



Poliomyélite

Rapport du Secrétariat

1. 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 pour réduire le risque. Le présent rapport fait le point sur les progrès accomplis dans la réduction du risque de propagation internationale du poliovirus sauvage ainsi que sur d'autres aspects du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018, en particulier 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

2. 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.¹

3. Les recommandations temporaires présentent 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. Des critères ont été proposés pour la classification des pays auxquels ces recommandations seraient adressées. Initialement, trois pays – le Cameroun, le Pakistan et la République arabe syrienne – répondaient aux critères correspondant aux États qui exportent actuellement le poliovirus sauvage, et la Guinée équatoriale répondait à ces critères lorsque le Comité d'urgence s'est réuni pour la deuxième fois, le 28 juillet 2014. Six pays – l'Afghanistan, l'Éthiopie, l'Iraq, Israël, le Nigéria et la Somalie – répondaient aux critères correspondant aux États actuellement infectés par le poliovirus sauvage mais qui ne l'exportent pas.

¹ Déclaration de l'OMS suite à la réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la propagation internationale du poliovirus sauvage. Disponible à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2014/polio-20140505/fr/> (consulté le 5 janvier 2015).

4. Suivant l'avis du Comité d'urgence, le Directeur général a prorogé les recommandations temporaires le 3 août 2014 puis à nouveau le 13 novembre 2014. Le 13 novembre, les recommandations temporaires ont été complétées par des mesures spécifiques pour le Pakistan en raison d'une forte augmentation de la transmission du poliovirus dans ce pays et de l'exportation du virus en Afghanistan. Le Comité d'urgence, inquiet de la mise en œuvre variable des recommandations temporaires, a indiqué que des mesures supplémentaires, telles que le dépistage aux points d'entrée, seraient envisagées lors de sa prochaine réunion, fin janvier 2015.

5. Au 7 décembre 2014, 316 cas de poliomyélite paralytique dus au poliovirus sauvage ont été notifiés dans le monde, contre 355 au cours de la même période en 2013. Tous les cas étaient dus au poliovirus sauvage de type 1 et la majorité d'entre eux (85 %) se sont produits au Pakistan, où la transmission était intense. Vingt-trois cas, presque tous importés, ont été notifiés en Afghanistan. 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 à ce jour 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, survenu 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 en mars 2014.

7. Afin d'éradiquer le poliovirus sauvage sur le continent africain, il faut prendre les mesures suivantes : renforcer les approches novatrices appliquées pour vacciner tous les enfants dans le nord du Nigéria ; pérenniser les mesures actuelles de riposte intensive à la flambée en Afrique centrale et dans la Corne de l'Afrique ; et améliorer 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 et en Somalie. Au Moyen-Orient, plusieurs campagnes de vaccination synchronisées se poursuivent 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 également 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 Asie, 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 faire face aux menaces et aux attaques dont est victime le programme dans les zones tribales sous administration fédérale, au Khyber Pakhtunkhwa, au Baloutchistan et dans la ville de Karachi. Bien que des progrès importants aient été réalisés en 2014 pour vacciner les enfants dans ces régions moyennant des approches traditionnelles, par exemple des campagnes de vaccination soigneusement planifiées assorties de mesures de sécurité adéquates dans l'agglomération de Peshawar et la vaccination des personnes déplacées en transit, l'immunité de la population reste au-dessous du seuil nécessaire pour enrayer la transmission. 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 faudra 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 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.

11. Au 7 décembre 2014, tous les États Membres sauf trois avaient déjà introduit le vaccin antipoliomyélitique inactivé ou prévoyaient de le faire d'ici fin 2015. Les trois pays où l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé n'est ni effective ni prévue représentent moins de 0,05 % de la cohorte mondiale de naissances et ne sont pas exposés 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 Gavi, l'Alliance du Vaccin, 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 fin 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 (VPI 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 souhaitent utiliser le vaccin antipoliomyélitique oral après avril 2016 s'acquittent, d'ici fin 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.²

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 5 janvier 2015).

² OPV Cessation: Protocol for a global coordinated switch from trivalent OPV to bivalent OPV. Disponible à l'adresse http://www.who.int/entity/immunization/sage/meetings/2014/october/2_Switch_Protocol_SAGE_Version_9_Oct14.pdf?ua=1 (consulté le 19 décembre 2014).

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 fin 2014. Le Groupe stratégique consultatif a approuvé un protocole relatif au prélèvement de vaccins dans le stock et à leur utilisation, qui donne 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.^{1,2}

14. En 2014, l'approche et le plan stratégiques destinés à aligner totalement le confinement des poliovirus et les principales 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. 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 VPO³ prévoit des mesures spécifiques pour le confinement du poliovirus de type 2 pendant la phase finale ; prévoit 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 demandera 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 fin 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 et il sera officiellement décidé si l'éradication du poliovirus 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 est interrompue pendant six mois au moins. En décembre 2014, les poliovirus

¹ Operational framework for monovalent oral poliovirus type 2 (mOPV2) deployment and replenishment (during the endgame period). Disponible à l'adresse http://www.who.int/entity/immunization/sage/meetings/2014/october/4_Polio_mOPV2_stockpile_v4_09_10_2014.pdf?ua=1 (consulté le 19 décembre 2014).

² 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 19 décembre 2014).

³ WHO global action plan to minimize poliovirus facility-associated risk after type-specific eradication of wild polioviruses and sequential cessation of OPV use. Disponible à l'adresse <http://www.polioeradication.org/ResourceLibrary/Posteradicationpolicydocuments.aspx> (consulté le 22 décembre 2014).

circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale persistaient depuis de nombreuses années au nord du Nigéria (26 cas à ce jour en 2014) et dans les zones tribales sous administration fédérale et dans la province du Khyber Pakhtunkhwa au Pakistan (20 cas à ce jour). Ces deux pays s'efforceront d'optimiser la couverture par les vaccins antipoliomyélitiques contenant la composante de type 2 au cours des campagnes de vaccination supplémentaires à venir en vue d'enrayer la transmission des poliovirus de type 2 pour permettre 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 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 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 garantira que les fonctions essentielles pour l'éradication de la poliomyélite perdureront après la disparition de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, afin de faciliter l'application du programme de travail destiné à utiliser l'infrastructure créée pour éradiquer la poliomyélite pour d'autres priorités et de soutenir la planification de la transmission des acquis dans certains pays.

FINANCEMENT

20. Le budget global pour le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 était toujours de US \$5,5 milliards au 7 décembre 2014. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a reçu des contributions pour un montant de US \$2,23 milliards et espère US \$2,85 milliards sous forme d'annonces et de projections. Si celles-ci se concrétisaient, le

déficit de financement serait de US \$451 millions. En 2014, les flux de trésorerie pour certaines activités budgétisées sont restés limités car certaines contributions étaient à objet désigné, certaines contributions annoncées ont été réglées en retard et de nouvelles flambées ou des activités supplémentaires destinées à enrayer la transmission dans les zones infectées ont entraîné des dépenses imprévues.

21. En décembre 2014, le budget du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 risquait d'entraîner des retards dans le calendrier d'éradication, en particulier au Pakistan, et des coûts supplémentaires liés à l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé et au renforcement du soutien dans les zones infectées. Le budget du Plan stratégique sera étudié en détail au premier semestre 2015 afin de déterminer si des ressources financières supplémentaires seront nécessaires.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

22. Le Conseil est invité à examiner le projet de décision suivant :

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport sur la poliomyélite,¹ a décidé :

1) d'encourager tous les États Membres touchés par la poliomyélite à mettre totalement en œuvre les stratégies d'éradication et les recommandations temporaires publiées dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005) ;

2) d'appeler les États Membres à être prêts, d'ici fin 2015, au retrait coordonné des vaccins antipoliomyélitiques oraux contenant la composante de type 2 en introduisant au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les calendriers de vaccination systématique, en approuvant l'utilisation des vaccins antipoliomyélitiques oraux bivalents pour la vaccination systématique, en appliquant des mesures de confinement appropriées pour les poliovirus de type 2 et en présentant les documents pertinents concernant l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage de type 2 aux commissions régionales de certification dont ils dépendent.

= = =

¹ Document EB136/21.