



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

Rapport du Secrétariat

1. À sa cent trente-quatrième session, le Conseil exécutif a pris note d'une précédente version du présent rapport.¹ Le texte ci-après a été actualisé et révisé à la lumière du débat qui a eu lieu à cette session.

2. Le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018² a été établi pour donner suite à la résolution WHA65.5. Le présent rapport fait le point sur chacun des quatre objectifs du plan, les obstacles empêchant de franchir les étapes, la situation actuelle du financement et les priorités pour 2014.

OBJECTIF 1 : DÉTECTION DU POLIOVIRUS ET INTERRUPTION DE SA TRANSMISSION

3. Le nombre de cas notifiés de poliomyélite dus au poliovirus sauvage en 2013 a augmenté de 82 % par rapport à 2012 (405 cas contre 223), et l'on comptait huit pays notifiant des cas contre cinq un an auparavant. Cette hausse est due à une augmentation du nombre de cas au Pakistan, ainsi qu'à des flambées imputables à une nouvelle propagation internationale de poliovirus depuis le Nigéria vers la Corne de l'Afrique (193 cas en Somalie, 14 au Kenya, 9 en Éthiopie) et du Pakistan vers le Moyen-Orient (38 cas en République arabe syrienne toutes sources confondues). Un poliovirus sauvage d'origine pakistanaise a également été détecté dans des échantillons environnementaux prélevés en Israël et dans le territoire palestinien occupé. Quatre cas dus à un poliovirus importé ont également été dépistés au Cameroun. Au Pakistan, le nombre de cas de poliomyélite a augmenté de 60 % par rapport à 2012, pour atteindre 93. Au Nigéria et en Afghanistan, le nombre de cas a baissé de 57 % et 62 %, respectivement. À noter que, sur les 53 cas au Nigéria, six seulement ont été notifiés entre septembre et décembre 2013 (c'est-à-dire pendant la « haute-saison » de la transmission du poliovirus). Sur les 93 cas pakistanais, 60 ont été notifiés entre septembre et décembre, dont 48 dans les zones tribales sous administration fédérale et la province du Khyber Pakhtunkhwa.

¹ Voir le procès-verbal du Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session, douzième séance, section 3 (document EB134/2014/REC/2).

² <http://www.polioeradication.org/Resourcelibrary/Strategyandwork.aspx> (consulté le 4 décembre 2013).

4. En 2013 et pour la première fois, tous les cas de poliomyélite causés par un virus sauvage étaient dus à un même sérotype (le sérotype 1) ; pour mémoire, le cas le plus récent dû à un poliovirus sauvage de type 3 est survenu le 10 novembre 2012 au Nigéria. On a enregistré au total 63 cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (dans sept pays), la plupart au Pakistan ainsi que dans les zones frontalières du Cameroun, du Niger, du Nigéria et du Tchad.

5. L'insécurité, les attaques ciblées contre les agents de santé et/ou l'interdiction de la vaccination antipoliomyélitique par les autorités locales ont détérioré l'accès dans les zones tribales sous administration fédérale et la province du Khyber Pakhtunkhwa, au Pakistan, et dans l'État de Borno au Nigéria. Les problèmes chroniques dans la mise en œuvre des activités restent critiques dans d'autres zones prioritaires, en particulier l'État de Kano au Nigéria ainsi que dans la province du Baloutchistan et la ville de Karachi dans la province du Sindh au Pakistan. On estimait que 530 000 enfants au total étaient encore hors d'atteinte pour les équipes de vaccination des zones touchées par le poliovirus du Pakistan et du Nigéria, et que plus de 500 000 autres ne pouvaient être vaccinés dans la zone réinfectée du centre-sud de la Somalie.¹

6. Le risque de voir la propagation internationale se poursuivre reste élevé, en particulier en Afrique centrale (à partir du Cameroun surtout), au Moyen-Orient et dans la Corne de l'Afrique. Le Comité régional de la Méditerranée orientale a déclaré à sa soixantième session, en octobre 2013, que tous les États Membres de la Région étaient en situation d'urgence concernant la transmission.² À la suite des délibérations du Conseil à sa cent trente-quatrième session, le Directeur général a convoqué une réunion du groupe de travail sur la poliomyélite du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (Genève, 5-6 février 2014) pour actualiser les recommandations en matière de vaccination destinées aux voyageurs en provenance de pays infectés. Il est prévu de convoquer la réunion d'un comité d'urgence en vertu du Règlement sanitaire international avant la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé afin de conseiller le Directeur général sur les mesures à prendre pour limiter la propagation internationale du poliovirus sauvage.

OBJECTIF 2 : RENFORCEMENT DES SYSTÈMES DE VACCINATION ET RETRAIT DU VACCIN ANTIPOLIOMYÉLITIQUE ORAL

7. En 2013, cinq critères ont été adoptés pour évaluer l'état de préparation à un retrait mondial du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 dès 2016 :³ introduction d'au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé ; accès à un vaccin antipoliomyélitique oral bivalent homologué pour la vaccination systématique ; mise en application de protocoles de surveillance et d'intervention pour le poliovirus de type 2 (y compris constitution d'un stock de vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2) ; achèvement des activités d'endiguement du poliovirus de la phase 1, avec manipulation correcte des matériels résiduels de type 2 ;⁴ et vérification de l'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 2. Le retrait mondial de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral sera déclenché à une date précise suivant l'absence pendant six mois au moins de tout poliovirus circulant et persistant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale.

¹ En 2013, les pays de la Corne de l'Afrique ont été réinfectés par des poliovirus en provenance du nord du Nigéria.

² Résolution EM/RC60/R.3, « Aggravation de la situation d'urgence causée par la poliomyélite dans la Région de la Méditerranée orientale ».

³ Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, novembre 2013 – Conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2014 ; 89(1) : 1-16.

⁴ Global action plan to minimize poliovirus facility-associated risk after eradication of wild poliovirus and cessation of routine OPV use (projet de document) (http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/GAP3_2009.pdf, consulté le 4 décembre 2013).

8. Un programme de travail conjoint a été lancé avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) pour appuyer le renforcement des systèmes de vaccination systématique des 10 pays prioritaires recensés dans le plan stratégique pour l'éradication et la phase finale,¹ en faisant fond sur les investissements de l'Alliance GAVI dans le renforcement des systèmes de santé et sur l'importante assistance technique déployée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. En 2013, les plans de vaccination de six de ces pays (Éthiopie, Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo et Tchad) ont été examinés et révisés en vue d'un alignement des ressources.

9. Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a établi la version finale de ses recommandations concernant l'administration du vaccin antipoliomyélitique inactivé tel qu'indiqué dans les calendriers de vaccination systématique et adopté la stratégie élaborée pour le financement, l'achat et l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé à l'échelle mondiale.² La stratégie classe en quatre groupes les 126 pays qui utilisent actuellement uniquement le vaccin antipoliomyélitique oral, en se fondant sur le risque d'apparition et de propagation du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; 72 % de la population ciblée par la stratégie appartiennent aux 33 pays des groupes 1 et 2. La stratégie associe, d'une part, le financement acheminé par l'Alliance GAVI et les processus accélérés pour les 73 pays pouvant faire appel à son soutien, et, d'autre part, pour les autres pays, les achats soutenus par l'UNICEF dans le but d'obtenir les prix les plus bas possible pour le vaccin antipoliomyélitique inactivé. En février 2014, l'UNICEF a annoncé un prix d'achat de €0,75 (environ US \$1 au taux de change actuel) par dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé en flacons de 10 doses pour les pays pouvant se prévaloir du soutien de l'Alliance GAVI et un prix de €1,49 à 2,40 (environ US \$2,04 à 3,28 au taux de change actuel) par dose pour les pays à revenu intermédiaire. En outre, l'UNICEF a prévu la fourniture de flacons de cinq doses au prix de US \$1,90 la dose aux pays à revenu faible ou intermédiaire, avec une disponibilité probable au dernier trimestre 2014. Les efforts se poursuivent aussi pour continuer à mettre au point et homologuer des produits et des solutions nouveaux pour le vaccin antipoliomyélitique inactivé afin de contribuer à des réductions supplémentaires du coût de ce vaccin à moyen terme (c'est-à-dire au-delà de 2018).

OBJECTIF 3 : CONFINEMENT ET CERTIFICATION

10. Le projet de Plan d'action mondial visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication des poliovirus sauvages et l'arrêt de la vaccination systématique par le vaccin antipoliomyélitique oral³ est en cours d'actualisation afin d'harmoniser les activités avec la stratégie et les calendriers du plan stratégique. Le plan actualisé sera diffusé pour consultation publique dans le courant de l'année. Du point de vue opérationnel, la priorité immédiate de l'endiguement consiste à s'assurer de mener à bien les activités de la phase 1 d'ici 2015. Il s'agit notamment de faire l'inventaire de tous les établissements qui détiennent des matériels infectieux ou potentiellement infectieux contenant du poliovirus sauvage et de mettre en œuvre des

¹ Ces 10 pays prioritaires (Afghanistan, Angola, Éthiopie, Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan du Sud et Tchad) abritent la plupart des enfants sous-vaccinés du monde et possèdent de solides infrastructures de ressources humaines financées par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

² Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, novembre 2013 – Conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2014 ; 89(1) :1-16.

³ Global action plan to minimize poliovirus facility-associated risk after eradication of wild poliovirus and cessation of routine OPV use (projet de document) (http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/Resources/PostEradication/GAP3_2009.pdf, consulté le 4 décembre 2013).

mesures sur la manipulation en toute sécurité de l'ensemble des poliovirus sauvages résiduels, en particulier ceux du sérotype 2. Fin 2013, tous les États Membres avaient mené à bien les activités de la phase 1, exception faite de deux pays de la Région de la Méditerranée orientale et de 37 pays de la Région africaine.

11. Au 28 février 2014, la Région de l'Asie du Sud-Est était en bonne voie pour obtenir la certification de l'éradication fin mars 2014. La Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite passera en revue fin 2014 ou début 2015 des données en provenance des six Régions de l'OMS afin de déterminer si l'on dispose d'éléments suffisants pour conclure officiellement que le poliovirus sauvage de type 2 a été éradiqué de la surface de la terre.

OBJECTIF 4 : PLANIFICATION DE LA TRANSMISSION DES ACQUIS

12. La planification de la transmission des acquis vise à garantir que les connaissances, les capacités, les processus et les actifs créés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continuent à profiter à d'autres programmes de santé publique une fois l'éradication achevée. En 2013, un processus de consultation a été lancé avec l'établissement d'un document de base présentant trois scénarios de transmission pour examen par les comités régionaux de l'OMS. Un consensus se dégage de plus en plus clairement, selon lequel les actifs, les enseignements et les ressources de l'initiative devraient, en bout de chaîne, être transmis au bénéfice d'autres priorités de santé, essentiellement par l'intermédiaire des gouvernements nationaux.

13. Une étude indépendante a été menée sur les 22 000 personnes déployées sur le terrain par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (dont plus de 7000 ont été recrutées par l'OMS).¹ Parmi les fonctions assumées qui pourraient être utiles aux autres initiatives sanitaires, des hauts représentants des autorités nationales, des donateurs et d'autres initiatives de santé ont le plus souvent cité la surveillance (86 %), les activités de laboratoire (50 %) et la mobilisation sociale (46 %). Les deux tiers des répondants ont indiqué que l'administration future de ces infrastructures de ressources humaines devrait incomber aux gouvernements nationaux.

14. En 2014, les activités liées à la transmission des acquis se poursuivront avec de nouvelles consultations, un meilleur recensement des actifs et les moyens de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, et un examen plus approfondi des connaissances recueillies et des enseignements tirés de l'expérience. Ces éléments serviront à mettre sur pied un cadre mondial pour la transmission des acquis aux niveaux national et international. Un projet de cadre sera établi en vue de leur examen par les comités régionaux en 2014, avant la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en 2015.

FINANCEMENT ET GESTION DES RESSOURCES

14. Au sommet mondial sur les vaccins qui s'est tenu à Abu Dhabi les 24 et 25 avril 2013, les donateurs et les gouvernements des pays touchés par la poliomyélite se sont engagés à apporter US \$4,040 milliards pour financer le plan, dont le budget global est de US \$5,530 milliards. D'autres engagements ont été pris depuis lors, à hauteur de US \$490 millions. Pour que ces promesses deviennent réalité et afin de mobiliser des fonds supplémentaires pour combler le déficit qui subsiste (US \$1 milliard), l'OMS et ses partenaires de l'Initiative mondiale ont renforcé leurs capacités de

¹ Voir le document EB134/49.

mobilisation de ressources et de communication stratégique et recentré l'action du groupe interinstitutions de sensibilisation à la poliomyélite sur l'intensification de la mobilisation des ressources. Un groupe de travail interinstitutions sur le financement renforce la maîtrise des coûts, la responsabilisation et la gestion des ressources.

15. Fin novembre 2013, le total des demandes de financement pour les activités d'éradication en 2014 a dépassé de US \$286 millions le budget correspondant (US \$1,033 milliard). Pour mettre en rapport ces demandes et le financement disponible, il faut fortement modifier la planification des activités de vaccination supplémentaires dans de nombreux pays et affecter à l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé une partie des fonds discrétionnaires limités dont dispose le programme. Au 23 janvier 2014, le déficit de financement des activités prévues en 2014 pour l'éradication atteignait encore US \$497,52 millions sur le budget 2014 de 1033 millions ; les efforts devront donc être intensifiés pour veiller à ce que les annonces de contributions se transforment en versements effectifs.

PRINCIPAUX RISQUES ET GRANDES PRIORITÉS PROGRAMMATIQUES POUR 2014

17. Les principaux facteurs de risque pouvant empêcher l'éradication sont les suivants : l'interdiction des campagnes de vaccination dans l'agence du Nord-Waziristan, au Pakistan, et dans certaines zones du sud et du centre de la Somalie ; les attaques ciblées contre les vaccinateurs dans la province du Khyber Pakhtunkhwa et à Karachi, au Pakistan ; les opérations militaires en cours dans l'agence de Khyber au Pakistan (dans la région des zones tribales sous administration fédérale) ; l'insécurité dans la région orientale de l'Afghanistan et l'État de Borno (Nigéria) ; le conflit qui sévit en République arabe syrienne ; et les problèmes d'efficacité programmatique dans l'État de Kano (Nigéria) et d'efficacité de la riposte aux flambées au Cameroun. Ces risques sont aggravés par les carences de la surveillance et par la menace constante d'une nouvelle propagation internationale de poliovirus sauvage.

18. Pour maîtriser ces risques, il faut que les autorités nationales prennent pleinement en main le programme d'éradication dans tous les pays infectés, en mobilisant fortement les ministères et départements concernés, et que les autorités locales soient tenues pleinement responsables de la qualité des activités, en particulier dans les zones accessibles telles que l'État de Kano au Nigéria ainsi qu'au Cameroun. Si l'on veut atteindre et vacciner les enfants dans les zones où sévissent l'insécurité et des conflits, il faudra également que les organes internationaux compétents, les chefs religieux et les acteurs humanitaires soient étroitement associés à l'action afin de mettre en œuvre des plans adaptés aux différentes zones, d'accroître la demande et la participation de la communauté, et d'adapter les approches d'éradication en fonction du contexte local. En vue de réduire au minimum les risques et les conséquences de la propagation internationale du poliovirus, il est instamment demandé aux États Membres de renforcer la surveillance et les activités de vaccination, et de mettre pleinement en œuvre les recommandations concernant la vaccination des voyageurs.

19. Afin de se préparer au retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral d'ici 2016, les États Membres sont encouragés à établir des plans pour l'introduction d'au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans leur programme de vaccination systématique. Reconnaissant les arrangements financiers complexes et les délais serrés d'approvisionnement que nécessite l'introduction mondiale de ce vaccin, il est recommandé aux pays d'endémie et aux pays

à risque élevé d'élaborer d'ici mi-2014 un plan pour l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé et à tous les autres pays d'établir de tels plans d'ici fin 2014.¹

20. En vue de renforcer encore la gouvernance et la supervision de l'initiative pour l'éradication, le Conseil de surveillance de la poliomyélite (composé des chefs des cinq principaux partenaires) a instauré une réunion semestrielle, un processus systématique d'examen des risques et un processus décisionnaire facilitant une contribution plus systématique des donateurs et des parties prenantes. Il est prévu de procéder, au deuxième trimestre 2014, à un examen indépendant et complet de la gestion de l'initiative pour l'éradication afin d'améliorer la prise de décisions en matière programmatique pour l'ensemble de l'initiative. Au sein du Secrétariat, le Directeur général a créé une équipe intergroupes de direction de la phase finale chargée d'améliorer le soutien opérationnel apporté à la gestion programmatique, à la mise en œuvre de la stratégie, ainsi qu'à la mobilisation et à la gestion des ressources.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

21. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport et à encourager : tous les États Membres touchés par la poliomyélite à prendre immédiatement des mesures d'urgence pour surmonter les derniers obstacles afin que tous les enfants puissent recevoir le vaccin antipoliomyélitique oral ; tous les États Membres qui n'utilisent actuellement que le vaccin antipoliomyélitique oral à mettre en place d'ici fin 2014 un plan pour l'introduction d'au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans leur programme de vaccination systématique d'ici fin 2015 ; et tous les États Membres de mettre en œuvre des activités d'endiguement du poliovirus de phase 1 d'ici fin 2015, de veiller à une surveillance hautement sensible des poliovirus et d'appliquer les recommandations pertinentes destinées aux voyageurs en matière de vaccination antipoliomyélitique.

= = =

¹ Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, novembre 2013 – Conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2014 ; 89(1) : 1-16.