



Poliomyélite

Éradication de la poliomyélite

Rapport du Directeur général

1. Lors de sa cent quarante-huitième session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur l'éradication de la poliomyélite,¹ qui fait le point sur les efforts visant l'interruption de la transmission résiduelle du poliovirus sauvage ; sur la mise en œuvre des ripostes aux flambées de poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale et l'introduction du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ; sur les répercussions de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) sur le programme d'éradication mondial ; ainsi que sur les principaux éléments d'un plan stratégique révisé et renforcé et sur la situation financière actuelle. Le rapport apporte des compléments d'information.

TRANSMISSION DU POLIOVIRUS²

2. La transmission du poliovirus dans le monde fait l'objet d'un suivi actif par le biais d'un système de surveillance de la maladie et du virus, axé principalement sur 69 pays à risque, afin de détecter rapidement la présence du poliovirus et de pouvoir y riposter. Ce système permet de détecter et d'étudier plus de 115 000 cas de paralysie flasque aiguë. Il s'appuie sur plus de 550 sites de tests environnementaux afin d'améliorer la compréhension, même en l'absence de maladie paralytique. Même si la sensibilité de la surveillance a pâti de la pandémie de COVID-19 dans certaines régions, elle est restée fonctionnelle, opérationnelle et pertinente sur le plan programmatique, et atteint désormais des niveaux de sensibilité similaires à ceux antérieurs à la pandémie dans la plupart des régions.

3. En 2021, le poliovirus sauvage de type 1 continue d'être détecté dans certaines régions d'Afghanistan et du Pakistan. Le 25 août 2020, la Région africaine a été certifiée exempte de poliovirus sauvage par la Commission régionale de certification pour l'Afrique (CRCA), devenant la cinquième Région de l'OMS ainsi certifiée comme étant libérée de tout poliovirus sauvage par un organisme indépendant. Pour mémoire, les poliovirus sauvages de type 2 et de type 3 ont été certifiés comme éradiqués à l'échelle mondiale, en 2015 et 2019 respectivement. Des flambées épidémiques dues à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, en particulier de type 2, continuent de sévir dans certaines zones des Régions de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental.

¹ Document EB 148/22. Voir aussi les procès-verbaux de la cent quarante-huitième session du Conseil exécutif, treizième séance, section 2 (en anglais seulement).

² Toutes les données épidémiologiques correspondent à la situation fin février 2021. Des données épidémiologiques régulièrement actualisées sont disponibles à l'adresse <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/> (consulté le 18 mars 2021).

Afghanistan et Pakistan : un réservoir transfrontalier avec cocirculation du poliovirus sauvage de type 1 et du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2

4. L'Afghanistan connaît une cocirculation du poliovirus sauvage de type 1 et du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2. D'après les données disponibles en janvier 2021, 56 cas de poliovirus sauvage de type 1 et 49 prélèvements environnementaux positifs pour le poliovirus sauvage de type 1 y ont été rapportés en 2020 ; à ceux-ci s'ajoutent 255 cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et 148 prélèvements environnementaux positifs pour le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2. L'Afghanistan a réussi dans le passé à interrompre avec succès la transmission du poliovirus sauvage autochtone dans les deux réservoirs d'endémicité (région du sud et région orientale), mais différents facteurs géopolitiques entravent ses efforts : accès limité à la vaccination dans la région du sud et interruption temporaire des campagnes de vaccination en raison de la pandémie de COVID-19.

5. La transmission du poliovirus sauvage de type 1 est endémique dans la région du sud et la région orientale de l'Afghanistan et continue de s'étendre à des zones auparavant exemptes de poliomyélite, en particulier dans le nord et l'ouest du pays. Le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 continue de circuler dans la région du sud et la région orientale, avec un risque d'expansion géographique et de propagation internationale ; en effet, presque aucune campagne de vaccination par le vaccin contenant le type 2 n'a été menée depuis plus de six mois et le nombre d'enfants non protégés contre le poliovirus de type 2 augmente fortement au niveau national.

6. Face à cette situation, le programme national adapte les approches opérationnelles en vue d'interrompre la circulation du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2, d'arrêter la transmission du poliovirus sauvage de type 1 dans la région orientale et les zones non endémiques, et d'améliorer l'accès pour les campagnes de vaccination dans les zones à haut risque de la région du sud ou de contenir le poliovirus sauvage de type 1 aux zones d'endémie existantes. Il s'attache ainsi à adapter les approches choisies pour les campagnes de vaccination à la situation actuelle liée à la COVID-19 et notamment à améliorer la qualité des campagnes ; à étudier différentes méthodes pour améliorer l'accès dans certaines zones clés ; à associer les communautés aux interventions, de façon globale, y compris en communiquant davantage dans les grands médias et les médias sociaux ; et à intégrer les activités de vaccination et de surveillance aux initiatives plus larges en faveur de la santé. Le programme d'éradication de la poliomyélite collaborera avec un plus vaste éventail de partenaires des secteurs public et privé actifs sur le terrain afin de dispenser des services de santé et de mettre en place des plans intégrés permettant de fournir d'autres services aux populations pendant les campagnes antipoliomyélitiques, notamment de distribuer des kits d'hygiène, des couvertures pour les nourrissons et du savon, et de mener si possible des campagnes de vaccination multiantigénique.

7. Le Pakistan connaît une cocirculation du poliovirus sauvage de type 1 et du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2. D'après les données disponibles en janvier 2021, 84 cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage de type 1 et 442 prélèvements environnementaux positifs au poliovirus sauvage de type 1 avaient été signalés en 2020. La majeure partie de ces cas sont survenus au cours de la première partie de l'année, avec seulement six cas dus au poliovirus sauvage de type 1 au cours du dernier trimestre de 2020 (contre 72 cas au cours de la même période en 2019), alors qu'il s'agit généralement de la haute saison de transmission de la poliomyélite. Toujours en 2020, 122 cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et 110 prélèvements environnementaux positifs au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ont été signalés.

8. La transmission du poliovirus sauvage de type 1 se poursuit dans les zones réservoirs traditionnelles, à savoir le corridor nord (Peshawar/Khyber), Karachi et le corridor sud (zone de Quetta, Baloutchistan) et continue de s'étendre à des zones auparavant exemptes de poliomyélite (Pendjab et Sindh) ; en outre, le poliovirus est détecté dans tout le pays. Le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 continue d'élargir son emprise géographique, notamment au Khyber Pakhtunkhwa, la progression de la transmission en cours étant encore aggravée par la forte augmentation au niveau national des populations non protégées contre le poliovirus de type 2. Le risque de propagation des deux souches, en particulier du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2, y compris sur le plan international, augmentera ces prochains mois en raison de la hausse du nombre d'enfants vulnérables due à l'interruption des campagnes de vaccination du fait de la pandémie de COVID-19 (voir ci-dessous la section intitulée « Répercussions de la COVID-19 »). Près de 75 % des districts ayant effectué deux cycles de vaccination avec le vaccin antipoliomyélitique oral contenant le poliovirus de type 2 n'ont enregistré aucun signe de transmission.

9. Le programme national a été réorganisé en urgence afin de pouvoir enrayer la circulation des deux souches de virus, cette réorganisation étant un élément clé du processus plus large de redressement sanitaire et économique consécutif à la COVID-19. Les objectifs sont dans l'immédiat d'interrompre la circulation du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 au moyen de plusieurs vastes campagnes de vaccination de grande qualité, sans aggraver la situation sur le plan de la COVID-19 ; de continuer de maîtriser le poliovirus sauvage de type 1 au moyen de campagnes ciblant les principales zones réservoirs et de mesures de riposte aux flambées ; et de mener à bien la transformation du programme de sorte à réussir à interrompre la circulation du poliovirus sauvage de type 1 en 2021.

10. Afin d'assurer un plus grand engagement des responsables publics et d'apporter un soutien supplémentaire aux pays d'endémie restants, le Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a créé le sous-comité ministériel régional sur l'éradication de la poliomyélite et les flambées épidémiques, qui s'est réuni pour la première fois en mars 2021.

Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 : une urgence de santé publique de plus en plus pressante

11. Le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 a entraîné une situation d'urgence qui, apparue en 2019, a continué de s'aggraver en 2020 et en 2021. D'après les données disponibles en janvier 2021, 9959 cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et 411 prélèvements environnementaux positifs à un tel poliovirus ont été signalés par 25 pays au niveau mondial en 2020. Il s'agit principalement de pays d'Afrique, auxquels s'ajoutent l'Afghanistan et le Pakistan (voir la section précédente), l'Égypte, l'Iran (République islamique d'), les Philippines et le Tadjikistan.

12. En Afrique, plusieurs flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2, génétiquement distincts, continuent de se propager dans différents pays, en particulier en Afrique de l'Ouest (une flambée partie du Nigéria s'étend à 10 pays et continue de se propager en Afrique de l'Ouest et dans certaines parties de l'Afrique centrale), en Afrique centrale (notamment en Angola et en République démocratique du Congo) et dans la Corne de l'Afrique (notamment en Éthiopie et en Somalie).

13. Dans tous les cas, la poursuite de la propagation des flambées existantes et l'émergence de nouveaux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 révèlent les failles de la couverture par la vaccination systématique, ainsi que la qualité insuffisante des ripostes aux flambées au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2. Le déficit croissant d'immunité mucoale face au poliovirus de type 2 au niveau mondial et la chute des taux de vaccination due à la COVID-19 augmentent le risque que ces souches continuent de se propager ou que de nouvelles souches apparaissent.

14. Même si des flambées persistent, la Région africaine a terminé l'évaluation des flambées existantes. Sur la base des conclusions et recommandations, conformément aux lignes directrices mondiales, il en a résulté la clôture de 18 flambées dans six pays : Angola, Éthiopie, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Zambie. L'Indonésie et le Myanmar ont procédé à des évaluations virtuelles de la riposte aux flambées ; sur la base des résultats et conformément aux lignes directrices mondiales, les flambées dans ces deux pays ont été officiellement clôturées en 2020.

15. En 2019 et début 2020, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) a élaboré une stratégie de riposte aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2, 2020-2021, afin d'agir plus efficacement face à l'évolution épidémiologique du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2.¹ Dans sa décision EB146(11) (2020) sur l'éradication de la poliomyélite, le Conseil exécutif a pris note de l'élaboration de cette stratégie et a appelé instamment les États Membres à mobiliser des ressources financières nationales pour contribuer aux efforts de riposte aux flambées épidémiques.

16. Dans cette décision, le Conseil a prié le Directeur général d'accélérer l'évaluation et la distribution d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, par l'intermédiaire de la procédure OMS d'évaluation et d'homologation en situation d'urgence, et invité les États Membres à appliquer une procédure accélérée pour l'approbation au niveau national de l'importation et de l'utilisation de ce vaccin. En vue d'aider les États Membres à appliquer cette décision, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a créé un groupe de travail sur le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 chargé de coordonner tous les aspects de la distribution de façon sûre, efficace et rapide. La recommandation d'homologation en situation d'urgence, fondée sur des données issues des principales études cliniques menées chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson, a été émise le 13 novembre 2020 sous l'autorité de l'équipe de préqualification de l'OMS.² Parallèlement, les bureaux régionaux de l'OMS aident les États Membres présentant un risque élevé pour le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 à se préparer à l'utilisation éventuelle d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2. Pour guider la distribution de ce vaccin, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a adopté, à sa réunion tenue début 2020³ un cadre relatif aux critères d'utilisation initiale au titre de la procédure d'homologation en situation d'urgence de l'OMS en attendant que la recommandation relative à un emploi en situation d'urgence soit émise. Le vaccin devrait être introduit pour la riposte aux flambées épidémiques au cours du premier trimestre de 2021. Il constitue un nouvel outil à disposition des pays pour leurs efforts d'éradication, en plus du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2, du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent et du vaccin antipoliomyélitique inactivé. Des vaccins différents seront recommandés pour des zones différentes, selon la situation épidémiologique prévalente, propre à la zone concernée, afin de pouvoir intervenir le plus efficacement et rapidement possible. Un cadre régissant l'utilisation des différents vaccins contenant le type 2 a été examiné et approuvé en octobre 2020 par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination. Cette approbation comprenait une recommandation selon laquelle, à l'issue de l'examen de la période d'utilisation initiale du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 et si les données recueillies et examinées sont favorables, ce

¹ Strategy for the response to type 2 circulating vaccine-derived poliovirus 2020-2021, disponible en anglais à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/04/Strategy-for-the-response-to-type-2-circulating-Vaccine-Derived-Poliovirus-20200406.pdf> (consulté le 18 mars 2021).

² Premier vaccin jamais répertorié dans le cadre de la procédure d'évaluation et d'homologation pour les situations d'urgence de l'OMS (disponible à l'adresse <https://www.who.int/fr/news/item/13-11-2020-first-ever-vaccine-listed-under-who-emergency-use>, consulté le 18 mars 2021).

³ Relevé épidémiologique hebdomadaire, 29 mai 2020. Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, 31 mars-1^{er} avril 2020 : conclusions et recommandations (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332218/WER9522-eng-fre.pdf?ua=1&ua=1>, consulté le 15 avril 2021).

vaccin deviendrait le vaccin de choix pour lutter contre les flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2, sous réserve que les États Membres remplissent toutes les conditions requises pour son utilisation.

RÉPERCUSSIONS DE LA COVID-19

17. La pandémie de COVID-19 a fortement perturbé la lutte contre les maladies à prévention vaccinale, y compris la poliomyélite, fragilisant les systèmes de santé et limitant l'accès aux traitements et vaccinations d'importance vitale partout dans le monde. Afin de protéger les populations et le personnel, l'IMEP a recommandé en mars 2020 aux pays d'interrompre provisoirement les campagnes de vaccination antipoliomyélitique en porte-à-porte et de réaffecter les agents et les ressources du programme antipoliomyélitique à la lutte contre la COVID-19. Même si cette mesure était nécessaire pour sauver des vies, la décision de suspendre plus de 60 campagnes de lutte antipoliomyélitique planifiées dans plus de 30 pays (de mars à juillet 2020), associée aux perturbations que la COVID-19 a entraînées pour la vaccination systématique, a d'ores et déjà provoqué une recrudescence de la transmission du poliovirus.

18. Cette augmentation de la transmission est particulièrement inquiétante en Afghanistan et au Pakistan, deux pays touchés par des flambées épidémiques de poliovirus sauvage et de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale, et où les modélisations prévoient qu'en l'absence de campagnes de vaccination, la circulation des poliovirus peut y augmenter de façon exponentielle pendant la saison de forte transmission. En cas de prolongation de la suspension des campagnes de vaccination antipoliomyélitique, une hausse de la transmission devrait aussi être observée dans d'autres pays frappés par des flambées épidémiques de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale. Par exemple, les estimations du risque réalisées à la mi-2020 indiquent que dans la Région africaine, d'ici à la fin de l'année 2020, le nombre de districts abritant des cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale pourrait tripler si des activités de riposte de qualité ne reprennent pas. Si rien n'est fait, cette hausse de la transmission pourrait entraîner un risque fortement accru de propagation internationale du poliovirus et de flambées dans plusieurs pays. Lors de sa dernière réunion, en février 2021, le Comité d'urgence au titre du Règlement sanitaire international (2005) concernant la propagation internationale du poliovirus, évaluant la question de savoir si le risque de propagation internationale du poliovirus demeurerait une urgence de santé publique de portée internationale, a conclu que « la situation actuelle est exceptionnelle, caractérisée par un risque clair et croissant de propagation internationale et la nécessité toujours manifeste d'une riposte internationale coordonnée ».¹

19. Compte tenu de l'importance cruciale du suivi des répercussions de la COVID-19 sur le programme d'éradication de la poliomyélite et du maintien de la coordination de la reprise et/ou de la poursuite des activités essentielles d'éradication de la poliomyélite, le Comité stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a formé une entité de durée limitée appelée Groupe de planification et de facilitation de la continuité de l'IMEP. D'avril à septembre 2020, ce groupe a suivi de près les répercussions de la COVID-19 sur le programme, a facilité la coordination au sein de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, ainsi qu'avec d'autres programmes de santé, et a fourni l'assistance nécessaire à la reprise des activités qui avaient été interrompues.

20. Compte tenu du risque élevé que les flambées de poliomyélite s'intensifient et se propagent, selon les données disponibles en février 2021, les campagnes de vaccination contre la poliomyélite ont intégralement repris dans les pays d'endémie et touchés par des flambées. Depuis juillet 2020, des

¹ Statement of the twenty-seventh Polio IHR Emergency Committee, février 2021, (<https://www.who.int/news/item/19-02-2021-statement-of-the-twenty-seventh-polio-ih-er-emergency-committee> consulté le 22 mars 2021).

campagnes de vaccination antipoliomyélitique ont été mises en œuvre dans 23 pays au total : Afghanistan, Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Malaisie, Mali, Niger, Nigéria, Pakistan, Philippines, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Togo et Yémen. À chaque fois, la décision de reprendre les activités a été prise par les autorités nationales, sur la base des orientations stratégiques de l'IMEP relatives à la prise de décisions et en étroite collaboration avec les programmes de santé, notamment les programmes vaccinaux. Ces décisions ont procédé d'une analyse attentive des problèmes afin de s'assurer que les avantages de la conduite de l'activité l'emportent sur les risques de transmission de la COVID-19 chez les agents de première ligne et dans la population. Dans les pays qui ont repris leurs activités, le programme a mis au point des stratégies de lutte contre la COVID-19 et différents matériels sont actuellement distribués (masques et gels hydroalcooliques, par exemple) afin de protéger les agents de santé de première ligne, tout en veillant à ce que la distanciation physique soit bien respectée dans les différents volets de la campagne. De surcroît, le programme est en train de passer en revue et de modifier ses stratégies de mobilisation sociale dans le but d'associer efficacement les populations à la mise en œuvre de campagnes de qualité. Le programme, les pays et la communauté de la santé publique au sens large étudient également les possibilités d'associer l'administration du vaccin antipoliomyélitique avec d'autres vaccinations et services de santé, en fonction des besoins immédiats de la population, des ressources disponibles et de considérations opérationnelles et logistiques. Depuis la reprise des campagnes à la mi-2020, des campagnes de vaccination multiantigénique intégrées ont été menées en Afghanistan, au Pakistan et en Somalie, et sont prévues dans plusieurs autres pays, dont le Bangladesh, la Côte d'Ivoire, la Gambie, la Guinée, l'Indonésie, le Liberia, Madagascar, le Malawi, le Nigéria et le Sénégal.

21. La pandémie de COVID-19 et les risques connexes ont fortement perturbé la vaccination et les autres initiatives de santé publique, à grande échelle, soulignant combien il est urgent d'adopter des approches plus coordonnées et intégrées. L'IMEP collabore avec les programmes de vaccination de l'OMS et de l'UNICEF dans le cadre d'une initiative pluripartenaire visant à élaborer un « programme de travail intérimaire pour des mesures intégrées » présentant les principales activités et stratégies et les grands changements d'approche nécessaires pour relever les défis sans précédent auxquels se heurtent actuellement les pays en lien avec la COVID-19. Les travaux menés au titre du programme de travail intérimaire alimentent aussi les processus de révision de la stratégie et d'examen de la gestion de l'IMEP.

22. La pandémie de COVID-19 a accéléré l'intégration interprogrammes, le programme de lutte contre la poliomyélite ayant collaboré étroitement avec d'autres programmes de santé pour riposter face au virus. S'appuyant sur cet élan, dans la Région africaine et dans la Région de la Méditerranée orientale, l'OMS met en place des équipes de santé publique intégrées, qui possèdent des compétences en matière de situations d'urgence, de vaccination et de lutte contre la poliomyélite, afin qu'elles fournissent des services de santé à la population. Les équipes se concentrent dans un premier temps sur la riposte à la COVID-19 et s'inscrivent dans le cadre des efforts visant à profiter de l'assise des programmes de lutte contre la poliomyélite et à établir des liens plus étroits entre les programmes, dans le but d'assurer un transfert durable des actifs de la lutte contre la poliomyélite pour atteindre des objectifs de santé publique plus larges.

23. Au niveau stratégique, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite aligne ses priorités sur les stratégies mondiales en matière de vaccination, comme le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et la stratégie 2021-2025 de Gavi, l'Alliance du vaccin, en se concentrant sur les communautés « zéro dose ». Grâce à son expertise de longue date pour atteindre jusqu'au dernier enfant dans les régions les plus vulnérables du monde, ce programme peut apporter une contribution importante au renforcement des activités de vaccination là où son assise est bien établie. Le rapport sur la Planification de la transition pour la poliomyélite et les activités postérieures à la certification traite de l'intégration et de la transition de manière plus détaillée.¹

¹ Document A74/20.

24. Partout où il dispose de ressources, le programme de lutte antipoliomyélitique continue d'apporter un appui décisif pour protéger les populations contre la COVID-19. Depuis des décennies, les agents de la lutte antipoliomyélitique enrayment avec succès les flambées épidémiques de la maladie ; forts de cette expérience et des ressources dont ils disposent, ils jouent aujourd'hui un rôle majeur dans la lutte contre la COVID-19. Parallèlement, le personnel éduque le public et combat la diffusion d'informations fallacieuses. Au niveau mondial, le réseau de surveillance de la poliomyélite est mis à contribution pour différents aspects de la lutte contre la COVID-19 : détection des cas, recherche des contacts, dépistage en laboratoire et gestion des données. Les systèmes de gestion de données sur la poliomyélite et le personnel de première ligne contribuent à l'intensification des mesures de détection et de riposte face à la COVID-19. Selon les informations obtenues, de nombreux agents de lutte contre la poliomyélite ont été infectés par le SARS-CoV-2 dans le cadre de leurs fonctions et deux agents sont décédés de la COVID-19 en Somalie. Au total, on estime que 70 à 100 millions de dollars des États-Unis de fonds provenant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont été alloués et ont contribué à la riposte mondiale à la pandémie en 2020.

25. Sachant combien la COVID-19 a perturbé les services de vaccination, y compris ceux consacrés à l'éradication de la poliomyélite, l'OMS et l'UNICEF ont lancé le 6 novembre 2020 un appel conjoint à agir de toute urgence pour combattre et prévenir les flambées épidémiques de rougeole et de poliomyélite¹ en protégeant les enfants par la vaccination. Dans ce document, les deux organisations invitent instamment les pays à investir dans leurs services de vaccination pour relever d'urgence les niveaux d'immunité de la population, et appellent la communauté internationale à débloquer rapidement les fonds nécessaires pour mettre en œuvre des stratégies visant à prévenir et à combattre les flambées de poliomyélite et de rougeole.

26. Lors de sa réunion en ligne du 18 décembre 2020, le Conseil de surveillance de la poliomyélite a réaffirmé son engagement afin que les actifs alloués à la lutte contre la poliomyélite soient mis à la disposition des pays pour leur permettre de riposter à la pandémie de COVID-19, en particulier lors de la prochaine phase d'introduction et de livraison des vaccins anti-COVID-19.

CONFINEMENT DES POLIOVIRUS

27. L'objectif général du confinement des poliovirus est de réduire le risque de réintroduction du poliovirus et de la maladie dans la population générale. Pour ce faire, les types et les quantités de poliovirus détenus dans les pays font l'objet d'un suivi, moyennant un examen annuel des inventaires établis aux fins de la certification, et des orientations techniques sont communiquées sur l'application 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)² dans les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus.

¹ L'OMS et l'UNICEF publient un appel à l'action urgent pour éviter les épidémies majeures de rougeole et de poliomyélite (<https://polioeradication.org/news-post/unicef-and-who-call-for-emergency-action-to-avert-major-measles-and-polio-epidemics/>, consulté le 22 mars 2021).

² 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 15 avril 2020).

28. Conformément à la résolution WHA68.3 (2015) sur la poliomyélite, les pays doivent continuer d'intensifier leurs activités en vue du confinement des poliovirus de type 2. Au début de 2021, 73 établissements (laboratoires, fabricants de vaccins et établissements de recherche) conservant des poliovirus de type 2 étaient recensés dans 24 pays. Quatorze établissements dans cinq pays n'ont pas encore rejoint le dispositif de certification du confinement des poliovirus dans le monde, alors qu'il fallait en principe le faire au plus tard en décembre 2019. De plus, l'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 3 étant désormais certifiée, les échantillons contenant cette souche doivent maintenant être confinés ou détruits. Le nombre d'établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus devrait augmenter puisque lorsque les poliovirus de types 3 et 1 seront certifiés comme éradiqués au niveau mondial, ils devront être gérés dans des conditions de confinement.

29. Le programme met actuellement à jour ses orientations en matière de confinement, y compris le Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements, dans le but de coordonner les changements apportés à ces lignes directrices mondiales dans un contexte où il doit aussi réorienter ses efforts face à l'évolution des critères de certification, aux épidémies en cours et à la pandémie de COVID-19.

30. La plupart des établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus de type 2 sont situés dans des pays exempts de poliomyélite. Depuis le début de l'année 2020, plusieurs incidents (défaillance ou dissémination) ont été signalés par des établissements de trois pays. Le déficit croissant d'immunité mucosale face au poliovirus de type 2 constaté à l'échelle mondiale ainsi que le recul des taux de vaccination dû en partie à la pandémie de COVID-19 aggravent encore les conséquences potentielles d'une défaillance (augmentation du risque de propagation). Tous les pays, que le poliovirus y soit ou non présent, devraient veiller à ce que les mesures de confinement des poliovirus soient pleinement appliquées, réduire au strict minimum les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus et, lorsque cela est possible, cesser d'utiliser le poliovirus sauvage dans la production et les essais de vaccins en lui préférant d'autres souches atténuées génétiquement stabilisées.

GOVERNANCE ET FINANCEMENT

31. En décembre 2019, face à l'évolution de la situation et des besoins et pour répondre à la demande des donateurs, l'IMEP a lancé un processus d'examen de la gouvernance afin de déterminer comment améliorer le fonctionnement du partenariat et ses structures de direction (Conseil de surveillance de la poliomyélite, Comité des finances et de la responsabilisation et Comité stratégique). Cet examen a permis de recueillir des observations auprès des parties prenantes et des donateurs moyennant une série d'enquêtes, d'ateliers, d'entretiens et de consultations menés sur une période de six mois. Les résultats, publiés en juillet 2020, mettent en évidence les grandes problématiques et fournissent des recommandations pour renforcer la gouvernance du programme.¹

32. En 2020, l'IMEP a commencé à réviser le plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite. S'appuyant sur les meilleures pratiques et les leçons de l'expérience, les partenaires et les parties prenantes ont collectivement identifié les obstacles qui continuent d'entraver l'éradication de la poliomyélite afin d'éclairer un plan révisé et renforcé et d'y intégrer les approches optimales pour les surmonter. Le plan renforcé vise à débarrasser durablement le monde de la poliomyélite en mettant l'accent sur la responsabilité de la mise en œuvre des principales stratégies d'éradication. Il insistera sur la réduction des délais d'intervention, l'augmentation de la demande de vaccins, la transformation de l'efficacité des campagnes, le travail systématique par l'intégration, la transition vers l'appropriation par

¹ Examen de la gouvernance de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, juillet 2020 (disponible à l'adresse <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/08/GPEI-Governance-Review-Report-French.pdf>, consulté le 19 mars 2021).

les pouvoirs publics et l'amélioration de la prise de décisions et de la responsabilisation. La mise en œuvre et le financement complets du plan renforcé permettront d'interrompre définitivement la transmission du poliovirus sauvage et de circonscrire et prévenir les flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale dans le monde entier.¹

33. L'IMEP bénéficie globalement d'un solide soutien, notamment de la part des donateurs souverains historiques et du Rotary International, mais elle connaît une situation financière précaire qui pourrait avoir de graves conséquences sur les efforts mondiaux d'éradication. Les contraintes financières actuelles pourraient l'obliger à hiérarchiser les ressources dont elle dispose, la contraignant alors à réduire sa présence dans les pays où la poliomyélite n'est pas endémique. Dans le même temps, le programme adapte ses approches face à la pandémie de COVID-19. Plusieurs facteurs devraient entraîner une hausse de ses besoins financiers : 1) alors que les campagnes de vaccination reprennent progressivement, des investissements supplémentaires sont nécessaires pour protéger les agents de santé et les communautés au cours de celles-ci ; 2) le recul des services de vaccination essentiels et l'interruption des campagnes en 2020 pourraient entraîner une augmentation du nombre de cas et des coûts nécessaires pour la riposte ; 3) ce dernier facteur pourrait également retarder l'éradication elle-même. Le programme de lutte contre la poliomyélite entreprend une analyse attentive des risques que présente l'évolution de la situation épidémiologique et est mis en œuvre de sorte que les interventions soient engagées de la façon la plus sûre et la plus efficace possible, notamment au moyen d'activités multiantigéniques le cas échéant. Les États Membres sont encouragés à renforcer la vaccination systématique par le vaccin antipoliomyélique oral bivalent et le vaccin antipoliomyélique inactivé et à mobiliser des ressources nationales face aux flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, conformément à la décision EB146(11) sur l'éradication de la poliomyélite.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

34. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

= = =

¹ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale : des projets régulièrement mis à jour disponibles à l'adresse <https://polioeradication.org/gpei-strategy-2022-2026/> (consulté le 15 avril 2021).