



Poliomyélite

Éradication de la poliomyélite

Rapport du Directeur général

INTRODUCTION

1. À la suite de la présentation à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé¹ de la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023² établie par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), le présent rapport fait le point de la situation concernant l'éradication de la poliomyélite, au regard des trois principaux objectifs fixés par la Stratégie, et résume les difficultés restant à surmonter pour parvenir à un monde durablement libéré de la poliomyélite.

ÉRADICATION

Transmission du poliovirus sauvage

2. Le dernier cas signalé de poliomyélite dû au poliovirus sauvage de type 2 remonte à 1999. Le poliovirus sauvage de type 3 (PVS3) n'a plus été détecté dans le monde depuis novembre 2012. Depuis lors, tous les cas de poliomyélite paralytique dus au poliovirus sauvage ont été causés par le poliovirus sauvage de type 1. En 2019, le poliovirus sauvage de type 1 continue à être détecté dans certaines parties d'Afghanistan et du Pakistan.

3. En Afghanistan et au Pakistan, la transmission endémique transfrontières du virus se poursuit en empruntant deux corridors : le premier relie l'est de l'Afghanistan à la province du Khyber Pakhtunkhwa au Pakistan, et le second relie le sud de l'Afghanistan (provinces de Kandahar et d'Hilmand) à la zone de Quetta, dans la province du Baloutchistan, au Pakistan, ainsi qu'à Karachi (Pakistan). Toutefois, l'isolement régulier du virus lors du prélèvement d'échantillons environnementaux dans d'autres régions des deux pays indique une transmission géographique élargie.

¹ Document A72/9.

² Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/06/french-polio-endgame-strategy.pdf> (consulté le 10 octobre 2019).

4. Une augmentation dans le nombre de nouveaux cas signalés en 2019 par comparaison avec 2017 et 2018, en particulier au Pakistan, met en lumière la poursuite de la propagation géographique du virus (y compris au niveau international). Les lacunes constatées dans la mise en œuvre stratégique des activités de vaccination signifient que le nombre de cas continuera fort probablement d'augmenter et que la transmission se poursuivra au cours de l'année 2020.

5. Dans les deux pays, la priorité pour le deuxième semestre de 2019 est de mener une analyse en profondeur de tous les aspects du programme, et de mettre en place de nouvelles mesures d'urgence pour améliorer les opérations dès le début de la saison de faible transmission du virus dans les derniers mois de 2019 et les premiers mois de 2020. Un engagement à haut niveau en faveur de l'éradication de la poliomyélite de la part des autorités nouvellement élues est essentiel pour que les difficultés propres à la zone soient pleinement identifiées et que des solutions soient mises en œuvre.

6. Pour soutenir les gouvernements nationaux, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a mis en place un centre d'experts basé à Amman (Jordanie) qui fournit un soutien et des compétences spécialisés, rapides et coordonnés à ces pays.

7. Le programme de lutte contre la poliomyélite a aussi renforcé ses efforts d'intégration en instaurant une collaboration plus systématique avec les programmes de vaccination de routine et en encourageant les nouveaux partenariats avec des initiatives plus larges dans le domaine de la santé.

8. Aucun poliovirus sauvage n'a été détecté en Afrique, toutes sources confondues, depuis qu'il a été identifié pour la dernière fois dans le nord-est du Nigéria en septembre 2016. Bien que dans certaines parties de la zone du lac Tchad des lacunes persistent dans la surveillance, celle-ci est indiscutablement plus solide qu'elle ne l'était en 2016. La certification de l'éradication du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS pourrait avoir lieu dès 2020.

Poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale

Afrique

9. En 2019, plusieurs flambées dues à des poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale, distincts génétiquement, continuent à se propager dans différentes régions. Au Nigéria, une flambée due à un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale qui a été décelé à l'origine dans l'État de Jigawa continue à se propager à la fois dans le pays et au niveau international, puisque la souche a été identifiée au Bénin, au Cameroun, au Ghana et au Niger. En République démocratique du Congo, plusieurs souches de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale continuent à se propager au niveau national, et un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale a aussi été détecté en Angola et en République centrafricaine, pays voisins. Dans la Corne de l'Afrique, un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale initialement détecté en Somalie en 2017 a été confirmé en Éthiopie voisine.

10. Dans tous les cas, la poursuite de la propagation des flambées existantes dues à des poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale ainsi que l'émergence de nouveaux poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale indiquent que la qualité des ripostes aux flambées au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 est insuffisante et qu'il existe des lacunes dans la couverture vaccinale systématique. Le risque de poursuite de la propagation de ces souches, ou d'émergence de nouvelles souches, est amplifié par une insuffisance toujours plus grande de l'immunité de la muqueuse intestinale à l'égard du poliovirus de type 2 sur le continent, à la suite du passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin bivalent en 2016.

11. Le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 est actuellement le meilleur outil disponible pour répondre aux flambées de poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale. C'est le seul vaccin actuellement disponible capable d'induire l'immunité de la muqueuse intestinale nécessaire pour interrompre la circulation du virus. Toutefois, si la riposte à une flambée utilisant ce vaccin n'est pas de qualité optimale, et que les objectifs de couverture ne sont pas atteints ou la gestion du vaccin est de qualité inférieure, il existe un risque accru à la fois de poursuite de la transmission et d'émergence de futurs poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale.

12. Le programme évalue en permanence les stratégies¹ existantes ou nouvelles pour répondre à la situation de plus en plus préoccupante concernant le poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale, notamment en évaluant les données de modélisation, en suivant étroitement l'approvisionnement en vaccins, en estimant la portée géographique de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 et la qualité des opérations, et en soutenant la mise au point et l'homologation rapide d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (actuellement en phase II des essais cliniques et soumis à la procédure d'évaluation et d'homologation en situation d'urgence – ce qui pourrait contribuer à une disponibilité accélérée sur le terrain), avec lequel le risque d'émergence de nouveaux poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale serait bien inférieur.

Asie

13. En Indonésie comme en Papouasie-Nouvelle-Guinée, des activités de riposte transrégionales et transfrontières ont été menées pour faire face à deux flambées distinctes dues à des poliovirus circulants de type 1 dérivés d'une souche vaccinale, génétiquement divergents, qui ont touché les zones frontalières des deux pays. Aucun nouveau virus n'a été détecté depuis novembre 2018 (en Papouasie-Nouvelle-Guinée) et février 2019 (en Indonésie), et il est probable que les deux flambées aient été enrayerées avec succès. Une évaluation indépendante de la riposte à la flambée menée en Papouasie-Nouvelle-Guinée en juin 2019 a noté la solide coordination instaurée entre le Gouvernement, l'OMS, l'UNICEF et Gavi, l'Alliance du vaccin, pour utiliser les interventions de riposte à la flambée comme une occasion de donner un nouvel élan, et ce de manière durable, à la vaccination systématique. Cette expérience sera utile aux activités similaires menées dans d'autres contextes de flambée.

14. Au Myanmar, la riposte à une flambée due à un poliovirus circulant de type 1 dérivé d'une souche vaccinale se poursuit, à la suite de la détection de la souche chez deux patients atteints de paralysie flasque aiguë dans la province de Kayin en juin 2019. En Chine, le Gouvernement a engagé une riposte à la suite de la confirmation de la circulation d'un isolat de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 en juillet 2019. Aux Philippines, un poliovirus circulant de type 1 dérivé d'une souche vaccinale a été confirmé en septembre 2019, et deux isolats de poliovirus circulant de type 2 dérivés d'une souche vaccinale font l'objet d'investigations, une riposte appropriée aux deux événements étant planifiée.

INTÉGRATION

15. L'intégration est l'un des trois objectifs clés de la nouvelle Stratégie, qui met en lumière l'importance accordée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite à la collaboration avec d'autres acteurs de manière systématique et durable.

¹ Le projet de stratégie visant à lutter contre les PVDVc2, 2019-2021, un addendum à la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023, sera disponible à la mi-décembre 2019 à l'adresse : <http://polioeradication.org/> (consulté le 25 novembre 2019).

16. Le programme de lutte contre la poliomyélite a une longue histoire de collaboration avec d'autres initiatives dans le domaine de la santé. Chaque année, en moyenne, 82 millions de doses de vitamine A, 64 millions de doses de vaccin contre la rougeole, 34 millions de comprimés antiparasitaires, 7 millions de doses de vaccin anti-malaria, 5 millions de doses de vaccin antitétanique et 4 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide sont administrés ou distribués parallèlement au vaccin antipoliomyélique dans le cadre des activités de lutte contre la poliomyélite. L'intégration des activités supplémentaires de vaccination contre la poliomyélite et de vaccination contre la rougeole a été entreprise avec succès dans sept des 11 pays où ces activités étaient planifiées en 2019.

17. Le personnel chargé de la lutte contre la poliomyélite sur le terrain passe approximativement 50 % de son temps à travailler sur des interventions relatives à d'autres maladies, telles que des activités de surveillance d'autres maladies, de soutien aux ripostes aux flambées et aux interventions en cas de catastrophe naturelle. En outre, l'infrastructure et les capacités de planification utilisées dans la lutte contre la poliomyélite sont aussi fréquemment utilisées pour mettre en œuvre des activités de vaccination supplémentaires avec d'autres antigènes (notamment les activités contre la rougeole, qui sont souvent planifiées, mises en œuvre et suivies avec un soutien important de la part de l'infrastructure antipoliomyélique). Dans la nouvelle stratégie, l'accent mis sur l'intégration signifie que le programme de lutte contre la poliomyélite doit veiller à recourir de manière systématique à l'intégration, et à une collaboration plus étroite avec les programmes d'autres partenaires, y compris pour soutenir la mise en œuvre d'interventions visant à répondre plus largement aux besoins sanitaires de la communauté et à favoriser un engagement renforcé en faveur de la vaccination contre la poliomyélite et de la vaccination en général.

18. Ce nouvel accent mis sur l'intégration tirera parti des ressources humaines et physiques, des systèmes et des compétences de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour protéger les populations moyennant un renforcement des services de vaccination et une amélioration de la riposte aux situations d'urgence. La collaboration avec les groupes chargés de la vaccination systématique, de la surveillance et des situations d'urgence garantit le maintien et le renforcement des capacités essentielles et contribue à atténuer les risques de nouvelles flambées dans les zones où la vaccination systématique est faible.

19. La flambée due à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 qui est survenue en 2018-2019 en Papouasie-Nouvelle-Guinée offre un exemple probant des résultats qu'une collaboration systématique et précoce avec d'autres partenaires peut permettre d'obtenir, à la fois en mettant un terme aux flambées en cours et en faisant obstacle à la survenue de futures flambées. Outre qu'il a mis en œuvre une riposte à la flambée convenue sur le plan international, le programme de lutte contre la poliomyélite a collaboré avec ses partenaires, notamment Gavi et les équipes chargées de la vaccination de l'OMS, de l'UNICEF et des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, pour s'attaquer aux causes profondes de la flambée, à savoir des taux de couverture vaccinale systématique insuffisants dans les zones marginalisées. L'amélioration de la vaccination systématique doit être considérée comme un élément essentiel de la riposte d'urgence pour mettre un terme aux flambées et éradiquer la poliomyélite. L'approche adoptée en Papouasie-Nouvelle-Guinée a permis d'autres interventions de santé publique parallèlement à l'administration du vaccin antipoliomyélique, telles que la supplémentation en vitamine A et d'autres vaccinations, tout en garantissant que l'infrastructure mise en place pour mettre un terme à la flambée pourra perdurer. Le programme est déterminé à suivre ce modèle pour toutes les autres flambées dues au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale à l'avenir.

20. L'infrastructure actuelle de surveillance de la poliomyélite a aussi joué un rôle important en élargissant et en renforçant la surveillance d'autres maladies évitables par la vaccination au-delà de la poliomyélite. Cette infrastructure permet d'améliorer la surveillance actuelle de la rougeole, de la

rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, ainsi que d'autres maladies évitables par la vaccination, ou des maladies émergentes ou réémergentes. La nouvelle Stratégie préconise l'intégration de la surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire à d'autres systèmes de surveillance.

21. Sous la direction du programme de vaccination de l'OMS, un cadre de responsabilisation conjoint impliquant l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et les partenaires de la vaccination est actuellement en cours d'élaboration pour appuyer le suivi et la mise en œuvre de l'objectif d'intégration fixé par la stratégie. Ce cadre définira les rôles et les responsabilités, identifiera les activités indispensables pour une mise en œuvre en temps voulu et permettra le suivi des progrès accomplis.

CONFINEMENT ET CERTIFICATION

22. En 2019, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite a continué à intensifier ses travaux et à examiner les critères qui devront être satisfaits pour parvenir à la certification mondiale de l'éradication du poliovirus sauvage. Dans ce contexte, la Commission a recommandé que soit adopté un processus de certification séquentielle de l'éradication du poliovirus sauvage (conformément à la certification mondiale de l'éradication du poliovirus sauvage de type 2 en 2015), et de confirmation de l'absence de virus dérivés de souche vaccinale, qui serait entrepris après la certification mondiale de l'éradication des poliovirus sauvages et à la suite du retrait mondial du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent.

23. Plus aucun poliovirus sauvage de type 3 n'ayant été détecté, quelle qu'en soit la source depuis 2012, la Commission a conclu lors de sa réunion d'octobre 2019 que cette souche a été éradiquée au niveau mondial.

24. Les efforts de confinement du poliovirus de type 2 ont été intensifiés en 2019. En juillet 2019, 26 pays prévoyaient de conserver des matériels contenant des poliovirus de type 2 dans 78 établissements désignés comme essentiels pour la conservation du poliovirus. Ces efforts sont guidés par le 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 par les orientations de l'OMS visant à réduire au minimum les risques pour les établissements collectant, manipulant ou stockant des matériels potentiellement infectieux contenant des poliovirus. Le Groupe consultatif sur le confinement continue à donner des conseils sur les questions liées à l'interprétation et à l'application du GAP III.

25. À la suite du lancement du dispositif de certification du confinement au niveau mondial en 2018, des certificats ont été accordés, avec l'aval de la Commission mondiale de certification, à des établissements de fabrication du vaccin en Indonésie et en Suède et à des laboratoires en Afrique du Sud et aux États-Unis d'Amérique, qui ont ainsi été reconnus aptes à conserver des stocks essentiels de poliovirus. D'autres demandes similaires sont actuellement examinées par la Commission.

26. Dans la résolution WHA71.16 (2018), les États Membres se sont engagés à intensifier les efforts visant à accélérer les progrès en vue du confinement des poliovirus. Des autorités nationales chargées du confinement ont été mises en place dans 25 des 26 pays abritant des établissements qui prévoient de

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. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208873> (consulté le 24 juillet 2019).

conserver des matériels contenant des poliovirus de type 2. Les établissements qui souhaitent conserver des poliovirus ont jusqu'au 31 décembre 2019 pour participer au dispositif de certification du confinement en présentant une demande en ce sens aux autorités nationales chargées du confinement.

27. Les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continuent de préconiser la réduction du nombre des établissements prévoyant de conserver le poliovirus de type 2. Des sessions de formation et des webinaires sur le GAP III et les risques et coûts associés à la détention de matériels contenant le poliovirus de type 2 ont été organisés à l'intention de 27 établissements de la Région OMS des Amériques et de la Région européenne. À la suite de ceux-ci, deux établissements choisis pour détenir des stocks essentiels de poliovirus ont opté pour la destruction ou le transfert de leurs matériels contenant le poliovirus de type 2 et ont renoncé à les conserver. D'autres visites dans les pays et séances de formation sont d'ores et déjà planifiées.

28. L'OMS contribue au renforcement des capacités pour la vérification de l'application du GAP III dans tous les pays où des établissements prévoient de conserver des matériels contenant le poliovirus de type 2. En octobre 2019, 13 sessions de formation de contrôleurs au titre du GAP III avaient été organisées par l'OMS, et quatre auront lieu en 2019. L'OMS offre aussi la possibilité aux contrôleurs ayant été formés d'être reconnus en tant que contrôleurs principaux au titre du GAP III en effectuant des vérifications encadrées dans des établissements.

29. Les efforts déployés au niveau national pour achever les inventaires matériels contenant des poliovirus sauvages de types 1 et 3 se sont poursuivis en 2019. Compte tenu de la certification de l'éradication du poliovirus sauvage de type 3 en octobre 2019 par la Commission, la priorité a été donnée aux inventaires concernant le poliovirus de type 3. Dans l'optique du confinement après la certification, la priorité portera initialement sur l'inventaire, la destruction ou le transfert des matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant le poliovirus sauvage et des poliovirus dérivés de souche vaccinale de type 3. Les pays choisissant de conserver des poliovirus doivent avoir désigné une autorité nationale compétente pour le confinement et doivent intégrer tous les établissements pressentis au dispositif de certification du confinement.

RENFORCEMENT DES PARTENARIATS ET NOUVEAUX FACTEURS POSITIFS

30. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ne cesse de renforcer ses structures de gouvernance et de gestion. La coordination avec Gavi a été officialisée, l'Alliance du vaccin étant devenue officiellement membre du Conseil de surveillance de la poliomyélite en 2019. Cette collaboration intensifiée sera au centre de l'objectif d'intégration de la nouvelle stratégie comme en témoignent les efforts conjoints menés en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

31. En 2019, la détermination politique sans faille en vue d'éradiquer la poliomyélite a été réaffirmée par le Groupe des Sept (G7) et le Groupe des Vingt (G20), à l'occasion de la réunion des Ministres de la santé du G7 en mai à Paris, au cours de laquelle les précédents engagements du G7 sur l'éradication de la poliomyélite ont été réitérés, et du Sommet du G20 en juin à Osaka (Japon), au cours duquel les chefs d'État ont réaffirmé leur engagement en vue d'éradiquer la poliomyélite. Les engagements du G7 et du G20 en faveur de la santé mondiale mettent l'accent sur la mise en œuvre du Programme 2030 et la réalisation de progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Par son action, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite fait avancer des priorités essentielles pour la couverture sanitaire universelle en améliorant la prestation des services de santé, en renforçant et élargissant les infrastructures pour la santé et en mobilisant efficacement les ressources nationales pour répondre aux questions essentielles en matière de santé.

32. En novembre 2019, le forum « Reaching the Last Mile », qui se tiendra à Abu Dhabi (Émirats arabes unis), attirera l'attention de la communauté internationale sur la lutte contre les maladies infectieuses, et donnera aux dirigeants mondiaux et aux organisations de la société civile, notamment le Rotary International qui est à l'origine de cet effort, la possibilité de contribuer à la dernière étape vers l'éradication de la poliomyélite. L'argumentaire d'investissement 2019-2023 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite décrit l'impact de l'investissement dans l'éradication de la poliomyélite. Outre les économies de plus de US \$27 milliards en coûts de santé qu'ont permis les efforts d'éradication depuis 1988, un monde durablement exempt de poliomyélite générera, selon les estimations, US \$14 milliards d'économies supplémentaires d'ici à 2050, par rapport au coût que les pays devraient supporter pour lutter contre le virus indéfiniment.

33. Un autre facteur positif dans l'éradication de la poliomyélite est l'accent mis de plus en plus fréquemment sur le genre en tant que déterminant des comportements en matière de recherche de soins et variable fondamentale dans les résultats en matière de vaccination. Le programme est déterminé à identifier les obstacles à la vaccination, à la communication et à la surveillance des maladies qui sont liés aux questions de genre et à faire progresser l'égalité entre les genres. La stratégie pour l'égalité entre les genres de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2019-2023¹ et son plan de mise en œuvre proposent un cadre d'action précis pour orienter les activités du programme en vue d'une programmation soucieuse des questions de genre.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

34. Le Conseil est invité à prendre note du présent rapport.

= = =

¹ Disponible à l'adresse http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/08/20190829_Gender_Strategy_V14_web.pdf (consulté le 10 octobre 2019).