

CHEMINS VERS UN MONDE SANS MALADIES : CONTRÔLE, ÉLIMINATION, ÉRADICATION

Traduction de la version française par Trint. L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. En cas d'incohérence entre la version anglaise et la version française, la version anglaise est considérée comme la version authentique faisant foi.

Garry Aslanyan [00:00:08] Bonjour et bienvenue sur le podcast Global Health Matters. Je suis votre hôte, Gary Aslanyan. Les maladies infectieuses ont eu de profondes répercussions sur la santé de millions de personnes. Ils ont également des effets néfastes sur les économies de nombreux pays, ce qui peut entraîner un cycle de pauvreté. L'objectif ultime de la santé publique est de contrôler, d'éliminer et enfin d'éradiquer les maladies qui constituent une menace pour la santé humaine. Seules deux maladies dans le monde ont été éradiquées avec succès, ce qui signifie une réduction permanente à zéro de l'incidence de l'infection. Ces deux maladies sont la variole chez l'homme et la peste bovine chez l'animal. Pourtant, de nombreuses autres maladies présentent des risques pour la santé. L'Organisation mondiale de la santé a déclaré que cette décennie était la décennie de l'élimination et a proposé une approche d'élimination multimaladie. Pour l'épisode d'aujourd'hui, j'ai parlé à trois éminents leaders de la santé publique sur la valeur du contrôle, de l'élimination et de l'éradication, ainsi que sur les opportunités et les défis associés à chacun d'eux. Tout d'abord, Uche Amazigo vous parlera des leçons qu'elle a apprises au cours de son mandat en tant que directrice du Programme africain de lutte contre l'onchocercose de l'OMS de 2005 à 2011. Uche sera suivi par David Reddy. David est le directeur général de Medicines for Malaria Venture, où David discutera des innovations nouvelles et passionnantes en matière d'élimination des maladies. Nous terminerons ce podcast par une conversation avec Aidan O'Leary, directeur de l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite. Aidan plaide en faveur de l'intérêt de poursuivre l'objectif zéro. Écoutons d'abord Uche. Bonjour Uche, comment allez-vous aujourd'hui ?

Uche Amazigo [00:02:11] Bonjour Garry, je vais bien. Merci de m'avoir invitée à cette discussion.

Garry Aslanyan [00:02:17] Uche, tu racontes souvent l'histoire de l'endroit où ta passion a commencé pour éliminer la cécité des rivières. Si je me souviens bien, au début des années 1990, vous avez visité certains des villages les plus reculés du Nigeria, où vous avez pu constater l'impact social et économique de cette maladie sur les femmes. En 2005, vous êtes devenu directeur du Programme africain de lutte contre l'onchocercose de l'OMS, également connu sous le nom d'APOC. Comment ces rencontres avec les communautés locales ont-elles influencé votre réflexion sur la façon dont l'élimination peut être réalisée ?

Uche Amazigo [00:02:55] Ma première expérience avec des femmes dans des villages ruraux a influencé ma façon de penser. Maintenant, je veux juste vous ramener, Garry, à une déclaration faite en 2009 par un membre de la communauté. Les chefs de village et les parents ont bien fait en sorte que le personnel de santé qui nous rend visite pense pour nos dirigeants et planifie des initiatives sanitaires pour mon village. Ils prêchent, nous, les gens, sommes le cœur du système de santé. Mais nous ne sommes pas impliqués dans les décisions et nous n'avons pas le pouvoir de contribuer, de poser des questions ou de modifier les plans des prestataires de soins de santé pour assurer notre santé. La réunion m'a appris l'importance d'écouter les gens, y compris ceux qui ne sont pas éduqués, d'impliquer les pauvres et de cibler les bénéficiaires des programmes, afin de concevoir conjointement des moyens de mettre en œuvre et d'améliorer leur santé. Je pense que nous avons besoin de plus de recherches sur la valeur d'écouter les pauvres et de renforcer la confiance. Les rencontres avec des femmes rurales et, plus tard, avec des dirigeants communautaires ont changé ma perception quant à savoir s'agit-il de prévention ? Des stratégies de traitement ? S'agit-il d'un contrôle et d'une

élimination, au moins en Afrique subsaharienne ? Je n'étais pas à l'aise avec le Nord mondial et les systèmes de santé ont défini des approches de prestation de soins de santé et ont commencé à chercher d'autres moyens d'aider les pauvres des zones rurales afin qu'ils puissent avoir un meilleur accès à la santé. Aujourd'hui, je considère le degré d'implication ou d'engagement des bénéficiaires comme l'ingrédient le plus essentiel du succès en matière de santé.

Garry Aslanyan [00:04:46] Et bien sûr, l'implication de la communauté est devenue un élément très important de votre stratégie d'élimination de l'onchocercose ou de la cécité des rivières par le biais d'un traitement dirigé par la communauté, et dans le domaine de la santé mondiale, il y a maintenant, je pense, une meilleure compréhension et une plus grande volonté pour que les communautés soient les propriétaires de leur propre santé et comment mieux vaut s'engager activement avec eux. Comment envisagez-vous l'évolution de cette approche, selon votre expérience, Uche ?

Uche Amazigo [00:05:15] Dans le cadre de la grande dynamique actuelle visant à impliquer activement les pauvres et les communautés dans le domaine de la santé, les scientifiques et les experts en santé publique des pays développés ont fait des découvertes pionnières exceptionnelles de vaccins contre la variole, contre la polio et maintenant pour lutter contre la pandémie de COVID-19. Au contraire, en Afrique subsaharienne, les systèmes de vaccination et de distribution d'outils et de médicaments destinés à traiter les maladies liées à la pauvreté n'ont pas la même efficacité que celle observée dans la production de vaccins. Ces experts en santé publique disent souvent que les outils sont disponibles, mais leur mise en œuvre reste un défi de taille. Pourquoi est-ce ainsi, je n'arrête pas de demander. Depuis plus de trente ans, très peu de systèmes de distribution en Afrique subsaharienne ont été efficaces et largement soutenus. Si nous remontons à 1998, la Conférence d'Alma-Ata a appelé à des soins de santé primaires avec un fort engagement communautaire. Pourtant, depuis 1998, les pays d'Afrique subsaharienne n'ont pas de programmes de soins de santé primaires solides avec un fort engagement communautaire, comme cela a été conseillé lors de la conférence d'Alma-Ata. En Afrique subsaharienne, nous sommes en mesure de créer des systèmes et des stratégies qui fonctionnent, mais nous déployons moins d'efforts pour améliorer et maintenir nos propres systèmes de prestation conçus localement. L'intervention dirigée par la communauté en est un bon exemple. L'intervention dirigée par la communauté a été conçue par des communautés africaines. Les responsables de la mise en œuvre étaient les communautés, les chercheurs africains, les scientifiques africains et les agents de santé africains. Pourquoi cette stratégie n'est-elle pas largement mise à l'échelle ? Au début de la pandémie de COVID-19, cette stratégie aurait été utile pour améliorer l'acceptation de la vaccination par les communautés, y compris les communautés d'Afrique subsaharienne qui se trouvent dans des régions difficiles d'accès. Mais ce n'est pas ce que nous avons fait. C'est pourquoi nous avons affirmé dans l'article de PLoS NTD de l'année dernière que nous sommes convaincus que les distributeurs du programme CDI dirigés par la communauté sont sélectionnés par leur communauté et formés par des agents de santé et leurs fantassins expérimentés et que certains ont été impliqués dans la crise d'Ebola. Nous pouvons ainsi les exploiter et soutenir les agents de santé dans la crise actuelle de la COVID-19. Et je pense que ce serait très utile.

Garry Aslanyan [00:08:00] Eh bien, la recherche faisait partie intégrante de votre stratégie d'élimination ainsi que lorsque vous avez travaillé sur le programme d'élimination de la cécité des rivières. Peut-être pourriez-vous nous faire part des formes de recherche que vous avez utilisées et des recherches supplémentaires qui, selon vous, sont nécessaires pour soutenir le développement d'outils novateurs d'élimination.

Uche Amazigo [00:08:21] Pour la première recherche dans les années 1990, j'ai utilisé la méthode des sciences sociales, mais à l'avenir, nous avons utilisé le modèle de recherche sur la mise en œuvre. Nous avons formé de nombreux chercheurs et scientifiques africains travaillant dans des universités et des institutions sur la façon de faire de la recherche sur la mise en œuvre et la valeur de la recherche sur la mise en œuvre. Nous avons utilisé les outils pour le suivi participatif. C'est pour moi la partie intéressante du travail que nous avons fait. La recherche sur la mise en œuvre nous a donné l'occasion de développer des outils qui permettront aux communautés de participer à la surveillance du traitement à l'ivermectine dirigé par la communauté dans leurs propres communautés et de participer même à la rédaction du rapport. Mise en œuvre. La recherche a vraiment joué un rôle clé. Mais à l'avenir, pour éliminer les MTN, nous avons besoin de meilleurs outils de diagnostic. Nous avons besoin d'outils appropriés pour la surveillance et pour accroître la main-d'œuvre technique et la capacité du pays à détecter rapidement les changements dans l'épidémiologie des maladies et également à détecter les recrudescences.

Garry Aslanyan [00:09:37] C'est une réflexion intéressante et bonne, Uche, en particulier l'utilisation de la recherche sur la mise en œuvre et le fait d'avoir maintenant cette approche de surveillance et de meilleurs outils, une partie très importante de cela. Peut-être pouvons-nous en venir à la dernière question, Uche, qui peut être un peu controversée. Compte tenu des avantages de l'élimination, dont nous avons parlé et dont nous avons vraiment besoin, pensez-vous que les pays à faibles ressources devraient aller plus loin et investir davantage de ressources pour parvenir à l'éradication des maladies ?

Uche Amazigo [00:10:15] Ma suggestion ici serait que chaque pays passe en premier et parvienne à l'élimination. Une fois que cela aura été fait, il n'y a aucune raison pour que ce pays ne pousse pas plus loin en faveur de l'éradication, car les outils que nous utilisons pour parvenir à l'élimination contribueront également à réaliser l'éradication. Je ne pense pas qu'il soit prudent pour un pays de viser l'éradication sans viser d'abord l'élimination, en particulier pour les MTN. Je leur demanderais d'utiliser d'abord l'approche par étapes, d'opter pour l'élimination et une fois que l'Organisation mondiale de la santé aura approuvé et approuvé votre élimination certifiée, pourquoi pas, le pays devrait alors s'orienter vers l'éradication.

Garry Aslanyan [00:11:06] Cela devrait donc être un processus de choix politiques au sein d'un pays ?

Uche Amazigo [00:11:12] Exactement. Et cela devrait être dirigé par les pays. Il faudrait donc un engagement politique accru de la part de tout pays désireux d'aller vers l'éradication. Le financement de ces efforts ne devrait pas dépendre des donateurs. Que tout pays qui va vers l'éradication doit prévoir des fonds suffisants qui seraient nécessaires pour parvenir à l'éradication. Sans cette volonté politique et ce financement dirigés par ce pays, je ne pense pas qu'il soit prudent pour un pays qui n'a pas pris sa décision politiquement et financièrement de se lancer dans l'éradication en fonction du financement des donateurs. Ce ne sera pas approprié à mon avis.

Garry Aslanyan [00:12:04] C'est une réflexion très réfléchie sur cet Uche. Merci de m'avoir rejoint aujourd'hui.

Uche Amazigo [00:12:09] Merci beaucoup.

Garry Aslanyan [00:12:13] Comme nous l'a dit Uche, la participation communautaire menée par le pays, soutenue par une recherche rigoureuse sur la mise en œuvre, était deux stratégies de réussite essentielles dans la lutte contre la cécité des rivières en Afrique. À venir, je parlerai à David Reddy.

David met en avant les nouveaux outils et les innovations qui permettront d'atteindre les objectifs d'élimination des maladies. Bonjour, David, comment allez-vous aujourd'hui ?

David Reddy [00:12:44] Super, Garry. Merci beaucoup de m'avoir interviewé aujourd'hui.

Garry Aslanyan [00:12:48] David, nous savons que des progrès significatifs ont été réalisés à l'échelle mondiale sur la voie de l'élimination du paludisme, mais selon les données de l'OMS, le paludisme fait toujours plus de 600 000 morts dans le monde chaque année. Rien qu'en 2020, nous avons assisté à une augmentation de près de 70 000 décès dus au paludisme en raison des perturbations causées par la pandémie. Je voulais donc simplement voir quels sont, selon vous, les défis qui restent à relever pour lutter activement et efficacement contre le paludisme.

David Reddy [00:13:20] C'est vraiment une bonne question. Je pense que la première déclaration à dire n'est qu'une référence, à savoir que personne ne doit mourir du paludisme aujourd'hui. Nous disposons de médicaments efficaces et de mesures de prévention efficaces, mais ils ne parviennent pas aux personnes qui en ont besoin. La première chose à faire est donc de garantir la disponibilité et l'accessibilité des interventions dont nous disposons aujourd'hui. L'une des choses dont nous avons besoin, en plus du financement et de l'accès pour ceux-ci, est l'excellence programmatique. Des stratégies et des outils adaptés à l'environnement dans lequel nous travaillons, aux objectifs des programmes et aux personnes formées pour les mettre en œuvre. Ensuite, cela nécessite un suivi et une amélioration continus pour s'assurer que leurs compétences restent à jour. Si nous regardons ce qui a été réalisé récemment en Inde, c'est vraiment un exemple de ce qui peut être fait si l'on se concentre vraiment sur la façon dont les programmes sont mis en œuvre. Et en Inde, dans certains États, cela a apporté d'énormes avantages en termes de réduction du paludisme. Afin d'optimiser nos programmes et notre façon de faire les choses, nous devons être agiles et être capables de nous adapter. Mais cela doit être piloté par les données, ce qui signifie que nous avons besoin d'une surveillance et d'un accès en temps réel à ces données. Cela nous permettrait de concentrer l'investissement sur l'impact le plus important possible. Et ce n'est pas surprenant, cela nécessite un financement. Des investissements importants, mais des investissements qui rapporteront d'énormes dividendes, et la reconstitution des ressources du Fonds mondial vise 18 milliards de dollars. Et pour ce qui est de ce que cela pourrait rapporter, les dividendes seraient énormes. Il nous incombe donc à tous de soutenir cela. Enfin, derrière tout, nous avons besoin d'un pipeline de nouveaux outils pour traiter la résistance aux médicaments, aux insecticides et même aux tests de diagnostic. Parce que nous avons affaire à un agent pathogène et que la résistance est inévitable sur le plan biologique, et nous devons toujours garder une longueur d'avance. Et nous en avons vraiment ressenti les conséquences pendant la COVID.

Garry Aslanyan [00:15:27] Vous avez mentionné qu'il reste évidemment des défis à relever et que nous travaillons tous dans cette direction, mais nous pouvons nous attendre à beaucoup d'optimisme, et de nombreuses nouvelles innovations existent dans le domaine de la lutte contre le paludisme. Peut-être pourriez-vous dire à notre auditoire quelles innovations en matière de contrôle vous intéressent le plus et comment elles peuvent compléter les approches existantes.

David Reddy [00:15:52] Mais parlons de ce qui est passionnant, y compris dans les chiffres mondiaux. Et je pense que l'un des éléments clés est qu'entre 2015 et 2020, huit pays ont enregistré trois années consécutives de zéro cas de paludisme, y compris la Chine, qui a été certifiée exempte de paludisme. Et si vous revenez sur une période légèrement plus longue entre 2008 et 2020, 23 pays ont enregistré trois années consécutives de zéro cas de paludisme chez les autochtones. Des progrès continuent donc d'être réalisés et je pense que nous ne devons pas le perdre de vue. Mais le rôle des nouvelles

interventions permettra d'accélérer les progrès vers ce type de réalisations dans d'autres régions géographiques. Et vous venez de mentionner l'un des principaux vaccins : le vaccin RTS, S. Il s'agissait donc du premier vaccin contre le paludisme, et nous ne devons pas en sous-estimer l'importance. Elle aura un rôle important à jouer et sa disponibilité, plus elle sera généralisée, sera cruciale pour l'avenir. Ce qui est particulièrement intéressant, c'est que ce vaccin, lorsqu'il est utilisé conjointement avec la chimioprévention du paludisme saisonnier à l'aide de médicaments, donne des résultats extraordinairement bons. Nous en arrivons donc au point où nous voulons superposer nos interventions pour obtenir, si vous le souhaitez, le maximum d'impact. Si nous examinons également, puis nous concentrons sur le portefeuille de médicaments, nous constatons que nous apportons des composés de la prochaine génération qui sont hautement actifs, qu'ils agissent contre différentes cibles moléculaires, ce qui signifie qu'ils sont actifs contre des souches de parasites résistantes aux médicaments actuels qui peuvent être utilisés pour réduire doses et pourrait éventuellement soutenir des cures à dose unique, ce qui pourrait apporter d'énormes avantages en termes de faisabilité opérationnelle de campagnes d'administration massive de médicaments et d'élimination. Nous avons de nouveaux médicaments et potentiellement des médicaments monoclonaux qui arrivent pour nous protéger. Il y a aussi des endectocides et c'est un concept très intéressant, où vous prenez un médicament qui ne vous tue pas, mais qui fait que lorsqu'un moustique se pose sur vous et se nourrit de vous, il meurt. Cela signifie que si vous êtes atteint du paludisme, il ne survivra pas pour ensuite le transmettre à la personne suivante. Nous avons de nouveaux vaccins en préparation, mais il est également possible que les vaccins à ARNm y contribuent en cours de route. Et nous avons vu ce qu'ils ont pu faire pour le COVID. Et enfin les vecteurs génétiquement modifiés. Ce n'est donc qu'un de ces moments extraordinaires de l'histoire où nous sommes en train de constituer un portefeuille vraiment solide, alors que tant de nouvelles technologies apparaissent toutes en même temps.

Garry Aslanyan [00:18:31] Vous avez parlé du vaccin à ARNm. Nous avons eu notre premier épisode de cette saison de baladodiffusion axé sur l'accès aux vaccins et aux produits pharmaceutiques, et le développement du hub d'ARNm est très prometteur. Le coût de l'adoption et de la mise en œuvre de certaines de ces nouvelles innovations justifie-t-il les compromis de coûts qui doivent être faits, compte tenu du fait que nous sommes toujours aux prises avec le contrecoup économique de la pandémie de COVID-19 ?

David Reddy [00:19:03] Bref, oui, et cela repose sur les principes suivants. Je pense que la première chose à faire est que nous avons besoin de nouvelles interventions parce que nous n'adoptons plus une approche universelle. Afin d'obtenir un impact maximal, nous devons adopter une approche beaucoup plus nuancée et utiliser les interventions les plus adaptées à l'environnement. Cela signifie donc utiliser différentes interventions dans différents contextes, et cela doit être basé sur les données. Cela dit, les nouvelles interventions doivent apporter des avantages tangibles par rapport à ce que nous avons actuellement en termes d'impact sur la réduction des cas, la réduction des décès, la fourniture d'une protection meilleure ou plus longue, la lutte contre les parasites résistants aux médicaments, la prise en charge des populations mal desservies comme les femmes enceintes, la sécurité avantages et avantages économiques. Je voudrais juste vous donner un exemple. Il peut être moins cher d'écraser des comprimés et de les fournir aux enfants que d'acheter des formulations pédiatriques, mais les enfants vomissent. C'est donc une fausse économie. Alors pourquoi dépenser de l'argent pour des choses qui ne fonctionneront pas ? Nous devons donc examiner la valeur et l'impact des interventions et de la véritable économie. Je pense que le deuxième point est : quel est le coût de ne rien faire ? Et le coût de l'inaction est que le paludisme va réapparaître à un rythme alarmant. Nous l'avons déjà vu dans certains pays où des progrès avaient été réalisés mais où, à certaines périodes, des mesures ont été prises en arrière, et le paludisme a connu une résurgence. La morbidité et la mortalité augmentent et cela va rendre le travail plus difficile la prochaine fois. Mais aussi,

malheureusement, cela réduira l'appétit des gens à le financer et à le prendre en charge. Retirer maintenant coûtera en fait plus cher. Mais si nous augmentons l'investissement à court terme et que nous nous appuyons sur les progrès réalisés, nous serons peut-être en mesure d'atteindre la fin de la partie et d'éviter la poursuite de coûts élevés qui traînent réellement dans le futur. Je pense simplement que le dernier point à garder à l'esprit est que nous risquons vraiment de perdre la confiance de nos partenaires d'endémie palustre parce que dans les pays à revenu faible et intermédiaire où le plus gros du paludisme est le plus touché, je pense que nous avons constaté une perte de confiance dans la façon dont ils ont pu accéder ou non. accéder aux interventions COVID. Donc, se détourner aujourd'hui d'une épidémie perpétuelle de paludisme, je pense que cela conduirait à une rupture presque irréversible de la confiance.

Garry Aslanyan [00:21:30] Dans cet épisode, nous essayons de nous concentrer sur les questions liées à l'élimination et à l'éradication des maladies. Selon vous, que faudrait-il pour terminer le travail, pour ainsi dire, et pour faire en sorte que le paludisme ne constitue plus une menace pour les êtres humains ou l'espèce humaine ?

David Reddy [00:21:48] Mon beau-frère m'a convaincu de faire une chose vraiment dingue, c'était de courir un marathon. Et j'ai couru. J'avais l'habitude de faire un jogging de sept ou huit kilomètres chaque soir, et j'ai découvert que pour accepter ce travail, je devais penser et faire les choses très, très différemment. Et il y avait deux choses, ce n'était plus normal. J'ai dû me surpasser. J'ai dû faire les choses très, très différemment. C'était la première chose à faire. Et le deuxième point, c'est qu'après une très longue course, je me suis arrêté au bout de mon allée un soir et je me suis dit que je n'allais pas pouvoir faire ça. Et puis j'ai réalisé, tu sais quoi ? Si je n'essaie pas, je ne pourrai sûrement pas le faire. Mais si j'essaie, il y a une chance que je le puisse. Mais encore une fois, j'ai dû faire les choses différemment. Le truc à ce sujet, c'est que ce n'est pas normal. Nous devons donc renouveler notre engagement politique. Nous devons optimiser tout ce que nous faisons, optimiser notre approvisionnement et le déploiement des outils actuels afin d'atteindre réellement le dernier kilomètre, puis nous avons besoin du financement pour cela et nous devons avoir la R&D en place afin que, lorsque des adaptations sont nécessaires, nous ayons les outils à portée de main et que nous ne jouions pas de rattrapage. Mais si nous le faisons et si nous respectons nos plans, nous avons vraiment de bonnes chances de le faire. La seule chose qui nous empêche, c'est notre volonté et notre engagement.

Garry Aslanyan [00:23:18] David, tu as consacré une grande partie de ta carrière à l'élimination du paludisme. Pouvez-vous expliquer à notre auditoire comment vous vous êtes impliqué dans ce type de travail et qu'est-ce qui vous motive à sortir du lit tous les matins ?

David Reddy [00:23:31] J'ai travaillé dans le développement de médicaments pendant la majeure partie de ma carrière, dans l'industrie pharmaceutique au départ, et j'ai eu la chance de travailler dans le domaine du VIH/sida pendant ce que nous appellerions le mauvais vieux temps, quand il n'y avait vraiment aucun médicament efficace et avant que nous recevions une cardiothérapie. Et ce qui m'a vraiment frappé, c'est que lorsque nous avons commencé à progresser dans le Nord, les médicaments n'étaient tout simplement pas accessibles dans les pays du Sud. Une fois, j'ai assisté à une réunion où, en tant que représentant de l'industrie pharmaceutique, j'ai simplement dit, écoutez, je suis vraiment désolée, nous n'avons tout simplement pas fait assez bien, nous vous avons vraiment laissé tomber ici. Et j'ai décidé que je n'allais tout simplement pas refaire ça. J'ai également constaté que certains des cas les plus vulnérables et les plus déchirants étaient des enfants séropositifs. Ensuite, lorsque vous regardez le paludisme, ce sont les enfants qui en meurent. On m'a proposé ce poste et ce n'était pas juste un travail, c'était une vraie vocation. Et je me suis dit que c'était quelque chose qui me

permettait de m'appuyer là-dessus et de vraiment suivre cette passion. Le premier mois après avoir rejoint MMV, j'ai eu la chance de me lancer sur le terrain et qu'est-ce que j'ai vu ? J'ai vu des enfants hospitalisés en Éthiopie qui se remettaient du paludisme et qui voyaient simplement cela superposé à d'autres problèmes de santé et à des problèmes nutritionnels, etc. Cela vous a frappé et vous vous rendez compte que si je peux jouer un rôle dans le changement de cette condition, alors je suis tout à fait d'accord. C'est pourquoi je suis ici, où je suis aujourd'hui.

Garry Aslanyan [00:25:02] Merci, David, de nous avoir fait part de vos réflexions sur la façon dont nous pouvons courir ce marathon et atteindre notre destination. Nous devons simplement nous concentrer là-dessus et parvenir à l'élimination du paludisme. Encore une fois, merci de m'avoir rejoint aujourd'hui.

David Reddy [00:25:17] Merci beaucoup, Garry.

Garry Aslanyan [00:25:21] L'écoute de David a été très intéressante et prometteuse pour l'avenir. Les outils de surveillance en temps réel, le vaccin antipaludique RTS, les traitements par anticorps monoclonaux et les nouvelles filières de médicaments pour contrer la résistance aux médicaments constitueront une évolution majeure de la situation en matière de paludisme. Mon dernier invité est Aidan O'Leary. Aidan plaide de façon convaincante non seulement pour le contrôle ou l'élimination, mais aussi pour tirer parti de l'élan mondial afin d'atteindre l'objectif mondial d'éradication de la poliomyélite. Bonjour Aidan, comment allez-vous aujourd'hui ?

Aidan O'Leary [00:26:04] Bonjour, Garry. Bonjour et salutations de la côte ouest très venteuse de l'Irlande. Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de me joindre à vous sur le salon aujourd'hui.

Garry Aslanyan [00:26:14] Aidan, votre poste à l'Organisation mondiale de la santé n'est pas directeur de la polio, mais plutôt directeur de l'éradication de la polio. Considérez-vous l'approche de l'éradication des maladies comme un vice ou une vertu de la santé publique, en particulier au milieu de tant d'autres exigences concurrentes ?

Aidan O'Leary [00:26:34] Merci, Garry, et je pense commencer par dire simplement que je considère que c'est une vertu. L'espèce humaine lutte contre le poliovirus sauvage depuis l'Antiquité égyptienne, donc depuis des millénaires, et ce que nous avons eu avec l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio est une initiative qui a débuté en 1988, à une époque où nous avions près d'un millier d'enfants par jour dans 125 pays à travers le monde paralysés à la suite de cette maladie. Au début de 2022, nous n'avons vu que six enfants paralysés au cours des 12 derniers mois dans trois pays seulement. Mais c'est encore six enfants de trop. Et comme le directeur général de l'OMS m'a conseillé lors de ma nomination, mon travail n'est pas celui de directeur de la poliomyélite, mais celui de directeur de l'éradication de la poliomyélite. Et ce qu'il veut essentiellement dire par là, c'est que l'objectif est d'atteindre et de maintenir zéro. Je pense donc que l'orientation clé est de s'assurer que nous atteignons un seuil particulier. Ce que cette vertu apporte, c'est une volonté politique et une orientation d'urgence uniques que l'on retrouve dans très, très peu de programmes de lutte contre les maladies. Le programme d'éradication de la poliomyélite est le programme d'équité ultime. Parce que le programme cherche à atteindre les enfants qui sont généralement oubliés grâce à toute une série d'autres initiatives, et ils peuvent être oubliés pour toute une série de raisons. Ils sont invariablement inaccessibles en raison des conflits et de toute une série d'autres calamités de cet ordre. Ils peuvent être marginalisés au sein de leur pays ou de leur communauté. Par conséquent, ils ont tendance à être oubliés de façon persistante. Ils constituent la priorité absolue du programme, et c'est en fin de compte ce que nous cherchons à faire. Et je pense que ce qui est particulièrement important, c'est

qu'au fur et à mesure que le programme progresse, nous avons réellement vu les leçons apprises, que nous avons apprises au cours des 30 ou 40 dernières années, et qu'elles ont été réellement intégrées dans les programmes de vaccination traditionnels.

Garry Aslanyan [00:28:51] Aidan, quels types de compromis sont faits pour atteindre l'objectif zéro cas par rapport à ce qui pourrait être considéré comme d'autres approches qui sont le contrôle ou l'élimination ?

Aidan O'Leary [00:29:05] Je pense que la question clé ici, Garry, est que lorsque nous examinons l'éradication par rapport au contrôle, il s'agit en fin de compte d'un compromis entre le risque épidémiologique et les coûts qui y sont associés. Il est important de noter que nous avons été témoins de situations, par exemple dans un passé récent, où les deux pays encore endémiques ont connu des flambées de poliovirus sauvage. En 2013, nous avons été témoins d'un incident au cours duquel le virus a été exporté du Pakistan vers l'Égypte, la Syrie et l'Irak. Et ce qu'il fallait, c'était une riposte majeure à la flambée afin d'arrêter la transmission, de s'assurer que tous les enfants de la région étaient protégés et, finalement, de mettre fin à l'épidémie. Ces dernières semaines, nous avons été confrontés à une situation similaire : il y a eu une exportation du virus de la poliomyélite sauvage du Pakistan, qui est apparu à Lilongwe, la capitale du Malawi, et nous assistons maintenant à une riposte épidémique à très grande échelle ciblant non seulement le Malawi, mais les pays voisins du Mozambique, de la Tanzanie, de la Zambie et du Zimbabwe. Nous allons essentiellement de l'avant avec des réponses à très, très grande échelle, qui commencent essentiellement dans deux semaines, parce que ce que nous voulons faire, c'est maîtriser rapidement cette épidémie. Dans un scénario contrôlé, vous n'auriez pas nécessairement ce type d'intervention d'urgence, rapide et à grande échelle. Et encore une fois, le problème avec tout cela est que tant que vous autorisez la transmission n'importe où, alors partout, les enfants seront en danger. Donc, ce qui est vraiment important pour nous, c'est que nous continuions d'être très agressifs dans notre réponse et que nous apportions vraiment le maximum de volonté politique et de capacités techniques pour vraiment faire en sorte que ces épidémies soient contenues le plus rapidement possible.

Garry Aslanyan [00:31:09] Merci pour cet exemple. Et cela montre vraiment comment fonctionne l'initiative. Aidan, la pandémie a vraiment exercé une pression importante sur les systèmes de santé nationaux et mondiaux. Parfois, l'éradication est critiquée parce qu'il s'agit d'une approche verticale qui ne contribue pas au renforcement des systèmes de santé au sens large. Pouvez-vous donner à notre public votre opinion sur ce sujet et nous donner votre point de vue sur la façon dont le programme fonctionne avec les systèmes des pays ?

Aidan O'Leary [00:31:40] Certainement. Je pense que ce que vous avez essentiellement souligné est généralement l'une des critiques formulées à l'encontre du programme. Si je prends l'exemple d'un pays comme le Pakistan, qui est l'un des deux derniers pays pandémiques, cela signifiait en pratique que le centre des opérations d'urgence, qui fonctionne essentiellement à la fois au niveau fédéral dans chacune des provinces du Pakistan, dans ses 180 districts, Plus de 8000 conseils d'unité, ce qui est le niveau administratif le plus bas, les données étaient collectées, rassemblées, analysées et essentiellement mises dans un format pour éclairer la prise de décision au quotidien en termes de direction de la réponse à la COVID. Et je pense que ce qu'il est vraiment important de savoir, c'est que l'infrastructure de lutte contre la poliomyélite réunit trois composantes. L'une d'elles est la capacité d'identifier et d'évaluer les risques. Quel est donc le risque le plus important, afin que les décideurs sachent vraiment où cibler les ressources. Deuxièmement, il réunit la coordination de la réponse opérationnelle. Qu'il s'agisse de tests ou de traçage, qu'il s'agisse d'une réponse vaccinale ou d'une mobilisation communautaire. Encore une fois, je pense que c'est un élément très important de nos

opérations d'urgence. Enfin, et ce n'est pas le moins important, il réunit la composante responsabilité et contrôle. Et je pense que ce qui est vraiment important, c'est que ce que vous voulez, c'est que les informations provenant du terrain soient réellement transmises aux décideurs civils et militaires afin qu'ils prennent des décisions opportunes et qu'ils s'assurent vraiment qu'il y a un suivi solide en termes de responsabilité pour mise en œuvre. Et c'est grâce à ce mécanisme que je pense que l'infrastructure antipoliomyélitique a vraiment été utilisée de manière très efficace pour soutenir les pays au cas par cas en fonction de leur situation particulière. Et je pense qu'il est particulièrement important de noter qu'au sein de la région, le Pakistan a été considéré comme un exemple en termes de réponse à la COVID. Et je pense qu'une grande partie du travail à ce sujet reposait réellement sur l'expérience, les atouts, les infrastructures qui étaient en place dans le cadre de la campagne continue de soutien à l'éradication de la poliomyélite.

Garry Aslanyan [00:34:18] La préparation et la mise en place du système et de ses éléments ont donc vraiment joué un rôle pour aider les pays, dans certains de ces pays, à résister à la pandémie et à son impact potentiel. L'éradication s'accompagne de la promesse d'un monde exempt d'une maladie spécifique, mais la seule maladie pour laquelle l'éradication a été réalisée jusqu'à présent est la variole. Alors Aidan, pensez-vous que l'éradication est un objectif réaliste pour d'autres maladies ?

Aidan O'Leary [00:34:47] Je crois fermement que c'est un objectif très réaliste pour certaines maladies, mais pas pour toutes. Et je pense que le fait qu'il n'y ait qu'une seule maladie éradiquée à ce jour indique à quel point il est difficile d'atteindre cette norme ou référence particulière. Je pense qu'il y a probablement quatre raisons particulières pour lesquelles la poliomyélite fait partie de cette catégorie. La première est que les êtres humains sont le seul réservoir de ce virus en particulier. D'autres maladies, elles peuvent être transmises par des animaux, elles peuvent être transmises par des insectes, mais cela implique un certain degré de débordement ou de croisement. Cela ne s'applique pas dans le cas de la poliomyélite. La deuxième chose qu'il faut simplement noter est qu'en termes de mode de transmission, la poliomyélite ne peut être transmise que par des personnes infectées et leurs déchets. Et je pense qu'il est important de noter que la transmission fécale-orale est le seul moyen d'infecter les enfants atteints de cette maladie particulière. Encore une fois, il existe un canal très particulier qui peut être ciblé en termes de réponse. Le troisième point que je voudrais souligner est qu'il s'agit d'une infection aiguë mais non persistante. Ce que je veux dire par là, c'est que même si la paralysie est irréversible et que les conséquences durent toute la vie, il est important de noter que la capacité du virus à se transmettre est limitée dans le temps et ne dispose que d'une période d'environ 1 à 2 semaines pendant laquelle il peut infecter son hôte. Encore une fois, cela nous donne une réelle opportunité de vraiment nous assurer que nous pouvons essayer d'interrompre cette chaîne de transmission. Enfin et surtout, il est très important de souligner que la vaccination est très efficace à la fois pour protéger et interrompre la transmission de ce virus en particulier. Nous avons donc à la fois des vaccins antipoliomyélitiques oraux et des vaccins injectables qui se sont révélés peu coûteux, très efficaces, sûrs et faciles à administrer. Encore une fois, le point clé pour nous est qu'ils contribuent tous deux à protéger l'enfant en tant que tel, mais qu'ils agissent également pour interrompre la transmission entre les enfants au sein d'une communauté donnée. Ainsi, lorsque nous examinons chacun de ces quatre facteurs, nous voyons un chemin critique très clair, simple et direct qui nous permet de réussir notre objectif d'éradication.

Garry Aslanyan [00:37:32] Aidan, tu es très passionné par ce sujet et l'éradication de la polio, on dirait que tu y travailles depuis de nombreuses années. Qu'est-ce qui vous permet d'atteindre cet objectif et de partager avec notre public comment en êtes-vous venu à travailler dans ce domaine ?

Aidan O'Leary [00:37:48] Tout d'abord, je ne suis pas médecin, donc je suis peut-être un peu inhabituel dans le domaine de la poliomyélite, et j'ai passé les 20 dernières années de ma vie à travailler dans ce que les humanitaires décrivent comme des opérations humanitaires complexes et prolongées qui m'ont en quelque sorte conduit de la Bosnie à la bande de Gaza en passant par l'Afghanistan, le Pakistan, la Syrie, l'Irak et Yémen. En fait, ma première exposition au programme d'éradication de la poliomyélite a eu lieu au Pakistan entre 2015 et 2017. Et je pense que lorsque vous rencontrez des enfants qui ont été paralysés et paralysés à vie par un virus qui provoque une maladie ayant des conséquences à vie, qui peut être résolue avec des vaccins très simples, cela a un effet très, très profond. Et pour moi, pour revenir au programme, travailler pour l'OMS pour la première fois, c'était vraiment faire en sorte que nous finissions le travail une fois pour toutes. Et avec le soutien des États membres, avec le soutien des partenaires, avec des travailleurs de première ligne héroïques dans de nombreux pays, je pense que nous avons une occasion unique de terminer le travail. Et je pense que nous avons bien l'intention de faire en sorte de le faire réellement.

Garry Aslanyan [00:39:08] Merci, Aidan, pour vos réflexions sur cette question importante de l'éradication et très apprécié de vous être joint à nous aujourd'hui et de partager avec notre public alors que nous discuterons de ce sujet dans les années à venir de la santé mondiale.

Aidan O'Leary [00:39:22] Merci beaucoup, Garry. Cela m'a fait plaisir.

Garry Aslanyan [00:39:28] Comme vous l'ont dit mes trois invités aujourd'hui, chacune des trois approches, à savoir le contrôle, l'élimination et l'éradication, a ses mérites et son rôle à jouer dans la réduction et la suppression des risques de maladies infectieuses et de leur impact sur la santé humaine. Cependant, rien de tout cela ne serait possible sans des dirigeants dévoués et déterminés de la santé publique tels qu'Uche, David et Aidan. Ils ont consacré leur vie et leur carrière professionnelle à ce marathon, gardant les yeux rivés sur leur objectif, refusant d'abandonner tant que chaque homme, chaque femme et chaque enfant ne sera pas à l'abri de ces maladies mortelles. Au nom de la communauté mondiale, nous les félicitons pour ce travail important, ainsi que tous ceux qui nous écoutent aujourd'hui pour le travail que vous accomplissez afin de protéger vos pays contre les maladies infectieuses. Avant de terminer aujourd'hui, je souhaite partager le message d'un autre auditeur que nous avons reçu.

Irini Pantelidou [00:40:34] J'ai beaucoup aimé écouter le podcast Global Health Matters car il met l'accent sur des thèmes que nous prenons également en compte dans notre travail chez Wellcome. Il offre une plate-forme aux voix du monde entier pour promouvoir des questions clés et fournit un forum pour discuter ouvertement de ces questions. Merci pour cette initiative.

Garry Aslanyan [00:40:51] Merci, Irini Pantelidou, pour vos commentaires positifs et à tous nos auditeurs pour votre soutien continu. N'oubliez pas de vous joindre à nous le mois prochain pour un autre épisode qui suscite la réflexion.

Elisabetta Dessi [00:41:05] Global Health Matters est produit par le TDR, un programme de recherche sur les maladies infectieuses basé à l'Organisation mondiale de la santé. Garry Aslanyan, Lindi Van Niekerk et Maki Kitamura sont les producteurs de contenu et Obadiah George est le producteur technique. Ce podcast a également été rendu possible grâce au soutien de Chris Coze, Elisabetta Dessi, Iza Suder-Dayao, Noreen O'Gallagher et Chembe Collaborative. L'objectif de Global Health Matters est de créer un forum pour partager des points de vue sur des questions clés affectant la recherche en santé mondiale. Envoyez-nous vos commentaires et suggestions par e-mail ou message vocal à TDRpod@who.int, et assurez-vous de télécharger et de vous abonner partout où vous recevez vos podcasts. Merci de m'avoir écouté.