



Poliomyélite

Éradication

Rapport du Directeur général

1. Le présent rapport fait le point sur les progrès accomplis en vue d'éradiquer la poliomyélite et 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-quatrième session, a pris note d'une version antérieure de ce rapport.¹ Le présent rapport a été révisé afin de refléter les discussions du Conseil exécutif qui ont essentiellement porté sur la nécessité de mettre pleinement en œuvre et de financer intégralement la stratégie de l'assaut final 2019-2023, adossée à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, et ce à tous les niveaux de manière à garantir la certification mondiale d'un monde exempt de poliomyélite d'ici la fin 2023. Un rapport distinct fait le point sur la transition pour la poliomyélite.²

2. Grâce au Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, le monde est à la veille d'éradiquer la maladie. La stratégie de l'assaut final 2019-2023,³ qui s'inscrit dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et découle d'un processus consultatif approfondi mené sur plus de 12 mois, s'appuie sur les enseignements tirés depuis 2013 et définit la feuille de route pour parvenir à la certification mondiale à l'horizon 2023.

3. Le Plan stratégique met en lumière les activités à entreprendre ainsi que les changements de mode opératoire auxquels l'Initiative mondiale doit procéder afin de certifier l'éradication des poliovirus sauvages, de réagir rapidement et efficacement à la détection persistante de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, et de se préparer à un monde exempt de poliomyélite en garantissant la pérennité des acquis. La mobilisation massive des parties prenantes s'est avérée décisive pour la mise au point de la Stratégie. Une évaluation indépendante des stratégies d'éradication dans les domaines qui restent endémiques, recommandée par le comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et menée au troisième trimestre de l'année 2018, a permis d'éclairer l'élaboration de ce plan d'envergure. La stratégie de l'assaut final 2019-2023, adossée à l'Initiative mondiale, consiste à accroître les performances tous azimuts, notamment à l'aide d'outils et de composantes ayant fait leurs preuves pour éradiquer la maladie dans le monde à hauteur de 99 %. Le Plan reconnaît la nécessité urgente

¹ Voir le document EB144/9 et les procès-verbaux du Conseil exécutif à sa cent quarante-quatrième session, quatrième séance.

² Document A72/10.

³ Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/tools-and-library/resources-for-polio-eradicators/polio-endgame-strategy-2019-2023/> (consulté le 27 mars 2019).

d'éradiquer les poliovirus sauvages dans les meilleurs délais tant pour empêcher la réémergence de ces souches à l'échelle mondiale que pour arrêter au plus vite d'utiliser le vaccin antipoliomyélique oral, et donc éviter les risques à long terme de flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale.

4. L'ensemble des outils et moyens nécessaires sont en place pour atteindre la certification ; il ne reste aucun obstacle d'ordre biologique ou technique et la réussite sera au rendez-vous si l'on mobilise une volonté politique et sociétale suffisante pour garantir le financement intégral du Plan stratégique et sa mise en œuvre à tous les niveaux. Dans une déclaration conjointe diffusée en janvier 2019, les présidents des principaux organes consultatifs mondiaux sur la poliomyélite, à savoir le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international, le comité de suivi indépendant, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite, et le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination ont fait valoir qu'il « n'y a aucune raison pour que la poliomyélite persiste où que ce soit dans le monde. Pour réussir à l'éradiquer à l'horizon 2023, tous les intervenants doivent viser l'excellence et y parvenir. Si tel est le cas, le succès suivra. »¹

5. Tout en maintenant le cap sur l'éradication, le Plan stratégique incorpore aussi des éléments permettant de se préparer à un avenir exempt de poliomyélite en collaborant de manière plus systématique avec d'autres programmes et initiatives de santé, et en nouant des alliances afin de susciter des effets conjoints dans les pays. À mesure que l'éradication se rapproche, une collaboration approfondie avec d'autres programmes de santé publique, menée sous la houlette des pouvoirs publics, avec des rôles, des responsabilités et des structures de redevabilité bien définis, devient essentielle pour assurer la pérennité de l'éradication et transférer *in fine* les connaissances, les compétences et les enseignements tirés afin de mieux protéger les populations. L'ampleur et la nature de cette collaboration plus systématique seront adaptées à la spécificité des pays et seront fonction des besoins des pouvoirs publics. Dans cet esprit, le Plan stratégique consolide et officialise la collaboration avec l'Alliance Gavi, qui rejoindra les rangs du Conseil de surveillance de la poliomyélite. La collaboration systématique est aussi renforcée avec d'autres acteurs issus ou non du secteur de la santé, et des engagements sont pris afin de garantir la transparence totale des budgets à long terme, y compris les principaux coûts inhérents à la postcertification, comme les stocks et le vaccin inactivé contre la poliomyélite.

6. Une fois que l'éradication de la poliomyélite aura été certifiée, la Stratégie postcertification, dont la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a fait état en mai 2018,² guidera les activités et les tâches à mener durablement à l'échelle mondiale pour que le monde reste exempt de poliomyélite. Le Secrétariat continuera de rendre compte chaque année des progrès réalisés à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif si nécessaire, jusqu'à la certification de l'éradication de la poliomyélite dans le monde.

¹ Déclaration conjointe des présidents du Comité d'urgence au titre du Règlement sanitaire international, du comité de suivi indépendant, de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite, et du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, janvier 2019. Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/news-post/to-succeed-by-2023-extraordinary-joint-statement-to-polio-eradicators/> (consulté le 6 mars 2019).

² Voir les procès-verbaux de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, commission B, quatrième séance, section 3, cinquième séance, section 1 et sixième séance, section 3.

L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE À L'ÉCHELLE MONDIALE, UNE DOUBLE URGENCE EN CE QUI CONCERNE LES POLIOVIRUS SAUVAGES ET DÉRIVÉS D'UNE SOUCHE VACCINALE

Transmission du poliovirus sauvage

7. Les efforts se poursuivent pour éradiquer l'ensemble des souches restantes de poliovirus sauvage. Le dernier cas signalé de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 2 remonte à 1999, et 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 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 de circuler dans trois pays dans lesquels la maladie est endémique : l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan. En 2018, des cas de poliovirus sauvage de type 1 ont été détectés en Afghanistan et au Pakistan.

8. Au Nigéria, aucun nouveau cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1 n'a été confirmé depuis la détection de cas dans l'État de Borno en août 2016 et le dépistage du virus chez un enfant sain en septembre 2016. Toutefois, du fait de lacunes persistantes dans la surveillance exercée dans les zones à haut risque et inaccessibles, il ne peut être exclu que cette souche ait continué de circuler sans être détectée. Le Gouvernement du Nigéria continue de 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. Des mesures complémentaires sont prises pour accroître la sensibilité de la surveillance et renforcer les niveaux d'immunité, notamment : 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.

9. L'Afghanistan et le Pakistan continuent d'être considérés comme une seule entité épidémiologique. En 2018, huit cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage de type 1 ont été notifiés au Pakistan, le même nombre qu'en 2017, tandis qu'en Afghanistan, 21 cas ont été signalés, contre 12 en 2017. En Afghanistan, l'augmentation du nombre de cas tient aux poches d'enfants qui ne cessent de passer au travers des activités de vaccination supplémentaire dans les zones à haut risque des régions du sud et de l'est. Les deux pays continuent de coordonner les activités de vaccination et de surveillance. Même si des groupes techniques consultatifs indépendants soulignent que l'interruption rapide de la transmission des souches restantes du poliovirus est réalisable, ce but ne sera atteint que si tous les enfants non encore vaccinés le sont et si les réservoirs de transmission restants sont éradiqués.

10. Au Pakistan, il faudra impérativement que les dirigeants nouvellement élus continuent de s'engager à haut niveau en faveur de l'éradication de la poliomyélite. 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, où résident des communautés extrêmement difficiles d'accès. Dans les deux pays, les efforts visent à recenser avec précision les enfants n'ayant pas pu être vaccinés et à en déterminer la cause, ainsi qu'à mettre en place des plans d'intervention pour surmonter ces difficultés. On continue de miser notamment 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. Comme ce sont des communautés très difficiles d'accès, vivant dans les zones où les poliovirus sont toujours présents, il est souvent impossible de prodiguer à ces populations le soutien nécessaire pour satisfaire leurs besoins sanitaires essentiels. Dans ces zones, une collaboration resserrée entre les programmes de lutte contre la poliomyélite et les programmes humanitaires permettrait peut-être de promouvoir des objectifs de développement plus vastes, tout en améliorant l'accès à la vaccination antipoliomyélitique et son acceptation par la communauté.

11. Désormais, la transmission du poliovirus est essentiellement limitée 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, ainsi que Karachi (Pakistan). La coordination du programme d'éradication de la poliomyélite n'a cessé de progresser aux niveaux national, provincial et régional, ainsi que dans les districts limitrophes des corridors traditionnels de transmission, la priorité étant de vacciner des populations itinérantes à haut risque et celles vivant à proximité de la frontière. En janvier 2019, le Directeur général de l'OMS et le Directeur de la Région de la Méditerranée orientale se sont rendus en Afghanistan et au Pakistan afin d'évoquer avec des chefs d'État et de hauts responsables gouvernementaux les mesures susceptibles de faire cesser les chaînes de transmission du poliovirus sauvage affectant toujours les deux pays.

Transmission du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale

12. Alors que l'éradication de la transmission des poliovirus sauvages dans le monde se rapproche, la transmission des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale continue de prendre de l'ampleur, même si le phénomène n'est pas nouveau. Une vaccination systématique insuffisante, associée à une surveillance infranationale lacunaire dans les pays très exposés restent les principaux facteurs de risque concernant l'émergence ou la poursuite de la transmission des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale. Des efforts accrus doivent être consentis pour lutter contre ces deux facteurs de risque. Or la seule façon – qui est aussi la plus sûre – de prévenir la transmission des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale est d'arrêter rapidement l'administration de vaccins antipoliomyélitiques oraux, laquelle ne pourra intervenir qu'après éradication totale des poliovirus sauvages. Il s'agit donc désormais d'une double urgence. En 2018, des flambées dues au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale se sont déclarées ou se sont poursuivies au Kenya, au Mozambique, au Niger, au Nigéria, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en République démocratique du Congo et en Somalie. Une flambée détectée en 2017 en République arabe syrienne a pu être jugulée grâce à une riposte globale et aucun nouveau cas n'a été signalé depuis septembre 2017.

13. En République démocratique du Congo, les flambées en cours impliquent quatre souches vaccinales génétiquement distinctes de poliovirus circulants de type 2 : a) dans la province du Haut-Katanga, b) dans la province du Mongala, c) dans la province du Maniema et d) dans les provinces du Haut-Lomani, du Tanganika, du Haut-Katanga et de l'Ituri. Au total, 42 cas ont été confirmés dans le pays depuis la détection de la première flambée survenue en juin 2017, dont une vingtaine en 2018. L'OMS estime que ces quatre flambées représentent un risque très élevé pour la santé publique au niveau national et que l'éventualité d'une propagation internationale est importante vu la progression des flambées et leur dissémination jusqu'aux frontières internationales. La riposte connaît encore des lacunes opérationnelles et les populations très exposées sont toujours sous-vaccinées, ce qui ne permet pas, à ce stade, de juguler les flambées ni de prévenir leur extension géographique.

14. En février 2018, le Gouvernement a déclaré que les flambées de poliomyélite constituaient une urgence de santé publique de portée nationale dans le but de combler les lacunes opérationnelles relatives à la qualité de la riposte. Reconnaisant les risques encourus, les gouverneurs des provinces

ont, le 26 juillet 2018, adopté la Déclaration de Kinshasa pour l'éradication de la poliomyélite et la promotion de la vaccination, aux termes de laquelle ils se sont engagés à assurer une « action coordonnée à tous les niveaux » afin d'améliorer de toute urgence la qualité de la riposte et d'interrompre la circulation de ces virus. La riposte à la flambée de poliomyélite intervient dans le contexte d'une flambée concomitante de maladie à virus Ebola qui frappe la province du Nord-Kivu à l'est du pays (à proximité des provinces touchées par un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2). Comme dans le passé, les équipes chargées de juguler la flambée de poliomyélite coordonnent étroitement leur action avec celle de l'ensemble du réseau humanitaire afin de veiller à ce que la lutte contre ces deux flambées épidémiques s'effectue de manière coordonnée (ce qui fut le cas lors de la flambée de maladie à virus Ebola survenue en 2017, dans la province de l'Équateur, et dûment circonscrite).

15. La Corne de l'Afrique est touchée par des flambées dues aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 et de type 3. Le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 a été isolé chez des personnes atteintes de paralysie flasque aiguë et sur des échantillons prélevés dans l'environnement à Mogadiscio (Somalie) ainsi que sur des échantillons prélevés dans l'environnement à Nairobi (Kenya). Le séquençage génétique de cette souche laisse entendre qu'elle a circulé sans être détectée depuis 2016, ce qui met en lumière les dangers d'une surveillance lacunaire au niveau infranational. Outre le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2, son homologue de type 3 a aussi été isolé chez des personnes atteintes de paralysie flasque aiguë et sur des échantillons prélevés dans l'environnement à Mogadiscio. Des activités régionales de riposte aux flambées générées par les deux souches sont actuellement mises en œuvre, conformément aux lignes directrices convenues par la communauté internationale. L'Éthiopie, le Kenya et la Somalie ont déclaré que ces flambées constituaient des urgences de santé publique de portée nationale.

16. Au Nigéria, deux flambées distinctes dues au poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale ont été détectées en 2018. Dans l'État de Sokoto, quatre virus apparentés génétiquement ont été isolés sur quatre échantillons environnementaux recueillis entre le 24 avril et le 9 mai 2018 ; aucun cas associé de paralysie flasque aiguë n'a été détecté, étant donné que le virus n'a été isolé que sur des échantillons environnementaux. D'autre part, le pays est touché par une autre flambée qui est apparue dans l'État de Jigawa et s'est ensuite propagée à d'autres États du pays ainsi qu'au Niger voisin. Depuis la détection de la flambée d'origine au Jigawa, 42 cas ont été notifiés, dont 33 dans six États différents du Nigéria et neuf cas au Niger. La détection d'un cas lié à cette flambée dans l'État de Kwara est d'autant plus préoccupante que cet État est limitrophe du Bénin, ce qui décuple encore le risque de propagation internationale.

17. Les activités de riposte à la flambée sont progressivement mises en œuvre, associant différentes formulations vaccinales, afin de contrer les souches du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et de contenir la circulation du poliovirus sauvage de type 1. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, une flambée de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 a été confirmée en juin 2018, alors que le virus a été isolé à l'origine chez un patient atteint de paralysie flasque aiguë et chez deux contacts sains dans la communauté. Le Gouvernement a immédiatement déclaré que la flambée constituait une urgence de santé publique de portée nationale et a lancé une riposte d'urgence à cette flambée de grande ampleur. Depuis la première confirmation de la présence du virus en juin, des cas supplémentaires ont été confirmés dans d'autres régions, ce qui a incité le Gouvernement à élargir la riposte et à lancer des campagnes d'envergure nationale ; or vu la proximité des cas détectés avec les régions frontalières de l'Indonésie, les deux pays ont mis en œuvre des campagnes de vaccination transfrontières visant à minimiser le risque de propagation internationale de cette souche. En janvier 2019, une flambée de poliovirus circulant génétiquement distinct, dérivé d'une souche vaccinale de type 1 a été confirmée en Indonésie, dans la province papoue limitrophe de la Papouasie-Nouvelle-Guinée. Le virus a été isolé chez un enfant atteint de paralysie flasque aiguë, et chez deux contacts sains dans la communauté. Suite à la détection de cette flambée, une riposte a immédiatement été lancée au niveau du district et sera suivie d'une autre intervention dans les provinces à haut risque.

18. En janvier 2019, la circulation d'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 a été confirmée au Mozambique. Deux isolats génétiquement liés ont été détectés dans un cas de paralysie flasque aiguë (qui a débuté le 21 octobre 2018 chez une fillette de six ans originaire du district de Molumbo, province de Zambézie, sans antécédents de vaccination) et chez un contact dans la communauté. Le Ministère de la santé et les autorités de santé publique locales ont immédiatement lancé une enquête de terrain approfondie afin d'évaluer l'ampleur de la circulation du virus et sa source première, et de planifier une riposte, conformément aux protocoles pertinents définis au plan international.

Urgence de santé publique de portée internationale

19. 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 formulées 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 en rapport. Cela fait maintenant quatre ans que la propagation internationale du poliovirus a été déclarée urgence de santé publique de portée internationale (situation inédite pour une déclaration de cette nature). Le Comité d'urgence convoqué en application du Règlement sanitaire international (2005) a conclu lors de sa vingtième réunion, en février 2019, que la situation constituait toujours une urgence de santé publique de portée internationale. Le Comité a fait valoir « qu'il existe un risque de laisser-aller car le nombre de cas de poliovirus sauvage reste faible et que l'éradication devient une réalité tangible ».¹ Le président du Comité a lancé une mise en garde en ces termes : « Nous craignons qu'une baisse de vigilance ne soit le risque majeur. Objectivement, rien ne nous empêche de mener cette tâche à bien. Nous n'avons qu'une seule demande : que les donateurs et les partenaires continuent à nous soutenir jusqu'à ce que nous ayons accompli notre tâche. Il n'a sans doute jamais été aussi urgent de redoubler d'efforts pour y mettre un point final. »²

RETRAIT PROGRESSIF DES VACCINS ANTIPOLIOMYÉLITIQUES ORAUX

20. Pour éliminer les risques à long terme des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale et la poliomyélite paralytique postvaccinale, les vaccins antipoliomyélitiques oraux sont progressivement retirés. Dans une première phase, entre le 17 avril et le 1^{er} mai 2016, le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent a été remplacé par son homologue bivalent. Une fois que tous les foyers restants de transmission du poliovirus sauvage auront été éradiqués et que le monde sera certifié exempt de poliomyélite, l'utilisation des vaccins antipoliomyélitiques oraux cessera. Dans l'intervalle, les États Membres sont invités à limiter les risques et les conséquences que pourraient avoir des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale en garantissant une large couverture par la vaccination systématique, en menant des activités de surveillance en cas d'émergence de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale et en conservant une bonne capacité de riposte en cas de flambée.

¹ Déclaration du Comité d'urgence du RSI (2005) concernant la propagation internationale des poliovirus. Disponible à l'adresse <http://www.who.int/news-room/detail/30-11-2018-statement-of-the-nineteenth-ih-er-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus> (consulté le 7 mars 2019).

² Observations formulées par la professeure Hélène Rees, Présidente du Comité d'urgence, lors d'une séance d'information destinée aux médias, à l'issue de la neuvième réunion du Comité, en novembre 2018.

21. Au cours de la période qui a précédé le passage au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, des problèmes mondiaux d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé sont apparus en raison des difficultés techniques rencontrées par les fabricants pour développer leur production. En conséquence, certains pays ont été approvisionnés en retard. La situation s'est améliorée ces derniers mois et tous les pays ont maintenant accès à des stocks pour leurs programmes de vaccination systématique. L'approvisionnement mondial a, lui aussi, progressé grâce à l'adoption par un nombre croissant d'États Membres de stratégies visant à économiser les doses, par exemple via 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 opté pour cette solution, notamment le Bangladesh, Cuba, l'Équateur, l'Inde, le Népal et Sri Lanka, et plusieurs autres pays de la Région des Amériques sont en train de suivre le mouvement. L'Alliance Gavi s'est engagée en juin 2018 à promouvoir davantage le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les pays prioritaires d'ici à 2021. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et ses partenaires continuent d'étudier de nouvelles options pour le vaccin antipoliomyélitique inactivé, afin de garantir un approvisionnement pérenne à moindre coût à l'issue de la certification, par exemple en utilisant un vaccin fabriqué à partir de souches Sabin de poliovirus ou de substances non infectieuses comme les pseudoparticules virales.

CONFINEMENT ET CERTIFICATION

22. Les efforts de confinement des poliovirus de type 2 se sont intensifiés en 2017 et 2018, dans le droit fil des 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 et conformément aux orientations de l'OMS visant à limiter les risques pour les établissements collectant, manipulant ou stockant des matériels potentiellement infectés par des poliovirus. Les délibérations du Groupe consultatif sur le confinement portant sur des questions relatives à la mise en œuvre du GAP III se sont traduites par des amendements qui seront publiés prochainement.

23. Parmi les temps forts de l'an passé figure le dispositif de certification du confinement, consécutif à l'attribution d'un certificat validé par la Commission mondiale de certification, lequel reconnaît à un fabricant de vaccins implanté en Suède la qualité de premier candidat apte à conserver des stocks essentiels de poliovirus. L'Afrique du Sud, les États-Unis d'Amérique et l'Indonésie ont, eux aussi, demandé une homologation pour ce type d'établissement. Ces demandes sont examinées par la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite.

24. Un autre temps fort a été l'adoption par la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé de la résolution WHA71.16 (2018), qui invite instamment les États Membres à intensifier les efforts visant à accélérer les progrès en vue de la certification du confinement des poliovirus. Annonçant un engagement international envers cette cause, la résolution préconise à tous les États Membres l'adoption de diverses mesures, en particulier à ceux qui prévoient de conserver dans leurs établissements des poliovirus après l'éradication. Parmi les prescriptions énoncées dans la résolution, les États Membres sont instamment invités à achever les inventaires des poliovirus de type 2, à commencer des inventaires des poliovirus sauvages de type 1 et 3, et à réduire au minimum le nombre d'établissements désignés pour la conservation des poliovirus. Les États Membres choisissant de conserver des poliovirus devaient

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/handle/10665/208872>, consulté le 7 mars 2019).

nommer d'ici la fin 2018 une autorité nationale compétente et disposant des moyens nécessaires pour assurer le confinement ; ils devraient aussi prier les établissements pressentis à ces fins de participer officiellement au dispositif de certification du confinement du GAP III d'ici la fin de l'année 2019.

25. En janvier 2019, 26 États Membres ont notifié à l'OMS la désignation de 76 établissements accomplissant des fonctions essentielles justifiant la conservation des poliovirus de type 2. Sur les 26 États Membres priés de mettre en place une autorité nationale compétente chargée du confinement avant la date butoir de la fin 2018, en application des dispositions de la résolution WHA71.16, seuls deux ne s'y sont pas conformés. L'absence de législation nationale a été invoquée pour expliquer le retard pris dans la création de ces instances nationales et la mise en œuvre du confinement. Dans les États Membres où cette législation fait défaut, la sensibilisation et le dialogue visant à expliquer les risques et les responsabilités liés à la détention de poliovirus et aux moyens nécessaires se sont avérés efficaces.

26. Dans les mois à venir, le Secrétariat s'emploiera essentiellement à aider les autorités nationales à mettre sur pied les capacités nécessaires pour contrôler le GAP III en formant des contrôleurs compétents en la matière. Le Secrétariat s'engage aussi à œuvrer de concert avec les États Membres pour encourager la collaboration et l'échange d'informations entre les autorités nationales chargées du confinement. Comme les niveaux de transmission des poliovirus sont actuellement à leur plus bas niveau et que l'éradication est envisageable à court terme, toutes les parties prenantes doivent intensifier de toute urgence leurs activités de confinement.

27. Tout au long de l'année 2018, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite a continué d'examiner les critères applicables pour certifier au plan mondial l'éradication du poliovirus sauvage. Elle a formulé un certain nombre de recommandations, portant notamment sur le processus de certification séquentielle de l'éradication du poliovirus sauvage et la confirmation de l'absence de poliovirus dérivés de souches vaccinales qui suivront l'arrêt de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral au plan mondial. Comme, depuis novembre 2012, aucun poliovirus sauvage de type 3 n'a été signalé dans le monde, l'éradication mondiale de cette souche pourrait être certifiée en 2019. Lorsque l'on estimera que toute transmission de poliovirus sauvage a cessé dans le monde, on pourra alors lancer les préparatifs pour arrêter totalement d'utiliser le vaccin antipoliomyélitique oral ; cette phase sera suivie par la validation de l'absence de poliovirus dérivés de souche vaccinale.¹

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

28. Grâce à la générosité et au soutien ininterrompu des acteurs internationaux du développement, notamment les États Membres (aussi bien ceux où le poliovirus reste endémique que ceux qui subventionnent 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 2018 a été obtenue. Les partenaires des secteurs public et privé continuent d'honorer les engagements contractés lors de la dernière Convention du Rotary International en juin 2017, lesquels garantiront le financement du programme pour 2019. Le Conseil de surveillance de la poliomyélite a adopté de nouveaux scénarios financiers lors de sa réunion

¹ Comment parvenir à un monde durablement exempt de l'ensemble des poliovirus : Déclaration diffusée à l'issue de la 19^e réunion de la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite, Amman, Jordanie, 29-31 octobre 2018. Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2018/11/GCC-Statement-26-November-2018.pdf> (consulté le 7 mars 2019).

tenue en septembre 2018.¹ Le budget mondial nécessaire à la mise en œuvre du Plan stratégique 2019-2023 devrait s'établir à US \$4,2 milliards, dont 3,27 milliards doivent encore être mobilisés. Il conviendra donc de solliciter le soutien durable des partenaires de longue date, ainsi que des ministres et des dirigeants des pays du G7, du Commonwealth et du G20 de manière à assurer le bon déroulement des opérations programmatiques nécessaires pour parvenir à l'éradication à l'horizon 2023. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continue d'offrir de bons résultats en contrepartie des ressources utilisées, et ses bonnes pratiques de gestion financière ont été confirmées lors des différents examens des programmes et vérifications des comptes.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

29. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport. En particulier, l'Assemblée voudra peut-être axer ses délibérations sur l'impérieuse nécessité de garantir que la stratégie couvrant la période 2019-2023 sera totalement financée et appliquée à tous les niveaux, afin de parvenir à un monde durablement exempt de l'ensemble des poliovirus et de pouvoir le certifier.

= = =

¹ Résumé disponible à l'adresse www.polioeradication.org/financing/ (consulté le 7 mars 2019).