



Éradication de la poliomyélite

1. Le présent rapport fait le point sur les progrès accomplis en vue d'atteindre les quatre objectifs du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale. Il résume les difficultés programmatiques, épidémiologiques et financières à surmonter pour parvenir à un monde durablement libéré de la poliomyélite. Un rapport distinct a été établi sur le processus en cours pour élaborer un plan d'action stratégique sur la transition dans la lutte contre la poliomyélite et une stratégie postcertification,¹ et qui sera examiné par la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, conformément à la décision WHA70(9) (2017).

DÉTECTION DES POLIOVIRUS ET INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION

Transmission des poliovirus sauvages

2. Les efforts se poursuivent pour éradiquer l'ensemble des souches restantes de poliovirus sauvage. Le dernier cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 2 signalé remonte à 1999 : le poliovirus sauvage de type 2 a été officiellement certifié comme étant éradiqué en septembre 2015. Le poliovirus sauvage de type 3 n'a plus été détecté dans le monde depuis novembre 2012, date à laquelle le dernier cas de poliomyélite due à cette souche a été signalé dans l'État de Yobe au Nigéria. Depuis lors, tous les cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage ont été causés par le poliovirus sauvage de type 1, qui continue à circuler dans trois pays dans lesquels la maladie est endémique : l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan.

3. Au Nigéria, aucun nouveau cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1 n'a été confirmé en 2017, à la suite de la détection des cas en août 2016 dans l'État de Borno (pour les virus isolés, le lien le plus étroit a été établi avec une souche de poliovirus sauvage de type 1 détectée précédemment dans l'État de Borno en 2011). Toutefois, du fait de lacunes persistantes dans la surveillance dans les zones à haut risque et inaccessibles, il ne peut être exclu que cette souche ait continué à circuler sans être détectée. Le Gouvernement du Nigéria continue à mettre en œuvre une riposte agressive face aux flambées, en étroite collaboration avec les pays voisins dans toute la sous-région du lac Tchad et dans le contexte de la situation d'urgence humanitaire de grande ampleur qui touche l'ensemble de cette sous-région. Le manque d'accès et l'incapacité à mener des activités de vaccination et de surveillance de grande qualité dans de nombreuses zones de l'État de Borno restent les principaux défis à relever. Empêcher toute propagation de la flambée à d'autres zones de la sous-région reste l'objectif essentiel, et des mesures complémentaires sont prises pour accroître la sensibilité de la surveillance et renforcer les niveaux d'immunité. Il s'agit notamment des mesures

¹ Document EB142/11.

suivantes : l'élargissement de la surveillance environnementale ; le dépistage des personnes en bonne santé (y compris des adultes) qui quittent les zones inaccessibles ; la mise en place de postes de vaccination permanents aux principaux points de passage vers les zones inaccessibles afin de vacciner les enfants et les personnes plus âgées ; et l'organisation rapide de campagnes de vaccination de ratissage lorsque des occasions se présentent ou que certaines zones deviennent accessibles.

4. L'Afghanistan et le Pakistan continuent à être considérés comme une seule entité épidémiologique. Au 27 septembre 2017, cinq cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage de type 1 ont été notifiés au Pakistan contre 20 en 2016 ; en Afghanistan, six cas ont été signalés contre 13 en 2016. Les deux pays continuent à réaliser de grands progrès et les groupes techniques consultatifs indépendants ont souligné que l'interruption rapide de la transmission des souches restantes du poliovirus était réalisable dans les deux pays. Toutefois, pour atteindre cet objectif, tous les enfants restés jusque-là inaccessibles devront être vaccinés. Les deux pays coordonnent étroitement leurs activités, les efforts visant à identifier clairement les enfants n'ayant pu être vaccinés et les raisons pour lesquelles ils ont échappé à la vaccination, et à mettre en place des plans d'intervention pour surmonter ces difficultés. L'accent continue en particulier à être mis sur la vaccination des groupes de population itinérante à haut risque se déplaçant à l'intérieur des deux pays et de part et d'autre de la frontière. La transmission du poliovirus est désormais limitée essentiellement à deux corridors transfrontières : le premier relie l'est de l'Afghanistan au Khyber Pakhtunkhwa et aux zones tribales sous administration fédérale au Pakistan, et le second relie le sud de l'Afghanistan (Kandahar et Hilmand) à la zone de Quetta, dans la province du Baloutchistan au Pakistan. La coordination du programme d'éradication de la poliomyélite n'a cessé de s'améliorer en 2017 aux niveaux national, provincial et régional, ainsi que dans les districts frontières dans les corridors traditionnels de transmission, la vaccination des populations itinérantes à haut risque et de celles vivant à proximité de la frontière étant la priorité. Les difficultés liées à la qualité des interventions dans la zone de Quetta doivent aussi être résolues de toute urgence. Parallèlement, les zones exemptes de poliomyélite dans les deux pays doivent conserver des niveaux élevés à la fois d'immunité et de surveillance. La surveillance environnementale dans les deux pays confirme le risque d'une poursuite de la transmission du virus jusqu'aux zones exemptes de poliovirus, à partir des réservoirs restants. Particulièrement préoccupante est la situation à Karachi (Pakistan), des échantillons environnementaux positifs continuant à être détectés et un cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage ayant été confirmé en août 2017, le premier dans le Grand Karachi depuis janvier 2016. L'Afghanistan comme le Pakistan ont ajusté et affiné leurs plans d'action d'urgence nationaux pour éradiquer la maladie, tirant parti de l'expérience acquise et axant leurs efforts sur l'amélioration des opérations au cours de la basse saison de transmission (d'octobre à mai). Les plans d'action d'urgence nationaux actualisés mettent en particulier l'accent sur la zone de Quetta, Karachi et Islamabad-Rawalpindi au Pakistan, et les régions du sud et de l'est de l'Afghanistan. Si l'Afghanistan et le Pakistan veulent interrompre la transmission au cours des prochains mois, il est essentiel d'avoir régulièrement accès aux groupes de population itinérante à haut risque et de les vacciner. Un autre facteur crucial du succès est le maintien du rôle directeur, gage d'efficacité, des autorités à tous les niveaux dans les deux pays, y compris au cours de la période d'élections nationales à venir au Pakistan.

Transmission du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale

5. En 2017, deux pays ont été touchés par un nouvel épisode de transmission de poliovirus circulant (de type 2) dérivé d'une souche vaccinale : la République arabe syrienne et la République démocratique du Congo, avec respectivement 40 et 9 cas signalés dans ces pays. Le suivi et la riposte face à la transmission du poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale reste une priorité stratégique mondiale, à la suite du retrait synchronisé au niveau international de la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral en avril 2016 et du remplacement du vaccin antipoliomyélitique

oral trivalent (contenant les trois sérotypes de poliovirus) par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (contenant les types 1 et 3). Des protocoles de riposte aux flambées, ayant fait l'objet d'un accord international, sont disponibles afin de permettre une réponse rapide face aux souches de poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale au cours de la période qui suit le remplacement des vaccins, notamment en conservant un stock mondial de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 2. Des interventions de riposte sont actuellement en cours dans les deux pays pour mettre rapidement un terme aux flambées dues à ces souches. En République arabe syrienne, on a recours à des stratégies de riposte identiques à celles qui ont été utilisées avec succès en 2013-2014, dans la même zone du pays, pour mettre fin à une flambée de poliomyélite due à un poliovirus sauvage de type 1. Une première campagne de vaccination menée en août 2017 a permis de vacciner plus de 350 000 enfants dans les gouvernorats de Deir Ez-Zor et de Raqqa, et d'autres sont planifiées. Ces flambées mettent en lumière le risque permanent que représentent les lacunes dans l'immunité partout dans le monde. Dans les zones où le niveau d'immunité est suffisant, la surveillance visant à déceler les poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale, quelle qu'en soit la source, montre que la persistance de ces souches décroît rapidement et régulièrement.

Urgence de santé publique de portée internationale

6. La déclaration de 2014 selon laquelle la propagation internationale du poliovirus sauvage constitue une urgence de santé publique de portée internationale reste d'actualité et les recommandations temporaires promulguées au titre du Règlement sanitaire international (2005) sont toujours en vigueur. Tous les pays actuellement touchés par la circulation soit d'un poliovirus sauvage soit de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale ont déclaré que ces événements constituaient des urgences de santé publique de portée nationale et mettent actuellement en œuvre des plans d'action d'urgence au niveau national.

RETRAIT PROGRESSIF DES VACCINS ANTIPOLIOMYÉLITIQUES ORAUX

7. Le remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, qui a eu lieu entre le 17 avril et le 1^{er} mai 2016, a concerné 155 pays et territoires, et devrait entraîner des conséquences positives importantes pour la santé publique. Près de 40 % de l'ensemble des cas de poliomyélite paralytique associée au vaccin (environ 200 cas par an) et de 90 % des flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale survenues au cours des 10 dernières années étaient associés à la composante de type 2 du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent. De tels cas ne devraient plus se produire. Les efforts se poursuivent pour maintenir la surveillance en vue de détecter l'éventuelle émergence d'un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (comme lors des flambées récentes en République arabe syrienne et en République démocratique du Congo) ; conserver de solides capacités de riposte face aux flambées au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 ; et veiller à ce qu'aucun vaccin antipoliomyélitique oral trivalent ne soit plus utilisé nulle part.

8. Pour préparer le remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, tous les pays s'étaient engagés à introduire au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans leurs programmes de vaccination systématique. Les problèmes mondiaux d'approvisionnement qui sont apparus du fait des difficultés techniques rencontrées par les fabricants pour augmenter la production de vaccins ont abouti à des retards dans l'approvisionnement de certains pays. Compte tenu des prévisions actuelles des fabricants, tous les pays qui ont dû faire face à ces retards devraient recevoir le vaccin au cours du premier trimestre de 2018. Au cours de cette période de rupture de stocks, les vaccins disponibles ont été réservés en priorité aux campagnes de vaccination dans les zones où le risque de flambée de poliovirus circulant

de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (pays des groupes 1 et 2) était le plus élevé. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continue à étudier avec les États Membres et les bureaux régionaux de l'OMS la faisabilité d'un recours à des stratégies visant à économiser les doses, telles que l'administration intradermique du vaccin antipoliomyélitique inactivé en doses fractionnées, comme le recommande le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination. De plus en plus d'États Membres adoptent cette approche, notamment le Bangladesh, l'Inde, le Sri Lanka et les pays de la Région des Amériques. Celle-ci permet de garantir la disponibilité de quantités suffisantes de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans ces pays pour continuer à vacciner leurs cohortes de naissance respectives.

CONFINEMENT DES POLIOVIRUS

9. Les efforts de confinement des poliovirus de type 2 ont progressivement été mis en œuvre en 2016 et 2017, conformément aux orientations du Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAP III).¹ Les orientations destinées aux établissements où la détention de poliovirus n'est pas essentielle, visant à réduire au minimum les risques associés aux collections d'échantillons potentiellement infectés par des poliovirus, seront bientôt achevées et seront utiles pour les dernières étapes de l'identification des poliovirus de type 2 restants, de leur destruction ou de leur transfert dans les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus, ou de leur conservation dans ces établissements. La Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite a accepté la responsabilité du contrôle du confinement au niveau mondial, conformément au dispositif de certification du confinement en appui au Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus.² Un groupe consultatif sur le confinement a été créé pour résoudre les problèmes techniques relatifs au GAP III et il a été recommandé d'apporter certaines modifications au GAP III. Le Secrétariat soutient le renforcement des capacités techniques des autorités nationales en vue du confinement en formant des contrôleurs au titre du GAP III et du dispositif de certification du confinement.

10. Au 18 septembre 2017, 174 pays et territoires ont déclaré qu'ils ne détenaient plus de poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale de type 2, 29 pays ont indiqué qu'ils avaient l'intention de conserver des poliovirus de type 2 dans 96 établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus, et deux pays étaient sur le point d'achever leurs rapports. Un inventaire des matériels contenant des poliovirus de type 2 devra être mené à bien à nouveau, après l'interruption de la transmission, dans tous les pays qui ont été touchés par des flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2. Sur les 29 pays prévoyant de conserver des poliovirus de type 2, 18 ont fait des progrès notables, des autorités nationales chargées du confinement étant établies, et ils se préparent à procéder à la certification de leurs établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus, en application des dispositions relatives au confinement figurant dans le GAP III.

¹ *Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAP III)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/GAPIII_2014_FR.pdf, consulté le 17 octobre 2017).

² *Dispositif de certification du confinement en appui au Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/03/CCS_19022017-FR.pdf, consulté le 17 octobre 2017).

11. Malgré l'intérêt et les efforts croissants dont ont fait preuve toutes les parties prenantes, pour accélérer la mise en œuvre du confinement des poliovirus un engagement sans faille de tous les États Membres est requis, de sorte que la certification de l'éradication de la poliomyélite puisse être obtenue et maintenue à jamais. La mise en œuvre intégrale de la résolution WHA68.3 (2015) sur la poliomyélite permettra d'obtenir la totalité des avantages humanitaires, sanitaires et économiques associés à l'éradication mondiale de la poliomyélite : aucun enfant ne subira plus jamais une paralysie à vie du fait d'une souche du poliovirus quelle qu'elle soit et, dans le monde, les fonds ainsi économisés s'élèveront à US \$50 milliards, essentiellement dans les pays en développement – des fonds qui peuvent être utilisés pour répondre à d'autres urgences de santé publique.

FINANCEMENT DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

12. Grâce à la générosité et au soutien ininterrompu des acteurs internationaux du développement, notamment les États Membres (en particulier les pays où la poliomyélite est endémique et ceux qui sont de généreux donateurs pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite), les organisations multilatérales et bilatérales, les banques de développement, les fondations et le Rotary International, l'intégralité du budget pour les activités prévues en 2017 a été obtenu. Lors de la Convention du Rotary International tenue en juin 2017 à Atlanta (Géorgie, États-Unis d'Amérique), de nombreux partenaires des secteurs public et privé, venus du monde entier, ont fait écho au Rotary International en annonçant de nouveaux financements pour des montants historiques, qui portent la totalité des promesses de dons à US \$1200 millions, pour alimenter le budget complémentaire de US \$1500 millions validé par le Conseil de surveillance de la poliomyélite. Les fonds promis incluent US \$450 millions de la Fondation Bill & Melinda Gates, US \$150 millions du Rotary International, CAD 100 millions du Canada, €55 millions de la Commission européenne, US \$30 millions des Émirats arabes unis et AUD 18 millions de l'Australie. Depuis lors, la communauté mondiale a pris de nouveaux engagements : US \$130 millions promis par le Royaume-Uni et US \$5 millions par la Nouvelle-Zélande. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite poursuivra ses efforts pour mobiliser des fonds supplémentaires pour parvenir à un monde durablement libéré de la poliomyélite.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

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

= = =