



Poliomyélite

Éradication de la poliomyélite

Rapport du Directeur général

1. Ce rapport fait le point sur plusieurs questions : les efforts déployés pour interrompre la transmission résiduelle du poliovirus sauvage ; la mise en œuvre des ripostes aux flambées de poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale et l'introduction du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ; les répercussions de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) sur le programme d'éradication mondial ; l'examen de la gouvernance de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) et le processus d'élaboration d'une nouvelle stratégie ; et la situation du financement à la fin de l'année 2020.

TRANSMISSION DU POLIOVIRUS¹

2. En 2020, le poliovirus sauvage de type 1 continue d'être détecté dans certaines régions d'Afghanistan et du Pakistan. Le 25 août 2020, la Région africaine a été certifiée exempte de poliovirus sauvage par la Commission régionale de certification pour l'Afrique (CRCA), devenant la cinquième Région de l'OMS ainsi certifiée comme étant libérée de tout poliovirus sauvage par un organisme indépendant. Pour mémoire, les poliovirus sauvages de type 2 et de type 3 ont été certifiés comme éradiqués à l'échelle mondiale, en 2015 et 2019 respectivement. Des flambées épidémiques dues à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, en particulier de type 2, continuent de sévir dans certaines zones des Régions de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental.

Afghanistan et Pakistan : un réservoir transfrontalier avec cocirculation du poliovirus sauvage de type 1 et du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2

3. L'Afghanistan connaît une cocirculation du poliovirus sauvage de type 1 et du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2. D'après les données disponibles en septembre 2020, 53 cas de poliovirus sauvage de type 1 et 36 prélèvements environnementaux positifs pour le poliovirus sauvage de type 1 y ont été rapportés ; à ceux-ci s'ajoutent 121 cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et 91 prélèvements environnementaux positifs pour le poliovirus circulant

¹ Toutes les données épidémiologiques correspondent à la situation fin septembre 2020. Des données épidémiologiques régulièrement actualisées sont disponibles à l'adresse <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/> (consulté le 26 octobre 2020).

dérivé d'une souche vaccinale de type 2. Même si l'Afghanistan a réussi dans le passé à interrompre avec succès la transmission du poliovirus sauvage autochtone dans les deux réservoirs d'endémicité (région du sud et région orientale), différents facteurs géopolitiques entravent ses efforts : arrivée d'un nouveau gouvernement, changements au niveau des hauts fonctionnaires des ministères, accès limité à la vaccination dans la région du sud et interruption des campagnes de vaccination en raison de la pandémie de COVID-19.

4. La transmission du poliovirus sauvage de type 1 est endémique dans la région du sud et la région orientale et continue de s'étendre à des zones auparavant exemptes de poliomyélite, en particulier dans le nord et l'ouest du pays. Une flambée épidémique de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 se propage dans la région orientale, tandis que presque aucune campagne de vaccination par le vaccin contenant le type 2 n'a été menée depuis plus de six mois et que le nombre d'enfants non protégés contre le poliovirus de type 2 augmente fortement au niveau national.

5. Face à cette situation, le programme national adapte les approches opérationnelles en vue d'interrompre la circulation du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2, d'arrêter la transmission du poliovirus sauvage de type 1 dans la région orientale et les zones non endémiques, et d'améliorer l'accès dans les zones à haut risque de la région du sud ou de contenir le poliovirus sauvage de type 1 aux zones d'endémie existantes. Il s'attache ainsi à adapter les approches choisies pour les campagnes de vaccination à la situation actuelle liée à la COVID-19 et notamment à améliorer la qualité des campagnes ; à étudier différentes méthodes pour améliorer l'accès dans certaines zones clés ; à associer les communautés aux interventions, de façon globale, y compris en communiquant davantage dans les grands médias et les médias sociaux ; et à intégrer les activités de vaccination et de surveillance aux initiatives plus larges en faveur de la santé. Le programme collaborera avec un plus vaste éventail de partenaires des secteurs public et privé actifs sur le terrain afin de dispenser des services de santé et de mettre en place des plans intégrés permettant de fournir d'autres services aux populations pendant les campagnes antipoliomyelitiques, notamment de distribuer des kits d'hygiène, des couvertures pour les nourrissons et du savon, et de mener si possible des campagnes de vaccination multiantigénique.

6. Le Pakistan connaît une cocirculation du poliovirus sauvage de type 1 et du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2. Au 3 novembre 2020, 80 cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage de type 1 et 382 prélèvements environnementaux positifs au poliovirus sauvage de type 1 avaient été signalés ; à ceux-ci s'ajoutent 80 cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et 57 prélèvements environnementaux positifs au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2.

7. La transmission du poliovirus sauvage de type 1 est étendue : les principales zones réservoirs sont le sud du Khyber Pakhtunkhwa, l'agglomération de Karachi (Sind) et l'agglomération de Quetta (Baloutchistan) ; le virus se propage à des zones auparavant exemptes (Pendjab et Sind) ; et il est détecté dans tout le pays. Le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 continue d'élargir son emprise géographique, notamment dans le Khyber Pakhtunkhwa, la progression de la transmission en cours étant encore aggravée par la forte augmentation au niveau national des populations non protégées contre le poliovirus de type 2. Le risque de propagation des deux souches, en particulier du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2, y compris sur le plan international, augmentera ces prochains mois en raison de la hausse du nombre d'enfants vulnérables due à l'interruption des campagnes de vaccination du fait de la pandémie de COVID-19 (voir ci-dessous la section intitulée « Répercussions de la COVID-19 »).

8. Le programme national se réorganise afin de pouvoir enrayer d'urgence la circulation des deux souches de virus, cette réorganisation étant un élément clé du processus plus large de redressement sanitaire et économique consécutif à la COVID-19. Les objectifs d'ici à la fin de l'année 2020 sont

d'interrompre la circulation du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 au moyen de plusieurs vastes campagnes de vaccination de grande qualité, sans aggraver la situation sur le plan de la COVID-19 ; de continuer de maîtriser le poliovirus sauvage de type 1 au moyen de campagnes ciblant les principales zones réservoirs et de mesures de riposte aux flambées ; et de mener à bien la transformation du programme de sorte à réussir à interrompre la circulation du poliovirus sauvage de type 1 en 2021.

Poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 : une urgence de santé publique de plus en plus pressante

9. Le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 a entraîné une situation d'urgence qui, apparue en 2019, continue de s'aggraver en 2020. D'après les données disponibles en novembre 2020, 619 cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et 272 prélèvements environnementaux positifs à un tel poliovirus ont été signalés par 22 pays au niveau mondial. Il s'agit principalement de pays d'Afrique, auxquels s'ajoutent le Pakistan et l'Afghanistan (voir la section précédente) ainsi que les Philippines.

10. En Afrique, plusieurs flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2, génétiquement distincts, continuent de se propager dans différents pays, en particulier en Afrique de l'Ouest (une flambée partie du Nigéria s'étend à l'Afrique de l'Ouest et à certaines parties de l'Afrique centrale) ; en Afrique centrale (notamment en Angola et en République démocratique du Congo) ; et dans la Corne de l'Afrique (notamment en Éthiopie et en Somalie). En Asie, outre l'Afghanistan et le Pakistan, les Philippines continuent de mener une riposte à une flambée épidémique due à une souche qui était apparue en 2019 et s'était ensuite propagée vers la Malaisie.

11. Dans tous les cas, la poursuite de la propagation des flambées existantes et l'émergence de nouveaux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 révèlent les failles de la couverture par la vaccination systématique, ainsi que la qualité insuffisante des ripostes aux flambées au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2. Le déficit croissant d'immunité mucoale face au poliovirus de type 2 au niveau mondial et la chute des taux de vaccination due à la COVID-19 augmentent le risque que ces souches continuent de se propager ou que de nouvelles souches apparaissent.

12. En 2019 et début 2020, l'IMEP a élaboré sa Stratégie pour la riposte aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2, 2020-2021¹ pour agir plus efficacement face à l'évolution épidémiologique du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2. Dans sa décision EB146(11) (2020), le Conseil exécutif a pris note des principaux éléments de cette stratégie et a appelé instamment les États Membres à mobiliser des ressources financières nationales pour contribuer aux efforts de riposte aux flambées épidémiques.

13. Cette décision a souligné combien il est important d'accélérer l'évaluation et la distribution d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, par l'intermédiaire de la procédure OMS d'évaluation et d'homologation en situation d'urgence, et le Conseil a invité les États Membres à accélérer les processus nationaux permettant l'importation et l'utilisation de ce vaccin. En vue d'aider les États Membres à appliquer cette décision, l'IMEP a créé un groupe de travail sur le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 pour coordonner tous les aspects de la distribution de façon sûre, efficace et rapide. La recommandation d'homologation en situation d'urgence, fondée sur des données

¹ Strategy for the response to type 2 circulating vaccine-derived poliovirus 2020-2021, disponible en anglais à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/04/Strategy-for-the-response-to-type-2-circulating-Vaccine-Derived-Poliovirus-20200406.pdf> (consulté le 26 octobre 2020).

issues des principales études cliniques menées chez l'adulte, l'enfant et le nourrisson, a été émise le 13 novembre 2020 sous l'autorité de l'équipe de préqualification de l'OMS.¹ Parallèlement, les bureaux régionaux de l'OMS aident les États Membres présentant un risque élevé pour le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 à se préparer à l'utilisation éventuelle d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2. Pour guider la distribution de ce vaccin, le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination a adopté dans son principe le cadre relatif aux critères d'utilisation initiale au titre de la procédure d'homologation en situation d'urgence, à sa réunion tenue début 2020,² en attendant que la recommandation relative à un emploi en situation d'urgence soit émise. La production du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 se déroule conformément au calendrier prévu et près de 200 millions de doses devraient être disponibles d'ici à la fin de l'année 2020. Le vaccin devrait être utilisé à grande échelle pour la riposte aux flambées épidémiques avant la fin de l'année. Il constitue un nouvel outil à disposition des pays pour leurs efforts d'éradication, parallèlement au vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2, au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, au vaccin antipoliomyélitique oral trivalent et au vaccin antipoliomyélitique inactivé. Des associations vaccinales différentes seront recommandées pour des zones différentes, selon la situation épidémiologique prévalente, propre à la zone concernée, le but étant d'intervenir le plus efficacement et rapidement possible. Un cadre régissant l'utilisation des différents vaccins contenant le type 2 a été examiné en octobre 2020 par le SAGE, qui l'a adopté dans son principe.

RÉPERCUSSIONS DE LA COVID-19

14. La pandémie de COVID-19 a fortement perturbé la lutte contre les maladies à prévention vaccinale, y compris la poliomyélite, fragilisant les systèmes de santé et limitant l'accès aux traitements et vaccinations d'importance vitale partout dans le monde. Afin de protéger les populations et le personnel, l'IMEP a recommandé en mars 2020 aux pays d'interrompre provisoirement les campagnes de vaccination antipoliomyélitique en porte-à-porte et de réaffecter les agents et les ressources du programme antipoliomyélitique à la lutte contre la COVID-19. Même si elle était nécessaire pour sauver des vies, la décision de suspendre plus de 60 campagnes de lutte antipoliomyélitique planifiées dans plus de 30 pays, associée aux perturbations que la COVID-19 a entraînées pour la vaccination systématique, a d'ores et déjà entraîné une recrudescence de la transmission du poliovirus.

15. Ce phénomène est particulièrement inquiétant en Afghanistan et au Pakistan, deux pays touchés par des flambées épidémiques de poliovirus sauvage et de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale : les modélisations prévoient qu'en l'absence de campagnes de vaccination, la circulation des poliovirus y augmentera de façon exponentielle pendant la saison de forte transmission. Une hausse de la transmission devrait aussi être observée dans d'autres pays frappés par des flambées épidémiques de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale. Par exemple, les estimations du risque et modélisations actuelles indiquent que dans la Région africaine, d'ici à la fin de l'année 2020, le nombre de districts abritant des cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale pourrait tripler si des activités de riposte de grande qualité ne reprennent pas. Si rien n'est fait, cette hausse de la transmission entraînera un risque fortement accru de propagation internationale du poliovirus et de flambées dans plusieurs pays. En juin 2020, le Comité d'urgence au titre du Règlement sanitaire international (2005) concernant la propagation internationale du poliovirus, évaluant la question de savoir si le risque de propagation

¹ Premier vaccin jamais répertorié dans le cadre de la procédure d'évaluation et d'homologation en situation d'urgence de l'OMS. Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/04/Strategy-for-the-response-to-type-2-circulating-Vaccine-Derived-Poliovirus-20200406.pdf> (consulté le 17 novembre 2020).

² *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 29 mai 2020. Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, 31 mars-1^{er} avril 2020 : conclusions et recommandations. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332218/WER9522-eng-fre.pdf?ua=1&ua=1> (consulté le 17 novembre 2020).

internationale du poliovirus demeurerait une urgence de santé publique de portée internationale, a conclu que « la situation actuelle est exceptionnelle, caractérisée par un risque clair et croissant de propagation internationale et la nécessité toujours manifeste d'une riposte internationale coordonnée ».¹

16. En novembre 2020, les campagnes de vaccination antipoliomyélitique avaient repris dans 23 pays : Afghanistan, Angola, Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Guinée, Malaisie, Mali, Niger, Nigéria, Pakistan, Philippines, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Tchad, Togo et Yémen. À chaque fois, les décisions de reprendre les activités ont été prises par les autorités nationales, en utilisant les orientations stratégiques de l'IMEP concernant la prise de décisions et en étroite collaboration avec les programmes de santé, notamment les programmes vaccinaux. Elles ont procédé d'une analyse attentive des problèmes afin de s'assurer que les avantages de la conduite de l'activité l'emportent sur les risques de transmission de la COVID-19 chez les agents de première ligne et dans la population. Dans les pays qui ont repris avec succès leurs activités, le programme a mis au point des stratégies et différentes ressources sont actuellement distribuées (masques et gels hydroalcooliques par exemple) afin de protéger les agents de santé de première ligne sur le terrain, tout en veillant à ce que la distanciation physique soit bien respectée dans les différents volets de la campagne. De surcroît, le programme est en train de passer en revue et de modifier ses stratégies de mobilisation sociale dans le but d'associer efficacement les populations à la mise en œuvre de campagnes de grande qualité. Le programme, les pays et la communauté de la santé publique au sens large étudient également les possibilités d'associer l'administration du vaccin antipoliomyélitique avec d'autres vaccinations et services de santé, en fonction des besoins immédiats de la population, des ressources disponibles et de considérations opérationnelles et logistiques.

17. La pandémie de COVID-19 et les risques connexes ont fortement perturbé la vaccination et les autres initiatives de santé publique, à grande échelle, soulignant combien il est urgent d'adopter des approches plus coordonnées et intégrées. L'IMEP collabore avec les programmes de vaccination de l'OMS et de l'UNICEF dans le cadre d'une initiative pluripartenaire visant à élaborer un « programme de travail intérimaire pour des mesures intégrées » présentant les principales activités et stratégies et les grands changements d'approche nécessaires pour relever les défis sans précédent auxquels se heurtent actuellement les pays en lien avec la COVID-19. Les travaux menés au titre du programme de travail intérimaire aiguilleront aussi les processus de révision de la stratégie et d'examen de la gestion de l'IMEP, tous deux en cours (voir la section « Gouvernance et financement » ci-dessous).

18. Partout où il dispose de ressources, le programme de lutte antipoliomyélitique continue d'apporter un appui décisif pour protéger les populations contre la COVID-19. Depuis des décennies, les agents de la lutte antipoliomyélitique enrayment avec succès les flambées épidémiques de la maladie ; forts de cette expérience et des ressources dont ils disposent, ils jouent aujourd'hui un rôle majeur dans la lutte contre la COVID-19. Parallèlement, le personnel éduque le public et combat la diffusion d'informations fallacieuses. Au niveau mondial, le réseau de surveillance de la poliomyélite est mis à contribution pour différents aspects de la lutte contre la COVID-19 : détection des cas, recherche des contacts, dépistage en laboratoire et gestion des données. Les systèmes de gestion de données sur la poliomyélite et le personnel de première ligne contribuent à l'intensification des mesures de détection et de riposte face à la COVID-19. Selon les informations obtenues, de nombreux agents de lutte contre la poliomyélite ont été infectés par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) dans le cadre de leurs fonctions et deux agents sont décédés de la COVID-19 en Somalie.

¹ Statement of the 25th Polio IHR Emergency Committee, June 2020. Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/07/25th-polio-EC-IHR-statement-20200706.pdf> (en anglais seulement, consulté le 26 octobre 2020).

19. Sachant combien la COVID-19 a perturbé les services de vaccination, y compris ceux consacrés à l'éradication de la poliomyélite, l'OMS et l'UNICEF ont lancé le 6 novembre 2020 un appel conjoint à agir de toute urgence pour combattre et prévenir les flambées épidémiques de rougeole et de poliomyélite¹ en protégeant les enfants par la vaccination. Dans ce document, les deux organisations invitent instamment les pays à investir dans leurs services de vaccination pour relever d'urgence les niveaux d'immunité de la population, et appellent la communauté internationale à débloquer rapidement les fonds nécessaires pour mettre en œuvre des stratégies visant à prévenir et à combattre les flambées de poliomyélite et de rougeole.

CONFINEMENT DES POLIOVIRUS

20. L'objectif général du confinement des poliovirus est de réduire le risque de réintroduction du poliovirus et de la maladie dans la population générale. Pour ce faire, les types et les quantités de poliovirus détenus dans les pays font l'objet d'un suivi, moyennant un examen annuel des inventaires établis aux fins de la certification, et des orientations techniques sont communiquées sur l'application du GAP III (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)² dans les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus.

21. Conformément à la résolution WHA68.3 (2015), les pays doivent continuer d'intensifier leurs activités en vue du confinement des poliovirus de type 2. En 2020, 73 établissements (laboratoires, fabricants de vaccins et établissements de recherche) conservant des poliovirus de type 2 étaient recensés dans 25 pays. Quinze établissements dans cinq pays n'ont pas encore rejoint le dispositif de certification du confinement des poliovirus dans le monde, alors qu'il fallait en principe le faire au plus tard en décembre 2019. De plus, l'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 3 étant désormais certifiée, les échantillons contenant cette souche doivent maintenant être confinés ou détruits. Le nombre d'établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus devrait augmenter puisque lorsque les poliovirus de type 3 et 1 seront certifiés comme éradiqués au niveau mondial, ils devront être gérés dans des conditions de confinement.

22. Le programme met actuellement à jour ses orientations en matière de confinement, y compris le GAP III, le but étant de coordonner les changements apportés à ces lignes directrices mondiales dans un contexte où il doit aussi réorienter ses efforts face à l'évolution des critères de certification, aux épidémies en cours et à la pandémie de COVID-19.

23. Tous les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus de type 2 sont situés dans des pays exempts de poliomyélite. Depuis le début de l'année 2020, plusieurs incidents (défaillance ou dissémination) ont été signalés par des établissements de trois pays. Le déficit croissant d'immunité mucoale face au poliovirus de type 2 constaté à l'échelle mondiale ainsi que le recul des taux de vaccination dû à la pandémie de COVID-19 aggravent encore les conséquences potentielles d'une défaillance (augmentation du risque de propagation). Tous les pays, que le poliovirus y soit ou non présent, devraient : veiller à ce que les mesures de confinement des poliovirus soient pleinement appliquées ; réduire au strict minimum les établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus ; et cesser d'utiliser le poliovirus sauvage en lui préférant, lorsque cela est possible, d'autres souches atténuées génétiquement stabilisées.

GOVERNANCE ET FINANCEMENT

24. En décembre 2019, face à l'évolution de la situation et des besoins et pour répondre à la demande des donateurs, l'IMEP a lancé un processus d'examen de la gouvernance afin de déterminer comment améliorer le fonctionnement du partenariat et ses structures de direction (Conseil de surveillance de la

poliomyélite, Comité des finances et de la responsabilisation et Comité stratégique). Cela a été l'occasion de recueillir des observations auprès des parties prenantes et des donateurs moyennant une série d'enquêtes, d'ateliers, d'entretiens et de consultations menés sur une période de six mois. Les résultats,³ publiés en juillet 2020, mettent en évidence les grandes problématiques et fournissent des recommandations pour renforcer la gouvernance du programme.

25. En 2020, l'IMEP a commencé à réviser la nouvelle stratégie d'éradication de la poliomyélite. S'appuyant sur les meilleures pratiques et les leçons de l'expérience, les partenaires et les parties prenantes s'attachent collectivement à recenser les obstacles qui continuent d'entraver l'éradication de la poliomyélite afin d'éclairer la stratégie révisée et d'y intégrer les approches optimales pour les surmonter. Les partenaires et les parties prenantes devraient être fortement sollicités jusqu'à la fin de l'année 2020 car il s'agit de finaliser la stratégie d'ici au premier trimestre 2021 et d'en présenter les principaux volets à la Soixante-Quatorzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2021.

26. Même si l'IMEP bénéficie globalement d'un solide soutien, notamment de la part des donateurs souverains historiques et du Rotary International, elle connaît une situation financière précaire qui pourrait avoir de graves conséquences sur les efforts mondiaux d'éradication. Les contraintes financières actuelles pourraient l'obliger à hiérarchiser les ressources dont elle dispose, la contraignant alors à réduire sa présence dans les pays où la poliomyélite n'est pas endémique. Dans le même temps, le programme adapte ses approches face à la pandémie de COVID-19. Plusieurs facteurs devraient entraîner une hausse de ses besoins financiers : 1) alors que les campagnes de vaccination reprennent, des investissements supplémentaires sont nécessaires pour protéger les agents de santé et les communautés au cours de celles-ci ; 2) le recul des services de vaccination essentiels et l'interruption des campagnes en 2020 pourraient entraîner une augmentation du nombre de cas et des coûts nécessaires pour la riposte ; 3) ce dernier facteur pourrait également retarder l'éradication elle-même. Le programme entreprend une analyse attentive des risques que présente l'évolution de la situation épidémiologique et veille à ce que les interventions soient engagées de la façon la plus sûre et la plus efficace possible, notamment au moyen d'activités multiantigéniques le cas échéant. Les États Membres sont encouragés à renforcer la vaccination systématique par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent et le vaccin antipoliomyélitique inactivé et à mobiliser des ressources nationales face aux flambées épidémiques de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, conformément à la décision EB146(11).

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

27. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport et à centrer ses délibérations sur les difficultés opérationnelles qui demeurent pour atteindre chaque enfant, le déploiement du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 et les moyens d'atténuer les risques posés par la situation financière précaire de l'IMEP.

= = =

¹ Emergency call to action for measles and polio outbreak response and prevention. Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/funding-appeal/> (consulté le 6 novembre 2020).

² 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/10665/208872?locale-attribute=fr&> (consulté le 26 octobre 2020).

³ Examen de la gouvernance de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, juillet 2020. Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/08/GPEI-Governance-Review-Report-French.pdf> (consulté le 26 octobre 2020).