



Éradication de la poliomyélite

Rapport du Directeur général

1. Le présent rapport fait le point sur les progrès accomplis en vue d'atteindre les quatre objectifs du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 (le Plan pour la phase finale). Il résume les difficultés programmatiques, épidémiologiques et financières à surmonter pour parvenir à un monde durablement libéré de la poliomyélite. Le Conseil exécutif, à sa cent quarante-deuxième session, a pris note d'une version antérieure du présent rapport.¹ Un rapport sur le plan d'action stratégique sur la transition dans la lutte contre la poliomyélite, mettant en évidence la stratégie postcertification qui définit les fonctions essentielles que les États Membres doivent conserver pour maintenir le monde exempt de poliomyélite² est soumis séparément à la présente Assemblée de la Santé, conformément aux décisions WHA70(9) (2017) et EB142(2) (2018).

2. Grâce aux stratégies énoncées dans le Plan pour la phase finale,³ le monde est sur le point d'être exempt de poliomyélite et les bases sont jetées pour qu'il le reste à jamais. Les stratégies demeurent adaptées pour atteindre cet objectif et seront poursuivies tout au long de la certification mondiale. Une fois l'éradication du poliovirus certifiée, la stratégie postcertification² guidera le monde sur les activités à mettre en œuvre et les fonctions à conserver pour maintenir le monde exempt de poliomyélite. Le Secrétariat continuera à faire rapport chaque année à l'Assemblée de la Santé sur les progrès accomplis en vue d'atteindre tous les objectifs du Plan pour la phase finale, jusqu'à ce que l'éradication du poliovirus sauvage dans le monde ait été certifiée.

DÉTECTION DES POLIOVIRUS ET INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION

Transmission des poliovirus sauvages

3. Les efforts se poursuivent pour éradiquer l'ensemble des souches restantes de poliovirus sauvage. Le dernier cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 2 signalé remonte à 1999 : le poliovirus sauvage de type 2 a été officiellement certifié comme étant éradiqué en septembre 2015. Le poliovirus sauvage de type 3 n'a plus été détecté dans le monde depuis novembre 2012, date à

¹ Document EB142/37, et voir les procès-verbaux de la cent quarante-deuxième session du Conseil exécutif, treizième séance, section 3 (en anglais seulement).

² Polio Post-Certification Strategy (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/polio-post-certification-strategy/>, consulté le 15 mars 2018).

³ Voir les documents A66/18 et WHA66/2013/REC/3, procès-verbaux de la Commission A de la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, neuvième séance, section 1 (en anglais seulement).

laquelle le dernier cas de poliomyélite due à cette souche a été signalé dans l'État de Yobe au Nigéria. Depuis lors, tous les cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage ont été causés par le poliovirus sauvage de type 1, qui continue à circuler dans trois pays dans lesquels la maladie est endémique : l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan.

4. Au Nigéria, aucun nouveau cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1 n'a été confirmé en 2017, à la suite de la détection des cas en août 2016 dans l'État de Borno (pour les virus isolés, le lien le plus étroit a été établi avec une souche de poliovirus sauvage de type 1 détectée précédemment dans l'État de Borno en 2011). Toutefois, du fait de lacunes persistantes dans la surveillance dans les zones à haut risque et inaccessibles, il ne peut être exclu que cette souche ait continué à circuler sans être détectée. Le Gouvernement du Nigéria continue à mettre en œuvre une riposte agressive face aux flambées, en étroite coordination avec les pays voisins dans toute la sous-région du lac Tchad et dans le contexte de la situation d'urgence humanitaire de grande ampleur qui touche l'ensemble de cette sous-région. Le manque d'accès et l'incapacité à mener des activités de vaccination et de surveillance de grande qualité dans de nombreuses zones de l'État de Borno restent les principaux défis à relever. Empêcher toute propagation de la flambée à d'autres zones de la sous-région reste l'objectif essentiel, et des mesures complémentaires sont prises pour accroître la sensibilité de la surveillance et renforcer les niveaux d'immunité. Il s'agit notamment des mesures suivantes : l'élargissement de la surveillance environnementale ; le dépistage des personnes en bonne santé (y compris des adultes) qui quittent les zones inaccessibles ; la mise en place de postes de vaccination permanents aux principaux points de passage vers les zones inaccessibles afin de vacciner les enfants et les personnes plus âgées ; et l'organisation rapide de campagnes de vaccination de ratissage lorsque des occasions se présentent ou que certaines zones deviennent accessibles.

5. L'Afghanistan et le Pakistan continuent à être considérés comme une seule entité épidémiologique. En 2017, huit cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage de type 1 ont été notifiés au Pakistan contre 20 en 2016 ; en Afghanistan, 14 cas ont été signalés contre 13 en 2016. Au 31 janvier 2018, trois cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage de type 1 ont été notifiés en Afghanistan. Les deux pays continuent à réaliser de grands progrès et les groupes techniques consultatifs indépendants ont souligné que l'interruption rapide de la transmission des souches restantes du poliovirus était réalisable dans les deux pays. Toutefois, pour atteindre cet objectif, tous les enfants restés jusque-là inaccessibles devront être vaccinés. Les deux pays coordonnent étroitement leurs activités, les efforts visant à identifier clairement les enfants n'ayant pas pu être vaccinés et les raisons pour lesquelles ils ont échappé à la vaccination, et à mettre en place des plans d'intervention pour surmonter ces difficultés. L'accent continue en particulier à être mis sur la vaccination des groupes de population itinérante à haut risque se déplaçant à l'intérieur des deux pays et de part et d'autre de la frontière. La transmission du poliovirus est désormais limitée essentiellement à deux corridors transfrontières : le premier relie l'est de l'Afghanistan au Khyber Pakhtunkhwa et aux zones tribales sous administration fédérale au Pakistan, et le second relie le sud de l'Afghanistan (Kandahar et Hilmand) à la zone de Quetta, dans la province du Baloutchistan au Pakistan. La coordination du programme d'éradication de la poliomyélite n'a cessé de s'améliorer en 2017 aux niveaux national, provincial et régional, ainsi que dans les districts frontières dans les corridors traditionnels de transmission, la vaccination des populations itinérantes à haut risque et de celles vivant à proximité de la frontière étant la priorité. Les difficultés liées à la qualité des interventions dans la zone de Quetta doivent aussi être résolues de toute urgence. Parallèlement, les zones exemptes de poliomyélite dans les deux pays doivent conserver des niveaux élevés à la fois d'immunité et de surveillance. La surveillance environnementale dans les deux pays confirme le risque d'une poursuite de la transmission du virus jusqu'aux zones exemptes de poliovirus, à partir des réservoirs restants. La situation à Karachi (Pakistan) est particulièrement préoccupante, des échantillons environnementaux positifs continuant à être détectés et un cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage ayant été confirmé en août 2017, le premier dans le Grand Karachi depuis janvier 2016. L'Afghanistan

comme le Pakistan ont ajusté et affiné leurs plans d'action d'urgence nationaux pour éradiquer la maladie, tirant parti de l'expérience acquise et axant leurs efforts sur l'amélioration des opérations au cours de la basse saison de transmission (octobre à mai). Les plans d'action d'urgence nationaux actualisés mettent en particulier l'accent sur la zone de Quetta, Karachi et Islamabad-Rawalpindi au Pakistan, et les régions du sud et de l'est de l'Afghanistan. Si l'Afghanistan et le Pakistan veulent interrompre la transmission au cours des prochains mois, il est essentiel d'avoir régulièrement accès aux groupes de population itinérante à haut risque et de les vacciner. Un autre facteur crucial du succès est le maintien du rôle directeur, gage d'efficacité, des autorités à tous les niveaux dans les deux pays, y compris au cours de la période d'élections nationales à venir au Pakistan.

Transmission du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale

6. En 2017, deux pays ont été touchés par de nouvelles flambées de poliovirus circulant (type 2) dérivé d'une souche vaccinale : la République arabe syrienne et la République démocratique du Congo, avec respectivement 74 et 17 cas signalés. Le suivi et la riposte face à la transmission du poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale restent une priorité stratégique mondiale, à la suite du retrait synchronisé au niveau international de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral en avril 2016 et du remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (contenant les trois sérotypes de poliovirus) par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (contenant les types 1 et 3). Des protocoles de riposte aux flambées, ayant fait l'objet d'un accord international, sont disponibles afin de guider les pays et le programme dans leur réponse rapide face aux souches de poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale au cours de la période qui suit le remplacement des vaccins, par exemple en conservant un stock mondial de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 2. Des interventions de riposte sont actuellement en cours dans les deux pays pour mettre rapidement un terme à ces flambées. En République arabe syrienne, on a recours à des stratégies de riposte identiques à celles qui ont été utilisées avec succès en 2013-2014, dans la même zone du pays, pour mettre fin à une flambée de poliomyélite due à un poliovirus sauvage de type 1. Une première campagne de vaccination menée en août 2017 a permis de vacciner plus de 350 000 enfants dans les gouvernorats de Deir Ez-Zor et de Raqqa. La phase deux de la riposte a débuté en janvier 2018. La République démocratique du Congo poursuit ses activités de riposte aux flambées dans les provinces touchées et celles à haut risque, avec le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2, conformément aux protocoles de riposte ayant fait l'objet d'un accord international. L'accent est mis sur les enfants qui n'ont pas encore été vaccinés et en particulier ceux qui vivent dans les zones infectées. Ces flambées mettent en lumière le risque permanent que représentent les lacunes dans l'immunité partout dans le monde. Dans les zones où le niveau d'immunité est suffisant, la surveillance visant à déceler les poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale, quelle qu'en soit la source, montre que la persistance de ces souches décroît rapidement et régulièrement.

Urgence de santé publique de portée internationale

7. La déclaration de 2014 selon laquelle la propagation internationale du poliovirus sauvage constitue une urgence de santé publique de portée internationale reste d'actualité et les recommandations temporaires promulguées au titre du Règlement sanitaire international (2005) sont toujours en vigueur. Tous les pays actuellement touchés par la circulation soit d'un poliovirus sauvage soit de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale ont déclaré que ces événements constituaient des urgences de santé publique de portée nationale et mettent actuellement en œuvre des plans d'action d'urgence au niveau national.

RETRAIT PROGRESSIF DES VACCINS ANTIPOLIOMYÉLITIQUES ORAUX

8. Le remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, qui a eu lieu entre le 17 avril et le 1^{er} mai 2016, a concerné 155 pays et territoires et devrait entraîner des conséquences positives importantes pour la santé publique. Près de 40 % de l'ensemble des cas de poliomyélite paralytique associée au vaccin (environ 200 cas par an) et de 90 % des flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale survenues au cours des 10 dernières années étaient associés à la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent. De tels cas ne devraient plus se produire. Les efforts se poursuivent pour maintenir la surveillance en vue de détecter l'éventuelle émergence d'un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (comme lors des flambées récentes en République arabe syrienne et en République démocratique du Congo) ; conserver de solides capacités de riposte face aux flambées au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 ; et veiller à ce qu'aucun vaccin antipoliomyélitique oral trivalent ne soit plus utilisé nulle part.

9. Pour préparer le remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, tous les pays s'étaient engagés à introduire au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans leurs programmes de vaccination systématique. Les problèmes mondiaux d'approvisionnement qui sont apparus du fait des difficultés techniques rencontrées par les fabricants pour augmenter la production de vaccins ont abouti à des retards dans l'approvisionnement de 35 pays au total. Compte tenu des prévisions des fabricants, tous les pays qui ont dû faire face à ces retards devraient recevoir le vaccin au cours du premier semestre 2018. Au cours de cette période de rupture de stocks, les vaccins disponibles ont été réservés en priorité aux campagnes de vaccination dans les pays où le risque de flambée de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale était le plus élevé. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continue à étudier avec les États Membres et les bureaux régionaux de l'OMS la faisabilité d'une adoption de stratégies visant à économiser les doses, telles que l'administration intradermique du vaccin antipoliomyélitique inactivé en doses fractionnées, comme le recommande le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination. Plusieurs États Membres ont déjà adopté cette approche, notamment le Bangladesh, l'Inde et Sri Lanka, et plusieurs pays de la Région des Amériques sont en train de faire de même. Cette approche permet de garantir la disponibilité de quantités suffisantes de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans ces pays pour continuer à vacciner leurs cohortes de naissance respectives.

CONFINEMENT DES POLIOVIRUS

10. Les efforts de confinement des poliovirus de type 2 ont progressivement été mis en œuvre en 2016 et 2017, conformément aux orientations 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 par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAP III).¹ Les orientations destinées aux établissements où la détention de poliovirus n'est pas essentielle, visant à réduire au minimum les risques associés aux collections d'échantillons potentiellement infectés par des poliovirus, seront bientôt achevées et seront utiles pour les dernières étapes de l'identification des poliovirus de type 2 restants, de leur destruction ou de leur transfert dans

¹ Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAP III). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208873/1/WHO_POLIO_15.05_fre.pdf, consulté le 1^{er} mars 2018).

les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus, ou de leur conservation dans ces établissements. La Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite a accepté la responsabilité du contrôle du confinement au niveau mondial, conformément au dispositif de certification du confinement en appui au Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus.¹ Un groupe consultatif sur le confinement a été créé pour résoudre les problèmes techniques relatifs au GAP III et il a été recommandé d'apporter certaines modifications au GAP III. Le Secrétariat soutient le renforcement des capacités techniques des autorités nationales en vue du confinement en formant des contrôleurs au titre du GAP III et du dispositif de certification du confinement.

11. En janvier 2018, 174 pays et territoires ont déclaré qu'ils ne détenaient plus de poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale de type 2, 28 pays ont indiqué qu'ils avaient l'intention de conserver des poliovirus de type 2 dans 91 établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus, et deux pays étaient sur le point d'achever leurs rapports. Un inventaire des matériels contenant des poliovirus de type 2 devra être mené à bien à nouveau, après l'interruption de la transmission, dans tous les pays qui ont été touchés par des flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2. Sur les 28 pays prévoyant de conserver des poliovirus de type 2, 18 ont fait des progrès notables, des autorités nationales chargées du confinement étant établies, et ils se préparent à procéder à la certification de leurs établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus, en application des dispositions relatives au confinement figurant dans le GAP III.

12. Malgré l'intérêt et les efforts croissants dont ont fait preuve toutes les parties prenantes pour accélérer la mise en œuvre du confinement des poliovirus, un engagement sans faille de tous les États Membres est requis, de sorte que la certification de l'éradication de la poliomyélite puisse être obtenue et maintenue. La mise en œuvre intégrale de la résolution WHA68.3 (2015) sur la poliomyélite permettra d'obtenir la totalité des avantages humanitaires, sanitaires et économiques associés à l'éradication mondiale de la poliomyélite : jamais plus un enfant ne subira une paralysie à vie du fait d'une souche du poliovirus quelle qu'elle soit et, dans le monde, les fonds ainsi économisés s'élèveront à US \$50 milliards, essentiellement dans les pays en développement – des fonds qui peuvent être utilisés pour répondre à d'autres urgences de santé publique.

13. Compte tenu du fait que les niveaux de transmission du poliovirus sont actuellement les plus bas de l'histoire et que l'éradication à court terme est une attente réaliste, il est urgent que toutes les parties intensifient leur activités de confinement. Il faut accélérer les efforts et les activités pour faire en sorte que les exigences en matière de confinement soient appliquées rapidement et intégralement afin de ne pas mettre en péril l'achèvement d'un monde exempt de poliomyélite par des brèches dans le confinement. Le Secrétariat propose donc à l'Assemblée de la Santé, pour examen, une résolution visant à parvenir à un consensus international sur le confinement (voir le document A71/26 Add.1).

¹ Dispositif de certification du confinement en appui au Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/03/CCS_19022017-FR.pdf, consulté le 17 octobre 2017).

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

14. Grâce à la générosité et au soutien ininterrompu des acteurs internationaux du développement, notamment les États Membres (y compris ceux où le poliovirus reste endémique et ceux qui sont donateurs pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite), les organisations multilatérales et bilatérales, les banques de développement, les fondations et le Rotary International, l'intégralité du budget pour les activités prévues en 2017 a été obtenue. Lors de la dernière Convention du Rotary International tenue du 10 au 14 juin à Atlanta (Géorgie, États-Unis d'Amérique), de nombreux partenaires des secteurs public et privé, venus du monde entier, ont fait écho au Rotary International en annonçant de nouveaux financements pour des montants historiques, qui portent la totalité des promesses de dons à US \$1200 millions, pour alimenter le budget complémentaire de US \$1500 millions validé par le Conseil de surveillance de la poliomyélite. Depuis la publication d'une version antérieure du présent rapport, la communauté mondiale a pris de nouveaux engagements, et notamment : €21,9 millions de l'Allemagne, CHF 45 000 du Liechtenstein, et US \$7,06 millions du Japon. Les États Membres sont vivement encouragés à respecter dès que possible leurs promesses et leurs engagements et à continuer à faire de leur mieux pour conférer une certaine souplesse à leurs allocations afin d'éviter que les opérations du programme ne soient interrompues. Afin de parvenir à un monde durablement exempt de poliomyélite de la manière la plus économique, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite poursuivra ses efforts pour affiner son budget pluriannuel sur la base de l'évolution de l'épidémiologie et pour mobiliser des fonds supplémentaires, en mettant tout particulièrement l'accent sur les ressources flexibles et les ressources pour lutter contre des lacunes précises.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

15. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport et à examiner le projet de résolution figurant dans le document A71/26 Add.1.

= = =