Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF **EB132/17**
Cent trente-deuxième session **14 décembre 2012**
Point 8.3 de l'ordre du jour provisoire

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

Rapport du Secrétariat

1. 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 l'assaut final 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, résume le nouveau plan stratégique de six ans 2013-2018[1] pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final contre la maladie, et présente le processus de 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

2. 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 plus de 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 2300 agents mobilisateurs supplémentaires dans les communautés de ces zones prioritaires. Le 27 septembre 2012, le Secrétaire général des Nations Unies a accueilli une

[1] 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.

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.

3. 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. 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 estimée a atteint le seuil visé de 80 % en 2012, est passée de 5 % en février à 34 % en novembre. Au Pakistan, la proportion de districts à très haut risque atteignant un taux de couverture estimé à 95 % en 2012 – seuil cible – qui était de 59 % au début de l'année, a atteint un record de 87 % en juillet. Dans les 13 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 fortement diminué : de plus de 80 000 à la fin de 2011, il n'était plus que de quelque 26 000 en octobre 2012.

4. Du fait de cet effort d'éradication d'urgence, au 14 novembre 2012, 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, 181 cas avaient été signalés, soit une baisse de 64 % par rapport à la même période en 2011. Quatre pays ont fait état de cas de poliomyélite en 2012 alors qu'ils étaient 16 en 2011. Dans trois de ces pays – le Tchad, le Pakistan et l'Afghanistan – le nombre des cas a chuté de 95 %, 65 % et 42 %, respectivement, par rapport à 2011. Au Nigéria, toutefois, le nombre des cas a augmenté de 140 % par comparaison avec la même période en 2011, malgré les données récentes attestant d'une amélioration des résultats du programme dans les zones où ils sont traditionnellement les plus mauvais. Sur les deux sérotypes restants de poliovirus sauvage (types 1 et 3), seuls 21 cas dus au type 3 ont été signalés – 18 au Nigéria et 3 au Pakistan.

5. Les inconsistances dans le niveau d'amélioration de la qualité et de la couverture des activités de vaccination supplémentaires dans les zones infectées, ainsi que les insuffisances des programmes de vaccination systématique dans les pays touchés par la transmission du poliovirus et les pays où le risque de nouvelles importations est le plus élevé continuent à mettre en péril l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite. L'augmentation dans le nombre de cas de poliomyélite au Nigéria est en particulier un sujet d'inquiétude étant donné le risque de nouvelle propagation des poliovirus sauvages – à la fois dans le pays lui-même et, à partir de celui-ci, vers l'Afrique de l'Ouest et en particulier le Mali. Au Pakistan, une série d'événements liés à la sécurité, dont ont été victimes les agents du programme d'éradication de la poliomyélite, et la suspension des activités de vaccination au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral depuis juin 2012 dans deux circonscriptions des zones tribales sous administration fédérale, menacent de compromettre les progrès obtenus. Les élections prévues aux niveaux fédéral et provincial en 2013 pourraient aussi détourner l'attention au détriment du programme d'éradication. La faiblesse des capacités de gestion et l'insécurité continuent à entraver la pleine mise en œuvre de la stratégie dans les districts à très haut risque du Sud de l'Afghanistan. À la fin de 2012, l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan avaient tous entrepris de revoir leurs plans

d'action nationaux d'urgence afin de tenir compte de ces risques, comme il ressort du plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication mondiale de la poliomyélite et l'assaut final.

PLAN STRATÉGIQUE 2013-2018 POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE ET L'ASSAUT FINAL

6. Entre juin et octobre 2012, l'OMS a coordonné l'élaboration d'un plan stratégique complet pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final 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. Le 6 novembre 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 : l'interruption de la transmission résiduelle du poliovirus sauvage d'ici à la fin de 2014 ; le retrait de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent des programmes de vaccination systématique à l'échelle mondiale, dès que possible ; le début de la planification de la reconversion des moyens de lutte (« l'héritage ») pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 2013-2014 ; et le confinement des stocks de poliovirus sauvage et la certification de l'éradication du poliovirus sauvage d'ici à la fin de 2018.

7. 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 quelque 130 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.

8. Afin d'atteindre le premier objectif du plan stratégique, en Afghanistan, au Nigéria et au Pakistan, les autorités ont entrepris d'actualiser les plans nationaux d'action d'urgence pour l'éradication de la poliomyélite afin de tenir compte des innovations, des meilleures pratiques et des enseignements tirés en 2012. 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, l'accès aux populations mal desservies et mobiles et leur participation, et les 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 perfectionnant les plans pour les activités dans les zones où prévaut l'insécurité ; et en remédiant aux insuffisances dans la surveillance. 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.

9. 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 37 enfants dans les six pays suivants : 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.

10. 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.

11. La planification de la reconversion des moyens de lutte de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite aura deux objectifs principaux : 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 ; et veiller à ce que les connaissances, les capacités, les processus et les acquis créés par le programme continuent à profiter plus largement à d'autres programmes de santé publique. En 2013, un processus de consultation approfondi sur la planification de la reconversion débutera avec les États Membres, les parties prenantes, les donateurs et les partenaires de la mise en œuvre. Les résultats de ce processus consultatif seront rapportés à l'Assemblée de la Santé par l'intermédiaire des comités régionaux. Le projet de plan d'action mondial visant à minimiser le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication des poliovirus sauvages et la fin de l'utilisation systématique du vaccin antipoliomyélitique oral sera révisé et sa version définitive sera établie d'ici à 2014 dans le cadre du nouveau plan stratégique.

12. Le budget du plan stratégique 2013-2018 pour l'éradication de la poliomyélite et l'assaut final est de US $5500 millions, les coûts culminant à US $1100 millions en 2014 pour diminuer ensuite chaque année et s'établir à US $773 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 (44 % 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 (18 %) et les activités de confinement et de certification (2 %). 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 novembre 2012, le déficit était de US $700 millions, les perspectives de financement fiables s'établissant à environ US $500 millions.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

13. Le Conseil est invité à prendre note du rapport.

= = =