Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SEIZIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A76/13**
Point 15.4 de l'ordre du jour provisoire **11 avril 2023**

Poliomyélite

Éradication de la poliomyélite

Rapport du Directeur général

1. Le présent rapport dont est saisie l'Assemblée mondiale de la Santé fait le point sur les mesures prises pour mettre en œuvre et financer intégralement la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026. Le risque de propagation internationale du poliovirus demeure classé comme une urgence de santé publique de portée internationale.[1] À sa cent cinquante-deuxième session, en janvier 2023, le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure du présent rapport.[2]

2. La Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026 vise à interrompre toutes les chaînes de transmission du poliovirus restantes en 2023. Le repérage et la vaccination de tous les enfants « zéro dose » dans les zones géographiques les plus importantes,[3] les sept zones infranationales où ont lieu des urgences humanitaires complexes, seront déterminants pour atteindre cet objectif. Les opérations menées dans le but d'éradiquer la poliomyélite sont en train d'être adaptées, y compris par le canal de centres nationaux d'opérations d'urgence, afin d'administrer le vaccin antipoliomyélitique oral dans le cadre d'une action humanitaire et d'une intervention d'urgence de plus large portée. Un examen stratégique des opérations sera effectué lors du premier semestre de 2023 sous les auspices du Comité de suivi indépendant pour évaluer les progrès accomplis. Le Conseil de surveillance de la poliomyélite se réunira en septembre 2023 pour passer en revue les résultats de l'examen et y donner suite.

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

3. En 2022, le poliovirus sauvage de type 1 a continué d'être détecté dans certaines régions de l'Afghanistan et du Pakistan, les deux derniers pays où le virus est endémique. Ces deux pays ont continué à faire 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, dont il ne subsiste qu'une chaîne active dans

---

[1] Statement of the thirty-fourth Polio IHR Emergency Committee, February 2023 (https://www.who.int/news/item/02-02-2023-statement-of-the-thirty-fourth-polio-ihr-emergency-committee, consulté le 6 mars 2023).

[2] Document EB152/18 ; voir également les procès-verbaux de la cent cinquante-deuxième session du Conseil exécutif, huitième séance, section 1.

[3] Est de l'Afghanistan ; partie méridionale de la province du Khyber Pakhtunkhwa au Pakistan ; nord-ouest du Nigéria ; est de la République démocratique du Congo ; nord du Yémen ; centre-sud de la Somalie ; et province de Tete et arrière-pays au Mozambique.

chaque pays. Les cas de poliomyélite sont désormais principalement circonscrits à la partie orientale de l'Afghanistan et à la partie méridionale de la province du Khyber Pakhtunkhwa au Pakistan, où il reste difficile de vacciner tous les enfants. La détection périodique du poliovirus sauvage de type 1 dans les échantillons environnementaux en dehors de ces dernières zones réservoirs montre que le risque de transmission perdure.

4. En Afghanistan, deux cas de poliomyélite dus à un poliovirus sauvage de type 1[1] et 22 prélèvements environnementaux positifs pour le poliovirus sauvage de type 1 ont été signalés en 2022.[2] 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. La diversité génétique du poliovirus sauvage de type 1 qui se transmet en Afghanistan continue à baisser ; alors qu'il y avait huit chaînes distinctes de transmission en 2021, une seule semble demeurer active au début de 2023.

5. Même si l'accès pour procéder à la vaccination porte à porte s'est considérablement amélioré depuis 2021, des problèmes subsistent dans certaines parties de la région méridionale de l'Afghanistan en raison des inquiétudes persistantes concernant la sécurité des agents de santé de première ligne et des complications opérationnelles 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 infranational, et ce parmi les enfants qui systématiquement ne sont pas vaccinés dans les zones réservoirs. Suite à un décret local ayant pour effet de suspendre les femmes agents de santé des organisations non gouvernementales nationales et internationales, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a fermement réaffirmé son engagement à soutenir tous les agents de santé de première ligne, sachant en particulier le rôle essentiel que jouent les femmes dans les efforts d'éradication aux niveaux national et mondial.

6. Au Pakistan, 20 cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1[3] et 41 échantillons environnementaux positifs pour le poliovirus sauvage de type 1[4] ont été notifiés en 2022. Tous les cas étaient concentrés dans trois districts (sur un total de 171 districts) de la partie méridionale de la province du Khyber Pakhtunkhwa ; cependant, le poliovirus continue d'être détecté dans les échantillons environnementaux en dehors de cette zone réservoir restante. Un plan opérationnel ciblant précisément la partie méridionale de la province du Khyber Pakhtunkhwa est en cours d'application. Comme en Afghanistan, la diversité génétique du poliovirus sauvage de type 1 qui se transmet au Pakistan continue de diminuer et il n'y avait plus qu'une seule chaîne de transmission active au début de 2023, alors qu'on en dénombrait 11 en 2020 et quatre en 2021.

7. Au quatrième trimestre de 2022, le Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite au Pakistan, une délégation de haut niveau du Conseil de surveillance de la poliomyélite et les Directeurs régionaux de l'OMS et de l'UNICEF se sont réunis pour faire le point sur les progrès réalisés jusqu'à présent et ont souligné que la situation épidémiologique actuelle rendait possible l'éradication de la poliomyélite au Pakistan. Dans le cadre de la mission de haut niveau, les délégués ont rencontré des agentes de santé, des coordonnateurs de la lutte antipoliomyélitique aux niveaux provincial et national ainsi que le Premier Ministre pakistanais.

[1] Début de la paralysie le 14 janvier 2022.

[2] Date de prélèvement des échantillons positifs les plus récents : 20 juillet 2022.

[3] Début de paralysie chez le cas le plus récent : 1er août 2022.

[4] Date de prélèvement des échantillons positifs les plus récents : 20 juillet 2022.

8. Au cours de l'année 2022, un cas dû au poliovirus sauvage de type 1 a été signalé à Lilongwe au Malawi (avec apparition de la paralysie en 2021) et huit 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.

9. Une riposte d'urgence infrarégionale et multipays continue d'être mise en œuvre pour faire face aux flambées dans cinq pays d'Afrique du Sud-Est.[1] Au quatrième trimestre de 2022, une équipe d'évaluateurs externes de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite chargée d'évaluer la riposte aux flambées a noté l'action globale de haut niveau menée dans cette région, concluant que les campagnes de vaccination s'étaient régulièrement améliorées, et a souligné qu'il fallait s'appuyer sur ces efforts pour mettre complètement fin à la flambée. Les conclusions de cette évaluation ont ensuite été entérinées par la Commission régionale africaine de certification de l'éradication de la poliomyélite, qui s'est réunie en Afrique du Sud en décembre 2022. Lors d'une mission de haut niveau au Mozambique en février 2023, le Directeur régional pour l'Afrique et des représentants du Conseil de surveillance de la poliomyélite ont à leur tour souligné qu'il importait de mettre rapidement et complètement fin à cette flambée.

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. Au cours des deux dernières années, des cas dus à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 ont été notifiés dans 31 pays de trois Régions. En outre, des cas dus à des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale de types 1 et 3 ont été signalés en Israël, à Madagascar, au Malawi, au Mozambique, en République démocratique du Congo et au Yémen.

11. 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. Sa mise en œuvre sera suivie par la Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite.

12. 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 dus à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 en 2022, à savoir : le nord-ouest du Nigéria, le centre-sud de la Somalie, l'est de la République démocratique du Congo et le nord du Yémen. L'intensité de la transmission dans ces zones est aggravée par divers facteurs, notamment : la qualité et la rapidité insuffisantes de la riposte aux flambées ; l'absence de riposte avec des vaccins dirigés contre le poliovirus de type 2 ; et la perturbation des services de vaccination essentiels, d'où résulte la persistance d'une proportion et d'une concentration élevées d'enfants et de communautés « zéro dose ». Des progrès notables ont été faits dans le nord du Nigéria où, sous l'effet d'une riposte concertée aux flambées, il semble que deux chaînes de transmission importantes ont été interrompues, de sorte qu'il ne reste plus qu'une chaîne primaire dans le nord-ouest du pays.

[1] Malawi, Mozambique, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

13. Au Canada, aux États-Unis d'Amérique, en Indonésie, en Israël et au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, les autorités locales de santé publique gèrent de manière appropriée la détection très médiatisée de poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale en renforçant la surveillance et en remédiant aux lacunes essentielles de la vaccination.

14. Malgré les difficultés que posent les quatre zones de flambées clairement définies mentionnées plus haut au paragraphe 12, des progrès significatifs ont été accomplis s'agissant d'arrêter la transmission des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale et, en 2022, l'aire géographique où circulent ces souches a continué, dans l'ensemble, de diminuer. Le nombre de nouvelles urgences a lui aussi continué de diminuer, passant de 40 en 2019 à cinq en 2022. En 2022, il restait au total 19 lignées, composées de cinq lignées nouvellement apparues et de 14 qui existaient déjà les années précédentes, dont 10 proviennent des zones géographiques les plus à risque.[1]

15. Les mesures prises dans l'ensemble des Régions pour dynamiser les systèmes de vaccination dans le sillage de la pandémie de COVID-19 ont continué d'être renforcées, notamment par les comités régionaux de l'OMS ; le Sous-comité ministériel régional pour l'éradication de la poliomyélite et la riposte aux flambées dans la Région de la Méditerranée orientale ; le Forum sur la vaccination et l'éradication de la poliomyélite en Afrique organisé sous les auspices du Président du Sénégal et du Président de l'Union africaine ; et la réunion de haut niveau « Building Momentum for Routine Immunization Recovery in Africa », organisée en marge de la trente-sixième session ordinaire de l'Assemblée de l'Union africaine conjointement avec le Gouvernement sierra-léonais.

16. 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 au titre de l'autorisation d'utilisation d'urgence (protocole EUL) de l'OMS : au début de 2023, plus de 600 millions de doses avaient ainsi été administrées dans 28 pays. L'homologation complète et la préqualification du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 restent en bonne voie pour la fin de 2023. Les difficultés d'approvisionnement en nouveaux vaccins antipoliomyélitiques oraux de type 2 apparues à la fin de 2022 devraient s'estomper au deuxième semestre de 2023. Bien qu'on s'attende à quelques signalements de poliovirus lié au nouveau vaccin oral de type 2 compte tenu de l'échelle à laquelle il a été utilisé ces deux dernières années, les données provenant de plus d'un millier d'isolats de virus dont la séquence génétique a été analysée jusqu'à présent continuent de montrer que le vaccin a une plus grande stabilité génétique que le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 (d'où un risque nettement plus faible de retour à des formes pouvant causer une paralysie).[2]

17. 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. Pour permettre et garantir une intervention rapide et efficace, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination insiste sur la nécessité de réagir aux flambées sans retard. Pour la riposte aux flambées par l'administration de vaccins antipoliomyélitiques oraux, il convient de privilégier le nouveau vaccin oral de type 2. Toutefois, s'il n'est pas disponible, on peut envisager d'utiliser le vaccin oral de type 2 Sabin dans des circonstances exceptionnelles, par exemple en cas de pénurie du nouveau vaccin oral de type 2, lorsque les délais de préparation sont trop courts pour obtenir l'autorisation d'utilisation d'urgence ou encore en cas de cocirculation avec d'autres poliovirus rendant nécessaire l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral

[1] Deux du nord du Yémen, quatre de l'est de la République démocratique du Congo, une du centre-sud de la Somalie, une de la province de Tete au Mozambique, et deux du nord du Nigéria.

[2] Circulating vaccine-derived poliovirus type 2 detections in Burundi and Democratic Republic of the Congo, 16 March 2023 (https://polioeradication.org/news-post/gpei-statement-on-cvdpv2-detections-in-burundi-and-democratic-republic-of-the-congo/, consulté le 30 mars 2023).

trivalent. Pour augmenter plus rapidement les taux d'immunité, on peut utiliser le nouveau vaccin oral de type 2 à intervalle plus court (d'une à deux semaines au lieu de l'intervalle ordinaire de quatre semaines). Le Groupe a également recommandé que, dans les endroits où le poliovirus continue de circuler, les pays mènent, en plus de la riposte aux flambées, des campagnes de vaccination au moyen du vaccin antipoliomyélitique inactivé (en dose complète ou fractionnée).[1]

Environnement favorable

18. La stratégie pour l'égalité des genres 2019-2023 élaborée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite vise à recenser et éliminer les obstacles à la vaccination liés au genre. Elle fait partie intégrante de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026, qui s'articule autour d'objectifs clairs devant permettre de mieux prendre en compte les questions de genre, une telle démarche étant essentielle pour parvenir à éradiquer la poliomyélite. La volonté du programme de tenir compte de la problématique du genre est en phase avec le Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et la politique de Gavi, l'Alliance du Vaccin, en matière de genre.

19. L'intégration entre les programmes a été accélérée en raison de la pandémie de COVID-19 et le programme de lutte contre la poliomyélite collabore étroitement avec d'autres programmes de santé. Dans les zones où le programme de lutte contre la poliomyélite est présent, les personnes chargées de la lutte antipoliomyélitique ont contribué à la riposte à la pandémie de COVID-19 et aux activités de rétablissement de la vaccination, y compris à l'administration des vaccins contre la COVID-19.

20. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite aligne ses priorités sur les objectifs du Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 et la stratégie de Gavi, l'Alliance du Vaccin, en cherchant notamment à repérer et à atteindre les communautés « zéro dose ». Selon les estimations OMS/UNICEF, la couverture vaccinale a diminué dans le monde et le nombre d'enfants « zéro dose » a sensiblement augmenté pour atteindre 25 millions en 2021, soit 2 millions de plus qu'en 2020 et 6 millions de plus qu'en 2019.

SE PRÉPARER POUR LA PHASE DE POSTCERTIFICATION

Confinement des poliovirus

21. Dans la résolution WHA71.16 (2018) sur la poliomyélite et le confinement des poliovirus, les États Membres se sont engagés à accélérer les progrès réalisés sur la voie de 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 13 février 2023, trois États Membres n'avaient pas encore terminé leurs inventaires initiaux des matériels contenant des poliovirus de type 2,[2] activité qui aurait dû être achevée en juillet 2016. Vingt-deux États Membres ont déclaré conserver des matériels contenant des poliovirus de type 2 dans 59 établissements désignés comme remplissant des fonctions critiques nécessitant une conservation. Sur les 20 États Membres ayant une autorité nationale désignée, 19 ont entamé le processus de certification pour 48 établissements. Sur les trois États Membres qui n'ont pas encore commencé la certification de leurs établissements,

[1] Highlights from the Meeting of the Strategic Advisory Group of Experts on immunization, 20-22 March 2023, disponible à l'adresse https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/sage/2023/march-2023/sage_march_2023_meeting_highlights.pdf?sfvrsn=a8e5be9_3 (consulté le 31 mars 2023).

[2] Brésil, États-Unis d'Amérique et Indonésie.

deux[1] n'ont pas encore officiellement désigné d'autorité nationale chargée du confinement et un[2] doit encore soumettre sa demande de participation pour un établissement, activités qui auraient dû être achevées en mars 2019. Trois États Membres[3] n'ont pas encore commencé à intégrer leurs 10 établissements au dispositif de certification du confinement et cinq États Membres[4] n'ont pas encore achevé le processus de demande de certificats de participation pour leurs 10 établissements, alors qu'ils auraient dû le faire avant la fin de 2019. En outre, cinq États Membres[5] n'ont pas encore communiqué leurs plans concernant les demandes de certificats de confinement provisoires dans le cadre du dispositif, mesure que la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite avait recommandé d'achever fin 2022 au plus tard. Un travail de sensibilisation a été entrepris à un haut niveau, notamment par un dialogue ciblé entre le Directeur général et les États Membres à haut risque, pour faire en sorte que les activités soient rapidement et intégralement menées à bien dans les délais indiqués dans la résolution WHA71.16.

22. En juin 2022, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a publié une stratégie spéciale pour le confinement mondial du poliovirus,[6] ainsi qu'un plan d'action,[7] 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 de poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral a également été révisée en 2022, et la quatrième édition[8] 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 devant aider à réduire au minimum les risques pour les établissements qui collectent, manipulent ou stockent des matériels potentiellement infectieux contenant des poliovirus.

Abandon du vaccin antipoliomyélitique oral et certification

23. Lorsque les poliovirus sauvages seront éradiqués dans l'ensemble du monde, l'utilisation des vaccins antipoliomyélitiques oraux dans le cadre des programmes de vaccination systématique sera abandonnée afin d'éliminer le risque que constituent les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale.

24. 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 de certification. Constatant les progrès réalisés par le programme en matière d'analyse génomique et le recours généralisé à la surveillance environnementale dans de nombreux pays, la Commission mondiale a conclu que l'approche

[1] Chine et Roumanie.

[2] Serbie.

[3] Chine, Roumanie et Serbie.

[4] Australie, France, Pakistan, République islamique d'Iran et Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

[5] Australie, Chine, République islamique d'Iran, Roumanie et Serbie.

[6] 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 6 mars 2023).

[7] 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 6 mars 2023).

[8] 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 6 mars 2023).

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 d'adopter une approche plus souple de la certification, qui replace les indicateurs de surveillance traditionnels dans un contexte géopolitique plus large, spécifique à une zone. Lors de la même réunion, la Commission mondiale a commencé à étudier 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 antipoliomyélitiques oraux des programmes de vaccination systématique.

FINANCEMENT ET ENGAGEMENT MONDIAL À ÉRADIQUER LA POLIOMYÉLITE

25. 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 des sessions 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 de gouvernement des pays du Commonwealth, de la réunion des ministres du développement et de la santé du G20 et de la phase des annonces de contributions au Sommet mondial de la santé qui s'est tenu à Berlin (Allemagne). Lors de ce dernier événement organisé conjointement avec le Gouvernement allemand le 18 octobre 2022, les dirigeants mondiaux se sont engagés à hauteur de 2,6 milliards de dollars des États-Unis (USD) en faveur de la Stratégie pour mettre fin à la poliomyélite 2022-2026,[1] une première étape importante pour obtenir les 4,8 milliards USD nécessaires à la mise en œuvre de la Stratégie. Des partenaires nouveaux et existants ont depuis lors pris des engagements supplémentaires, notamment par l'intermédiaire de la Banque européenne d'investissement et, à sa réunion de décembre 2022, le Conseil d'administration de Gavi, l'Alliance du Vaccin, a prolongé les exemptions en matière d'éligibilité et de cofinancement de l'Alliance pour le vaccin antipoliomyélitique inactivé afin de soutenir les efforts d'éradication.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

26. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport et à fournir des orientations à propos des questions suivantes :

a) Quelles mesures faut-il adopter pour faire en sorte que tous les enfants « zéro dose » restants dans les zones géographiques les plus importantes bénéficient du vaccin antipoliomyélitique oral, compte tenu des urgences humanitaires de plus large portée qui ont lieu dans ces zones ?

b) Quelles dispositions faut-il prendre afin de mobiliser les ressources financières nécessaires pour mettre pleinement en œuvre la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2026, y compris pour concrétiser rapidement les annonces de contributions et mobiliser des engagements supplémentaires sous la forme de ressources internationales et nationales ?

= = =

[1] Les dirigeants mondiaux s'engagent à hauteur de 2,6 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 6 mars 2023).