 2020

[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146\(11\)-fr.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146(11)-fr.pdf)

Page d'information sur le nVPO2

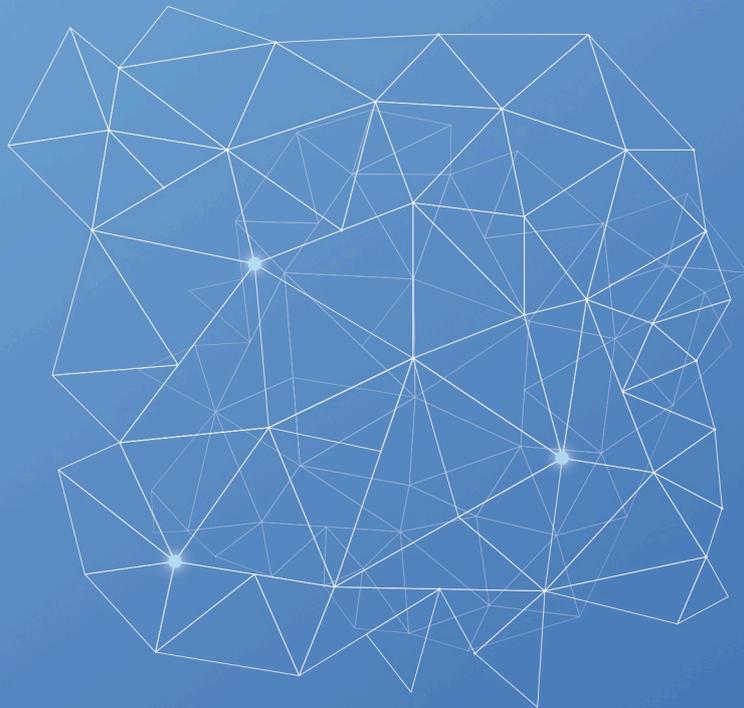
<http://polioeradication.org/nopv2/>

Page d'information sur le PVDVc

<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/circulating-vaccine-derived-poliovirus/>

Animation expliquant les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale

<http://polioeradication.org/news-post/vaccine-derived-polioviruses/>



EVERY
LAST 
 CHILD