



# **Poliomyélite**

## **Éradication**

### **Rapport du Directeur général**

1. Conformément à la résolution WHA71.16 (2018), le présent rapport fait le point sur les progrès accomplis en vue d'atteindre les quatre objectifs du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 (le Plan pour la phase finale).<sup>1</sup> Il résume les difficultés programmatiques, épidémiologiques et financières à surmonter pour parvenir à un monde durablement libéré de la poliomyélite. Grâce aux stratégies énoncées dans le Plan pour la phase finale, le monde est sur le point d'être exempt de poliomyélite et les bases sont jetées pour qu'il le reste à jamais.

2. La circulation du poliovirus sauvage n'ayant pas encore été interrompue, il faut maintenant évaluer si les stratégies du Plan pour la phase finale doivent être adaptées au-delà de 2018 pour que le monde entier puisse obtenir la certification. Cette avancée est obtenue grâce à la mise sur pied d'une stratégie couvrant la période 2019-2023. La stratégie mettra en lumière les activités à mener et ce que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite doit changer pour certifier l'éradication de la poliomyélite, en particulier au vu de la détection récente de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale. La grande participation des parties prenantes sera fondamentale pour l'élaboration de la stratégie. Les travaux en la matière entamés fin 2018 se poursuivront au début de l'année 2019. Une évaluation indépendante des stratégies d'éradication dans les zones où la maladie reste endémique, recommandée par le Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et menée au troisième trimestre de l'année 2018, permettra d'éclairer l'élaboration de ce plan d'envergure. À certains endroits, il faut de tout urgence éradiquer les poliovirus sauvages, aussi bien pour empêcher la réémergence de ces souches à l'échelle mondiale que pour arrêter au plus vite d'utiliser le vaccin antipoliomyélitique oral, et donc éviter les risques à long terme de flambées de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale (voir les paragraphes 3 à 12). Ainsi, le projet de stratégie sera finalisé au début de l'année 2019 après un processus de consultation et sera présenté à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2019. Après certification de l'éradication de la poliomyélite, la stratégie postcertification, dont la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a fait mention en mai 2018,<sup>2</sup> guidera les activités et les tâches à mener durablement à l'échelle

---

<sup>1</sup> Même si le Plan pour la phase finale a été élaboré à l'origine pour couvrir la période 2013-2018, un examen à mi-parcours mené en 2015 par le Conseil de surveillance de la poliomyélite de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a officiellement prolongé le plan jusqu'en 2019 (voir le document EB138/25).

<sup>2</sup> Voir les procès-verbaux de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, Commission B, quatrième séance, section 3, cinquième séance, section 1 et sixième séance, section 3.

mondiale pour que le monde reste exempt de poliomyélite. Le Secrétariat continuera de faire état chaque année des progrès à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif si nécessaire, jusqu'à la certification de l'éradication de la poliomyélite dans le monde.

## **L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE À L'ÉCHELLE MONDIALE, UNE DOUBLE URGENCE EN CE QUI CONCERNE LES POLIOVIRUS SAUVAGES ET DÉRIVÉS D'UNE SOUCHE VACCINALE DANS CERTAINES ZONES**

### **Transmission du poliovirus sauvage**

3. Les efforts se poursuivent pour éradiquer l'ensemble des souches restantes de poliovirus sauvage. Le dernier cas signalé de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 2 remonte à 1999 : le poliovirus sauvage de type 2 a été officiellement certifié comme étant éradiqué en septembre 2015. Le poliovirus sauvage de type 3 n'a plus été détecté dans le monde depuis novembre 2012, date à laquelle le dernier cas de poliomyélite due à cette souche a été signalé dans l'État de Yobe au Nigéria. Depuis lors, tous les cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage ont été causés par le poliovirus sauvage de type 1, qui continue de circuler dans trois pays dans lesquels la maladie est endémique : l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan.

4. Au Nigéria, aucun nouveau cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1 n'a été confirmé depuis la détection de cas dans l'État de Borno en août 2016 et le dépistage du virus chez un enfant sain en septembre 2016. Toutefois, du fait de lacunes persistantes dans la surveillance dans les zones à haut risque et inaccessibles, il ne peut être exclu que cette souche ait continué de circuler sans être détectée. Le Gouvernement du Nigéria continue de mettre en œuvre une riposte agressive face aux flambées, en étroite coordination avec les pays voisins dans toute la sous-région du lac Tchad et dans le contexte de la situation d'urgence humanitaire de grande ampleur qui touche l'ensemble de cette sous-région. Le manque d'accès et l'incapacité à mener des activités de vaccination et de surveillance de grande qualité dans de nombreuses zones de l'État de Borno restent les principaux défis à relever. Empêcher toute propagation de la flambée à d'autres zones de la sous-région reste l'objectif essentiel. Des mesures complémentaires sont prises pour accroître la sensibilité de la surveillance et renforcer les niveaux d'immunité, notamment : l'élargissement de la surveillance environnementale ; le dépistage des personnes en bonne santé (y compris des adultes) qui quittent les zones inaccessibles ; la mise en place de postes de vaccination permanents aux principaux points de passage vers les zones inaccessibles afin de vacciner les enfants et les personnes plus âgées ; et l'organisation rapide de campagnes de vaccination de ratissage lorsque des occasions se présentent ou que certaines zones deviennent accessibles.

5. L'Afghanistan et le Pakistan continuent d'être considérés comme une seule entité épidémiologique. En 2018, quatre cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage de type 1 ont été notifiés au Pakistan (de janvier à fin septembre 2018), contre cinq pour la même période en 2017 ; en Afghanistan, 15 cas ont été signalés, contre six pour la même période en 2017. En Afghanistan, le nombre de cas notifiés a augmenté par rapport à l'année précédente en raison de la persistance de poches d'enfants passant entre les mailles du filet des activités supplémentaires de vaccination dans les zones à haut risque des régions du sud et de l'est. Les deux pays continuent de coordonner les activités de vaccination et de surveillance. Même si des groupes techniques consultatifs indépendants soulignent que l'interruption rapide de la transmission des souches restantes du poliovirus est réalisable, ce but ne sera atteint que si tous les enfants non encore vaccinés le sont et si les réservoirs de transmission restants sont éradiqués. Au Pakistan, il sera fondamental que les dirigeants nouvellement élus continuent de s'engager à haut niveau en faveur de l'éradication de la poliomyélite. La surveillance

environnementale dans les deux pays confirme le risque d'une poursuite de la transmission du virus jusqu'aux zones exemptes de poliovirus, à partir des réservoirs restants, où résident des communautés extrêmement difficiles d'accès. Dans les deux pays, les efforts visent à identifier clairement les enfants n'ayant pas pu être vaccinés et à déterminer les raisons pour lesquelles ils ont échappé à la vaccination, ainsi qu'à mettre en place des plans d'intervention pour surmonter ces difficultés. L'accent reste en particulier sur la vaccination des groupes de population itinérante à haut risque se déplaçant à l'intérieur des deux pays et de part et d'autre de la frontière. Étant donné que ce sont des communautés très difficiles d'accès qui vivent dans les zones où les poliovirus sont toujours présents, il est souvent impossible d'apporter à ces populations l'appui nécessaire pour répondre à leurs besoins sanitaires essentiels. Une collaboration plus étroite entre les programmes de lutte contre la poliomyélite et les programmes humanitaires dans ces zones pourrait potentiellement permettre d'atteindre des objectifs de développement plus larges tout en améliorant l'accès à la vaccination antipoliomyélitique et l'acceptation de cette vaccination par la communauté. La transmission du poliovirus est désormais limitée essentiellement à deux corridors transfrontières : le premier relie l'est de l'Afghanistan au Khyber Pakhtunkhwa et aux zones tribales sous administration fédérale au Pakistan, et le second relie le sud de l'Afghanistan (Kandahar et Hilmand) à la zone de Quetta, dans la province du Baloutchistan au Pakistan, ainsi que Karachi (Pakistan). La coordination du programme d'éradication de la poliomyélite n'a cessé de s'améliorer en 2018 aux niveaux national, provincial et régional, ainsi que dans les districts frontières dans les corridors traditionnels de transmission, la vaccination des populations itinérantes à haut risque et de celles vivant à proximité de la frontière étant la priorité.

### **Transmission du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale**

6. Alors que l'éradication de la transmission des poliovirus sauvages est de plus en plus proche à l'échelle mondiale, la transmission des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale continue de prendre de l'ampleur, même si ce n'est en aucun cas un phénomène nouveau. Des niveaux de vaccination systématique insuffisants associés à des lacunes au niveau de la surveillance à l'échelle infranationale dans les pays à haut risque restent les principaux facteurs de risque pour l'émergence ou la poursuite de la transmission des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale. Des efforts accrus doivent être consentis pour lutter contre ces deux facteurs de risque. Néanmoins, la seule façon, qui est aussi la plus sûre, de prévenir la transmission des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale est d'arrêter rapidement d'utiliser des vaccins antipoliomyélitiques oraux, ce qui ne pourra se produire qu'après l'éradication totale des poliovirus sauvages. Ainsi, l'éradication du poliovirus sauvage fait maintenant face à une double urgence. En 2018, des flambées dues au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale se sont déclarées ou se sont poursuivies en République démocratique du Congo, dans la Corne de l'Afrique (où le virus a été détecté au Kenya et en Somalie), au Niger, au Nigéria, en République arabe syrienne et en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

7. En République démocratique du Congo, trois flambées distinctes de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 sont en cours. Une souche diagnostiquée et signalée à l'origine en juin 2017 dans la province du Haut-Lomami s'est propagée fin 2017 et début 2018 aux provinces du Tanganyika et du Haut-Katanga, respectivement. Le même virus a été confirmé dans la province de l'Ituri en juin 2018, près de la frontière avec l'Ouganda, ce qui augmente significativement le risque de propagation internationale du virus. La province du Maniema est touchée par une flambée distincte, avec deux cas confirmés en 2017 ; c'est le 18 avril 2017 que le dernier patient a déclaré une paralysie. À ce jour, aucun nouveau cas n'a été diagnostiqué en 2018 et rien n'indique que le virus se soit propagé plus loin. La troisième et dernière flambée a été détectée dans la province du Mongala ; le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 a été isolé chez un patient souffrant de paralysie flasque aiguë, la paralysie s'étant déclarée le 26 avril 2018, ainsi que chez deux contacts sains dans la communauté. Les activités de riposte à ces flambées menées à ce jour n'ont pas permis de les interrompre ; à l'inverse, l'une d'entre elles s'est propagée (aussi bien en ce qui concerne le nombre de cas que la

zone géographique touchée). Une flambée concomitante de maladie à virus Ebola complique davantage la riposte, étant donné que les autorités nationales sont obligées de répondre simultanément à plusieurs urgences de santé publique. En février 2018, le Gouvernement a déclaré que les flambées de poliomyélite constituaient une urgence de santé publique de portée nationale dans le but de combler les lacunes opérationnelles en matière de qualité de la riposte à ces flambées. Reconnaisant les risques que représentent ces flambées, le 26 juillet 2018, les gouverneurs des provinces ont adopté la Déclaration de Kinshasa pour l'éradication de la poliomyélite et la promotion de la vaccination, par laquelle ils se sont engagés à assurer une « action coordonnée à tous les niveaux » afin d'améliorer de toute urgence la qualité de la riposte et d'interrompre la circulation de ces virus.

8. La Corne de l'Afrique est touchée par des flambées dues aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 et de type 3. Le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 a été isolé chez des personnes atteintes de paralysie flasque aiguë ainsi que dans des échantillons prélevés dans l'environnement à Mogadiscio (Somalie) et sur des échantillons prélevés dans l'environnement à Nairobi (Kenya). Le séquençage génétique de cette souche laisse entendre qu'elle a circulé sans être détectée depuis 2016, ce qui met en lumière les dangers des lacunes au niveau de la surveillance à l'échelle infranationale. En plus du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2, le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 3 a aussi été isolé sur des personnes atteintes de paralysie flasque aiguë et dans des échantillons prélevés dans l'environnement à Mogadiscio. Des activités régionales de riposte à la flambée pour les deux souches détectées sont actuellement mises en œuvre, conformément aux lignes directrices convenues par la communauté internationale. La Somalie, le Kenya et l'Éthiopie ont déclaré que ces flambées constituaient des urgences de santé publique de portée nationale.

9. Au Nigéria, deux flambées distinctes dues au poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale ont été détectées en 2018. Dans l'État de Sokoto, quatre virus apparentés génétiquement ont été isolés dans quatre échantillons environnementaux collectés entre le 24 avril et le 9 mai 2018 ; aucun cas associé de paralysie flasque aiguë n'a été détecté, étant donné que le virus a seulement été isolé dans des échantillons environnementaux. D'autre part, le pays est touché par une autre flambée dans l'État de Jigawa. Un cas de paralysie flasque aiguë (avec apparition de la paralysie le 15 avril 2018) et trois échantillons environnementaux (collectés entre le 10 janvier et le 20 mars 2018) ont donné des résultats positifs aux tests pour cette souche de type 2. Les activités de riposte à la flambée sont progressivement mises en œuvre, associant différentes formulations vaccinales, afin de contrer les souches du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et pour éviter l'éventuelle poursuite de la circulation du poliovirus sauvage de type 1. En septembre 2018, la propagation internationale du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 depuis l'épicentre à Jigawa vers le Niger a été confirmée, et les activités de riposte à la flambée ont immédiatement été lancées.

10. En République arabe syrienne, aucun nouveau cas de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 n'a été détecté entre janvier et fin septembre 2018, après confirmation d'une flambée en 2017. Les efforts de riposte à la flambée se poursuivent, ce qui comprend une intensification de la sensibilité de la surveillance infranationale.

11. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, une flambée de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 a été confirmée en juin 2018, alors que le virus a été isolé à l'origine chez un patient atteint de paralysie flasque aiguë et chez deux contacts sains dans la communauté. Le Gouvernement a immédiatement déclaré que la flambée constituait une urgence de santé publique de portée nationale et a lancé une riposte d'urgence à la flambée de grande ampleur. Depuis la première confirmation de la présence du virus en juin, des cas supplémentaires ont été confirmés dans d'autres régions, ce qui a poussé le Gouvernement à élargir la riposte et à lancer des campagnes d'envergure nationale.

## Urgence de santé publique de portée internationale

12. La déclaration de 2014 selon laquelle la propagation internationale du poliovirus sauvage constitue une urgence de santé publique de portée internationale reste d'actualité et les recommandations temporaires promulguées au titre du Règlement sanitaire international (2005) sont toujours en vigueur. Tous les pays actuellement touchés par la circulation soit d'un poliovirus sauvage soit de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale ont déclaré que ces événements constituaient des urgences de santé publique de portée nationale et mettent actuellement en œuvre des plans d'action d'urgence au niveau national. Cela fait maintenant quatre ans que la propagation internationale du poliovirus a été déclarée urgence de santé publique de portée internationale (ce qui constitue une utilisation exceptionnelle d'une telle déclaration). Ainsi, le Comité d'urgence convoqué en vertu du Règlement sanitaire international (2005) a prié le Secrétariat de l'OMS lors de sa dernière réunion en août 2018 d'examiner si d'autres approches ou outils pourraient être employés pour atteindre les mêmes résultats que ceux qui ont été fixés par les recommandations temporaires.<sup>1</sup>

## RETRAIT PROGRESSIF DES VACCINS ANTIPOLIOMYÉLITIQUES ORAUX

13. Pour éliminer les risques à long terme des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale et la poliomyélite paralytique post-vaccinale, les vaccins antipoliomyélitiques oraux sont progressivement retirés. Dans une première phase, entre le 17 avril et le 1<sup>er</sup> mai 2016, le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent a été remplacé par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent. Une fois que tous les foyers restants de transmission du poliovirus sauvage auront été éradiqués et que le monde sera certifié exempt de poliomyélite, l'utilisation des vaccins antipoliomyélitiques oraux sera interrompue. En attendant que les vaccins antipoliomyélitiques oraux ne soient plus utilisés, les États Membres sont invités à limiter les risques et les conséquences de potentiels poliovirus dérivés d'une souche vaccinale en garantissant une large couverture par la vaccination systématique, en menant des activités de surveillance en cas d'émergence de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale et en conservant une bonne capacité de riposte en cas de flambée.

14. Avant le passage au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, des problèmes mondiaux d'approvisionnement du vaccin antipoliomyélitique inactivé sont apparus en raison des difficultés techniques rencontrées par les fabricants pour accroître leur production. Par conséquent, des retards d'approvisionnement ont été enregistrés dans certains pays. Cette situation s'est améliorée ces derniers mois et tous les pays ont maintenant accès à des stocks pour leurs programmes de vaccination systématique. La situation mondiale de l'approvisionnement s'est également améliorée grâce à l'adoption par un nombre croissant d'États Membres de stratégies visant à économiser les doses, par exemple par l'administration intradermique du vaccin antipoliomyélitique inactivé en doses fractionnées, comme le recommande le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination. Plusieurs États Membres ont déjà adopté cette approche, notamment le Bangladesh, Cuba, l'Équateur, l'Inde, le Népal et le Sri Lanka, et plusieurs autres pays de la Région des Amériques sont en train de faire de même. Gavi, l'Alliance du Vaccin, s'est engagée en juin 2018 à appuyer davantage le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les pays prioritaires d'ici à 2021. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et ses partenaires continuent d'envisager de nouvelles approches pour le vaccin antipoliomyélitique inactivé, afin de garantir un approvisionnement pérenne à moindre coût à la suite de la certification, par exemple par l'utilisation d'un vaccin fabriqué à partir de souches Sabin de poliovirus ou de substances non infectieuses comme les pseudo particules virales.

---

<sup>1</sup> Voir la déclaration de la dix-huitième réunion du Comité d'urgence du RSI concernant la propagation internationale du poliovirus sauvage (<http://www.who.int/news-room/detail/15-08-2018-statement-of-the-eighteenth-ihf-emergency-committee-regarding-the-international-spread-of-poliovirus>, consulté le 23 octobre 2018).

## CONFINEMENT DES POLIOVIRUS

15. Les efforts de confinement des poliovirus de type 2 ont progressivement été mis en œuvre en 2016 et 2017, puis intensifiés en 2018, conformément aux orientations 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 antipoliomyélitique oral (GAP III).<sup>1</sup> L'OMS a publié des orientations visant à limiter les risques pour les établissements collectant, manipulant ou stockant des matériels potentiellement infectés par des poliovirus, dans le but d'aider les établissements à évaluer le risque que représentent les matériels potentiellement infectés par le poliovirus en leur possession et à mettre en œuvre des mesures adaptées de réduction des risques compatibles avec le GAP III. En mai 2018, la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA71.16 qui invite instamment les États Membres à intensifier les efforts visant à accélérer les progrès en vue de la certification du confinement des poliovirus comme indiqué dans les prescriptions nationales et dans le Plan d'action mondial de l'OMS. La résolution préconise certaines mesures à tous les États Membres et fait des recommandations particulières aux États Membres prévoyant de conserver des poliovirus pour mener des tâches capitales dans des établissements où la détention de poliovirus est essentielle. Elle confie également au Directeur général un certain nombre de missions. Les États Membres sont instamment invités à achever les inventaires des poliovirus de type 2, à détruire les matériels inutiles de type 2 et à commencer des inventaires des matériels de types 1 et 3 conformément aux orientations publiées par l'OMS. Ils sont en outre instamment invités à réduire à un minimum le nombre d'établissements désignés pour la conservation des poliovirus ; à nommer, le plus rapidement possible et au plus tard d'ici à la fin de 2018, une autorité nationale chargée du confinement ; et à prier les établissements prévoyant de conserver des poliovirus de type 2 de participer formellement au dispositif de certification du confinement du GAP III d'ici à la fin de l'année 2019. La Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite, chargée de contrôler le confinement au niveau mondial, a contresigné un premier certificat de participation au dispositif de certification du confinement, confirmant l'intention d'un fabricant de vaccins basé en Suède de recevoir la certification pour l'application du GAP III. Tous les autres établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus devraient procéder de même. Un groupe consultatif sur le confinement, créé pour résoudre les problèmes techniques relatifs au GAP III, a recommandé d'apporter certaines modifications aux exigences publiées qui devraient être consultées conjointement au document principal du GAP III. Le Secrétariat continue d'appuyer le renforcement des capacités techniques des autorités nationales en vue du confinement en formant des contrôleurs à l'application du GAP III et au dispositif de certification du confinement.

16. En août 2018, tous les pays et territoires ayant indiqué qu'ils ne détenaient plus de poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale de type 2 sont en train de mettre à jour leurs inventaires conformément aux lignes directrices de l'Assemblée de la Santé. Au total, 81 établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus ont été officiellement désignés par les gouvernements de 29 pays pour conserver des matériels contenant des poliovirus de type 2. L'inventaire des matériels contenant des poliovirus de type 2 devra être mené à bien à nouveau, après l'interruption de la transmission, dans tous les pays qui ont été touchés par des flambées de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2. Sur les 29 pays prévoyant de conserver des poliovirus de type 2, 20 ont fait des progrès notables, des autorités nationales chargées du confinement étant établies, et ils se préparent à procéder à la certification de leurs établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus, en application des dispositions relatives au confinement figurant dans le GAP III.

---

<sup>1</sup> 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 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/208873>, consulté le 3 octobre 2018).

17. Compte tenu du fait que les niveaux de transmission du poliovirus sont actuellement les plus bas de l'histoire et que l'éradication à court terme est une attente réaliste, il est urgent que toutes les parties intensifient leur activités de confinement. L'appel de l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA71.16 (2018) à accélérer la mise en œuvre du confinement des poliovirus a rencontré une forte adhésion de tous les États Membres, ce qui devrait permettre de réaliser et de pérenniser la certification de l'éradication du poliovirus.

## **FINANCEMENT DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE**

18. Grâce à la générosité et au soutien ininterrompu des acteurs internationaux du développement, notamment les États Membres (aussi bien ceux où le poliovirus reste endémique que ceux qui sont donateurs pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite), les organisations multilatérales et bilatérales, les banques de développement, les fondations et le Rotary International, l'intégralité du budget pour les activités prévues en 2017 a été obtenue. Lors de la dernière Convention du Rotary International en 2017 (Atlanta, Géorgie, États-Unis d'Amérique, du 10 au 14 juin 2017), de nombreux partenaires des secteurs public et privé, venus du monde entier, ont fait écho au Rotary International en annonçant des promesses de nouveaux financements pour des montants historiques, et ces promesses continuent d'être honorées. Tout au long de l'année 2018, les dirigeants des pays du G7, du Commonwealth et du G20 ont promis lors des différents sommets de continuer d'appuyer les efforts dans ce domaine. Les États Membres sont vivement encouragés à honorer dès que possible leurs promesses et leurs engagements et à continuer de faire de leur mieux pour conférer une certaine souplesse à leurs allocations afin d'éviter que les opérations du programme ne soient interrompues. Afin de garantir la transparence et la rentabilité, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite évalue continuellement ses besoins financiers face aux évolutions programmatiques et épidémiologiques. Le Conseil de surveillance de la poliomyélite a récemment adopté de nouveaux scénarios financiers lors de sa réunion en septembre 2018.<sup>1</sup> Afin de parvenir à un monde durablement exempt de poliovirus sauvages et dérivés d'une souche vaccinale, il faudra être en mesure de mobiliser rapidement ces ressources financières.

## **MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF**

19. Le Conseil est invité à prendre note du rapport. En particulier, le Conseil voudra peut-être axer ses délibérations sur l'importance de garantir que la stratégie couvrant la période 2019-2023 sera totalement financée et appliquée à tous les niveaux, afin de parvenir à un monde durablement exempt de l'ensemble des poliovirus et de pouvoir le certifier.

= = =

---

<sup>1</sup> Résumé disponible à l'adresse [www.polioeradication.org/financing/](http://www.polioeradication.org/financing/) (consulté le 3 octobre 2018).