



Poliomyélite

Rapport du Directeur général

1. Le présent rapport fait le point sur la mise en œuvre et le financement de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite ainsi que sur les mesures prévues pour se libérer durablement de cette maladie au niveau mondial. La propagation internationale du poliovirus demeure une urgence de santé publique de portée internationale.

But 1 : Interrompre définitivement la transmission du poliovirus sauvage dans les pays d'endémie

2. Au 22 octobre 2025, 38 cas de poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) ont été notifiés à l'échelle mondiale pour 2025 (9 en Afghanistan et 29 au Pakistan), contre 62 cas au cours de la même période de 2024. Le PVS1 persiste dans quelques réservoirs clés, en particulier dans le sud de l'Afghanistan et de la province du Khyber Pakhtunkhwa, au Pakistan. Le virus a continué de se propager pendant la saison de faible transmission, et les détections environnementales se sont poursuivies au-delà de ces zones.

3. En Afghanistan, on s'emploie à optimiser les stratégies opérationnelles et de communication pour maximiser la couverture. Les activités de vaccination supplémentaire ont été nettement renforcées dans l'est du pays début 2025, ce qui a permis de réduire le taux de transmission du PVS1. Une stratégie site à site continue d'être menée dans la région sud, de même qu'une campagne de sensibilisation en faveur de la vaccination porte à porte. Les points de vaccination de transit opèrent avec le soutien des populations locales et des autorités religieuses dans le but d'atteindre tous les enfants et de mettre fin à la transmission.

4. Le Pakistan met en œuvre son plan national d'action d'urgence contre la poliomyélite pour la période 2024-2025 selon une approche par étape en vue de rétablir une position d'urgence, de combler les lacunes opérationnelles et de maintenir une immunité élevée. L'engagement politique de haut niveau et la supervision renforcée ont permis d'améliorer les performances. Des variations subsistent toutefois au niveau sous-provincial, notamment dans le sud de la province du Khyber Pakhtunkhwa, à Quetta et dans certaines zones de Karachi.

5. Les deux pays appliquent un modèle de catégorisation des risques pour détecter et atteindre les enfants omis lors de la vaccination – y compris les enfants migrants et les groupes mobiles –, renforcer la coordination le long des corridors de propagation du virus et remédier à l'insuffisance

des campagnes et de la surveillance. Les efforts se portent en particulier sur la microplanification et la sensibilisation auprès des enfants « zéro dose », les campagnes ciblées dans les zones à haut risque, le recours au vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) en doses fractionnées, la sensibilisation auprès des groupes plus âgés et le renforcement de la surveillance au niveau infranational. On s'emploie par ailleurs à renforcer le soutien aux agentes et agents de santé de première ligne par la formation, la sensibilisation et la supervision. Ces activités d'éradication sont guidées par des organes consultatifs, parmi lesquels figurent le Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite pour l'Afghanistan et le Pakistan, le Sous-Comité régional de la Méditerranée orientale pour l'éradication de la poliomyélite et la riposte aux flambées et le Comité de suivi indépendant de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP).

6. Début 2026, on s'emploiera tout particulièrement à maximiser les possibilités d'interrompre la transmission pendant la basse saison et à combler les lacunes immunitaires restantes parmi les populations qui demeurent sous-vaccinées.

But 2 : Arrêter la transmission des variants du poliovirus circulant et prévenir les flambées dans les pays où la poliomyélite n'est pas endémique

7. Au 22 octobre 2025, 151 cas de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) ont été notifiés dans 13 pays pour 2025, contre 182 cas dans 16 pays au cours de la même période de 2024. Malgré cette tendance à la baisse, la transmission persiste dans les zones où le taux de vaccination systématique est faible, notamment le nord du Nigéria, le bassin du lac Tchad, la Corne de l'Afrique (en particulier le centre-sud de la Somalie et l'Éthiopie) et le Yémen.

8. Concernant le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 1 (PVDV1), la fin de la flambée épidémique à Madagascar a été déclarée en mai 2025. En République démocratique du Congo, un cas avait été notifié en 2025 contre 149 en 2022. Au 22 octobre 2025, trois cas avaient été signalés – un en Algérie, un en République démocratique du Congo et un en République démocratique populaire lao – et le virus avait été détecté dans l'environnement à Djibouti.

9. Le poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 3 (PVDV3) a été détecté en Guinée entre 2024 et 2025, et aucun cas n'a été signalé depuis mars 2025. Certains cas ont été notifiés au Cameroun et au Tchad en 2025. Des mesures de riposte ont été mises en place pour éviter que le virus ne se propage davantage.

10. Des efforts sont consentis au niveau mondial pour mettre fin à la transmission résiduelle du PVDVc2. Au Nigéria, le nombre d'enfants non vaccinés a considérablement diminué, bien que la qualité des campagnes varie. L'accès au centre-sud de la Somalie s'est amélioré grâce à une coordination et à des négociations renforcées, mais il reste difficile d'accéder au nord du Yémen. Les mesures de riposte sous-régionales aux flambées épidémiques dans le bassin du lac Tchad et la Corne de l'Afrique se poursuivent grâce à la coordination transfrontière et au soutien des partenaires.

11. Des progrès notables continuent d'être réalisés en République démocratique du Congo, qui était autrefois fortement touchée par le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc). Des ripostes ciblées aux flambées épidémiques ont contribué au net recul des cas de PVDV1 et PVDV2 et aucune des deux souches n'a été détectée en 2025, ce qui prouve qu'une transmission solidement implantée peut être interrompue grâce à des interventions efficaces et rapides.

12. La détection mi-2025 du PVDV2 en Papouasie-Nouvelle-Guinée, lié à une transmission en Indonésie, a mis en évidence le risque de propagation internationale. Depuis septembre 2024, dans le cadre de la surveillance environnementale, il a été possible de détecter des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) dans plusieurs pays européens, notamment en Allemagne en avril 2025. Une flambée épidémique survenue dans la bande de Gaza en août 2024 semble avoir été maîtrisée efficacement dans le cadre d'une riposte hors du commun menée lors d'une pause humanitaire.

13. Le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) demeure le principal outil utilisé en vue d'éradiquer la poliomyélite. Dans ce cadre, le nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (nVPO2) est utilisé en association avec le VPI et de nouveaux outils tels que le vaccin hexavalent. En 2025, avec le soutien de Gavi, l'Alliance du Vaccin, le Sénégal et la Mauritanie sont devenus les premiers pays à inclure le vaccin hexavalent dans leurs programmes de vaccination systématique. Lorsque l'éradication du poliovirus sauvage (PVS) sera certifiée, on procédera, dans le monde entier, au retrait des vaccins oraux afin d'éliminer le risque de voir des variants apparaître.

Facteurs favorables

14. La Stratégie pour l'égalité des genres 2019-2026 de l'IMEP offre de grandes orientations destinées à assurer la prise en compte du genre dans tous les domaines d'activité. Les analyses sur les questions de genre contribuent à l'établissement de stratégies adaptées au contexte local pour atteindre les enfants omis lors de la vaccination et les enfants zéro dose. Un groupe de partenaires chargé de la prise en compte des questions de genre apporte par ailleurs son soutien technique et procède au suivi des indicateurs tenant compte du genre. Les objectifs sont notamment d'atteindre une proportion de 50 % de femmes dans les centres nationaux d'opérations d'urgence et lors des interventions relevant de l'Initiative, et de compter parmi les personnels de santé de première ligne en Afghanistan et au Pakistan 50 % et 90 % de femmes, respectivement. Un suivi postcampagne permet de systématiser la collecte de données ventilées par sexe. Des organismes de surveillance tels que le Conseil de surveillance de la poliomyélite et le Comité stratégique de l'Initiative opèrent un suivi régulier de l'intégration du genre, l'objectif étant de mettre en avant sa contribution essentielle à la réussite des programmes.

15. Le Plan d'action 2026¹ vise à renforcer la mise en œuvre de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2029. Des plans infranationaux et un cadre de responsabilisation renforcé soutiennent les efforts d'éradication, et prévoient l'application de programmes rationalisés et d'une approche fondée sur les risques dans les zones de transmission active et de forte vulnérabilité.

16. Les activités d'intégration se poursuivent : sur la base de la collaboration avec le Programme élargi de vaccination et le grand rattrapage, la coordination a été renforcée à l'occasion d'une réunion conjointe du Conseil de surveillance de la poliomyélite de l'IMEP et du Conseil d'administration de Gavi, l'Alliance du Vaccin qui s'est tenue en juin 2025. Les partenaires sont convenus d'étendre les travaux destinés à renforcer la vaccination contre le poliovirus, en veillant à ce que les enfants zéro dose bénéficient de tous les vaccins essentiels dans les pays où l'éradication pose de grandes difficultés, et de systématiser les campagnes de vaccination combinée. L'importance accordée à l'intégration dans le Plan d'action 2026 témoigne de la maturité croissante de l'Initiative dans les domaines de l'appui à la vaccination systématique et de la prestation de services intégrée.

¹ [Global Polio Eradication Initiative 2026 Action Plan](#). Genève, Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2025 (consulté le 11 novembre 2025).

Un monde libéré durablement de la poliomyélite

17. Des progrès continuent d'être accomplis sur la voie de l'éradication de la poliomyélite, sous l'égide d'organes techniques et consultatifs, notamment le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite et le Comité de suivi indépendant de la transition pour la poliomyélite. En 2025, les travaux destinés à transférer aux autorités nationales les infrastructures, les connaissances et les ressources liées à la poliomyélite se sont poursuivis. Des progrès ont été réalisés en matière de planification de l'abandon du vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb), de confinement des poliovirus et de certification. Compte tenu de l'évolution des priorités mondiales en matière de santé, l'OMS et ses partenaires ont élaboré un document intitulé « Maintenir le monde sans poliomyélite : stratégie pour réussir durablement »² (ci-après, « stratégie pour le maintien d'un monde sans poliomyélite »), qui met à jour la Stratégie post-certification.

18. La mise en œuvre du cadre stratégique concernant la transition pour la poliomyélite, soutenue par un cadre de suivi et d'évaluation, se poursuit au niveau des pays. Entre 2023 et 2024, la couverture vaccinale a augmenté ou est restée stable dans 71 % des pays prioritaires, ce qui se situe en deçà de la cible de 90 %. Environ 85 % des pays prioritaires ont atteint ou sont sur le point d'atteindre les objectifs en matière de sensibilité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë. Des lacunes persistent toutefois dans la gestion des urgences, et 57 % des pays font état d'indicateurs qui se situent en deçà des moyennes régionales.

19. Ces indications contribuent à traduire sur le plan opérationnel les stratégies régionales et les plans d'action. Dans la Région africaine, on s'emploie à lier la riposte face aux flambées épidémiques et le maintien des fonctions essentielles à la lutte contre la poliomyélite. Dans la Région de la Méditerranée orientale, des mesures adaptées à chaque pays visent à renforcer la prestation de services. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, une approche à trois volets est suivie pour consolider les systèmes de santé, renforcer les capacités des personnels et favoriser la viabilité financière. Les fonctions essentielles à la lutte contre la poliomyélite sont transférées vers les systèmes nationaux dès que possible. Les systèmes de santé fragiles entrent dans une phase intermédiaire caractérisée par un soutien extérieur limité dans le temps, tandis que les capacités et l'appropriation au niveau national se renforcent. Cependant, des vulnérabilités subsistent, notamment en matière de viabilité financière.

20. En vue de se préparer à un monde sans poliomyélite, il est crucial de mettre un terme à l'utilisation systématique du VPOb. En 2025, un cadre directeur relatif au retrait, qui énonce les principes directeurs, les conditions préalables requises et les facteurs de réussite, a été établi sous sa forme définitive et approuvé par le Groupe stratégique consultatif d'experts. Les bureaux régionaux ont entamé des discussions relatives à la mise en œuvre en avril 2025, qui se poursuivront en 2026. Si l'éradication ou l'élimination des variants était retardée, des mesures d'urgence seraient définies en 2026.

21. Les États Membres continuent de mettre en œuvre la résolution WHA71.16 (2018) sur le confinement des poliovirus. En novembre 2023, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite a fixé à fin 2026 la date butoir à laquelle les établissements conservant des poliovirus devaient avoir obtenu une certification du confinement. Vingt-et-un États Membres ont indiqué conserver des matériels infectieux dans 71 établissements désignés à cet

² [Sustaining a Polio-free World: A strategy for long-term success](#). Genève, Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2025 (consulté le 11 novembre 2025).

effet, et 20 États Membres ont nommé une autorité nationale chargée du confinement. Deux établissements dans deux pays disposaient de certificats de confinements valables, et 16 établissements dans 9 pays possédaient des certificats provisoires. Sur les 53 établissements restants, 14 mettraient un terme à leurs activités sur les poliovirus à l'expiration de leur certificat, 22 conservaient des virus et disposaient de certificats de participation valables, 24 conservaient des virus et disposaient de certificats arrivés à échéance et 7 établissements dans 2 pays n'avaient jamais effectué de demande de certification. Au total, 39 établissements dans 13 pays n'étaient pas certifiés. Les données sont actualisées à mesure que les candidatures sont examinées.

22. La Commission mondiale a certifié l'éradication des PVS de type 2 et 3 en 2015 et 2019, respectivement. En 2025, la transmission du poliovirus sauvage autochtone avait été interrompue dans toutes les Régions de l'OMS, à l'exception de la Région de la Méditerranée orientale, qui avaient été certifiées exemptes de la maladie. Cette certification requiert qu'au moins deux années se soient écoulées depuis la dernière détection, et suppose la mise en place d'une surveillance de grande qualité et d'un confinement sécurisé. Dans le cas des PVDVc, la Commission mondiale recommande de procéder selon une approche progressive et adaptée à chaque sérotype – certification de l'élimination, puis éradication mondiale – une fois que le recours au vaccin antipoliomyélitique oral aura cessé. En 2026, la Commission mondiale continuera de surveiller l'évolution des virus et d'affiner ses critères.

Maintien du statut d'absence de poliomyélite

23. La stratégie pour le maintien d'un monde sans poliomyélite définit les normes techniques qu'il faudra appliquer après la certification de l'éradication du PVS1 et l'élimination du PVDVc2. Elle favorise l'intégration des fonctions essentielles à la lutte contre la poliomyélite dans les systèmes de santé nationaux.

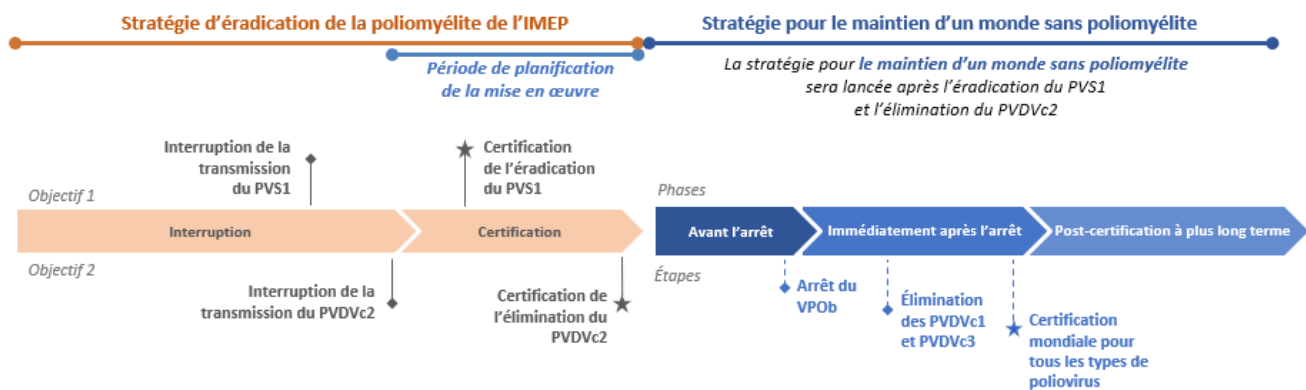
24. La stratégie s'applique à tous les États Membres et constitue la première étape d'un processus de planification visant à pérenniser l'éradication. Cette phase initiale consiste à définir quelles fonctions essentielles à la lutte contre la poliomyélite doivent être maintenues. Au cours des phases suivantes, on veillera à définir la façon dont les activités seront transférées, de même que les acteurs responsables de la mise en œuvre et la structure de gouvernance responsable d'appuyer la coordination et le suivi pour pérenniser les acquis.

25. La stratégie s'articule autour de trois objectifs techniques :

- **protéger les populations** – mettre en œuvre un arrêt synchronisé à l'échelle mondiale de l'utilisation du VPOb dans le cadre de la vaccination systématique et donner accès à des vaccins sûrs et efficaces ;
- **détecter et intervenir** – détecter rapidement les poliovirus grâce à un système de surveillance sensible et maintenir des capacités et des ressources suffisantes pour contenir efficacement un épisode ou une flambée épidémique de poliomyélite ou y répondre avec efficacité ; et
- **confiner les poliovirus** – instaurer et pérenniser un confinement sûr et sécurisé au sein des laboratoires, chez les fabricants de vaccins et dans d'autres établissements afin de prévenir toute réintroduction.

26. La stratégie comprend des sections sur les activités de recherche, la gouvernance et la responsabilisation, ainsi qu'une estimation des dépenses. En vue de planifier sa mise en œuvre, une période de chevauchement de trois ans avec la Stratégie d'éradication de la poliomyélite 2022-2029 est envisagée (voir Figure). La priorité pendant cette période sera de définir les mécanismes de responsabilisation et les financements destinés à appuyer les objectifs et les activités énoncés dans la stratégie.

Figure. Calendrier de la Stratégie pour l'éradication de la poliomyélite et de la stratégie pour le maintien d'un monde sans poliomyélite



Soutien international à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

27. La prolongation de la Stratégie d'éradication de la poliomyélite jusqu'en 2029 permet de réaffirmer l'engagement mondial en faveur d'un monde sans poliomyélite. Cependant, les crises humanitaires et les contraintes économiques redéfinissent les priorités en matière de santé mondiale et mettent les ressources existantes à rude épreuve, ce qui requiert de se centrer sur les zones de transmission active et les risques les plus élevés.

28. Les partenaires et les donateurs ont annoncé des contributions s'élevant à 4,7 milliards de dollars des États-Unis (USD) pour un budget de 6,9 milliards USD pour la période 2022–2029. Il en résulte un déficit de 2,2 milliards USD. En juin 2025, Rotary International et la Gates Foundation se sont engagés à recueillir jusqu'à 450 millions USD : Rotary International lèvera 50 millions USD par an sur trois ans, qui seront complétés par la Gates Foundation dans un ratio de 2:1.

29. La première réunion en présentiel de Polio Legacy Challenge – menée sous les auspices de l'Arabie saoudite, des Émirats arabes unis et du Qatar avec le soutien du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale et de la Gates Foundation – a mis en évidence la forte solidarité régionale en faveur du renforcement du système de santé afghan et de la poursuite des efforts d'éradication. Cette initiative de financement axée sur les résultats s'inscrit dans une campagne régionale portée par les ministres de la santé des trois pays et le Sous-Comité régional de la Méditerranée orientale pour l'éradication de la poliomyélite et la riposte aux flambées.

30. Dans la stratégie pour le maintien d'un monde sans poliomyélite, les ressources requises au niveau mondial ont été estimées à 6,9-8,7 milliards USD sur 10 ans. Une mobilisation anticipée des ressources est cruciale. En parallèle, les activités de transition pour la poliomyélite visent à renforcer les capacités d'appropriation et de financement des pays pour soutenir l'éradication.

Mesures à prendre par le Conseil exécutif

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

- Quelles mesures supplémentaires sont nécessaires pour atteindre tous les enfants zéro dose restants ?
- Quelles mesures faut-il prendre afin d'obtenir les ressources nécessaires pour mettre pleinement en œuvre la Stratégie d'éradication de la poliomyélite ?
- Quels sont les efforts à déployer au niveau national, régional et mondial pour se préparer à un monde sans poliomyélite et faire en sorte qu'il le demeure ?
