



Intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Rapport du Secrétariat

1. À sa cent trente-deuxième session, le Conseil exécutif a pris note d'une précédente version du présent rapport.¹ Le Conseil a fourni des orientations supplémentaires sur la façon de faire face aux risques à court et à long terme susceptibles d'entraver la réalisation des étapes du nouveau plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale, surtout dans les domaines suivants : vaccination des voyageurs ; accès accéléré à des options de vaccination par le vaccin antipoliomyélitique inactivé pour tous les pays à un prix abordable ; renforcement de la vaccination systématique ; et planification de la reconversion des moyens de lutte, notamment en ce qui concerne l'infrastructure des ressources humaines actuellement financée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Ces orientations ont été incorporées au plan final, qui sera communiqué aux États Membres en avril 2013, avant l'introduction prévue du nouveau plan lors d'un Sommet mondial sur les vaccins qui aura lieu à Abou Dhabi les 24 et 25 avril 2013. En outre, les données ont été mises à jour dans la présente version du rapport. En mai 2014, le Secrétariat fera rapport à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre et le financement du plan stratégique ; sur les résultats du processus de consultation concernant la planification de la reconversion ; et sur les mesures que devra prendre l'Assemblée de la Santé avant de commencer le retrait progressif de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral dans la vaccination systématique partout dans le monde.

2. En 2012, dans la résolution WHA65.5, la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a déclaré que l'achèvement de l'éradication du poliovirus constituait une urgence programmatique pour la santé publique mondiale et a demandé au Directeur général, entre autres, d'entreprendre l'élaboration et la mise au point définitive rapide d'une stratégie globale pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale contre la maladie jusqu'à fin 2018. Le présent rapport rend compte des progrès accomplis et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des plans d'action nationaux et mondiaux d'urgence contre la poliomyélite, explique les nouveaux problèmes et risques qui ont surgi surtout en matière de sécurité, résume le nouveau plan stratégique de six ans 2013-2018² pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale contre la maladie, en précisant les conséquences pour les 144 États Membres qui utilisent le vaccin antipoliomyélitique oral, et présente le processus de

¹ Voir le procès-verbal du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, dixième séance, section 2.

² L'avant-projet de plan stratégique, tel qu'il a été approuvé par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, est disponible à l'adresse : <http://www.polioeradication.org/Resourcelibrary/Strategyandwork.aspx>, consulté le 18 mars 2013.

planification destiné à protéger l'héritage au sens large de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

MISE EN ŒUVRE DES PLANS D'ACTION D'URGENCE CONTRE LA POLIOMYÉLITE

3. Le Plan d'action mondial d'urgence contre la poliomyélite 2012-2013 a été présenté le 24 mai 2012, au cours de la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, afin de soutenir les plans d'action nationaux d'urgence contre la poliomyélite des trois pays d'endémie restants, à savoir : l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan. Au niveau international, les cinq principaux organismes travaillant en partenariat pour l'éradication de la poliomyélite ont établi le Comité d'orientation sur l'urgence de la poliomyélite chargé de gérer les risques et de guider les opérations. Le Comité rend compte de ses activités aux dirigeants des organismes partenaires, qui composent le Conseil de surveillance de la poliomyélite, lequel se réunit chaque trimestre. Des centres et/ou des procédures en vue des opérations d'urgence ont été mis en place dans les principaux organismes partenaires, et l'OMS a recruté 2500 agents supplémentaires pour soutenir les efforts nationaux de lutte contre la poliomyélite dans certaines zones de l'Afghanistan, du Nigéria et du Pakistan qui sont touchées par la maladie ou dans lesquelles le risque de flambée était particulièrement élevé. L'UNICEF a engagé plus de 5000 agents mobilisateurs supplémentaires dans les communautés de ces zones prioritaires. Le 27 septembre 2012, le Secrétaire général des Nations Unies a accueilli une réunion de haut niveau sur l'urgence de l'éradication de la poliomyélite au cours de la soixante-septième session de l'Assemblée générale des Nations Unies. L'objectif de cette réunion était de renforcer l'engagement national et international afin de parvenir à l'éradication et de mobiliser le financement nécessaire. Étaient présents les chefs d'État des trois pays d'endémie, les dirigeants des organismes partenaires, les donateurs et d'autres parties prenantes.

4. Dans chacun des trois pays mentionnés ci-dessus, le chef d'État ou de gouvernement a désigné un point focal chargé de superviser les efforts nationaux visant à éradiquer la poliomyélite, et a encouragé d'autres secteurs du gouvernement et de l'administration publique à soutenir la mise en œuvre du plan d'action national d'urgence. En outre, au Nigéria et au Pakistan, des groupes spéciaux dirigés respectivement par le Président et le Premier Ministre ont été créés pour évaluer les progrès accomplis et veiller à la responsabilisation des autorités locales. Au Nigéria, un centre national pour les opérations d'urgence a été mis sur pied à Abuja et un centre subsidiaire dans l'État de Kano afin de renforcer encore la planification des opérations, la surveillance et la responsabilisation. De nouveaux systèmes de suivi des résultats ont été mis en place : i) afin de déterminer si les activités de vaccination supplémentaires au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral permettaient d'atteindre les seuils de couverture par la vaccination requis pour interrompre la transmission et ii) d'orienter rapidement les mesures correctrices. Au Nigéria, la proportion de circonscriptions administratives à très haut risque, où la couverture vaccinale a atteint le seuil cible estimé de 80 % pour l'interruption de la transmission du poliovirus, est passée de 10 % en février 2012 à 70 % en février 2013. Au Pakistan, la proportion de districts à très haut risque atteignant le seuil cible estimé de 95 % est passée de 59 % en janvier 2012 à 74 % en octobre ; à la fin de 2012, en raison de l'insécurité croissante, il n'a pas été possible de recueillir des données de suivi du même type pour décrire la situation en janvier 2013. Dans les 11 districts du Sud de l'Afghanistan où le risque de transmission persistante du poliovirus est le plus élevé, le nombre d'enfants inaccessibles au cours des campagnes de vaccination a été ramené de plus de 80 000 à la fin de 2011 à 15 000 environ en décembre 2012.

5. Du fait de cet effort d'éradication d'urgence, au 14 février 2013, à la fois le nombre de cas de poliomyélite et celui des pays touchés par ces cas se situaient aux niveaux les plus bas jamais atteints. À l'échelle mondiale, 222 cas avaient été signalés en 2012, soit une baisse de 66 % par rapport à 2011.

Cinq pays ont fait état de cas de poliomyélite en 2012 contre 16 en 2011. Dans trois des pays d'endémie ou à transmission rétablie – le Tchad, le Pakistan et l'Afghanistan – le nombre des cas a chuté de 96 %, 70 % et 53 %, respectivement, par rapport à 2011. Au Nigéria, le nombre des cas a augmenté de 95 % par rapport à la même période en 2011, mais, à fin 2012, la situation s'était stabilisée avec une amélioration sensible des résultats du programme dans les zones où ils sont traditionnellement les plus mauvais. Dans le cinquième pays, le Niger, le cas unique enregistré à la fin de 2012 était lié à un poliovirus sauvage provenant du nord du Nigéria. En Égypte, on a détecté un poliovirus sauvage importé du Pakistan dans des échantillons prélevés en décembre 2012 dans les eaux usées de l'agglomération du Caire dans deux endroits distincts, sans qu'un cas de poliomyélite paralytique ne soit signalé. Sur les deux sérotypes restants de poliovirus sauvage (types 1 et 3), seuls 22 cas dus au type 3 ont été signalés – 19 au Nigéria et 3 au Pakistan. Les trois cas pakistanais ont tous été détectés dans le même district, le début de la paralysie chez le cas le plus récent remontant au 18 avril 2012.

6. Si des améliorations sensibles ont été apportées dans la qualité des activités de vaccination supplémentaires dans les zones infectées en 2012 et la couverture qu'elles ont assurée, l'insécurité est devenue un risque plus important entravant les efforts en vue de mener à bien l'éradication. En décembre 2012, neuf agents de vaccination ont été assassinés lors d'attaques à Khyber Pakhtunkhwa et à Karachi, au Pakistan. Puis en février 2013, des attentats contre deux centres de santé dans l'État de Kano, au Nigéria, ont provoqué la mort de 10 collaborateurs des activités d'éradication de la poliomyélite. Ces événements tragiques ont remis en question la couverture vaccinale qui devait être assurée dans les activités de vaccination supplémentaires suivantes dans certaines zones. On a alors adopté une approche sur plusieurs fronts. Dans certaines zones, les opérations ont été restructurées pour donner un profil plus bas aux campagnes de lutte ; des mécanismes de coordination de la sécurité ont été mis en place aux niveaux des provinces et des États ; et des évaluations des risques dans les différents districts ont été introduites pour orienter les opérations. À tous les niveaux, de larges initiatives ont été prises pour mobiliser un appui accru de la société en faveur de l'éradication, notamment auprès de la population musulmane et de dignitaires et d'institutions musulmans. Pendant la mise en œuvre de ces mesures, les efforts sont maintenus pour poursuivre les progrès visant à remédier aux carences en matière de capacité de gestion programmatique et à résoudre les autres problèmes opérationnels durables.

PLAN STRATÉGIQUE 2013-2018 POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE ET LA PHASE FINALE

7. Entre juin 2012 et février 2013, l'OMS a coordonné l'élaboration d'un plan stratégique complet pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale contre la maladie pour la période 2013-2018, en consultation avec les pays où sévit la poliomyélite, les parties prenantes, les donateurs, les fabricants de vaccins, les organismes de réglementation et un certain nombre d'organes consultatifs, aux niveaux national et international, travaillant pour l'éradication de la poliomyélite et la vaccination systématique contre la maladie. En décembre 2012, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a approuvé les quatre principaux objectifs du plan stratégique et les étapes qui lui sont associées :

- 1) détection du poliovirus et interruption de la transmission, la cible étant d'interrompre toute transmission du poliovirus sauvage d'ici la fin de 2014 ;
- 2) renforcement des programmes de vaccination systématique et retrait du vaccin antipoliomyélitique oral, la cible primaire étant de retirer de tous les programmes de vaccination systématique la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral d'ici le milieu de 2016 ;

- 3) confinement et certification, la cible primaire étant de certifier l'éradication du poliovirus sauvage dans l'ensemble des six Régions de l'OMS d'ici la fin de 2018 ;
- 4) planification de la reconversion des moyens de lutte, la cible initiale étant la mise en place d'une stratégie de reconversion d'ici la fin de 2015.

8. Le nouveau plan stratégique introduit plusieurs changements majeurs dans la planification en vue de l'éradication de la poliomyélite. En premier lieu, il présente un calendrier concret sur six ans et une stratégie en vue de l'achèvement de la mission de l'Initiative pour l'éradication mondiale de la poliomyélite, y compris l'élimination de tous les cas de poliomyélite paralytique, qu'ils soient dus à un poliovirus sauvage, à un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale ou à un poliovirus de la souche Sabin. En deuxième lieu, afin de parvenir au confinement et à la certification à l'échelle mondiale, l'orientation géographique du plan stratégique, qui vise actuellement les pays touchés par la poliomyélite et les pays à haut risque, est élargie pour inclure les 144 pays qui utilisent le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent dans leurs programmes nationaux de vaccination systématique, puis finalement tous les pays. En troisième lieu, un degré de priorité très élevé est accordé à l'augmentation des taux de couverture par la vaccination systématique, en utilisant automatiquement à cette fin l'infrastructure et les ressources humaines disponibles du fait des efforts mondiaux visant à l'éradication de la poliomyélite dans le contexte du Plan d'action mondial pour les vaccins et en collaboration avec l'Alliance GAVI. Finalement, la politique de vaccination systématique est mise à jour conformément à la recommandation du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination selon laquelle tous les pays doivent introduire au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé. Cette stratégie vise à atténuer les risques de réintroduction ou de réémergence du poliovirus suite au retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral à l'échelle mondiale, et limite les conséquences potentielles de tels risques. Le projet de plan d'action mondial visant à réduire le plus possible le risque d'infection par le poliovirus associé aux établissements de santé après l'éradication du poliovirus sauvage et l'arrêt de l'utilisation systématique du vaccin antipoliomyélitique oral sera réexaminé et finalisé d'ici le milieu de 2014. La révision alignera l'application des activités de confinement sur le calendrier de retrait progressif des vaccins antipoliomyélitiques oraux dans le cadre du nouveau plan stratégique.

9. Afin d'atteindre le premier objectif du nouveau plan stratégique, au début de 2013 l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan avaient révisé leurs plans nationaux d'action d'urgence pour tenir compte des innovations, des meilleures pratiques et des enseignements tirés en 2012, afin de faire face aux problèmes affectant depuis longtemps les opérations et l'acceptation sociale dans certaines des dernières zones infectées. Parmi les domaines couverts par ces améliorations figurent la supervision du programme, le suivi et la responsabilisation, la planification détaillée des activités supplémentaires de vaccination systématique, la gestion des données et l'accès aux populations mal desservies et mobiles et leur participation. De nouvelles tactiques ont été adoptées pour faire face aux risques toujours plus importants associés aux activités dans des conditions de sécurité précaires. Les organismes partenaires continueront à appuyer les plans nationaux d'action d'urgence en soutenant pleinement le déploiement des moyens techniques supplémentaires nécessaires ; en contribuant à la mise en place de mécanismes de paiement direct ; en améliorant la mise au point et l'application des processus d'évaluation en temps réel du degré de préparation des activités de vaccination supplémentaires et des résultats de ces activités ; en remédiant au problème du manque de sensibilité de la surveillance ; en introduisant des initiatives et des capacités nouvelles pour améliorer l'acceptation sociale ; et en perfectionnant les plans pour les activités dans les zones où prévaut l'insécurité. Un calendrier d'activités de vaccination supplémentaires continuera à être mis en œuvre de manière intensive dans les 30 pays où le risque d'importation du poliovirus et de flambée de poliomyélite est considéré comme le plus élevé pour la période 2013-2014.

10. L'importance du retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral des programmes de vaccination systématique à l'échelle mondiale, dès que possible, a été soulignée par la détection en 2012 de cinq flambées de poliomyélite dues à des poliovirus circulants de type 2 dérivés de la souche vaccinale. Les flambées sont responsables de la paralysie de 65 enfants dans les sept pays suivants : Afghanistan, Kenya, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie et Tchad. Dans deux de ces flambées, au Nigéria et en Somalie, la transmission persistante d'un virus de type 2 pendant une période de plus de 36 mois est en cause. L'interruption de la flambée dans la région centrale du sud de la Somalie continue à être entravée par l'interdiction des campagnes de vaccination de masse dans les zones sous contrôle des milices Al-Shabaab.

11. Afin d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité du vaccin antipoliomyélitique inactivé, condition préalable à un éventuel retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral, l'OMS et ses partenaires ont entrepris une série de discussions intensives avec les fabricants de vaccins et les organismes de réglementation. À la suite de celles-ci, un fabricant de vaccin antipoliomyélitique oral inactivé a annoncé une baisse notable du prix de son produit actuel, qui sera ramené à US \$1,15 la dose. Pour parvenir à un prix nettement inférieur à US \$1 la dose à court terme, il faudra fractionner les doses moyennant soit l'administration intradermique d'un cinquième d'une dose complète de vaccin antipoliomyélitique inactivé, soit l'administration intramusculaire d'un produit contenant un adjuvant. Trois fabricants sont convenus de poursuivre le processus d'homologation pour l'administration intradermique de leur vaccin antipoliomyélitique inactivé pour une utilisation dans les situations d'urgence, et dans un cas pour la vaccination systématique, le prix cible étant de US \$0,50 la dose et le délai de développement se situant entre 24 et 36 mois. Deux fabricants sont convenus de mettre au point un vaccin antipoliomyélitique inactivé contenant un adjuvant, le prix cible se situant entre US \$0,50 et US \$0,75 la dose et le délai de développement entre 36 et 48 mois, sous réserve dans un cas d'un important soutien extérieur. Un troisième fabricant envisage la mise au point accélérée d'un produit similaire. Bien que deux fabricants prévoient de mettre au point un vaccin antipoliomyélitique inactivé faiblement dosé dans le cadre de leurs produits hexavalents respectifs, aucun de ces deux produits ne sera disponible au cours de la période couverte par le nouveau plan stratégique. L'OMS continue à encourager le transfert aux pays en développement d'une nouvelle technique de production de vaccin antipoliomyélitique inactivé utilisant des poliovirus de souche Sabin. Il est prévu que ces vaccins antipoliomyélitiques inactivés de souche Sabin seront disponibles au cours de la période couverte par le nouveau plan stratégique ; toutefois, un travail de mise au point supplémentaire est nécessaire pour préciser le calendrier et le prix attendu. Parallèlement à ces efforts de développement, entre autres, et conformément à la recommandation du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, l'OMS, l'UNICEF, l'Alliance GAVI et la Fondation Bill & Melinda Gates établissent une stratégie d'approvisionnement et de financement permettant d'introduire en temps voulu le vaccin antipoliomyélitique inactivé en utilisant les produits existants en doses entières pendant une période de transition si nécessaire.

12. La planification de la reconversion des moyens de lutte de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite aura trois objectifs principaux :

- 1) intégrer dans les programmes de santé publique existants les travaux liés à la poliomyélite qui concernent les activités de vaccination systématique, la surveillance et la riposte face à la maladie, et la constitution des stocks et le confinement ;
- 2) veiller à ce que les connaissances et les leçons tirées par le programme pour définir et atteindre les enfants et les populations marginalisés au moyen d'interventions sanitaires de base profitent à d'autres programmes de santé publique ; et

3) transférer les capacités, les processus et les acquis pertinents créés par le programme pour en faire profiter d'autres priorités sanitaires, à mesure que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite atteint ses buts et met fin à ses activités.

13. En 2013, un processus de consultation sur la planification de la reconversion des moyens de lutte sera entrepris avec les parties prenantes, les donateurs, les autres initiatives pour la santé et les partenaires chargés de l'exécution afin de dégager des éléments pour un document de réflexion destiné aux États Membres qui sera examiné aux comités régionaux. Les résultats de ce processus de consultation seront soumis à l'examen de l'Assemblée de la Santé en 2014 par l'intermédiaire des comités régionaux. Une évaluation indépendante de l'infrastructure des ressources humaines financée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sera effectuée pour faciliter la planification à long terme.¹

14. Le budget du plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale est de US \$5525 millions, les coûts culminant à US \$1054 millions en 2013 pour diminuer ensuite chaque année et s'établir à US \$760 millions en 2018. Les dépenses les plus importantes ont trait aux activités de vaccination supplémentaires et aux autres activités de vaccination, y compris l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé (47 % du budget total) ; viennent ensuite les dépenses relatives aux fonctions essentielles et à l'infrastructure (36 %), la surveillance et les capacités de riposte face aux flambées (16 %) et les activités de confinement et de certification (1 %). Le maintien des niveaux annuels actuels de contributions internationales et de dépenses nationales pour l'éradication de la poliomyélite garantirait la disponibilité d'environ US \$3100 millions sur le budget global. Une équipe spéciale interinstitutions pour la mobilisation des ressources a été établie afin d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de financement visant à maintenir le financement actuel et à combler le déficit de financement résiduel. La priorité la plus urgente consiste à trouver les ressources nécessaires pour les activités d'éradication jusqu'à la fin de 2013. Au 14 février 2013, le déficit était de US \$660 millions, les perspectives de financement fiables s'établissant à environ US \$520 millions.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

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

= = =

¹ Voir le procès-verbal du Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session, quinzième séance, section 1.