



# Poliomyélite

## Éradication de la poliomyélite

### Rapport du Directeur général

#### INTRODUCTION

1. Le présent rapport fait le point de la situation concernant l'éradication de la poliomyélite, suivant les trois principaux objectifs fixés par la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023,<sup>1</sup> et résume les difficultés restant à surmonter pour parvenir à un monde durablement libéré de la poliomyélite. Le Conseil exécutif, à sa cent quarante-sixième session, a pris note d'une version précédente de ce rapport<sup>2</sup> et a adopté la décision EB146(11) (2020), dans laquelle il a noté l'élaboration du projet de stratégie pour combattre les PVDVc2, 2019-2021.<sup>3</sup>

#### ÉRADICATION

##### Transmission du poliovirus sauvage

2. Le dernier cas signalé de poliomyélite dû au poliovirus sauvage de type 2 remonte à 1999. Le poliovirus sauvage de type 3 n'est plus détecté dans le monde depuis novembre 2012, et ces deux souches ont été certifiées éradiquées au niveau mondial (en septembre 2015 et en octobre 2019, respectivement). Depuis lors, tous les cas de poliomyélite paralytique dus au poliovirus sauvage ont été causés par le poliovirus sauvage de type 1. En 2019, des cas dus au poliovirus sauvage de type 1 ont encore été détectés dans certaines parties d'Afghanistan et du Pakistan.

3. En Afghanistan et au Pakistan, la transmission endémique transfrontières du virus se poursuit en empruntant principalement deux corridors : le premier relie l'est de l'Afghanistan à la province du Khyber Pakhtunkhwa (Pakistan), et le second relie le sud de l'Afghanistan (provinces de Kandahar et

---

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/06/english-polio-endgame-strategy.pdf> (consulté le 27 février 2020).

<sup>2</sup> Voir le document EB146/21 et les procès-verbaux de la cent quarante-sixième session du Conseil exécutif, onzième séance (en anglais seulement).

<sup>3</sup> Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/outbreak-preparedness-response/> (consulté le 27 février 2020).

d'Hilmand) à la zone de Quetta, dans la province du Baloutchistan (Pakistan), ainsi qu'à Karachi (Pakistan). Toutefois, l'isolement régulier du virus lors du prélèvement d'échantillons environnementaux dans d'autres régions des deux pays indique une transmission géographique élargie.

4. Une augmentation du nombre de nouveaux cas signalés en 2019 par rapport à 2017 et 2018, en particulier au Pakistan, met en lumière la poursuite de la propagation géographique du virus, avec un risque concomitant de propagation internationale. Les lacunes constatées dans la mise en œuvre stratégique des activités de vaccination augmentent considérablement la probabilité que la transmission du poliovirus se poursuive au cours de l'année 2020 et très probablement après.

5. Dans les deux pays, la priorité pour le deuxième semestre de 2019 était de mener une analyse en profondeur de tous les aspects du programme de lutte contre la poliomyélite, et de mettre en place de nouvelles mesures de santé publique d'urgence pour que les communautés prennent en main les activités de lutte et pour améliorer les opérations dans le cadre des structures de gestion et de gouvernance. Un engagement à haut niveau en faveur de l'éradication de la poliomyélite de la part des Gouvernements afghan et pakistanais est essentiel pour que les difficultés propres à la zone soient pleinement identifiées et que des solutions soient mises en œuvre.

6. Pour soutenir les gouvernements nationaux, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a mis en place un centre d'experts basé à Amman (Jordanie) qui fournit un soutien d'experts, spécialisé, rapide et coordonné à ces pays.

7. Le programme de lutte contre la poliomyélite a aussi renforcé ses efforts d'intégration en instaurant une collaboration plus systématique avec les programmes de vaccination de routine et en encourageant les nouvelles collaborations avec des initiatives plus larges dans le domaine de la santé. En outre, les Gouvernements afghan et pakistanais prévoient de lancer un ensemble intégré de services, dans le cadre d'une approche multisectorielle, à l'intention des communautés sous-desservies dans les principales zones réservoirs.

8. En Afrique, aucun poliovirus sauvage n'a été détecté, toutes sources confondues, depuis qu'il a été identifié pour la dernière fois dans le nord-est du Nigéria en septembre 2016. La certification de l'éradication du poliovirus sauvage dans la Région africaine de l'OMS pourrait avoir lieu dès juin 2020.

### **Poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale**

9. Depuis le retrait, coordonné au niveau mondial, du vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 en 2016, 49 flambées différentes dues à des poliovirus circulants de type 2 dérivés de souches vaccinales génétiquement distinctes ont été notifiées dans trois Régions de l'OMS (l'Afrique, la Méditerranée orientale et le Pacifique occidental). En 2019 et début 2020, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré le projet de stratégie pour combattre les PVDVc2, 2019-2021 pour faire face plus efficacement à l'épidémiologie du poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale.

10. Dans sa décision EB146(11), le Conseil exécutif a noté l'élaboration du projet de stratégie et a également prié le Directeur général d'accélérer l'évaluation et la distribution d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, notamment au moyen de la procédure d'évaluation et d'homologation en situation d'urgence de l'OMS. En outre, dans cette décision, le Conseil invite instamment les États Membres à appliquer une procédure accélérée pour l'approbation au niveau national de l'importation et de l'utilisation des vaccins afin de répondre aux flambées épidémiques de poliomyélite, y compris le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, et à mobiliser des ressources financières nationales pour compléter les engagements financiers et politiques internationaux.

## Afrique

11. En 2019 et début 2020, plusieurs flambées dues à des souches de poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale, distinctes génétiquement, ont continué à se propager dans différentes sous-régions et zones. En Afrique, bien que plusieurs flambées dues à un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale aient été enrayerées, une flambée qui a été décelée à l'origine dans l'État de Jigawa (Nigéria) continue à se propager à la fois dans le pays et au niveau international, puisque la souche a été identifiée dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest. En Afrique centrale, plusieurs souches continuent à se propager et touchent plusieurs pays, dont l'Angola, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo et la Zambie. Dans la Corne de l'Afrique, un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale initialement détecté en Somalie en 2017 continue à toucher également l'Éthiopie voisine.

12. Dans tous les cas, la poursuite de la propagation des flambées existantes ainsi que l'émergence de nouveaux poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale indiquent que la couverture par la vaccination systématique est lacunaire et que la qualité des ripostes aux flambées au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 est insuffisante. Le risque de poursuite de la propagation de ces souches, ou d'émergence de nouvelles souches, est amplifié par une insuffisance toujours plus grande de l'immunité de la muqueuse intestinale à l'égard du poliovirus de type 2 sur le continent africain, à la suite du passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin bivalent en 2016.

13. Le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 est actuellement le meilleur outil disponible pour répondre aux flambées de poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale. C'est le seul vaccin actuellement disponible capable d'induire l'immunité de la muqueuse intestinale nécessaire pour interrompre la circulation du virus. Toutefois, si la riposte à une flambée utilisant ce vaccin n'est pas de qualité optimale, et que les objectifs de couverture ne sont pas atteints ou la gestion du vaccin est de qualité inférieure, il existe un risque accru à la fois de poursuite de la transmission et d'émergence de futurs poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale. Un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, en cours de mise au point (voir le paragraphe 9), devrait réduire considérablement le risque d'émergence de nouveaux poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale.

## Régions OMS de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental

14. En Indonésie comme en Papouasie-Nouvelle-Guinée, des activités de riposte transrégionales et transfrontières ont été menées en 2018 et en 2019 pour faire face à deux flambées distinctes dues à des souches de poliovirus circulants de type 1 dérivés d'une souche vaccinale, génétiquement distinctes, qui ont touché les zones frontalières des deux pays. Aucun nouveau virus n'a été détecté depuis novembre 2018 en Papouasie-Nouvelle-Guinée et février 2019 en Indonésie, et les deux flambées ont été enrayerées avec succès. Une évaluation indépendante de la riposte à la flambée menée en Papouasie-Nouvelle-Guinée en juin 2019 a noté la solide coordination instaurée entre le Gouvernement, l'OMS, l'UNICEF et Gavi, l'Alliance du Vaccin (Gavi), pour utiliser les interventions de riposte à la flambée comme une occasion de donner un nouvel élan, et ce de manière durable, à la vaccination systématique. Cette expérience sera utile aux activités similaires menées dans d'autres contextes de flambée.

15. Au Myanmar, la riposte à une flambée due à un poliovirus circulant de type 1 dérivé d'une souche vaccinale se poursuit, à la suite de la détection de la souche dans l'État de Kayin en juillet 2019. En Chine, le Gouvernement a engagé une riposte à la suite de la confirmation de la circulation d'un isolat de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 en juillet 2019. Aux Philippines, un poliovirus circulant de type 1 dérivé d'une souche vaccinale puis un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale ont été confirmés en septembre 2019. Ces deux souches ont ensuite été détectées

également dans l'État malaisien de Sabah, qui a des frontières maritimes avec les Philippines. Plusieurs nouveaux poliovirus circulants de type 2 dérivés de souches vaccinales génétiquement liés ont également été signalés dans le nord-ouest du Pakistan et se sont récemment propagés en Afghanistan. Ce virus risque fort de continuer à se propager dans ces pays et dans les pays voisins. Au Pakistan, la transmission du poliovirus sauvage de type 1 et les flambées dues au poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale représentent un grave problème programmatique en termes de gestion des campagnes de vaccination et de la communication par le pays.

## INTÉGRATION

16. L'intégration est le deuxième objectif clé de la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, qui met en lumière l'importance accordée par l'Initiative mondiale à la collaboration avec d'autres acteurs de la santé publique de manière systématique et durable.

17. Le programme de lutte contre la poliomyélite a une longue histoire de collaboration avec d'autres initiatives dans le domaine de la santé. Chaque année, en moyenne, 82 millions de doses de vitamine A, 64 millions de doses de vaccin contre la rougeole, 34 millions de comprimés antiparasitaires, 7 millions de doses de vaccin anti-malaria, 5 millions de doses de vaccin antitétanique et 4 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide sont administrés ou distribués parallèlement au vaccin antipoliomyélitique oral dans le cadre des activités de lutte contre la poliomyélite. En 2019, l'intégration des activités de vaccination supplémentaire contre la rougeole et contre la poliomyélite a été entreprise avec succès dans 12 pays, pour plus de 43 millions d'enfants de moins de cinq ans. En 2020, l'intégration des activités de vaccination supplémentaire contre la rougeole et contre la poliomyélite est prévue dans huit pays, pour 66 millions d'enfants selon les estimations.

18. Le personnel chargé de la lutte contre la poliomyélite sur le terrain passe approximativement 50 % de son temps à travailler sur des interventions relatives à d'autres maladies, telles que la surveillance d'autres maladies, le suivi/l'encadrement des activités de vaccination essentielles et le soutien aux flambées et aux autres situations d'urgence sanitaire. En outre, l'infrastructure et les capacités de planification du programme d'éradication de la poliomyélite sont aussi fréquemment utilisées pour mettre en œuvre et suivre des activités de vaccination supplémentaire (notamment contre la rougeole). Suivant la nouvelle Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023, le programme de lutte contre la poliomyélite doit veiller à recourir de manière systématique à l'intégration, et à une collaboration plus étroite avec les autres programmes sanitaires, par exemple le soutien de la mise en œuvre d'interventions visant à répondre plus largement aux besoins sanitaires de la communauté et à favoriser un engagement renforcé en faveur de la vaccination contre la poliomyélite et de la vaccination en général.

19. La priorité nouvellement donnée à l'intégration s'appuiera sur les ressources humaines et matérielles, les systèmes et les compétences de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour protéger les populations moyennant un renforcement des services de vaccination et une amélioration de la riposte aux situations d'urgence. La collaboration avec les groupes chargés de la vaccination systématique, de la surveillance et des situations d'urgence garantit le maintien et le renforcement des capacités essentielles et contribue à atténuer les risques de nouvelles flambées dans les zones où la vaccination systématique est faible.

20. Afin que l'objectif d'intégration qui figure dans la Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023 puisse être atteint, le Département Vaccination, vaccins et produits biologiques de l'OMS coordonne l'élaboration d'un programme de travail, en collaboration avec d'autres partenaires de la

vaccination, dont Gavi, l'Alliance du Vaccin, l'un des principaux partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite depuis 2019. Ce travail contribuera à améliorer l'alignement et la coordination des principaux partenaires grâce à des stratégies de vaccination liées entre elles, telles que le Programme pour la vaccination 2030 : une stratégie mondiale pour ne laisser personne de côté et Gavi 5.0 : la stratégie de l'Alliance pour la période 2021-2025. Le programme de travail permettra de mettre en œuvre efficacement des stratégies intégrées qui sont bénéfiques à la fois pour l'éradication de la poliomyélite et pour la vaccination essentielle, et il favorisera la transparence de leur mise en œuvre.

21. La flambée de poliomyélite due à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 qui est survenue en 2018-2019 en Papouasie-Nouvelle-Guinée offre un exemple probant des résultats qu'une collaboration systématique et précoce avec d'autres partenaires peut permettre d'obtenir, à la fois en mettant un terme aux flambées en cours et en faisant obstacle à la survenue de futures flambées. Outre qu'il a mis en œuvre une riposte à la flambée convenue sur le plan international, le programme de lutte contre la poliomyélite a collaboré avec ses partenaires, notamment Gavi et les équipes chargées de la vaccination de l'OMS, de l'UNICEF et des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, pour s'attaquer aux causes profondes de la flambée, à savoir des taux de couverture vaccinale systématique insuffisants dans les zones marginalisées. L'amélioration de la vaccination systématique doit être considérée comme un élément essentiel de la riposte d'urgence pour mettre un terme aux flambées et éradiquer la poliomyélite. L'approche adoptée en Papouasie-Nouvelle-Guinée a permis d'autres interventions de santé publique parallèlement à l'administration du vaccin antipoliomyélitique, telles que la supplémentation en vitamine A et d'autres vaccinations, tout en créant les conditions pour que l'infrastructure mise en place pour mettre un terme à la flambée puisse perdurer. Le programme est déterminé à suivre ce modèle pour toutes les autres flambées dues au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale à l'avenir.

22. L'infrastructure actuelle de surveillance de la poliomyélite a aussi joué un rôle important en élargissant et en renforçant la surveillance d'autres maladies évitables par la vaccination au-delà de la poliomyélite. Cette infrastructure permet d'améliorer la surveillance actuelle de la rougeole, de la rubéole et du syndrome de rubéole congénitale, ainsi que d'autres maladies évitables par la vaccination, ou des maladies émergentes ou réémergentes. La nouvelle Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023 préconise l'intégration de la surveillance de la poliomyélite sur le terrain et en laboratoire à d'autres systèmes de surveillance.

## **CERTIFICATION ET CONFINEMENT**

23. En 2019, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite a continué à intensifier ses travaux sur les critères qui devront être satisfaits pour parvenir à la certification mondiale de l'éradication du poliovirus sauvage. Dans ce contexte, la Commission a recommandé que soit adopté un processus de certification séquentielle de l'éradication du poliovirus sauvage (conformément à la certification mondiale de l'éradication du poliovirus sauvage de type 2 en 2015), et de vérification de l'absence de virus dérivés de souches vaccinales, qui serait entrepris après la certification mondiale de l'éradication des poliovirus sauvages et à la suite du retrait mondial du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent.

24. Plus aucun poliovirus sauvage de type 3 n'ayant été détecté, quelle qu'en soit la source depuis 2012, la Commission a conclu lors de sa réunion d'octobre 2019 que cette souche avait été éradiquée au niveau mondial. Cette déclaration a déclenché l'application des dispositions relatives au confinement des matériels contenant des poliovirus de type 3, en privilégiant d'abord l'inventaire, la destruction ou le transfert des matériels contenant des poliovirus sauvages de type 3.

25. Les efforts de confinement du poliovirus de type 2 ont été intensifiés en 2019. Fin décembre 2019, 26 pays prévoyaient de conserver des matériels contenant des poliovirus sauvages de type 2 et/ou de type 3 dans 72 établissements désignés comme essentiels pour la conservation du poliovirus. Ces efforts sont guidés par le Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAP III),<sup>1</sup> et par les orientations de l'OMS visant à réduire au minimum les risques pour les établissements collectant, manipulant ou stockant des matériels potentiellement infectieux contenant des poliovirus. Le GAP III est révisé en 2020 afin d'être conforme aux pratiques actuelles et à l'ensemble des documents d'orientation techniques et des séries de rapports techniques de l'OMS. Le Groupe consultatif sur le confinement, qui continue à donner des conseils sur les questions liées à l'interprétation et à l'application du GAP III, contrôlera et examinera le document actualisé.

26. À la suite du lancement du dispositif de certification du confinement au niveau mondial (GAPIII-CCS) en 2018, des certificats ont été accordés, avec l'aval de la Commission mondiale de certification, à des laboratoires et à des établissements de fabrication du vaccin en Afrique du Sud, aux États-Unis d'Amérique, en Indonésie, au Japon, aux Pays-Bas, en République de Corée et en Suède, qui ont ainsi été reconnus aptes à conserver des stocks essentiels de poliovirus. D'autres demandes similaires de laboratoires et d'établissements de fabrication de vaccins du Bélarus, de la Belgique, du Brésil, du Canada, de Cuba, de la Fédération de Russie, de la Hongrie, de l'Inde et de la République islamique d'Iran sont actuellement examinées par la Commission.

27. Dans sa résolution WHA71.16 (2018), l'Assemblée de la Santé a invité instamment tous les États Membres, notamment, à intensifier les efforts visant à accélérer les progrès en vue de la certification du confinement des poliovirus. Des autorités nationales chargées du confinement ont été mises en place dans 25 des 26 pays abritant des établissements qui prévoient de conserver des matériels contenant des poliovirus sauvages de type 2 et/ou de type 3. Cependant, certains pays, dont la Chine, le Mexique, la Roumanie et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, n'ont pas encore délégué la responsabilité juridique aux autorités nationales chargées du confinement. Les établissements qui souhaitent conserver des poliovirus de type 2 avaient jusqu'au 31 décembre 2019 pour participer au GAPIII-CCS en présentant une demande en ce sens aux autorités nationales chargées du confinement.

28. Les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continuent de préconiser la réduction du nombre des établissements prévoyant de conserver des poliovirus éradiqués. Des sessions de formation et des webinaires sur le GAP III et les risques et coûts associés à la détention de matériels contenant le poliovirus de type 2 ont été organisés à l'intention de 27 établissements de la Région OMS des Amériques et de la Région européenne. À la suite de ceux-ci, deux établissements choisis pour détenir des stocks essentiels de poliovirus ont opté pour la destruction ou le transfert de leurs matériels contenant le poliovirus de type 2 et ont renoncé à les conserver. D'autres visites dans les pays et séances de formation sont planifiées.

29. L'OMS a établi un plan pluriannuel pour le renforcement des capacités de vérification de l'application du GAP III dans les pays où des établissements prévoient de conserver des matériels contenant le poliovirus de type 2 et/ou de type 3 sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale. Au moment de la publication du présent document, 14 sessions de formation de contrôleurs au titre du GAP III avaient été organisées par l'OMS, et cinq ont eu lieu en 2019. Plus de 250 professionnels du monde

---

<sup>1</sup> 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. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208873> (consulté le 27 février 2020).

---

entier ont assisté à un cours de base de cinq jours destiné aux vérificateurs de l'application du GAPIII-CCS, première condition pour devenir vérificateur qualifié.

30. Les efforts déployés au niveau national pour achever les inventaires matériels contenant des poliovirus sauvages de types 1 et 3 se sont poursuivis en 2019. Compte tenu de la certification de l'éradication du poliovirus sauvage de type 3 en octobre 2019 par la Commission, la priorité a été donnée aux inventaires concernant le poliovirus de type 3. Comme pour le poliovirus de type 2, les pays qui prévoient de conserver des matériels contenant des poliovirus de type 3 sauvages et/ou dérivés de souches vaccinales dans des établissements autorisés doivent avoir désigné une autorité nationale compétente pour le confinement et doivent intégrer tous les établissements au GAPIII-CCS.

## **RENFORCEMENT DES PARTENARIATS ET NOUVEAUX FACTEURS POSITIFS**

31. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ne cesse de renforcer ses structures de gouvernance et de gestion. La coordination avec Gavi, l'Alliance du Vaccin a été officialisée, l'Alliance du Vaccin étant devenue officiellement le sixième partenaire essentiel de l'Initiative. Gavi, l'Alliance du Vaccin est désormais membre de plein droit du Conseil de surveillance de la poliomyélite depuis début 2019 et membre du Comité de l'Initiative chargé des finances et de la responsabilisation. Cette collaboration intensifiée sera essentielle pour atteindre l'objectif d'intégration de la nouvelle Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023 comme en témoignent les efforts conjoints menés en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

32. En 2019, la détermination politique sans faille en vue d'éradiquer la poliomyélite a été réaffirmée par le Groupe des Sept (G7) et le Groupe des Vingt (G20), à l'occasion de la réunion des Ministres de la santé du G7 en mai à Paris, au cours de laquelle les précédents engagements du G7 sur l'éradication de la poliomyélite ont été réitérés, du Sommet du G20 en juin à Osaka (Japon), au cours duquel les chefs d'État ont réaffirmé leur engagement en vue d'éradiquer la poliomyélite, et de la réunion des Ministres de la santé du G20 en octobre à Osaka (Japon), au cours de laquelle, faisant écho à la déclaration des chefs d'État, les participants ont pris note du leadership exercé par l'OMS et ont exprimé leur soutien dans la perspective de la réunion de l'Initiative pour l'annonce de contributions, qui s'est tenue sous les auspices des Émirats arabes unis en novembre 2019. Les engagements du G7 et du G20 en faveur de la santé mondiale mettent l'accent sur la mise en œuvre future du Programme pour la vaccination 2030 et la réalisation de progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle. D'autres organisations multilatérales de premier plan, notamment l'Organisation de la coopération islamique, ont exprimé un soutien politique similaire. Par son action, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite fait avancer des priorités essentielles pour la couverture sanitaire universelle en améliorant la prestation des services de santé, en renforçant et élargissant les infrastructures pour la santé et en mobilisant efficacement les ressources nationales pour répondre aux questions essentielles en matière de santé.

33. En novembre 2019, le forum « Reaching the Last Mile », qui s'est tenu à Abou Dhabi (Émirats arabes unis), a attiré l'attention de la communauté internationale sur la lutte contre les maladies infectieuses, et a donné aux dirigeants mondiaux et aux organisations de la société civile, notamment le Rotary International qui est à l'origine de cet effort, la possibilité de contribuer à la dernière étape vers l'éradication de la poliomyélite, en annonçant US \$2,6 milliards de contributions sur les US \$3,27 milliards nécessaires. L'argumentaire d'investissement 2019-2023 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite décrit l'impact de l'investissement dans l'éradication de la poliomyélite. Outre les économies de plus de US \$27 milliards en dépenses de santé qu'ont permis les efforts d'éradication depuis 1988, un monde durablement exempt de poliomyélite générera, selon les estimations, US \$14 milliards d'économies supplémentaires d'ici à 2050, par rapport au coût que les

pays devraient supporter pour lutter contre le virus indéfiniment. On continuera à agir pour que le programme soit pleinement financé.

34. À la suite de la décision prise par le Conseil d'administration de Gavi, l'Alliance du Vaccin en novembre 2018, le soutien en faveur du vaccin antipoliomyélique inactivé fera partie intégrante du cycle stratégique et de la reconstitution des fonds de l'Alliance pour la période 2021-2025.

35. Les activités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sur le genre, qui sont un autre facteur positif reconnu, visent à ce que tous les enfants soient vaccinés et à ce que les femmes participent davantage, conformément à la Stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023 de l'Initiative.<sup>1</sup> Si beaucoup reste à faire pour mettre pleinement en œuvre cette stratégie, les progrès sont évidents, comme on le constate grâce aux données mais aussi de façon empirique. En Afghanistan, les femmes représentent désormais 28 % des mobilisateurs sociaux et 40 % des agents de santé en première ligne en milieu urbain. Au Nigéria, plus de 87,5 % des agents de santé en première ligne sont des femmes. Cependant, une récente étude de l'OMS sur le genre et la surveillance de la poliomyélite a montré qu'il y avait moins de femmes que d'hommes aux postes d'encadrement, comme ceux de responsable de la surveillance et de la notification des maladies.<sup>2</sup> Le Programme de lutte contre la poliomyélite a reconnu qu'il fallait intervenir et collaborer avec le Gouvernement nigérian pour remédier à ce problème. Il n'y a aucun cas dû au poliovirus sauvage dans le pays depuis trois ans grâce aux efforts des vaccinatrices et des agents de santé communautaires de sexe féminin. Dans l'ensemble, on a constaté ces dernières années une augmentation notable du nombre de femmes parmi les soignants qui s'occupent de la poliomyélite. Au Pakistan, 70 % des mères préfèrent que leurs enfants soient vaccinés par des femmes. Le programme de lutte contre la poliomyélite fait de plus en plus appel à des vaccinatrices et à des superviseuses. Au Pakistan, on compte aujourd'hui trois femmes qui assurent le soutien religieux dans le cadre de la poliomyélite, alors qu'il n'y en avait aucune auparavant. Ainsi, au Pakistan, les femmes représentent actuellement plus de 63 % des agents de santé en première ligne et 78 % des vaccinateurs dans les zones à plus haut risque du pays.

## MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

36. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

= = =

---

<sup>1</sup> Disponible à l'adresse [http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/11/GPEI\\_Gender\\_Strategy\\_FR\\_web.pdf](http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2019/11/GPEI_Gender_Strategy_FR_web.pdf) (consulté le 27 février 2020).

<sup>2</sup> Hamisu A, Onyemelukwe G, Gerald S, Hassan I, Braka F, Banda R *et al.* Gender Dimensions of Acute Flaccid Paralysis Surveillance in Nigeria. *Int J Gend Wom Stud.* 2017; December, Vol. 5, No. 2, pp. 80-87.