Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-quatrième session
Point 10.4 de l'ordre du jour provisoire

EB134/35
13 décembre 2013

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

Rapport du Secrétariat

1. Le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018[1] a été établi pour donner suite à la demande formulée par l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA65.5, « Intensification de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ». Il a été présenté en mai 2013 à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé. Le présent rapport fait le point sur chacun des quatre objectifs du plan stratégique, les obstacles empêchant de franchir les étapes en temps voulu, la situation actuelle du financement et les priorités du programme pour 2014.

OBJECTIF 1 : DÉTECTION DU POLIOVIRUS ET INTERRUPTION DE SA TRANSMISSION

2. Au 10 décembre 2013, le nombre de cas dus au poliovirus sauvage avait augmenté de 68 % par rapport à la même date en 2012 (359 cas contre 213), et l'on comptait huit pays notifiant des cas de poliomyélite contre quatre un an auparavant. Cette hausse est due à des flambées, elles-mêmes imputables à une nouvelle propagation internationale de poliovirus depuis le Nigéria vers la Corne de l'Afrique (183 cas en Somalie, 14 au Kenya, 6 en Éthiopie) et du Pakistan vers le Moyen-Orient (17 cas en République arabe syrienne). Quatre cas dus à un poliovirus importé ont également été dépistés au Cameroun. À ce jour, au Pakistan, le nombre de cas de poliomyélite endémique a augmenté de 32 % par rapport à la même date en 2012, pour atteindre 74. Dans les deux autres pays où le virus est endémique (le Nigéria et l'Afghanistan), le nombre de cas a baissé de 58 % et 68 %, respectivement. En 2013, tous les cas décelés en Afghanistan l'ont été dans la région orientale du pays et étaient dus à des poliovirus en provenance du Pakistan. Un poliovirus sauvage d'origine pakistanaise a également été détecté dans des échantillons environnementaux prélevés en Israël et dans le territoire palestinien occupé.

3. Pour la première fois dans l'histoire de l'initiative pour l'éradication, tous les cas de poliomyélite causés par un virus sauvage étaient dus en 2013 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. Le nombre de cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2

[1] http://www.polioeradication.org/Resourcelibrary/Strategyandwork.aspx (consulté le 4 décembre 2013).

(57 dans sept pays) a reculé de 16 % par rapport à 2012. La plupart ont été enregistrés soit au Pakistan, soit dans les zones frontalières du Cameroun, du Niger, du Nigéria et du Tchad.

4. En 2013, la proportion d'enfants couverts par les activités de vaccination supplémentaires a globalement augmenté en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan (les trois pays d'endémie). À cet égard, les plans nationaux d'action d'urgence ont été le moteur des progrès opérationnels observés dans la plupart des districts où ces activités avaient jusqu'alors rencontré peu de succès. Cependant, l'insécurité, les attaques ciblées contre les agents de santé et/ou l'interdiction de la vaccination antipoliomyélitique par les autorités locales ont gravement détérioré l'accès aux enfants dans certaines zones infectées prioritaires, en particulier dans les zones tribales sous administration fédérale (FATA) et la province du Khyber Pakhtunkhwa, au Pakistan, et dans l'État de Borno au Nigéria. Ces nouvelles difficultés, associées à des problèmes chroniques dans la mise en œuvre des activités dans d'autres zones prioritaires (en particulier l'État de Kano au Nigéria), ont favorisé la persistance de la transmission endémique du virus et des flambées à répétition dans ces pays, ainsi que la poursuite de la propagation internationale du virus et des flambées dans les pays réinfectés.[1] En novembre 2013, on estimait que plus de 700 000 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 500 000 autres ne pouvaient être vaccinés dans la zone réinfectée du centre-sud de la Somalie.[2] Par conséquent, le risque de voir la propagation internationale se poursuivre reste élevé, en particulier en Afrique centrale, au Moyen-Orient et dans la Corne de l'Afrique. Constatant qu'en 2013, 79 % des cas de poliomyélite sont survenus dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, le Comité régional de cette Région a déclaré à sa soixantième session, en octobre 2013, que tous les États Membres de la Région étaient en situation d'urgence.[3]

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

5. En 2013, l'action a été intensifiée pour préserver les avancées réalisées à ce jour vers l'éradication mondiale et pour consolider la protection contre les poliovirus à court et à long terme, grâce au renforcement des systèmes de vaccination et, en bout de chaîne, au retrait de la composante de type 2 du VPO. Cinq critères ont été adoptés pour évaluer l'état de préparation à un retrait mondial du VPO de type 2 dès 2016[4] : introduction d'au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé, comme le recommande le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination ; 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 VPO monovalent de type 2) ; achèvement des activités d'endiguement de la phase 1 et manipulation correcte des matériels résiduels de type 2 ;[5] et vérification de l'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 2. Le retrait mondial de la

[1] Rapport du Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, octobre 2013.

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

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

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

[5] WHO 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).

composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral sera déclenché suivant l'absence pendant six mois au moins de tout poliovirus circulant et persistant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale.

6. L'OMS, ses partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) ont lancé un programme de travail conjoint 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] Dans ces pays, l'approche conjointe consiste à faire fond sur les investissements de l'Alliance GAVI dans le renforcement des systèmes de santé et à exploiter pleinement l'importante assistance technique déployée par l'IMEP. En 2013, les plans de vaccination de cinq de ces pays (Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo et Tchad) ont été examinés et révisés pour y inclure des mesures particulières visant à ce que les infrastructures de l'IMEP contribuent systématiquement à l'amélioration de la couverture de la vaccination systématique. Cette approche exploite les principaux atouts du programme de lutte antipoliomyélitique dans les domaines suivants : politiques et supervision ; mise en œuvre et prestation de services ; suivi et évaluation ; communication et mobilisation communautaire ; surveillance des maladies et analyse de données ; renforcement des capacités ; et, enfin, partenariats et coordination.

7. Le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination, à sa réunion tenue du 5 au 7 novembre 2013, a établi la version finale de ses recommandations concernant l'âge d'administration du vaccin antipoliomyélitique inactivé tel qu'indiqué dans les calendriers de vaccination systématique des pays qui introduisent une dose unique du vaccin.[2] Le groupe a également examiné et adopté la stratégie qui avait été élaborée avec l'Alliance GAVI pour le financement, l'achat et l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé à l'échelle mondiale. Afin de faciliter la planification, la stratégie classe en quatre groupes les 124 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. Fait important, 72 % de la population ciblée par la stratégie appartiennent aux groupes 1 et 2 (ceux chez qui ce risque d'apparition et de propagation est le plus élevé). La stratégie de financement associe, d'une part, le financement acheminé par l'Alliance GAVI et les processus accélérés pour ses 73 pays, et, d'autre part, pour les autres pays, les achats soutenus par l'UNICEF ; il s'agit d'obtenir à court terme les prix les plus bas possible pour le vaccin antipoliomyélitique inactivé.

8. Le Groupe stratégique consultatif d'experts a conclu que, même si le prix du vaccin antipoliomyélitique inactivé pourrait légèrement dépasser US $1 par dose, cible fixée pour la période couverte par le plan stratégique, le résultat de l'appel d'offres actuel lancé par l'UNICEF devrait permettre d'aboutir au meilleur prix possible à ce jour pour les pays à revenu faible et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. Il est néanmoins recommandé de réduire encore le coût du vaccin antipoliomyélitique inactivé moyennant la mise au point et l'homologation de nouveaux produits et approches utilisant des adjuvants et des voies d'administration intradermiques.

[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, sous presse.

OBJECTIF 3 : CONFINEMENT ET CERTIFICATION

9. 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 VPO[1] 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 en 2014, et sa version finale devrait être établie d'ici la fin de cette 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 mesures sur la manipulation en toute sécurité de l'ensemble des poliovirus sauvages résiduels, en particulier ceux du sérotype 2. Au 25 novembre 2013, tous les États Membres avaient mené à bien les activités de la phase 1, exception faite d'un pays de la Région de l'Asie du Sud-Est, de deux pays de la Région de la Méditerranée orientale et de 37 pays de la Région africaine.

10. La Région de l'Asie du Sud-Est est en bonne voie pour obtenir la certification de l'éradication au premier trimestre 2014, après avoir enregistré en janvier 2011 un dernier cas de poliomyélite paralytique dû au poliovirus sauvage. Les conclusions de la Commission régionale de certification de l'éradication de la poliomyélite en Asie du Sud-Est seront présentées en 2014 à la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite. La commission mondiale passera également en revue 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

11. 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 vaste processus de consultation a été lancé auprès des États Membres et des parties prenantes, consistant d'abord à établir un document de base présentant trois scénarios de transmission pour examen par les comités régionaux de l'OMS. Un consensus s'en 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.

12. En outre, une étude 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).[2] Son objectif de départ était de déterminer les implications financières de l'achèvement du programme de lutte antipoliomyélitique, mais elle a aussi permis d'interroger de hauts représentants des organismes donateurs, d'autres initiatives de santé et de plusieurs gouvernements nationaux sur les options à long terme pour les personnels financés dans le cadre de la lutte antipoliomyélitique. Parmi les fonctions que ces derniers assument et qui pourraient être utiles aux autres initiatives sanitaires, les parties

[1] WHO 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)).

[2] Voir le document EB134/49.

prenantes 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.

13. En 2014, les activités liées à la transmission des acquis se poursuivront avec de nouvelles consultations visant à en fixer le cap, à recenser plus précisément les actifs et les moyens de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, et à examiner de plus près les connaissances recueillies et les enseignements tirés de l'expérience. Ces éléments serviront à mettre sur pied un cadre mondial pour soutenir la planification de 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 récent sommet mondial sur les vaccins qui s'est tenu à Abu Dhabi les 24 et 25 avril 2013, les donateurs et les 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'IMEP ont renforcé leurs capacités de 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. En complément de ces moyens, un groupe de travail interinstitutions sur le financement a été créé pour renforcer la maîtrise des coûts, la responsabilisation et la gestion des ressources, et prendre des mesures donnant suite aux conclusions d'une étude de 2012 sur le rapport coût/résultats.

15. En 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). Parmi ces demandes figuraient des enveloppes supplémentaires de US $60 millions et US $26 millions pour la lutte contre les épidémies dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient, respectivement ; la couverture de coûts additionnels pour l'intensification des activités de vaccination supplémentaires au Nigéria (US $74 millions), au Pakistan (US $28 millions) et en Afghanistan (US $6 millions) ; et une enveloppe additionnelle de US $60 millions pour l'introduction rapide du vaccin antipoliomyélitique inactivé. Pour mettre en rapport ces demandes et le financement disponible, il faudra fortement modifier la planification des activités de vaccination supplémentaires dans de nombreux pays, affecter à l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé une partie des fonds discrétionnaires limités dont dispose le programme, et, éventuellement, utiliser le financement humanitaire hors budget pour certaines activités de lutte dans les situations d'urgence complexe.

PRINCIPAUX RISQUES ET GRANDES PRIORITÉS PROGRAMMATIQUES POUR 2014

16. Au 25 novembre 2013, les principaux facteurs de risque pouvant empêcher d'atteindre la cible d'éradication du plan stratégique étaient 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, au Pakistan ; les opérations militaires en cours dans l'agence de Khyber au Pakistan (dans la région des zones tribales sous administration fédérale, FATA) ; l'insécurité dans la région orientale de

l'Afghanistan et à Borno (Nigéria) ; le conflit qui sévit en République arabe syrienne ; et les problèmes chroniques d'efficacité programmatique dans l'État de Kano (Nigéria). Ces risques pour la vaccination des enfants dans les zones touchées par la maladie sont aggravés par les carences de surveillance et par la menace constante d'une nouvelle propagation internationale de poliovirus sauvage vers les zones et les populations très vulnérables.

17. 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 Kano. 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 autres acteurs influents soient étroitement associés à l'action. La collaboration avec les opérations humanitaires à visée plus générale doit être renforcée afin d'élaborer et de mettre en œuvre des plans opérationnels adaptés aux différentes zones, d'accroître la demande et la participation de la communauté, et d'adapter ou de modifier 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 ainsi que la couverture de la vaccination systématique et, s'il y a lieu, de mettre en œuvre des activités de vaccination supplémentaires. Le Secrétariat convoquera en 2014 un groupe d'experts chargé de recommander de nouvelles mesures pour la vaccination des voyageurs en provenance de zones connaissant une transmission active du poliovirus.

18. Afin de faciliter le retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral en 2016 et de réduire encore la vulnérabilité mondiale face aux sérotypes restants de poliovirus sauvage, les États Membres sont encouragés à établir des plans pour l'introduction d'au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans leurs programmes de vaccination systématique. Reconnaissant les arrangements financiers complexes et les délais serrés d'approvisionnement que nécessite l'introduction mondiale de ce vaccin, le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination a 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]

19. 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, adopte un processus systématique d'examen des risques, et met en place un processus décisionnaire facilitant une contribution plus systématique des donateurs et des parties prenantes. Au sein de l'OMS, 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 LE CONSEIL EXÉCUTIF

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

= = =

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