



Poliomyélite

Éradication de la poliomyélite

Rapport du Directeur général

1. Le présent rapport fait le point sur les mesures prises pour atteindre les buts 1 et 2 de la stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026, à laquelle la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a apporté son soutien.¹ En particulier, il fournit des informations sur l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage dans les pays où le virus est endémique ; sur 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 ; sur les répercussions continues de la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) sur l'effort mondial d'éradication ; et sur la situation financière en cette fin d'année 2021. La stratégie, élaborée en étroite coordination et en consultation avec les partenaires et les États Membres,² a été officiellement lancée en juin 2021, à l'occasion d'une visite au Pakistan du Conseil de surveillance de la poliomyélite relevant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

2. En 2021, la situation épidémiologique a été favorable. On a effectivement enregistré, au niveau mondial, une baisse de 98 % du nombre de cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1 et une baisse de 70 % du nombre de cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale. Dans les zones d'endémie, deux cas dus au poliovirus sauvage de type 1 ont été signalés en 2021. Cette situation 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 les enfants systématiquement omis lors de la vaccination dans les réservoirs d'endémicité ; 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 les campagnes de lutte contre la maladie ; le début du deuxième semestre, qui correspond à la saison de forte transmission de la poliomyélite ; et une situation financière précaire qui se ressent sur l'action mondiale.

¹ Voir le document A74/19 et les procès-verbaux de la Commission A, dixième séance, section 3 et onzième séance, section 1 (en anglais seulement). Conformément aux modes opératoires établis dans des plans stratégiques antérieurs et à la demande des États Membres, le Secrétariat continuera de faire régulièrement rapport au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans la réalisation des buts de la stratégie tout au long de la période visée par celle-ci. La stratégie est disponible à l'adresse <https://polioeradication.org/gpei-strategy-2022-2026/> (consulté le 25 novembre 2021) (en anglais seulement).

² Polio Eradication Strategy 2022–2026. Stakeholder consultation report. Disponible à l'adresse <https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2021/07/Stakeholder-Consultation-Report-20210708.pdf> (consulté le 25 novembre 2021) (en anglais seulement).

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

3. Cinq des six Régions de l'OMS sont certifiées exemptes de tout poliovirus sauvage par un organisme indépendant. L'éradication des poliovirus sauvages de types 2 et 3 à l'échelle mondiale 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.

4. En Afghanistan, un cas de poliomyélite dû à un poliovirus sauvage de type 1 et un prélèvement environnemental positif pour le poliovirus sauvage de type 1 ont été signalés en 2021, ainsi que 43 cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et 40 prélèvements environnementaux positifs pour le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2.¹

5. L'Afghanistan est parvenu par le passé à interrompre la transmission du poliovirus sauvage autochtone 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. Les déplacements massifs de personnes et l'insécurité croissante se sont ainsi ajoutés aux problèmes que constituaient déjà l'accès limité à la vaccination porte-à-porte dans la région méridionale, la sécurité des agents de santé de première ligne et les difficultés pratiques posées par la pandémie de COVID-19. Bien que la couverture nationale globale par les vaccins antipoliomyélitiques soit élevée (supérieure à 90 %), un déficit immunitaire persiste au niveau régional, et ce parmi les enfants systématiquement omis de la vaccination dans les zones réservoirs.

6. Les besoins humanitaires de la population afghane continuent d'augmenter fortement en raison du changement de circonstances, de la sécheresse et de la pandémie de COVID-19. 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 soins. Le rôle essentiel des organisations humanitaires de première ligne doit être soutenu.

7. Au Pakistan, un cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1 et 62 prélèvements environnementaux positifs pour le poliovirus sauvage de type 1 ont été signalés en 2021, ainsi que huit cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et 35 prélèvements environnementaux positifs pour le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2.

¹ Sauf indication contraire, toutes les données épidémiologiques consignées dans le présent rapport portent sur la situation fin septembre 2021. 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 Déclaration des principaux responsables du Comité permanent interorganisations (IASC) sur l'Afghanistan, 19 août 2021. Disponible à l'adresse <https://www.unhcr.org/fr/news/press/2021/8/611e6ad0a/declaration-principaux-responsables-comite-permanent-inter-agences-iasc.html> (consulté le 22 novembre 2021).

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 combattre 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 efficace des stratégies de mobilisation communautaire ; à l'intégration à des programmes de santé publique plus vastes, en particulier pour appuyer un renforcement des systèmes de vaccination ; et à la pleine mobilisation des dirigeants fédéraux et provinciaux en faveur de l'appui au programme et de la mise en œuvre de celui-ci.

9. Afin de renforcer la mobilisation des responsables publics et d'apporter un soutien supplémentaire aux pays d'endémie restants, le Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a créé le sous-comité ministériel régional sur l'éradication de la poliomyélite et les flambées épidémiques, qui s'est réuni pour la première fois en mars 2021 et qui continue de fournir un appui et des conseils à l'Afghanistan et au Pakistan. Dans le même temps, la pandémie de COVID-19 a une incidence sur les interventions dans les deux pays, et le personnel, les compétences spécialisées et les infrastructures habituellement dévolus à l'éradication de la poliomyélite continuent d'être mobilisés pour soutenir les efforts nationaux et locaux de riposte à la COVID-19, ce qui inclut le déploiement des vaccins.

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 14 pays où la poliomyélite n'était pas endémique, dans trois Régions, et a entraîné 326 cas (12 cas dus au type 1 et 314 cas au type 2). Bien que cela représente une baisse de 70 % du nombre de cas dans le monde par rapport à 2020, la situation demeure précaire. En effet, les déficits immunitaires persistent, en particulier pour le poliovirus de type 2, les délais de riposte face aux flambées épidémiques ne sont pas respectés, la qualité des interventions en la matière est insuffisante et les taux de vaccination baissent en raison de la COVID-19. En particulier, le poliovirus continue d'être détecté 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 64 % de tous les cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 dans le monde, et au Nigéria, où l'on dénombre 53 % de tous les cas.

11. Afin d'arrêter plus efficacement et plus durablement le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2, le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 continue d'être déployé au moyen du protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence (protocole EUL). 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 de cette période, qui est allée de mars à octobre 2021, environ 100 millions de doses du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 ont été utilisées dans sept pays. Tandis que le renforcement de la surveillance a permis un contrôle rigoureux de l'innocuité du vaccin pendant la phase d'utilisation initiale, 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.

12. Outre le déploiement en cours du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, la réussite de l'opération dépendra de la capacité à mettre en place des campagnes d'intervention rapide et de haute qualité pour combattre toute flambée épidémique en cours ou nouvellement détectée. 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. Le programme de lutte contre la poliomyélite continue de gérer une situation mondiale complexe en matière d'approvisionnement en vaccins, qui se caractérise par différentes formulations du vaccin antipoliomyélitique dans un contexte épidémiologique en constante évolution. Aucune pénurie de vaccin de type 2 ne vient freiner la riposte face à l'épidémie, et le programme est guidé par les conseils du SAGE, qui recommande d'intervenir le plus rapidement possible à l'aide des doses de vaccin de type 2 disponibles.

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,¹ les États Membres se sont de nouveau engagés à redoubler d'efforts pour éradiquer tous les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 restants, 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 – la riposte à la pandémie de COVID-19 et le déploiement des vaccins contre la COVID-19 étant l'illustration la plus récente de cette démarche – et de 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.

Urgence de santé publique de portée internationale

14. Lors de sa dernière réunion, qui s'est tenue en août 2021,³ 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.

¹ Les pays africains s'engagent à éradiquer toutes les formes de poliomyélite lors d'une réunion régionale, 26 août 2021 (<https://www.afro.who.int/fr/news/les-pays-africains-sengagent-eradiquer-toutes-les-formes-de-polio-lors-dune-reunion-regionale>, consulté le 22 novembre 2021).

² Pour plus d'informations sur la transition pour la poliomyélite, notamment sur les activités dans la Région africaine, voir le document EB150/22.

³ Statement of the twenty-eighth Polio IHR Emergency Committee, août 2021 (<https://www.who.int/news/item/20-08-2021-statement-of-the-twenty-ninth-polio-ihr-emergency-committee>, consulté le 22 novembre 2021) (en anglais seulement).

Environnement favorable

15. Afin que la nouvelle stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 soit mise en œuvre efficacement, un certain nombre de facteurs propices doivent être réunis, notamment l'équité de genre (voir la section sur la gouvernance et le financement), la recherche, le suivi et l'évaluation, et 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). 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 face à la pandémie de COVID-19 et à l'introduction et au déploiement des vaccins contre la COVID-19.

16. 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 ».²

SE PRÉPARER POUR LA PHASE DE POSTCERTIFICATION

Confinement des poliovirus

17. 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. Pour ce faire, un examen annuel des inventaires établis aux fins de la certification est mené et des 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 sont communiquées aux établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus. Au titre de la résolution WHA68.3 (2015) sur la poliomyélite, les pays devraient continuer à procéder de la manière voulue au confinement des poliovirus sauvages de type 2, conformément au 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.¹ 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 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.

¹ Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral : GAP III. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208873>, consulté le 22 novembre 2021).

Abandon du vaccin antipoliomyélique oral

18. Lorsque les poliovirus sauvages seront éradiqués dans le monde, l'utilisation des vaccins antipoliomyéliques oraux issus 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 tous les vaccins antipoliomyéliques 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 antipoliomyéliques oraux en 2016. Les politiques d'abandon du vaccin antipoliomyélique 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 de la gestion des stocks mondiaux de vaccins antipoliomyéliques oraux ; et du temps écoulé entre la certification de l'éradication et l'abandon du vaccin antipoliomyélique 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

19. 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 de prise de décisions au niveau local. Les recommandations relatives à la régionalisation, à la participation accrue du Conseil de surveillance de la poliomyélite et du Comité stratégique 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. 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.

20. L'engagement politique global en faveur de l'éradication de la poliomyélite demeure ferme, mais, dans le contexte économique actuel, le programme de lutte contre la poliomyélite connaît une situation financière précaire qui pourrait entraver grandement les efforts mondiaux d'éradication. Le budget de fonctionnement alloué à la mise en œuvre de la stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 sera approuvé par le Conseil de surveillance de la poliomyélite au quatrième trimestre de 2021. Un argumentaire d'investissement présenté en 2021, qui fera une large place au soutien continu des donateurs existants et aux nouvelles sources de soutien, permettra de déterminer les ressources affectées à la nouvelle stratégie et au nouveau budget. 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 antipoliomyéliques inactivés par l'intermédiaire de Gavi, ainsi que le renforcement de la vaccination essentielle et les stocks supplémentaires de vaccin antipoliomyélique oral. Comme ce fut le cas les années précédentes, le programme de lutte contre la poliomyélite œuvrera en étroite collaboration avec

Gavi, l'un des principaux partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 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 ».

21. 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), 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 LE CONSEIL EXÉCUTIF

22. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport. Il est en outre invité à fournir, dans le cadre de ses débats, 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.

= = =