



## Poliomyélite

### Éradication de la poliomyélite

#### Rapport du Directeur général

1. Le présent rapport fait le point sur les mesures prises pour mettre en œuvre et financer intégralement la stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026, à laquelle la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé a apporté son soutien.<sup>1</sup>

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

2. En 2022, le poliovirus sauvage de type 1 a continué à être détecté dans certaines régions de l'Afghanistan et du Pakistan, les deux derniers pays où le virus est endémique. L'Afghanistan et le Pakistan sont également touchés par un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ; cependant, aucun cas associé à cette souche n'a été signalé dans ces pays depuis plus de 12 mois. Au premier semestre de 2022, la confirmation de cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1 au Malawi (avec apparition de la paralysie en 2021) et au Mozambique a mis en évidence le risque mondial de transmission continue du poliovirus sauvage ; la souche virale était génétiquement liée à une souche originaire du Pakistan.

3. L'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 1 dépend en grande partie des progrès réalisés dans le bloc épidémiologique constitué par le Pakistan et l'Afghanistan dans la Région de la Méditerranée orientale. Ces deux pays ont fait des progrès depuis 2020, comme en témoignent la diminution du nombre de cas de poliomyélite et d'échantillons environnementaux positifs, la transmission géographiquement localisée et la réduction du nombre de chaînes de transmission. Néanmoins, des problèmes subsistent dans certaines zones clés des trois corridors épidémiologiques transfrontaliers, à savoir : le corridor sud comprenant le bloc de Quetta, au Pakistan, et la région méridionale de l'Afghanistan ; le corridor nord comprenant la partie centrale de la province du Khyber Pakhtunkhwa, au Pakistan, et la région orientale de l'Afghanistan ; et le corridor central comprenant le sud de la province du Khyber Pakhtunkhwa, au Pakistan, et la région du sud-est de l'Afghanistan. En 2022, le corridor central a enregistré plusieurs notifications de poliovirus sauvage de type 1 et des

---

<sup>1</sup> Voir le document A75/23 et les procès-verbaux de la Soixante-Quinzième Assemblée mondiale de la Santé, Commission B, septième séance, section 2 et huitième séance, section 2 (en anglais seulement).

échantillons environnementaux, provenant principalement de la partie méridionale de la province du Khyber Pakhtunkhwa.

4. En Afghanistan, un cas de poliomyélite dû à un poliovirus sauvage de type 1<sup>1</sup> et deux prélèvements environnementaux positifs pour le poliovirus sauvage de type 1 ont été signalés en 2022.<sup>2</sup> En 2022, aucun poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 n'a été détecté, ni parmi les cas de paralysie ni dans les échantillons environnementaux. La surveillance des poliovirus est généralement solide, grâce à une surveillance efficace de la paralysie flasque aiguë complétée par une surveillance environnementale. Les régions du sud, du sud-est et de l'est de l'Afghanistan, en particulier les districts limitrophes du Pakistan, sont exposées à un risque élevé de transmission du poliovirus en raison de la forte proportion d'enfants « zéro dose » et de la qualité inégale des campagnes de vaccination contre la poliomyélite.

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, ces efforts se sont heurtés à la crise humanitaire, qui s'est intensifiée en août 2021 et se poursuit à la date de publication du présent rapport. Même si la situation générale en matière de sécurité et l'accès à la vaccination porte à porte se sont considérablement améliorés, des problèmes subsistent dans certaines parties de la région méridionale en raison des inquiétudes persistantes concernant la sécurité des agents de santé de première ligne et des complications opérationnelles persistantes dues à l'évolution de la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19). Bien que la couverture nationale globale par les vaccins antipoliomyélitiques soit élevée (supérieure à 90 %), des lacunes immunitaires persistent au niveau régional, et ce parmi les enfants qui systématiquement ne sont pas vaccinés dans les zones réservoirs.

6. Au Pakistan, 15 cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1<sup>3</sup> et 11 échantillons environnementaux positifs pour le poliovirus sauvage de type 1<sup>4</sup> ont été notifiés en 2022. Il n'y avait eu aucun cas de poliovirus sauvage de type 1 depuis plus de 12 mois dans les principales zones réservoirs du Pakistan jusqu'à ce qu'un échantillon environnemental positif soit détecté en août 2022 dans le district de Peshawar dans la province du Khyber Pakhtunkhwa. Une flambée intense localisée dans plusieurs districts du sud de la province du Khyber Pakhtunkhwa est en cours. En juillet et août 2022, des échantillons environnementaux positifs pour le poliovirus sauvage de type 1 ont été signalés dans huit districts situés en dehors de la partie méridionale de la province du Khyber Pakhtunkhwa.

7. 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 « zéro dose » ; 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.

---

<sup>1</sup> Début de la paralysie le 14 janvier 2022.

<sup>2</sup> Date de prélèvement des échantillons positifs les plus récents : 20 juillet 2022.

<sup>3</sup> Début de paralysie chez le cas le plus récent : 1<sup>er</sup> août 2022.

<sup>4</sup> Date de prélèvement des échantillons positifs les plus récents : 20 juillet 2022.

8. Un plan spécial de riposte à une flambée, qui adopte une approche pangouvernementale, a été déployé en 2022 afin d'interrompre rapidement la transmission dans le sud de la province du Khyber Pakhtunkhwa. Ce plan met l'accent sur les changements programmatiques dans huit composantes critiques et prend en compte le contexte local, en vue de garantir que la portée et la qualité des services de vaccination respectent les normes requises pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite. Entre-temps, des moyens ont été mis en œuvre pour accélérer le rythme de la vaccination autour de la zone infectée et d'autres lieux à haut risque afin de minimiser le risque que cette flambée localisée s'étende au reste du pays. La détection de la même souche dans un échantillon environnemental prélevé à Karachi en septembre 2022 a mis en évidence le risque de propagation. Si ces signalements ne sont pas surprenants compte tenu de la fréquence et de l'ampleur des mouvements de population entre Karachi et le reste du pays, en particulier la province du Khyber Pakhtunkhwa, des mesures d'intervention urgentes, coordonnées par les centres d'opérations d'urgence nationaux et provinciaux compétents, sont déployées pour mettre fin à la propagation de la flambée.

9. À la suite des inondations dévastatrices qui ont touché le pays, le personnel chargé de la lutte contre la poliomyélite sur le terrain continue de participer aux opérations de secours d'urgence, notamment en contribuant à mettre en place des unités de santé mobiles, en fournissant des services cliniques de base, en aidant à lutter contre les maladies d'origine hydrique par la distribution de comprimés destinés à purifier l'eau et en menant une surveillance active des maladies transmissibles. Parallèlement à ces activités, le programme de lutte contre la poliomyélite continue d'adapter ses opérations afin que les activités d'éradication de la poliomyélite puissent se poursuivre.

10. Un examen de la surveillance a été effectué au Pakistan en deux phases, la première en octobre 2021 et la seconde en février 2022. Il a conclu que le système en place pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë est solide et sensible, et qu'il est complété par une surveillance environnementale. Toutefois, il a révélé l'existence d'une transmission continue et durable au sein des populations à haut risque et mal desservies du sud de la province du Khyber Pakhtunkhwa, y compris chez les groupes de migrants saisonniers, que les systèmes de surveillance et de vaccination semblent avoir du mal à atteindre. Ces populations commencent à bénéficier d'une surveillance ciblée et des stratégies de vaccination adaptées sont en cours d'élaboration.

11. Au cours des neuf derniers mois, un cas de poliovirus sauvage de type 1 a été signalé à Lilongwe au Malawi (avec apparition de la paralysie en 2021) et cinq dans la province de Tete au Mozambique. Les cas étaient regroupés le long du fleuve Zambèze et le long des axes de transport reliant les principales agglomérations. D'après les données de séquençage génétique, un seul cas d'importation en provenance du Pakistan s'est produit entre le second semestre de 2019 et le début de 2020.

12. Une riposte d'urgence infrarégionale multipays est actuellement mise en œuvre pour faire face aux flambées dans cinq pays d'Afrique du Sud-Est : le Malawi, le Mozambique, la République-Unie de Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe. Des efforts concertés sont déployés dans le but : de renforcer la surveillance du poliovirus aux niveaux national et infranational ; de mener des activités de sensibilisation et de former les prestataires de soins de santé ; et d'étendre la surveillance environnementale afin de garantir la détection précoce de tout futur cas de poliovirus sauvage de type 1 et une intervention rapide. En août 2022, lors de la soixante-douzième session du Comité régional de l'Afrique, un événement spécial a été organisé avec les ministres de la santé des pays touchés par la flambée et des pays à haut risque, afin de solliciter un engagement politique au plus haut niveau pour mettre fin à la flambée de poliovirus sauvage de type 1 d'ici le premier trimestre de 2023. La persistance de la flambée pendant une période prolongée présente un risque de propagation géographique supplémentaire et la Région africaine pourrait ainsi perdre son statut de Région exempte de poliovirus sauvage.

## **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**

13. Si la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 prévoit la détection en temps utile des virus et une riposte rapide aux flambées, il est nécessaire d'améliorer encore les paramètres clés.

14. Au cours des deux dernières années, des cas de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ont été notifiés dans 26 pays de trois Régions. En outre, des cas de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale de types 1 et 3 ont été signalés en Israël, à Madagascar, au Mozambique et au Yémen.

15. En 2021 et au début de 2022, plusieurs facteurs ont retardé les interventions de qualité et en temps voulu, notamment les problèmes d'approvisionnement en vaccins, d'accessibilité géographique et de sécurité, le recul de la vaccination systématique, la pandémie de COVID-19 et d'autres urgences de santé publique. Face à ces problèmes, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a publié, début 2022, la mise à jour de ses lignes directrices et de son mandat en matière de riposte aux flambées,<sup>1</sup> qui tiennent compte des récentes évolutions mondiales.

16. Pour atteindre les objectifs de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026, un plan d'action mondial détaillé pour la surveillance de la poliomyélite 2022-2024 a été élaboré, destiné à accélérer la détection de tout poliovirus, quelle qu'en soit la source.

17. Une attention particulière est accordée à quatre zones de flambées clairement définies qui, collectivement, ont représenté près des neuf dixièmes de l'ensemble des cas de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 en 2022, à savoir : l'est de la République démocratique du Congo, le nord du Nigéria, le centre-sud de la Somalie et le nord du Yémen. L'intensité de la transmission dans ces zones est exacerbée par divers facteurs, notamment : la qualité et la rapidité insuffisantes de la riposte aux flambées ; l'absence de riposte avec des vaccins contenant le poliovirus de type 2 ; et la perturbation des services de vaccination essentiels, ce qui a entraîné la persistance d'une proportion et d'une concentration élevées d'enfants et de communautés « zéro dose ».

18. En Israël, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord et aux États-Unis d'Amérique, les autorités locales de santé publique gèrent de manière appropriée la détection très médiatisée de poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale.

19. Malgré les difficultés que posent les quatre zones de flambées clairement définies mentionnées au paragraphe 17, des progrès significatifs ont été accomplis pour arrêter la transmission des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale et, en 2022, la circulation géographique de ces souches continue, dans l'ensemble, de diminuer. Toutefois, il reste encore beaucoup à faire pour pérenniser ces bons résultats, en particulier pour atteindre l'objectif 2 de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026.

20. 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 : à la fin octobre 2022, plus de 500 millions de doses avaient ainsi été administrées. Pour garantir la conformité aux exigences du protocole OMS d'autorisation d'utilisation d'urgence, les pays doivent satisfaire à un

---

<sup>1</sup> Procédures opérationnelles standardisées : riposte à un évènement ou à une flambée de poliomyélite, version 4.1. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/07/Standard-Operating-Procedures-For-Responding-to-a-Poliovirus-Event-Or-Outbreak-20220807-FR-Final.pdf>, consulté le 24 novembre 2022).

ensemble prédéfini de critères afin d'être classés comme éligibles à l'utilisation du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2. Fin octobre 2022, 39 pays présentant un risque élevé de flambées dues au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 remplissaient ces critères. L'homologation complète et la préqualification du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 restent en bonne voie pour la fin de 2023. Ce vaccin est actuellement disponible en quantité suffisante pour répondre aux besoins des pays, bien qu'une surveillance étroite se poursuive car, selon les estimations actuelles, il pourrait y avoir des pénuries d'approvisionnement au deuxième trimestre de 2023. Jusque fin 2023, il n'y aura qu'un seul fournisseur pour le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, mais, dès 2024, il devrait être possible de s'approvisionner auprès d'un second fabricant.

21. Outre la poursuite de l'introduction du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2, la capacité à atteindre l'objectif 2 de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 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 vaccins de type 2 ne vient freiner les ripostes aux flambées épidémiques et l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite suit activement les conseils du Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) sur la vaccination, qui recommande d'intervenir le plus rapidement possible lors de flambées à l'aide des doses de vaccins de type 2 disponibles. La réussite des opérations dépendra par conséquent d'une mise en œuvre rapide et de haute qualité de la riposte aux flambées, au moyen des vaccins de type 2 disponibles dans chaque zone (plutôt que de retarder une riposte afin d'utiliser un autre vaccin dont l'approvisionnement serait limité à ce moment donné).

### **Environnement favorable**

22. 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.

23. 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. Dans la Région africaine, en 2021, environ un tiers du personnel employé dans la lutte contre la poliomyélite a consacré plus de 50 % de son temps aux activités de riposte à la COVID-19 et de relèvement après la pandémie. Dans la Région de la Méditerranée orientale, le personnel chargé de la lutte contre la poliomyélite poursuit ses activités de surveillance régionale de la COVID-19, tout en apportant un soutien technique ciblé pour le déploiement du vaccin contre la COVID-19. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des centaines de membres du personnel chargé de la lutte contre la poliomyélite et de la vaccination dans les pays prioritaires pour la transition travaillent de manière intégrée pour administrer les vaccins contre la COVID-19 et élaborer des directives pertinentes, ainsi que pour appuyer le renforcement des capacités et la gestion des données.

24. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continue d'aligner ses priorités sur les stratégies mondiales essentielles en matière de vaccination, comme le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et la stratégie de Gavi, l'Alliance du vaccin, pour 2021-2025, en cherchant à repérer et

à atteindre les communautés « zéro dose ». Selon les estimations OMS/UNICEF pour 2021, la couverture vaccinale a diminué et le nombre d'enfants « zéro dose » a significativement augmenté : 25 millions d'enfants étaient non vaccinés ou sous-vaccinés en 2021, soit 2 millions de plus qu'en 2020 et 6 millions de plus qu'en 2019. Les réservoirs connus de poliovirus au Pakistan et en Afghanistan, dans le nord du Nigéria, dans l'est de la République démocratique du Congo, dans le centre-sud de la Somalie et dans le nord du Yémen se caractérisent tous par une densité importante et très concentrée d'enfants et de communautés « zéro dose ».

## SE PRÉPARER POUR LA PHASE DE POSTCERTIFICATION

### Confinement des poliovirus

25. Conformément à la résolution WHA71.16 (2018) sur la poliomyélite et le confinement des poliovirus, les États Membres se sont engagés à accélérer les progrès vers la certification du confinement, témoignant ainsi d'une intention universelle d'atteindre les objectifs qui y sont énoncés. Bien que des progrès aient été réalisés, ils ne sont pas universels ni assez rapides. Au 1<sup>er</sup> décembre 2022, quatre États Membres n'avaient pas encore terminé leurs inventaires initiaux des matériels contenant des poliovirus de type 2,<sup>1</sup> une activité qui aurait dû être achevée en juillet 2016. Vingt-quatre États Membres ont déclaré conserver des matériels contenant des poliovirus de type 2 dans 64 établissements désignés comme remplissant des fonctions critiques nécessitant une conservation, dont 21 ont entamé le processus de certification pour 51 établissements, tandis que les trois États Membres restants<sup>2</sup> n'ont pas encore officiellement désigné d'autorité nationale pour le confinement, une activité qui aurait dû être achevée en mars 2019. Il en est résulté un manque de surveillance nationale sur la manipulation et le stockage des matériels contenant des poliovirus de type 2 dans 11 établissements. Quatre États Membres<sup>3</sup> n'ont pas encore commencé à intégrer leurs 11 établissements au dispositif de certification du confinement et quatre États Membres<sup>4</sup> n'ont pas encore achevé le processus de demande de certificats de participation pour leurs huit établissements, alors qu'ils auraient dû le faire avant la fin de 2019. En outre, six États Membres<sup>5</sup> n'ont pas encore communiqué leurs plans concernant les demandes de certificats de confinement provisoires dans le cadre du dispositif, une mesure que la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite avait recommandé d'achever d'ici la fin de 2022 au plus tard.

26. En juin 2022, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a publié une stratégie pour le confinement mondial du poliovirus,<sup>6</sup> ainsi qu'un plan d'action,<sup>7</sup> un plan de travail et un cadre de suivi et d'évaluation connexes pour 2022-2024. La troisième édition du 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

---

<sup>1</sup> Brésil, États-Unis d'Amérique, Indonésie et Mexique.

<sup>2</sup> Chine, Roumanie et Viet Nam.

<sup>3</sup> Chine, Roumanie, Serbie et Viet Nam.

<sup>4</sup> Australie, France, Iran et Pakistan.

<sup>5</sup> Australie, Chine, Iran, Roumanie, Serbie et Viet Nam.

<sup>6</sup> Global Polio Eradication Initiative. Strategy for Global Poliovirus Containment. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/07/Strategy-Global-Poliovirus-Containment.pdf>, consulté le 17 août 2022).

<sup>7</sup> Global Polio Eradication Initiative. Global Poliovirus Containment Action Plan 2022–2024. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/07/GPCAP-2022-2024.pdf>, consulté le 17 août 2022).

antipoliomyélique oral a également été révisée en 2022, et la quatrième édition<sup>1</sup> est entrée en vigueur en juillet 2022, à la suite de son approbation par le Groupe consultatif sur le confinement. En outre, on procède actuellement à des examens du dispositif de certification du confinement correspondant et on élabore des orientations visant à réduire au minimum les risques pour les établissements collectant, manipulant ou stockant des matériels potentiellement infectieux contenant des poliovirus.

### **Abandon du vaccin antipoliomyélique oral et certification**

27. Lorsque les poliovirus sauvages seront éradiqués dans le monde, l'utilisation des vaccins antipoliomyéliques oraux dans le cadre des programmes de vaccination systématique sera abandonnée afin d'éliminer le risque posé par les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale.

28. Les 28 et 29 juin 2022, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite s'est réunie pour examiner les critères mondiaux fixés pour la certification. Constatant les progrès réalisés par le programme en matière d'analyse génomique et l'utilisation généralisée de la surveillance environnementale dans de nombreux pays, la Commission a conclu que l'approche traditionnelle de la certification de l'éradication, qui consistait à exiger la preuve que le poliovirus sauvage, quelle qu'en soit la source, n'a pas été détecté depuis trois ans, ne se justifie peut-être plus pour vérifier l'absence de transmission du poliovirus sauvage. En revanche, elle a recommandé l'adoption d'une approche plus souple de la certification, qui remplace les indicateurs de surveillance traditionnels dans un contexte géopolitique plus large, spécifique à une zone. Dans le même temps, la Commission a commencé à évaluer des critères concrets pour la validation définitive de l'absence de poliovirus dérivés de souches vaccinales, y compris les délais nécessaires sans détection de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, quelle qu'en soit la source, après le retrait mondial des vaccins antipoliomyéliques oraux des programmes de vaccination systématique.

## **FINANCEMENT ET ENGAGEMENT MONDIAL À ÉRADIQUER LA POLIOMYÉLITE**

29. La volonté politique mondiale d'éradiquer la poliomyélite reste forte, comme en témoignent les engagements de haut niveau en faveur de l'éradication de cette maladie qui ont été pris lors de l'Assemblée mondiale de la Santé, de la Convention du Rotary International, de la réunion des dirigeants du G7, de la réunion des chefs d'État et de gouvernement du Commonwealth, de la réunion des ministres du développement et de la santé du G20 et du Sommet mondial de la santé qui s'est tenu à Berlin (Allemagne). À cette occasion, lors d'un événement organisé conjointement par le Gouvernement allemand le 18 octobre 2022,<sup>2</sup> les dirigeants mondiaux se sont engagés à hauteur de 2,6 milliards de dollars des États-Unis (USD) envers la stratégie 2022-2026 pour mettre fin à la poliomyélite, une première étape importante pour obtenir les 4,8 milliards USD nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie.

30. Il sera toutefois essentiel d'augmenter le financement au niveau national pour que cette étape soit la dernière dans l'éradication de la poliomyélite et en garantir la réussite.

---

<sup>1</sup> WHO Global Action Plan for Poliovirus Containment, quatrième édition (version non éditée), Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022 (<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/07/WHO-Global-Action-Plan-for-Poliovirus-Containment-GAPIV.pdf>, consulté le 17 août 2022).

<sup>2</sup> Les dirigeants mondiaux s'engagent à hauteur de 2,54 milliards de dollars des États-Unis pour mettre fin à la poliomyélite lors du Sommet mondial de la santé. Communiqué disponible à l'adresse <https://www.who.int/fr/news/item/18-10-2022-global-leaders-commit-usd-2.6-billion-at-world-health-summit-to-end-polio/> (consulté le 24 novembre 2022).

## MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

31. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport et à fournir des orientations à propos des questions suivantes :

- a) Quelles mesures faut-il prendre afin de mobiliser les ressources financières nécessaires pour mettre pleinement en œuvre la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 ?
- b) Quelles mesures faut-il adopter pour que tous les enfants « zéro dose » restants dans les zones touchées et à haut risque aient accès au vaccin antipoliomyélitique oral ?

= = =