



Poliomyélite

Rapport du Secrétariat

1. À sa cent trente-sixième session, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport¹ et s'est dit favorable aux propositions contenues dans le projet de décision qui figure dans ce rapport antérieur et porte sur une intensification des stratégies d'éradication et le retrait de la composante de type 2 dans le vaccin antipoliomyélitique oral. Les Membres du Conseil ont souligné que la seule voie possible pour parvenir à un monde libéré de la poliomyélite passait par la solidarité mondiale et la coopération internationale, et le Conseil est convenu que le Secrétariat établirait, en vue de son examen par l'Assemblée de la Santé, un projet de résolution visant à de nouveaux efforts pour parvenir à un monde libéré de la poliomyélite. En réponse à la demande du Conseil exécutif, le Secrétariat a organisé des consultations informelles avec les États Membres, comprenant la soumission de propositions en ligne et des réunions classiques. Le texte final du projet de résolution sera diffusé sous la cote A68/21 Add.1 après la consultation qui doit avoir lieu le 22 avril 2015.

2. Le présent rapport fait le point sur les progrès accomplis dans la réduction du risque de propagation internationale du poliovirus sauvage ainsi que sur les quatre principaux objectifs du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, en particulier l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage et la préparation à l'échelle mondiale en vue du retrait coordonné de la composante de type 2 dans le vaccin antipoliomyélitique oral, prévu pour avril 2016.

INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION DU POLIOVIRUS SAUVAGE

3. Le Directeur général, inquiet de la propagation internationale du poliovirus sauvage au cours des trois premiers mois de 2014, a convoqué une réunion du Comité d'urgence dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) les 28 et 29 avril 2014. Le Comité a estimé que, non maîtrisée, cette situation pourrait entraîner un échec de l'éradication mondiale de l'une des plus graves maladies à prévention vaccinale. Le 5 mai 2014, le Directeur général a déclaré que la propagation internationale du poliovirus sauvage constituait une urgence de santé publique de portée internationale et a publié des recommandations temporaires.

4. Ces recommandations temporaires présentaient des mesures destinées à réduire le risque de propagation internationale du poliovirus sauvage, telles que la déclaration et la gestion de l'événement en tant qu'urgence de santé publique nationale et la vaccination contre la poliomyélite des voyageurs en provenance des pays touchés. Suivant l'avis du Comité d'urgence, le Directeur général a prorogé les recommandations temporaires le 3 août 2014, le 14 novembre 2014 et le 27 février 2015, date à

¹ Voir les procès-verbaux de la cent trente-sixième session du Conseil exécutif, septième séance (en anglais).

laquelle le Pakistan était le seul pays continuant à exporter le poliovirus sauvage au niveau international. À sa réunion de février, le Comité d'urgence a fourni des recommandations supplémentaires, fondées sur un classement actualisé des pays en fonction du risque, selon qu'ils continuaient à remplir les critères définis pour les États exportant le poliovirus sauvage, les États infectés par le poliovirus sauvage mais ne l'exportant pas actuellement, et les États qui ne sont plus infectés par le poliovirus sauvage mais restent vulnérables à la propagation internationale. Le Comité a conseillé que des mesures soient prises d'urgence pour coordonner les activités au niveau régional, reconnaissant l'ampleur des mouvements de population traversant les frontières. Le Comité d'urgence se réunira à nouveau avant la fin du mois d'avril pour évaluer la situation de la transmission du poliovirus sauvage et déterminer si les recommandations temporaires doivent être prolongées au-delà de l'Assemblée de la Santé en mai 2015 ou si des recommandations permanentes sont nécessaires pour réduire plus efficacement le risque de propagation internationale du poliovirus sauvage.

5. En 2014, 359 cas de poliomyélite paralytique dus au poliovirus sauvage ont été notifiés dans le monde, contre 416 en 2013. Tous les cas étaient dus au poliovirus sauvage de type 1 et la plupart d'entre eux (85 %) se sont produits au Pakistan, où la transmission est restée intense. En Afghanistan, 28 cas, presque tous importés bien que la transmission d'un poliovirus sauvage autochtone se poursuive dans la région méridionale du pays, ont été notifiés. Au Nigéria, seul autre pays où la poliomyélite reste endémique, l'application systématique de stratégies d'éradication a entraîné une baisse sensible du nombre de cas : six ont été notifiés au cours de l'année et pour le plus récent d'entre eux, la paralysie est apparue le 24 juillet 2014.

6. Des progrès ont également été signalés par des pays où il y avait eu des cas ou une transmission de la maladie après importation du poliovirus sauvage en 2013 et 2014, et qui ont pris des mesures de riposte à la flambée. Dans la Corne de l'Afrique, la Somalie a notifié cinq cas, dont le plus récent est survenu le 11 août 2014 ; en Éthiopie, un seul cas, le 5 janvier 2014, a été notifié. En Afrique centrale, le Cameroun et la Guinée équatoriale ont notifié chacun cinq cas, dont les plus récents sont survenus le 9 juillet et le 3 mai 2014, respectivement ; au Moyen-Orient, l'Iraq a notifié deux cas (dont le plus récent est survenu le 7 avril 2014) et la République arabe syrienne un cas (le 21 janvier 2014) ; en Israël, le dernier échantillon positif détecté dans l'environnement a été prélevé le 30 mars 2014. Le risque de réinfection est considéré comme particulièrement élevé au Moyen-Orient, étant donné que la transmission du virus reste intense au Pakistan et que les systèmes de vaccination continuent à se détériorer en République arabe syrienne et en Iraq du fait des conflits et de l'insécurité.

7. Afin de maintenir le rythme des progrès accomplis et d'éradiquer le poliovirus sauvage sur le continent africain, il faut prendre les mesures suivantes : intensifier la surveillance dans les régions où le risque que la transmission passe inaperçue est maximal, en particulier au Cameroun, au Gabon, en Guinée équatoriale, en République centrafricaine, en Somalie et au Soudan du Sud ; renforcer les approches novatrices appliquées pour vacciner tous les enfants dans le nord du Nigéria ; veiller à mettre un terme aux flambées moyennant la pleine mise en œuvre des mesures de riposte intensive en Afrique centrale et dans la Corne de l'Afrique. Au Moyen-Orient, les campagnes de vaccination synchronisées devront se poursuivre pour renforcer l'immunité de la population face à la poliomyélite et réduire le risque de survenue de nouvelles flambées, en particulier dans les régions touchées par la crise actuelle en République arabe syrienne ; on s'attache notamment à améliorer la sensibilité de la surveillance dans certaines régions de l'Iraq, du Liban, de la République arabe syrienne et de la Turquie.

8. En Méditerranée orientale, l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dépend de plus en plus de la capacité du Pakistan à remédier aux lacunes chroniques dans la mise en œuvre de la stratégie et à vacciner les enfants des zones infectées difficiles d'accès du fait des conflits en cours ou des menaces et des attaques visant les agents de santé dans les zones tribales sous administration fédérale, au Khyber Pakhtunkhwa, au Baloutchistan et dans la ville de Karachi. À la fin de 2014, les

responsables de la santé publique de tous les niveaux et leurs partenaires ont établi un solide « plan d'urgence pour la basse saison » pour le premier semestre de 2015. Le plan intègre les principaux enseignements tirés de l'expérience pour atteindre les enfants n'ayant pu à plusieurs reprises être vaccinés dans les zones d'insécurité où les résultats sont médiocres, et il prévoit des mécanismes de suivi et de responsabilisation rigoureux, la mise en place de centres d'opérations d'urgence aux niveaux provincial et fédéral pour coordonner et superviser la mise en œuvre, ainsi qu'un compte rendu régulier de la situation auprès du bureau du Premier Ministre. On considère que le plan dispose de tous les éléments nécessaires pour une éradication rapide de la poliomyélite ; son succès dépendra toutefois d'une pleine mise en œuvre dans toutes les zones du Pakistan. En Afghanistan, la priorité est maintenant d'interrompre la transmission du virus endémique résiduel dans la région méridionale et de riposter à de nouvelles importations du Pakistan.

9. Pour éviter une nouvelle propagation internationale des poliovirus sauvages, il faut mettre totalement en œuvre les stratégies d'éradication dans les zones encore infectées, en particulier au Pakistan ; appliquer l'ensemble des recommandations temporaires publiées par le Directeur général ; et renforcer la surveillance au niveau mondial pour faciliter une riposte rapide face à de nouveaux cas.

RETRAIT DE LA COMPOSANTE DE TYPE 2 DANS LE VACCIN ANTIPOLIOMYÉLITIQUE ORAL

10. En octobre 2014, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination¹ a fait le point des progrès accomplis par rapport aux cinq critères d'évaluation de la préparation, à l'échelle mondiale, au retrait coordonné de la composante de type 2 dans le vaccin antipoliomyélitique oral, à savoir : l'administration d'au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans tous les pays ; l'homologation du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent pour la vaccination systématique ; la constitution d'un stock mondial de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 2 et la mise au point de protocoles pour l'utilisation de ces vaccins ; le confinement et la manutention appropriés des matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant du virus de type 2 ; et la vérification de l'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 2. Le Groupe stratégique consultatif a conclu que les préparatifs pour le retrait au niveau mondial de la composante de type 2 dans le vaccin antipoliomyélitique oral en avril 2016 étaient en bonne voie et a recommandé que les États Membres accélèrent leurs préparatifs. À sa cent trente-sixième session en janvier 2015, le Conseil exécutif a pris note de l'approche suivie et les membres ont souligné qu'il était nécessaire de veiller à ce que chacun, au niveau mondial, soit prêt d'ici à la fin de 2015 pour le retrait coordonné des vaccins antipoliomyélitiques oraux contenant la composante de type 2.

11. En février 2015, tous les États Membres sauf un avaient déjà introduit le vaccin antipoliomyélitique inactivé ou prévoyaient de le faire d'ici à la fin de 2015. Le pays où l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé n'est ni effective ni prévue représente moins de 0,01 % de la cohorte mondiale de naissances et n'est pas exposé à un risque élevé d'apparition d'un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale. Soixante-six des 73 pays pouvant bénéficier d'un soutien de l'Alliance GAVI pour l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé avaient présenté une demande. Le Conseil de surveillance de la poliomyélite de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a approuvé un soutien financier de 12 mois pour 25 pays à revenu faible ou intermédiaire supplémentaires afin de faciliter l'introduction du vaccin d'ici à la fin de 2015.

¹ Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, 21-23 octobre 2014 – conclusions et recommandations. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/wer/2014/wer8950.pdf> (consulté le 31 mars 2015).

Des travaux sont en cours afin de faciliter le transfert de technologies pour la production nationale de vaccins antipoliomyélitiques inactivés à partir de poliovirus souche Sabin, si nécessaire.

12. Pour retirer la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral utilisé dans les systèmes de vaccination systématique à l'échelle mondiale, il faudra remplacer le vaccin trivalent par le vaccin bivalent (de types 1 et 3) dans tous les pays qui continuent à utiliser le vaccin antipoliomyélitique oral. La collaboration se poursuit avec les fabricants de vaccins antipoliomyélitiques oraux bivalents et les organismes nationaux de réglementation en vue d'étendre l'homologation de ces produits à leur utilisation pour la vaccination systématique. Il est impératif que tous les pays qui veulent utiliser le vaccin antipoliomyélitique oral après avril 2016 s'acquittent, d'ici à la fin de 2015, des formalités nationales d'homologation pour intégrer le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent dans leur programme de vaccination systématique. L'OMS recommande d'accepter, pendant la procédure d'homologation au niveau national, l'utilisation, dans le cadre de la vaccination systématique, du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent qu'elle a préqualifié. Un protocole a été rédigé pour faciliter la planification, au niveau national, du remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin bivalent, dans le contexte du retrait coordonné de la composante de type 2 à l'échelle mondiale.¹ Le Conseil, à sa cent trente-sixième session, a pris note de l'approche suivie.

13. Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a réitéré sa recommandation précédente tendant à la constitution et au maintien de stocks de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 2 au niveau mondial seulement afin de réduire autant que possible le risque de réintroduction accidentelle du poliovirus de type 2 après le retrait de la composante de type 2 dans le vaccin antipoliomyélitique oral partout dans le monde. L'UNICEF a passé un contrat avec deux fabricants du produit préqualifié par l'OMS afin de constituer un stock mondial de 500 millions de doses de vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 d'ici à la fin de 2015. Le Groupe stratégique consultatif a également approuvé un protocole relatif au prélèvement de vaccins dans le stock et à leur utilisation, qui suggère de donner au Directeur général la faculté de prendre des décisions suivant l'avis d'un tableau d'experts expressément chargé de déterminer si la détection d'un poliovirus de type 2 fait craindre une transmission confirmée ou probable exigeant l'administration de vaccins.^{2,3} Le Conseil, à sa cent trente-sixième session, a également pris note de cette approche.

14. En 2014, l'approche et le plan stratégiques destinés à aligner totalement le confinement des poliovirus et les étapes figurant dans le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 ont été finalisés et approuvés par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, et le Conseil exécutif en a pris note. 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 des poliovirus sauvages par type et l'arrêt progressif de l'utilisation du VPO⁴ prévoit des mesures

¹ *Switch from tOPV to bOPV: guidelines for developing national operational plans – a handbook for national decision makers, programme managers, logisticians, and consultants on operational aspects related to nationwide switch from tOPV to bOPV*. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/entity/immunization/diseases/poliomyelitis/endgame_objective2/oral_polio_vaccine/OPVSwitch-Guidelines_nat_plans_Mar2015.pdf?ua=1 (consulté le 31 mars 2015).

² *Operational framework for monovalent oral poliovirus type 2 (mOPV2) deployment and replenishment (during the endgame period)*. Disponible à l'adresse : http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/mOPV2_Operational_Framework.pdf (consulté le 31 mars 2015).

³ *Protocol for notification, risk assessment, and response following detection of poliovirus type 2 following globally-coordinated cessation of serotype 2-containing oral polio vaccine*. Disponible à l'adresse : http://www.who.int/entity/immunization/sage/meetings/2014/october/6_Type_2_response_protocol_14_oct_clean.pdf?ua=1 (consulté le 31 mars 2015).

⁴ *WHO global action plan to minimize poliovirus facility-associated risk after type-specific eradication of wild polioviruses and sequential cessation of OPV use (GAPIII)*. Disponible à l'adresse : <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/Posteradicationpolicydocuments.aspx> (consulté le 31 mars 2015).

spécifiques pour le confinement du poliovirus de type 2 pendant la phase finale ; fixe des conditions différentes pour les établissements qui détiennent des poliovirus sauvages et ceux qui détiennent des poliovirus souche Sabin ; et définit des paramètres généraux pour le confinement à long terme des poliovirus après l'arrêt de la vaccination par tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux après 2019.

15. Le Secrétariat demande aux États Membres de soumettre, d'ici mi-2015, aux commissions régionales de certification de l'éradication de la poliomyélite dont ils dépendent des documents officiels confirmant que la transmission du poliovirus sauvage de type 2 a été interrompue ; que les activités correspondant à la phase 1 du confinement ont été menées à bien ou le seront d'ici à la fin de 2015 ; et que des plans appropriés ont été établis pour confiner tout poliovirus sauvage de type 2 résiduel, comme indiqué dans 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 des poliovirus sauvages par type et l'arrêt progressif de l'utilisation du VPO. Les documents pertinents seront examinés par la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite qui décidera officiellement si l'éradication du poliovirus sauvage de type 2 peut être déclarée et si les critères de retrait de la composante de type 2 dans le vaccin antipoliomyélitique oral sont remplis.

16. Le retrait mondial de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral est prévu pour avril 2016 (au cours de la saison où la transmission des poliovirus est faible). Le calendrier sera définitivement confirmé si la transmission de tout poliovirus circulant et persistant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale a été interrompue. Au 3 mars 2015, les poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale n'avaient plus été détectés au nord du Nigéria depuis le dernier cas en 2014, pour lequel la paralysie était apparue le 16 novembre et qui portait le nombre total de cas à 30 en 2014. Au Pakistan, en 2014, deux « anciennes » lignées de poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale ont causé 21 cas de paralysie, la plupart étant décelés dans les zones tribales sous administration fédérale et dans les zones adjacentes de la province du Khyber Pakhtunkhwa. Ces deux lignées n'ont plus été détectées depuis juin 2014. Une nouvelle lignée persistante est apparue à Gadaap (Karachi) en juillet 2014 et a été détectée pour la dernière fois en janvier 2015 dans un échantillon prélevé dans le cadre de la surveillance environnementale. Les autorités du Nigéria comme du Pakistan ont augmenté la couverture par les vaccins antipoliomyélitiques contenant la composante de type 2 au cours des récentes campagnes de vaccination supplémentaires, avec des résultats encourageants. Des campagnes supplémentaires sont prévues en 2015 pour garantir que la transmission des poliovirus de type 2 est enrayée, permettant ainsi le retrait au niveau mondial du vaccin antipoliomyélitique oral contenant la composante de type 2 en 2016, comme prévu.

PLANIFICATION DE LA TRANSMISSION DES ACQUIS

17. La planification de la transmission des acquis vise à garantir que les investissements consentis par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite permettront d'atteindre d'autres objectifs de développement à long terme grâce à la documentation et à la transmission des connaissances, des enseignements et des moyens. Ainsi, l'infrastructure utilisée pour éradiquer la poliomyélite sert également à riposter à la flambée de maladie à virus Ebola qui sévit en Afrique de l'Ouest. En effet, certains personnels participent au renforcement du soutien et assurent la surveillance, la recherche des contacts, la gestion des données, la logistique, la distribution de fournitures et la gestion de la flambée. Au Nigéria, les moyens du centre d'opérations d'urgence pour l'éradication de la poliomyélite et l'expérience de son personnel ont joué un rôle essentiel dans l'enrayement de la flambée de maladie à virus Ebola. En 2014, de nouvelles consultations ont eu lieu avec les États Membres, les principaux partenaires et les parties intéressées, et des missions pilotes ont été organisées au Népal et en République démocratique du Congo afin d'assurer la planification détaillée de la transmission des acquis.

18. Ces travaux ont confirmé les conclusions émises par les comités régionaux de l'OMS en 2013 selon lesquelles la planification de la transmission des acquis doit tenir compte des priorités sanitaires existantes et être dirigée par les pays et, pour réussir, il faudrait établir un processus officiel dans tous les pays où d'importants moyens d'éradication ont été financés par des ressources externes. À cette fin, un projet de cadre a été établi et approuvé par le Conseil de surveillance de la poliomyélite en décembre 2014, et des lignes directrices de transition sont préparées pour orienter la planification de la transmission des acquis au niveau des pays selon une approche en trois phases comprenant la planification et la prise de décisions, la préparation et l'exécution. Des rôles et des responsabilités précis devront être attribués à plusieurs parties prenantes, les gouvernements nationaux assurant la direction globale du processus, un consortium de donateurs facilitant la transition des ressources, et les autres partenaires et de nouvelles entités fournissant les compétences et l'assistance technique nécessaires à la gestion du projet.

19. En 2015, la finalisation du cadre mondial pour la transmission des acquis facilitera l'application du programme de travail visant à utiliser l'infrastructure créée pour éradiquer la poliomyélite pour d'autres priorités. Un soutien sera apporté à la planification de la transmission des acquis dans certains pays, y compris ceux qui ont déjà amorcé la planification de la transition et ceux qui disposaient de ressources importantes pour l'éradication de la poliomyélite. Les plans devront garantir que les fonctions essentielles pour l'éradication de la poliomyélite perdureront après la disparition de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

FINANCEMENT

20. À la fin de 2014, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite avait reçu des contributions pour un montant de US \$2,23 milliards et US \$2,85 milliards supplémentaires avaient été promis, contre un budget global de US \$5,5 milliards pour la période 2013-2018. Si toutes les promesses de contributions se concrétisaient rapidement et entièrement, le déficit de financement restant serait de US \$451 millions par rapport au Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018. Certains membres du Conseil exécutif, à sa cent trente-sixième session, se sont dits préoccupés par le déficit de financement persistant et les risques qu'il représentait pour la mise en œuvre intégrale du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, et ont appelé les donateurs à concrétiser rapidement leurs engagements et à combler le déficit restant le plus vite possible.

21. Des changements importants ont eu lieu dans la direction et la gestion de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite à la fin de 2014, suite à un examen complet de la gestion de l'Initiative qui avait été commandé par le Conseil de surveillance de la poliomyélite sur recommandation du Comité de suivi indépendant pour l'éradication de la poliomyélite. Le Conseil de surveillance de la poliomyélite a adopté plusieurs recommandations afin de parvenir à l'éradication plus rapidement et plus efficacement. Un nouveau comité chargé des finances et de la responsabilisation a été créé afin d'assurer un suivi plus rapide, complet et transparent de la situation financière. À la mi-2015, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite aura mené à bien un examen à mi-parcours du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, qui évaluera les progrès accomplis et déterminera quels sont les ajustements nécessaires, notamment les ajustements financiers.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

22. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution figurant dans le document A68/21 Add.1.

= = =