

Les flambées épidémiques de PVDVc de type 2 et le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2)

INITIATIVE
MONDIALE POUR
L'ERADICATION DE LA **POLIO**

©Gates Archive

Vue d'ensemble

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 %. Les poliovirus sauvages de types 2 et 3 ont été éradiqués et le poliovirus sauvage de type 1 est endémique dans deux pays seulement – le Pakistan et l'Afghanistan. Ces progrès ont été possibles grâce à l'administration à grande échelle du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), un outil efficace qui a permis de protéger des millions d'enfants de la paralysie.

Le VPO permet aussi de prévenir la transmission interhumaine du virus et joue un rôle déterminant pour l'éradication. Cependant, dans les communautés insuffisamment vaccinées, le virus vivant 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, 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 et d'interrompre la transmission.

Les flambées épidémiques de PVDVc de type 2 – qui représentent plus de 90 % des flambées de PVDVc – sont aujourd'hui un obstacle majeur pour l'éradication. En 2020, 1 074 cas de PVDVc2 ont été confirmés dans 24 pays, contre 366 cas dans 16 pays en 2019.

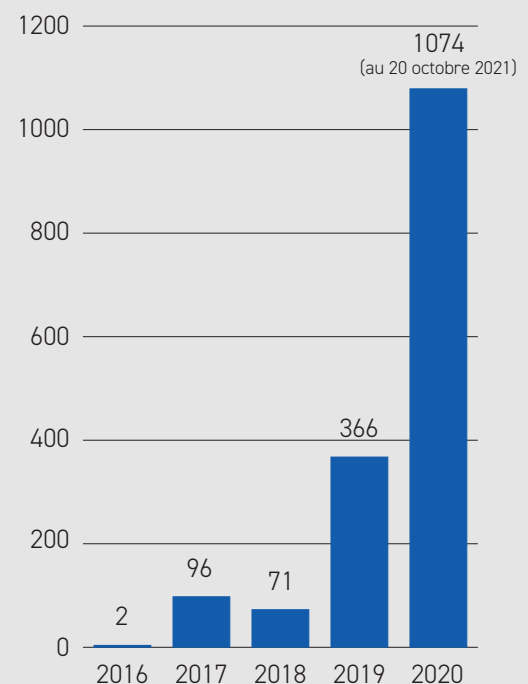
Ces flambées sont imputables à plusieurs facteurs, notamment à la faible qualité et aux retards des interventions de riposte aux flambées de poliomyélite ; au déclin de l'immunité contre le virus de type 2 après que les pays sont passés en 2016 du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) pour la vaccination systématique ; et à une couverture insuffisante de la vaccination systématique. En 2020, la pandémie de COVID-19 a entraîné une interruption de quatre mois des campagnes de vaccination antipoliomyélitique en porte à porte, qui a encore entravé les efforts déployés pour arrêter la transmission dans les pays touchés (pour plus d'informations, voir les [Recommandations pour la notification des flambées épidémiques de poliomyélite](#)).



Améliorations et innovations pour enrayer le PVDVc2

Dans le cadre de sa [Stratégie d'éradication de la poliomyélite, 2022-2026](#), l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) met en œuvre plusieurs tactiques pour combattre la menace croissante que représente le PVDVc2, faire en sorte que les cas soient détectés rapidement et améliorer la riposte aux flambées épidémiques, dans le but d'interrompre la transmission et de réduire au minimum le risque d'apparition de nouveaux cas. Il s'agit notamment de mener des actions de sensibilisation ciblées dans les pays pour faire comprendre l'urgence qu'il y a d'agir et renforcer la volonté politique ; de mettre en place des équipes d'intervention rapide et des infrastructures pour l'action d'urgence ; d'améliorer la surveillance des maladies ; de mieux mobiliser les communautés et d'intégrer les services de lutte antipoliomyélitique aux autres initiatives pour la santé. Le but est aussi d'améliorer la rapidité et la qualité de la riposte aux flambées épidémiques, en s'attachant tout particulièrement à atteindre les populations sous-vaccinées et vulnérables.

Cas de PVDVc dans le monde 2016-2020





© UNICEF Afghanistan/Hayeri

Un nouvel outil : les possibilités offertes par le nVPO2

L'IMEP contribue également au déploiement d'un nouvel outil, le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2). Celui-ci est une version de nouvelle génération du VPOm2, dont les essais cliniques ont démontré qu'il protégeait de manière sûre et efficace contre la poliomyélite de type 2 tout en étant moins susceptible que le VPOm2 d'être associé à l'émergence du PVDVc2 dans les zones où l'immunité de la population est faible.

Suivant l'autorisation d'utilisation d'urgence au titre du protocole EUL de l'OMS (voir l'encadré), le nVPO2 peut être utilisé pour la riposte dans les pays touchés par des flambées épidémiques de PVDVc2. Cependant, en raison de la forte demande et des répercussions de la COVID-19 sur la production de nVPO2, toute mise en circulation de vaccins issus des stocks de réserve mondiaux sera fonction des disponibilités et devra s'appuyer sur un cadre de priorisation à court terme établi par l'IMEP.

En raison de l'urgence de santé publique que présentent les flambées de PVDVc2, les pays doivent absolument donner la priorité à des interventions immédiates et de qualité face aux PVDVc2 détectés. Le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination de l'OMS a recommandé aux pays d'intervenir rapidement face à de telles flambées en utilisant les vaccins de type 2 disponibles, à savoir le nVPO2 ou le VPOm2, compte tenu des preuves d'efficacité pour interrompre les flambées de PVDVc2 et protéger les enfants contre la poliomyélite. Dans le cas où plusieurs souches de poliovirus sont en circulation, le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) peut s'avérer plus adapté.

L'IMEP agit pour augmenter l'offre de nVPO2 et continue parallèlement de soutenir les gouvernements dans leurs préparatifs à l'utilisation du nVPO2, en fournissant un appui technique pour s'assurer que les critères requis pour la préparation opérationnelle et le suivi du protocole EUL sont bien respectés.

Le nVPO2 pourrait être un outil déterminant pour interrompre plus durablement la propagation du PVDVc2. Cela étant, la meilleure façon d'interrompre ces flambées reste d'assurer une riposte rapide et de qualité au moyen du vaccin disponible et de maintenir une solide surveillance de la maladie.

Autorisation d'utilisation d'urgence au titre du protocole EUL de l'OMS

La poliomyélite demeure une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Compte tenu de l'urgence de santé publique liée au PVDVc2 et de la menace croissante de flambées dans les populations vulnérables insuffisamment vaccinées, le nVPO2 a été autorisé en novembre 2020 pour une utilisation d'urgence au titre du protocole EUL de l'OMS en vue d'accélérer la mise à disposition du vaccin.

Le protocole EUL a été créé pour permettre une utilisation précoce et ciblée de vaccins, traitements et produits de diagnostic non encore homologués en riposte à une USPPI. La procédure repose sur une analyse minutieuse et rigoureuse, par l'OMS et des experts indépendants, des données disponibles concernant la qualité, l'innocuité, l'efficacité et la performance du produit, ainsi que des données relatives à la fabrication (par exemple, rendement et stabilité). En 2019, le SAGE a accepté une mise au point clinique accélérée du nVPO2 et son évaluation au titre de cette procédure. Puis, début 2020, le Conseil exécutif de l'OMS a adopté une décision invitant instamment les États Membres à autoriser une importation accélérée du nVPO2 sur la base de la recommandation au titre du protocole EUL.

Parallèlement, les plans visant une mise au point clinique complète du nVPO2 progressent, le but ultime étant la préqualification du vaccin par l'OMS.

Déploiement



Le déploiement du nVPO2 a débuté en mars 2021 dans un premier groupe de pays remplissant une série de critères stricts pour l'utilisation du vaccin. En octobre 2021, plus de 125 millions de doses de nVPO2 avaient été administrées dans huit pays.



Tout au long de l'utilisation du nVPO2 dans le cadre du protocole EUL, les données relatives à l'innocuité, à l'immunogénicité et à la stabilité génétique du vaccin sont continuellement collectées et rigoureusement analysées.



S'appuyant sur l'examen de données prometteuses concernant l'innocuité et la stabilité génétique, issues des premières campagnes de riposte au cours desquelles plus de 65 millions de doses de nVPO2 avaient été utilisées, le SAGE a validé en octobre 2021 la transition vers le nVPO2 après la phase d'utilisation initiale. Cela permettra de renforcer au bout du compte la disponibilité du vaccin en rendant plus facile et plus rapide de vérifier si les pays peuvent utiliser le nVPO2.