



Poliomyélite

Éradication de la poliomyélite

Rapport du Directeur général

1. À sa cent cinquantième session, le Conseil exécutif a pris note du rapport sur l'éradication de la poliomyélite.¹ Le présent rapport à l'Assemblée mondiale de la Santé fournit des informations alors que commence l'année 2022 et que la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 intitulée « Tenir notre promesse » entre en vigueur. Il porte sur l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans les pays où le virus est endémique ; l'arrêt de la transmission du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale et la prévention des flambées dans les pays où il n'y a pas d'endémie ; les répercussions continues de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) sur l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite ; et la situation financière en ce début d'année 2022.

2. En 2021, la situation épidémiologique s'est améliorée par rapport à 2020. On a effectivement enregistré, au niveau mondial, une baisse de 96 % du nombre de cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage de type 1 et une baisse de 47 % du nombre de cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale. Dans les zones d'endémie, cinq cas dus au poliovirus sauvage de type 1 ont été signalés en 2021. Cette situation favorable ne devrait toutefois pas entraîner un relâchement des efforts, mais au contraire constituer une occasion exceptionnelle à exploiter grâce à la mobilisation et à l'appui renforcés de l'ensemble des partenaires issus du secteur public et de la société civile. Le programme d'éradication de la poliomyélite continue de se heurter à des difficultés persistantes et à des problématiques nouvelles, telles que la nécessité de rattraper le retard et de vacciner les enfants dans les réservoirs d'endémicité qui sont systématiquement omis par les programmes ; le climat d'insécurité et d'instabilité en Afghanistan ; la persistance de la pandémie de COVID-19, qui a des incidences sur la surveillance de la poliomyélite et sur les campagnes de lutte contre la maladie ; et une situation financière précaire qui se ressent sur l'action mondiale.

BUT 1 : INTERROMPRE DÉFINITIVEMENT TOUTE TRANSMISSION DU POLIOVIRUS DANS LES PAYS D'ENDÉMIE

3. Cinq des six Régions de l'OMS ont été certifiées exemptes de tout poliovirus sauvage par un organisme indépendant et, en 2021, la dernière région d'endémie, la Région de la Méditerranée orientale, a signalé le plus faible nombre de cas jamais enregistré. L'éradication mondiale des poliovirus sauvages

¹ Document EB 150/21 ; voir également les procès-verbaux de la cent cinquantième session du Conseil exécutif, neuvième séance, section 3, et dixième séance, section 2 (en anglais seulement).

de type 2 et de type 3 a été certifiée. En 2021, le poliovirus sauvage de type 1 a été détecté dans certaines régions de l'Afghanistan et du Pakistan, les derniers pays où le virus est endémique. En plus du poliovirus sauvage de type 1, l'Afghanistan et le Pakistan sont touchés par le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2. Malgré les niveaux historiquement bas de cas de poliomyélite signalés, la détection continue du poliovirus sauvage de type 1 dans des échantillons environnementaux des deux pays souligne le danger d'une transmission résiduelle. La confirmation d'un cas de poliomyélite dû au poliovirus sauvage de type 1 en février 2022 au Malawi n'a fait que souligner le risque de transmission persistante du poliovirus sauvage partout dans le monde ; le virus était génétiquement lié à un virus originaire du Pakistan.

4. En Afghanistan, quatre cas de poliomyélite dus à un poliovirus sauvage de type 1 et 43 cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ont été signalés en 2021, le taux de prélèvements environnementaux positifs étant de 0,3 % pour le poliovirus sauvage de type 1 (1 sur 298), et de 13 % pour le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (40 sur 298).¹

5. L'Afghanistan est parvenu par le passé à interrompre la transmission autochtone du poliovirus sauvage dans les deux réservoirs d'endémicité que constituent la région méridionale et la région orientale ; toutefois, ses efforts se sont heurtés à la crise humanitaire, qui s'est intensifiée en août 2021 et se poursuit. Les déplacements massifs de populations et l'insécurité croissante ont ainsi aggravé et compliqué les problèmes que constituait déjà l'accès limité à la vaccination porte à porte dans la région méridionale, compromis la sécurité des agents de santé de première ligne et engendré des difficultés pratiques du fait de la pandémie de COVID-19 qui persistent encore à ce jour. Bien que la couverture nationale globale par les vaccins antipoliomyélitiques soit élevée (supérieure à 90 %), des lacunes persistent dans l'immunité au niveau régional, et ce parmi les enfants qui systématiquement ne sont pas vaccinés dans les zones réservoirs.

6. Les besoins humanitaires de la population afghane continuent d'augmenter fortement. Depuis la fin du mois de mai 2021, le nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays et nécessitant une aide humanitaire immédiate a plus que doublé.² Le programme national de lutte contre la poliomyélite continue de s'adapter à l'évolution de la situation afin d'interrompre rapidement la transmission des souches de poliovirus sauvage de type 1 et de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2, en s'intéressant essentiellement à la détection et à la prise en charge des enfants systématiquement omis lors de la vaccination. La crise humanitaire s'étant aggravée, le programme veille en priorité au respect rigoureux de la neutralité humanitaire ; à la mise en œuvre de plans d'urgence ; à l'adoption d'une approche souple pour venir en aide aux enfants ; et à la recherche de solutions dynamiques en matière de vaccination locale et de renforcement des services de vaccination systématique, ce qui inclut la mise en œuvre du plan de prestation de services intégrés. L'efficacité de l'opération humanitaire sera tributaire des fonds alloués, ainsi que des possibilités de se déplacer dans le pays, de s'y rendre et d'en sortir, et d'accéder aux établissements de santé. Les organisations humanitaires de première ligne, qui jouent un rôle essentiel, doivent être soutenues. Malgré cet environnement, l'Afghanistan a mis en œuvre deux campagnes de vaccination nationales consécutives ciblant 9,9 millions d'enfants en novembre et décembre 2021, y compris des activités dans la région méridionale, où 2,6 millions d'enfants ont été vaccinés pour la première fois en près de trois ans en raison de l'insécurité et de l'inaccessibilité.

¹ Sauf indication contraire, toutes les données épidémiologiques consignées dans le présent rapport illustrent la situation au mois de février 2022. Les dernières données épidémiologiques mondiales, mises à jour chaque semaine, sont disponibles à l'adresse <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/> (en anglais seulement).

² HCR. Déclaration des principaux responsables du Comité permanent inter-agences (IASC) sur l'Afghanistan, 19 août 2021. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Genève, 2021 (<https://www.unhcr.org/fr/news/press/2021/8/611e6ad0a/declaration-principaux-responsables-comite-permanent-inter-agences-iasc.html>, consulté le 1^{er} avril 2022).

7. Au Pakistan, un cas de poliomyélite dû au poliovirus sauvage de type 1 et huit cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ont été signalés en 2021, le taux de prélèvements environnementaux positifs étant de 8 % pour le poliovirus sauvage de type 1 (3 sur 833), et de 4 % pour le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (35 sur 833).

8. Les activités de vaccination supplémentaire, interrompues temporairement en 2020 en raison de la pandémie de COVID-19, ont repris en août 2020, l'objectif étant de contrer la cocirculation du poliovirus sauvage de type 1 et du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 dans le pays. En outre, la coordination transfrontalière avec l'Afghanistan se poursuit. Le programme s'inscrit dans le cadre du plan d'action national d'urgence mis en œuvre par l'intermédiaire du centre national des opérations d'urgence, et a pour visée principale de réduire le nombre d'enfants non vaccinés lors d'activités de vaccination supplémentaire. Il s'attache à donner la priorité aux zones où le risque est le plus élevé, celles comptant la plus forte proportion d'enfants systématiquement omis lors de la vaccination ; à la mise en œuvre rigoureuse de stratégies visant à mobiliser les communautés ; et à l'intégration dans des programmes de santé publique plus vastes, en particulier pour appuyer le renforcement des systèmes de vaccination. Il mobilise pleinement les dirigeants fédéraux et provinciaux en faveur de l'appui au programme et de la supervision des activités.

9. Un sous-comité ministériel régional pour l'éradication de la poliomyélite et les flambées épidémiques, créé par le Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, s'est réuni pour la première fois en mars 2021. L'existence et les réunions du sous-comité témoignent d'un plus grand engagement des autorités gouvernementales, qui s'accompagne d'un soutien supplémentaire et d'orientations à l'intention de l'Afghanistan et du Pakistan. Dans le même temps, la pandémie de COVID-19 a une incidence sur les interventions dans les deux pays, le personnel, les compétences spécialisées et les infrastructures habituellement dévolus à l'éradication de la poliomyélite continuant d'être mobilisés pour soutenir les efforts nationaux et locaux de riposte à la COVID-19, dont l'introduction des vaccins anti-COVID-19.

BUT 2 : ARRÊTER LA TRANSMISSION DES POLIOVIRUS CIRCULANTS DÉRIVÉS D'UNE SOUCHE VACCINALE ET PRÉVENIR LES FLAMBÉES DANS LES PAYS OÙ LA POLIOMYÉLITE N'EST PAS ENDÉMIQUE

10. En 2021, le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale a continué d'être détecté dans 20 pays où la poliomyélite n'était pas endémique, dans trois Régions de l'OMS, et a entraîné 590 cas (15 cas dus au type 1 et 575 cas au type 2), contre 1079 cas signalés en 2020. Bien que cela représente une baisse de 47 % du nombre de cas dans le monde par rapport à 2020, la situation demeure précaire. En effet, les lacunes dans l'immunité persistent, en particulier pour le poliovirus de type 2, les délais de riposte face aux flambées épidémiques ne sont pas satisfaisants, la qualité des interventions en la matière est insuffisante et les taux de vaccination baissent en raison des perturbations liées à la COVID-19. En particulier, le poliovirus était toujours détecté à la fois dans de nouvelles zones et dans des zones déjà touchées. La situation est particulièrement préoccupante dans certaines régions d'Afrique de l'Ouest, où l'on dénombre 76 % (438 sur 575) de tous les cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 dans le monde, et au Nigéria, qui totalise à lui seul 67 % (389 sur 575) de tous les cas. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est particulièrement préoccupée par l'escalade de la crise qui touche l'Ukraine, par les perturbations de ses systèmes de vaccination et de surveillance, ainsi que par l'interruption de la riposte à la flambée de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 dans le pays. Des plans d'urgence sont en cours d'élaboration pour soutenir l'Ukraine et prévenir la propagation du virus. Les pays voisins évaluent leur niveau d'immunité et la sensibilité de la surveillance. Il est essentiel que les ressources nécessaires soient mobilisées et mises à disposition pour répondre aux besoins humanitaires, y compris les secours, la riposte aux maladies et les efforts de prévention, tant en Ukraine que dans les pays voisins.

11. Afin d'arrêter la transmission du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 de manière plus efficace et durable, le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 continue d'être administré dans le cadre de l'autorisation d'utilisation d'urgence (protocole EUL) de l'OMS. Sur recommandation du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination, la période d'utilisation initiale du vaccin s'est achevée début octobre 2021. Au cours des 12 mois suivant sa première utilisation en mars 2021, les données du Secrétariat indiquent qu'environ 250 millions de doses du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ont été utilisées dans 14 pays. Le renforcement de la surveillance a permis un contrôle rigoureux de l'innocuité du vaccin pendant la phase d'utilisation initiale, et une surveillance et une vérification continues de l'état de préparation avant utilisation seront assurées pendant toute la durée du déploiement du vaccin au titre du protocole EUL de l'OMS.

12. Outre la poursuite de l'introduction du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, la capacité à atteindre l'objectif dépendra de la mise en place de campagnes d'intervention rapide et de haute qualité pour combattre toute flambée épidémique en cours ou nouvellement détectée. Aucune pénurie de vaccin de type 2 ne vient freiner les ripostes aux flambées épidémiques et l'Initiative est guidée par les conseils du SAGE, qui recommande d'intervenir le plus rapidement possible à l'aide des doses de vaccin de type 2 disponibles. La réussite des opérations dépend d'une mise en œuvre rapide et de haute qualité de la riposte aux flambées, au moyen du vaccin de type 2 disponible dans chaque zone (plutôt que de retarder une riposte afin d'utiliser un autre vaccin dont l'approvisionnement serait limité à ce moment donné). Dans le cadre de la riposte, il convient notamment de garantir : une mobilisation politique ciblée et coordonnée à tous les niveaux lorsqu'une urgence de santé publique est déclarée ; la mise en place de structures de commandement en cas d'urgence en vue de coordonner efficacement les interventions face aux flambées épidémiques ; le renforcement des capacités régionales et nationales dans les zones exposées à un risque accru ; et la coordination avec les services essentiels de vaccination pour détecter et atteindre les communautés « zéro dose » et sous-vaccinées. Une telle démarche exige une capacité de surveillance accrue pour garantir une détection plus rapide et une riposte sans délai, l'objectif étant de réduire autant que possible le risque et les incidences associés à l'apparition d'un poliovirus. L'Initiative continue de gérer une situation mondiale complexe en matière d'approvisionnement en vaccins, qui se caractérise par différentes formulations du vaccin antipoliomyélitique, et d'adapter les activités dans un contexte épidémiologique en constante évolution.

13. Sachant que c'est dans la Région africaine que l'on dénombre l'essentiel des cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et que cette Région a été certifiée exempte de poliovirus sauvage en août 2020, les mesures d'urgence sont renforcées pour garantir que la Région soit durablement exempte de toutes les formes de la maladie. Le 25 août 2021, en marge de la soixante et onzième session du Comité régional de l'Afrique, les États Membres se sont de nouveau engagés¹ à redoubler d'efforts pour éradiquer toutes les souches restantes de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2, et à continuer de mettre les ressources, les fonctions et les compétences spécialisées associées au programme de lutte contre la poliomyélite au service de mesures plus vastes de protection de la santé publique et d'en garantir la viabilité à long terme.² Afin de trouver un juste équilibre entre la nécessité d'œuvrer activement à l'éradication de la poliomyélite et celle d'assurer la planification de la transition, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite consacrera ses ressources aux zones où la présence du poliovirus est avérée et aux zones à haut risque. Une équipe spécialisée d'intervention rapide a été créée pour garantir une détection, une enquête et une intervention rapides en cas d'apparition d'un poliovirus.

¹ Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Les pays africains s'engagent à mettre fin à toutes les formes de poliomyélite, 26 août 2021. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://polioeradication.org/news-post/african-countries-commit-to-ending-all-forms-of-polio/>, consulté le 1^{er} avril 2022).

² Pour plus d'informations sur la transition pour la poliomyélite, notamment sur les activités dans la Région africaine, voir le document A75/24.

Urgence de santé publique de portée internationale

14. À sa dernière réunion en février 2022,¹ le Comité d'urgence chargé d'évaluer la propagation internationale du poliovirus, créé au titre du Règlement sanitaire international (2005), s'est unanimement accordé, après avoir examiné la situation épidémiologique mondiale de la poliomyélite, y compris les incidences de la pandémie mondiale de COVID-19, sur le fait que le risque de propagation internationale du poliovirus demeurait une urgence de santé publique de portée internationale.

Environnement favorable

15. Afin que la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 soit mise en œuvre efficacement, plusieurs facteurs favorables doivent être réunis : il convient notamment de veiller à l'égalité des genres et à la prise en compte des questions de genre dans la programmation, à la recherche, au suivi et à l'évaluation, ainsi qu'à la mise en place d'une approche plus intégrée de l'éradication (comme cela a été souligné dans les sections relatives aux buts 1 et 2).

16. Dans le droit fil de la stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023 élaborée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et des mesures prises par celle-ci pour recenser et éliminer les obstacles à la vaccination liés au genre, la nouvelle stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 s'articule autour d'objectifs clairs destinés à renforcer la prise en compte des questions de genre, une telle démarche étant essentielle pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite. L'engagement du programme en faveur de la mise en place d'initiatives qui tiennent compte du genre est en phase avec les dispositions du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et la politique de Gavi, l'Alliance du Vaccin.

17. L'intégration entre les programmes a été accélérée en raison de la pandémie de COVID-19, au cours de laquelle les responsables du programme de lutte contre la poliomyélite ont collaboré étroitement avec les responsables d'autres programmes de santé. Dans les zones où le programme de lutte contre la poliomyélite est le plus présent, les personnes chargées de la lutte contre la poliomyélite ont contribué à la riposte à la pandémie de COVID-19 et aux activités de rétablissement de la vaccination, parallèlement à l'introduction et à l'administration des vaccins contre la COVID-19. Ces contributions, qui vont au-delà de l'éradication de la poliomyélite, témoignent des compétences transférables du personnel de lutte contre la poliomyélite et de leur valeur ajoutée pour la santé publique au sens large, dans le contexte de la transition pour la poliomyélite.

18. La Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 met l'accent sur l'intégration en faisant fond sur deux approches porteuses de changements. La première consiste à reconnaître que, pour que l'éradication de la poliomyélite aboutisse, il convient de résoudre le problème posé par une couverture vaccinale qui reste faible et, dans des zones géographiques et chez des populations clés, le refus de la vaccination antipoliomyélitique lié à certaines exigences, et de veiller à ce que l'intégration apporte des solutions ciblées pour résoudre ces difficultés. La deuxième approche consiste à reconnaître qu'alors que la possibilité d'éradiquer la poliomyélite dans le monde est à portée de main, l'intégration est essentielle pour assurer la transition durable des fonctions et des ressources du programme de lutte contre la poliomyélite vers d'autres programmes de santé et systèmes de santé nationaux. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite fait correspondre ses priorités aux principales stratégies mondiales en matière de vaccination, comme le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et la stratégie 2021-2025 de Gavi, l'Alliance du Vaccin, et se consacre à détecter et à atteindre les communautés « zéro dose ».

¹ OMS. Statement of the thirty-first Polio IHR Emergency Committee, février 2022. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://www.who.int/news/item/11-03-2022-statement-of-the-thirty-first-polio-ih-er-emergency-committee>, consulté le 1^{er} avril 2022).

SE PRÉPARER POUR LA PHASE DE POSTCERTIFICATION

Confinement des poliovirus

19. Le confinement des poliovirus a principalement pour but de réduire le risque de réintroduction du poliovirus et de la maladie dans la population générale en contrôlant et en limitant les types et les quantités de poliovirus détenus par les pays grâce à un examen annuel des inventaires et à la fourniture, aux structures autorisées à détenir des stocks essentiels de poliovirus, d'orientations techniques sur l'application du Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements. Au titre de la résolution WHA71.16 (2018) sur la poliomyélite et le confinement des poliovirus, les États Membres devraient poursuivre les activités de confinement des poliovirus de type 2, conformément au Plan d'action mondial 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.¹ Tous les États Membres, que le poliovirus y soit ou non présent, devraient : veiller à ce que les mesures de confinement des poliovirus soient pleinement appliquées en temps voulu ; réduire au strict minimum le nombre d'établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus ; et, lorsque cela est possible, cesser d'utiliser le poliovirus sauvage dans la production et les essais de vaccins en lui préférant d'autres souches atténuées génétiquement stabilisées.

Abandon du vaccin antipoliomyélitique oral

20. Lorsque les poliovirus sauvages seront éradiqués dans le monde, l'utilisation des vaccins antipoliomyélitiques oraux dans le cadre des programmes de vaccination systématique sera abandonnée afin d'éliminer les risques posés par les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale. La planification de l'abandon, au niveau mondial, de l'utilisation de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux restants débutera au minimum deux ans avant l'abandon définitif, en s'appuyant sur les enseignements tirés du retrait de la composante de type 2 des vaccins antipoliomyélitiques oraux en 2016. Les politiques d'abandon du vaccin antipoliomyélitique oral tiendront compte des stratégies relatives aux activités de vaccination supplémentaire avant abandon ; de l'existence d'éventuelles nouvelles options vaccinales plus stables sur le plan génétique ; de la constitution et du maintien de stocks mondiaux de vaccins antipoliomyélitiques oraux adaptés ; et du temps nécessaire entre la certification de l'éradication et l'abandon du vaccin antipoliomyélitique oral. Dans le cadre de cette démarche, le Secrétariat continuera d'être guidé par des groupes consultatifs d'experts, notamment la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite et le SAGE ; il tiendra les États Membres informés et sollicitera leur approbation si une décision de portée mondiale devait être prise au cours du processus.

GOVERNANCE ET FINANCEMENT

21. En 2020, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a procédé à un examen complet de la gouvernance et de la gestion afin de déterminer la façon d'améliorer le fonctionnement du programme et ses structures, dans le but de parvenir à l'éradication de la poliomyélite. L'examen a permis de procéder à des changements décisifs pour renforcer l'agilité, l'efficacité et l'efficacités à tous les niveaux, notamment l'autonomisation régionale et la délégation accrue de prérogatives en matière

¹ OMS. 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 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208873>, consulté le 1^{er} avril 2022).

de prise de décisions au niveau local. Les recommandations relatives à la régionalisation, à la participation accrue du Conseil de surveillance de la poliomyélite, notamment à l'élargissement de la représentation des bailleurs de fonds, ainsi qu'aux nouveaux groupes de soutien chargés de traiter de nouvelles questions clés telles que la prise en compte des questions de genre et le suivi et l'évaluation, sont toujours en cours de mise en œuvre.

22. L'engagement politique global en faveur de l'éradication de la poliomyélite demeure ferme, mais dans le contexte économique actuel et compte tenu des besoins et des coûts liés à la riposte à la COVID-19, le programme de lutte contre la poliomyélite connaît une situation financière précaire au niveau mondial qui pourrait entraver grandement les efforts d'éradication. Le budget de fonctionnement alloué à la mise en œuvre de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 sera soumis à l'approbation du Conseil de surveillance de la poliomyélite au deuxième trimestre de 2022. La mobilisation des ressources pour la nouvelle stratégie et pour le nouveau budget sera soutenue par un dossier d'investissement qui sera présenté plus tard en 2022 ; le programme met l'accent sur le soutien continu des donateurs existants et vise à trouver de nouvelles sources d'appui, ainsi que des synergies avec les fonds multilatéraux disponibles au niveau des pays. Le budget de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ne permettra pas, à lui seul, de mettre pleinement en œuvre la Stratégie et de parvenir à l'éradication de la poliomyélite. Des fonds sont par exemple nécessaires pour soutenir l'achat de vaccins antipoliomyélitiques inactivés par l'intermédiaire de Gavi, l'Alliance du Vaccin, ainsi que le renforcement de la vaccination essentielle et des stocks de vaccin antipoliomyélitique oral. Comme ce fut le cas les années précédentes, le programme de lutte contre la poliomyélite sera déployé en étroite collaboration avec Gavi, l'Alliance du Vaccin, l'un des principaux partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, et avec les acteurs de la vaccination plus largement, en vue de renforcer la vaccination au niveau mondial et de plaider en faveur d'un financement complet et complémentaire axé sur les communautés et les enfants « zéro dose ».

23. Accroître le financement au niveau national sera essentiel pour faire de cette étape la dernière de l'éradication de la poliomyélite et garantir sa réussite. Par conséquent, les États Membres sont encouragés à allouer des ressources nationales à la lutte contre les flambées épidémiques dues aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, conformément à la décision EB146(11) (2020) sur l'éradication de la poliomyélite, et à veiller au maintien des capacités et des infrastructures de base destinées à l'éradication de la poliomyélite, mais dont la portée s'étend à de multiples autres fonctions et programmes essentiels de santé publique.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

24. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport et à fournir des orientations sur les moyens concrets de mettre pleinement en œuvre la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026, l'objectif étant de parvenir à un monde exempt de tout poliovirus, où aucun enfant ne sera jamais plus paralysé en raison de la poliomyélite.

= = =