

Organisation mondiale de la Santé

Les arguments pour mener à son terme l'éradication de la poliomyélite

« En tant que communauté internationale, nous n'avons que peu d'occasions d'apporter pour toujours des bénéfices indiscutables à chaque pays et à chaque enfant »

Dr Margaret Chan
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé

La question

Sans un apport urgent de capitaux internationaux, les chances que nous avons de mener à bien l'éradication de la poliomyélite pourraient s'évanouir à jamais ...

En juillet 2007, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite présentera un déficit de financement qui, s'il n'est pas épongé, obligera à réduire immédiatement les activités d'éradication prévues dans les pays encore infectés.¹ Une réduction même temporaire de ces activités se solderait par la réinfection de zones auparavant exemptes du virus, des retards dans la riposte aux flambées épidémiques, une hausse considérable du nombre d'enfants paralysés et une augmentation de l'ensemble des coûts. Intervenant à un stade aussi tardif, ce déficit met en péril 20 années d'efforts en vue de l'éradication ainsi que leurs bénéfices respectifs en termes de vaccination systématique contre les maladies infantiles, de lutte contre les maladies transmissibles partout dans le monde, de préparation et de riposte, et d'autres activités sanitaires internationales en faveur de la survie des enfants.

L'argumentation qui suit a été établie à la suite d'une consultation des partenaires des activités d'éradication de la poliomyélite convoquée le 28 février 2007 au Siège de l'OMS à Genève (Suisse) par le Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La liste des participants, le programme de la réunion, le texte des communications et d'autres informations peuvent être consultés sur le site www.polioeradication.org.

¹ Au 10 mai 2007, 4 pays n'étaient pas encore parvenus à interrompre la transmission du poliovirus autochtone (soit les pays d'endémie : Afghanistan, Inde, Nigéria et Pakistan) ; 6 des 26 pays réinfectés depuis 2003 par des virus provenant d'un pays d'endémie n'étaient pas parvenus à interrompre à nouveau la transmission (Angola, Bangladesh, Ethiopie, Myanmar, République démocratique du Congo et Somalie) ; et 4 autres pays jouxtant des zones d'endémie continuaient de subir des importations sporadiques du virus (Cameroun, Népal, Niger et Tchad).

Le contexte

En 1988, plus de 350 000 enfants étaient frappés chaque année de paralysie à cause de la poliomyélite...

Alors qu'un vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) efficace et peu coûteux existe depuis plus de 25 ans, lorsque l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été lancée, en 1988, plus de 350 000 enfants, dans au moins 125 pays, étaient encore frappés chaque année de paralysie à la suite d'infections par des poliovirus sauvages.²

Dès 1999, l'Initiative avait permis de réduire de 99 % le nombre annuel des cas de poliomyélite et prouvé que l'éradication était faisable...

La faisabilité technique de l'éradication des poliovirus sauvages a été confirmée en octobre 1999 lorsqu'a été dépisté le dernier cas de poliomyélite paralytique dû à un poliovirus sauvage de type 2 (1 des 3 types). Le fait que la maladie pouvait être éradiquée a été réaffirmé en 2002 lors de la certification de l'éradication des 3 types de poliovirus sauvages dans 3 des 6 Régions de l'OMS.

En 2003, une réduction limitée des activités d'éradication a entraîné une très forte résurgence de la poliomyélite...

Au milieu de l'année 2003, deux Etats du nord du Nigéria fortement infectés ont, contre toute attente, suspendu l'administration de VPO (sous prétexte d'une éventuelle « contamination »), ce qui a déclenché une épidémie nationale.³ Cela s'est produit peu après que les responsables de l'Initiative aient changé de tactique, en partie par manque de moyens financiers, décidant de mettre un terme aux campagnes exécutées dans la plupart des régions d'Afrique, d'Asie et du Moyen-Orient exemptes de poliomyélite pour axer les efforts sur les pays d'endémie. Depuis 2003, 20 pays de ces régions, auparavant exempts de la maladie, ont signalé de nouvelles flambées à la suite d'importations de virus en provenance du Nigéria, cependant que 6 autres pays étaient réinfectés par des virus en provenance d'Inde : au total, des milliers d'enfants ont été atteints de paralysie dans des régions exemptes de poliomyélite, et il a fallu mobiliser un montant supplémentaire de plus de US \$450 millions pour les ripostes qui s'imposaient d'urgence.

En 2006, des poliovirus autochtones étaient encore présents dans 4 pays, si bien que certains ont proposé que la campagne d'éradication soit abandonnée...

Sous prétexte que mener à son terme l'éradication de la poliomyélite coûterait très cher par rapport au nombre restreint de cas encore observés et que les 4 pays d'endémie et les quelques pays réinfectés ne seraient pas en mesure d'appliquer pleinement les stratégies nécessaires, certains hauts responsables de la santé publique ont proposé que l'on renonce à l'éradication au profit d'un « contrôle efficace ». Cette proposition a été faite à un moment où d'autres risques et problèmes, comme la lassitude des agents de santé et des volontaires après des années de campagnes, les lacunes de la surveillance et la concurrence d'autres priorités du développement, retenaient de plus en plus l'attention au plan international.

² L'adjectif « sauvage » désigne les poliovirus circulant à l'état naturel parmi les individus. La « souche Sabin » désigne les poliovirus atténués utilisés pour la fabrication du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO).

³ Centers for Disease Control and Prevention. Resurgence of wild poliovirus type 1 transmission and consequences of importation into 21 previously polio-free countries, 2002-2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 2006; 55: 145-50.

Les arguments pour mener à son terme l'éradication de la poliomyélite

Une étude récente montre que passer à un « contrôle efficace » coûterait en fait plus cher que la poursuite des activités d'éradication...

Les partisans d'une « contrôle efficace » (consistant, selon eux, à maintenir indéfiniment en deçà de 500 le nombre annuel de cas de poliomyélite) affirmaient que cela coûterait moins cher que de mener l'éradication à son terme.⁴ Toutefois, une étude indépendante a montré qu'un « contrôle efficace » entraînerait en fait une charge de morbidité beaucoup plus élevée et à des coûts dépassant de plusieurs milliards de dollars, sur une période de 20 ans, les dépenses à engager pour mener à bien l'éradication.⁵

De nouvelles analyses confirment que le retour à la seule vaccination systématique se traduirait par plus de 200 000 cas nouveaux de paralysie infantile chaque année...

En 2003, la propagation internationale du virus depuis le Nigéria a montré que le nombre des cas pouvait monter en flèche quand l'éradication n'est pas définitive.³ L'utilisation de nouveaux modèles mathématiques a révélé que, indépendamment de la stratégie mise en oeuvre, le passage à des opérations de « contrôle » se solderait par jusqu'à 4 millions de cas de paralysie infantile au cours des 20 années à venir dans les seuls pays à faible revenu.⁵ Cet accroissement de la prévalence de la poliomyélite affecterait de manière disproportionnée les populations les plus pauvres puisque la grande majorité des cas surviendraient dans des pays dont le PIB est inférieur à US \$1000 par an.

De nouveaux outils renforcent sensiblement l'impact des stratégies d'éradication⁶ ...

Une étude récente a confirmé que les nouveaux vaccins antipoliomyelitiques monovalents (VPOm) mis au point en 2005-2006 grâce à un extraordinaire partenariat public-privé renforcent sensiblement l'impact des campagnes antipoliomyelitiques.⁷ A doses égales, la protection conférée par ces vaccins contre le type de virus présent dans un pays donné est plus de deux fois supérieure à celle conférée par le VPO trivalent classique. On étudie aussi la possibilité d'utiliser un vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) pour les cas où la poliomyélite persisterait dans des régions bénéficiant d'un taux de couverture très élevée par le VPOm.

De nouvelles mesures réduisent le risque et les conséquences de nouvelles flambées épidémiques dans les zones exemptes de poliomyélite...

Depuis que l'Assemblée mondiale de la Santé a entériné, en 2006, la mise en oeuvre de ripostes plus rapides, plus amples et plus durables aux épidémies de poliomyélite, seuls 6 % des cas nouveaux ont été provoqués par des importations de virus contre 52 % en 2005. Par ailleurs, les ripostes sont encore

⁴ Arita I. Public health. Is polio eradication realistic? *Science* 2006; 312(5775): 852-4.

⁵ Thompson KM, Tebbens RJ. Eradication versus control for poliomyelitis: an economic analysis. *Lancet* 2007; 369(9570): 1363-71.

⁶ La stratégie en 4 points de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (vaccination systématique, journées nationales de vaccination antipoliomyélique (JNV), surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA), et campagnes de « ratissage ») a utilisé le vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt).

⁷ Grassly NC. Protective efficacy of a monovalent oral type 1 poliovirus vaccine: a case-control study. *Lancet* 2007; 369(9570): 1356-62.

plus rapides depuis que les nouvelles méthodes de laboratoire mises au point à la fin de l'année 2006 ont réduit de moitié le temps nécessaire à la confirmation de l'infection par le poliovirus et que, depuis 2005, les objectifs à atteindre en matière de sensibilité de la surveillance ont été doublés dans tous les pays à haut risque.

De nouvelles tactiques sont mises au point en fonction des besoins spécifiques des 4 derniers pays d'endémie...

Dès la fin de l'année 2006, les « journées de vaccination supplémentaires » associant l'administration de VPOm à d'autres interventions qui ont été organisées au Nigéria se sont traduites par des gains substantiels en matière de couverture par la vaccination systématique, d'adhésion des populations concernées et de soutien politique. En Inde, l'administration de VPOm selon un nouveau calendrier accéléré accroît l'immunité des jeunes enfants plus rapidement que ce n'était le cas en 2006. Au Pakistan et en Afghanistan, la mise en oeuvre d'une nouvelle stratégie à plusieurs volets prévoit entre autres la synchronisation des campagnes de vaccination de part et d'autre des frontières, la localisation des populations nomades et des négociations pour l'établissement de contacts avec les chefs locaux et l'armée. Dans ces 4 pays, les chefs religieux et traditionnels se sont beaucoup plus fortement impliqués pour mieux convaincre les populations locales.

Dans les 4 derniers pays d'endémie, le chef de l'Etat est maintenant personnellement engagé dans les efforts fournis pour mener l'éradication à bien...

Le 28 février 2007, les chefs des Gouvernements afghan, indien, nigérian et pakistanais se sont faits personnellement représenter à la consultation des partenaires des activités d'éradication de la poliomyélite convoquée à l'OMS à Genève par le Directeur général. A ce niveau de responsabilités, il est possible de mobiliser les soutiens interministériel et intersectoriel nécessaires à la mise en oeuvre des nouvelles tactiques conçues pour vacciner tous les enfants de toutes les zones infectées. Dans 2 de ces 4 pays, ce soutien s'est déjà traduit par de nouveaux engagements d'un total de US \$311 millions pour le financement d'activités de lutte contre la poliomyélite.

L'éradication de la poliomyélite contribuera aux objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)...

Les investissements consentis en faveur de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont rapporté bien plus que la prévention, à ce jour, de 5 millions de cas de poliomyélite. Plus de 85 % des personnels qui travaillent à plein temps pour l'Initiative (soit environ 3400 personnes au 1^{er} mai 2007) consacrent en moyenne la moitié de leur temps à des activités de lutte contre d'autres maladies. Ces investissements ont par exemple contribué à éviter 1,25 million de décès par des programmes de supplémentation en vitamine A et 2,3 millions de décès par des activités de réduction de la mortalité rougeoleuse ;⁸ à renforcer les vaccinations systématiques et à introduire de nouveaux vaccins dans les pays couverts par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination ; à surmonter des crises sanitaires internationales comme le SRAS et la grippe aviaire ;⁹ et à intervenir enfin rapidement après les catastrophes humanitaires tels le tsunami survenu en 2004 en Asie du Sud et le tremblement de terre qui a frappé le Pakistan en 2005. En continuant à investir dans l'éradication de la poliomyélite, on facilitera l'intégration des infrastructures et des activités de l'Initiative à d'autres

⁸ Wolfson LJ. Measles Initiative. Has the 2005 measles mortality reduction goal been achieved? A natural history modelling study. *Lancet* 2007; 369(9557): 191-200.

⁹ Heymann DL, Aylward RB. Poliomyelitis eradication and pandemic influenza. *Lancet* 2006; 367(9521): 1462-4.

activités et l'on se prémunira ainsi contre les conséquences nocives qu'aurait un arrêt inopiné du soutien qui lui est apporté.

Mesures à prendre dans l'immédiat pour intensifier les efforts d'éradication de la poliomyélite (dans les 6 mois)

Seule une action immédiate de tous les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite permettra de tirer parti des outils tactiques et engagements nouveaux destinés à accélérer les efforts d'éradication en 2007 et 2008. Dans les pays d'endémie, la priorité est d'accroître le nombre des enfants vaccinés à l'aide des nouveaux VPOm dans chaque district infecté au cours de chaque campagne. Au niveau international, il faut surtout assurer à l'Initiative le soutien financier et politique nécessaire à l'exécution de campagnes de vaccination et d'activités de surveillance d'une qualité optimale.

Activités nationales (pays d'endémie)

1. *L'éradication de la poliomyélite au rang de priorité nationale* : un dispositif mis en place au niveau national et à celui des Etats ou provinces assurera régulièrement (au moins tous les 2 mois) la coordination des mesures interministérielles et intersectorielles et rendra compte de ses activités au chef de l'Etat. Les responsables de la lutte antipoliomyélique seront chargés d'appliquer les décisions de ces organes et seront globalement responsables des activités exécutées dans leur secteur.
2. *Mobilisation sociale et communications* : un bilan national/international débouchera sur l'élaboration d'un plan d'action complet destiné à mobiliser les populations des districts infectés, à optimiser l'utilisation des moyens de communication de masse, à donner un rôle accru à ceux qui ont de l'influence au niveau local et à prévenir la propagation des rumeurs. L'analyse d'indicateurs types au cours de chaque campagne conduira, s'il y a lieu, à une révision du plan d'action.
3. *Qualité des campagnes et surveillance* : pour parvenir à vacciner plus de 95 % des enfants dans les districts infectés, les plans locaux seront réaménagés en fonction des normes internationales et toutes les zones visées seront répertoriées et affectées à des vaccinateurs acceptables par la population ; les organisations et ONG locales seront associées à ces actions, en particulier les groupes religieux et les groupes de femmes. Des équipes indépendantes suivront l'exécution des campagnes dans les zones à haut risque¹⁰ et communiqueront leurs conclusions à l'organe consultatif technique national sur la poliomyélite. Dans les districts infectés, les zones où la couverture vaccinale aura été inférieure à 90 % feront l'objet de nouvelles opérations de vaccination.

¹⁰ Zones dans lesquelles le risque que des enfants échappent à la vaccination est le plus grand, c'est-à-dire dans lesquelles la charge de morbidité est élevée, la proportion d'enfants qui n'ont jamais été vaccinés forte, les résultats obtenus lors de précédentes campagnes médiocres, etc.

4. *Vaccination systématique* : les taux de couverture vaccinale à atteindre seront établis pour les districts infectés et, avec des indicateurs de bon déroulement,¹¹ inclus dans les informations examinées lors de chaque réunion de l'organe consultatif technique national.
5. *Recherche et introduction de nouveaux outils* : les organes consultatifs techniques établiront une liste des recherches à conduire (enquêtes sérologiques, études sur le VPI, interventions pilotes, etc.) et veilleront à ce qu'elles soient exécutées dans les 6 mois. Les outils nouveaux seront introduits rapidement (par exemple par l'homologation d'au moins 2 de chaque VPO1m et VPO3m).
6. *Financement au niveau national* : des budgets de 3 ans pour l'éradication de la poliomyélite seront établis ou mis à jour, les moyens de financement à mettre en oeuvre au niveau national seront précisés, et une réunion de haut niveau du comité de coordination interinstitutions national sera organisée 2 fois par an avec différents partenaires du développement et le ministère des finances pour que soient examinés ou précisés les fonds apportés au niveau national.

Activités internationales (donateurs et partenaires)

1. *Financement international* : le plaidoyer en faveur de la poursuite des activités d'éradication de la poliomyélite sera soumis aux réunions du G8, du Comité d'Aide au Développement de l'OCDE, du Comité du Développement de la Banque mondiale, de l'Organisation de la Conférence islamique et des comités de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.
2. *Action de plaidoyer au niveau international* : le Directeur général de l'OMS se rendra dans chacun des 4 pays d'endémie afin de s'entretenir de l'intensification des efforts d'éradication avec le chef de l'Etat. Le document exposant les raisons pour lesquelles l'éradication doit être menée à bien sera également soumis à l'attention des responsables politiques et des organisations qui appuient l'initiative à l'occasion des sommets du G8 et des réunions de l'Organisation de la Conférence islamique, de l'Union africaine, de l'Association d'Asie du Sud pour la Coopération régionale et du Commonwealth.
3. *Améliorer la sécurité des travailleurs et des volontaires de la lutte antipoliomyélique*: l'OMS, l'UNICEF et les partenaires internationaux concernés soutiendront les mesures prises dans les pays pour organiser des « journées tranquillité » et/ou mettre en oeuvre d'autres moyens de garantir la sécurité des vaccinateurs dans les zones peu sûres ou en proie à des conflits.
4. *Coordination internationale des campagnes* : l'OMS et l'UNICEF aideront les pays à synchroniser leurs campagnes dans les cas où cela est nécessaire pour optimiser la couverture vaccinale des populations mouvantes (Afghanistan/Pakistan, Inde/Népal, Nigéria/Niger, par exemple).
5. *Limiter la propagation internationale de la poliomyélite* : l'OMS et l'UNICEF aideront les pays réinfectés à mettre sur pied des ripostes rapides aux flambées de poliomyélite. L'OMS les aidera

¹¹ Les indicateurs de bon déroulement pourront inclure la proportion de postes vacants pour les vaccinations systématiques, les séances de vaccination systématique effectivement conduites et les ruptures de stocks de vaccins.

aussi à actualiser leurs politiques vaccinales de manière à réduire les risques d'importations de poliovirus.

Étapes importantes d'un effort intensifié pour éradiquer la poliomyélite

Les progrès accomplis en vue des étapes ci-après montreront si les actions qui s'imposent dans l'immédiat pour intensifier l'effort d'éradication sont bien exécutées et donnent les résultats attendus, à savoir l'interruption de la transmission de la poliomyélite dans les pays d'endémie et les pays réinfectés.

1. Pays d'endémie : Réduction du nombre des districts infectés
 - D'ici à la fin de 2007, le nombre des districts infectés aura été réduit de moitié par rapport à 2006.
 - D'ici à la fin de 2008, la transmission de la poliomyélite aura été interrompue *ou* le nombre des districts infectés aura été encore réduit de 50 % par rapport à 2007.
2. Pays d'endémie : Protection accrue contre la poliomyélite dans les districts infectés¹²
 - D'ici à la fin de 2007, le taux d'immunité antipoliomyélitique des enfants âgés de 6 à 35 mois dans les districts infectés sera au moins égal au taux d'immunité observé dans les districts exempts de poliomyélite.
 - D'ici à la fin de 2008, le taux d'immunité des enfants âgés de 6 à 35 mois dans les districts infectés aura été au moins égal, pendant au moins 12 mois, au taux d'immunité observé dans les districts exempts de poliomyélite.
3. Pays réinfectés : Arrêt rapide des nouvelles flambées de poliomyélite
 - D'ici à la fin de 2007, les pays réinfectés en 2006 auront mis en oeuvre des mesures de riposte appropriées¹³ et interrompu la transmission de poliovirus importés.
 - D'ici à la fin de 2008, tout pays réinfecté en 2007 aura mis en oeuvre des mesures de riposte et interrompu la transmission de poliovirus importés.
4. Partenaires internationaux : Comblent le déficit financier¹⁴
 - D'ici au milieu de 2007, des annonces de contributions d'un montant suffisant pour financer toutes les activités d'éradication prévues jusqu'à la fin de 2007 auront été faites.

¹² Mesurée en fonction de l'état vaccinal des enfants de 6 à 35 mois atteints de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique et, au besoin, ajustée pour tenir compte des différences dans l'efficacité du vaccin par rapport aux zones exemptes de poliomyélite.

¹³ Résolution WHA59.1 de l'Assemblée mondiale de la Santé.

¹⁴ Tel qu'exposé dans l'édition correspondante des besoins en ressources financières de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sur le site www.polioeradication.org.

- D'ici à la fin de 2007, des annonces de contributions d'un montant suffisant pour financer toutes les activités d'éradication prévues jusqu'à la fin de 2008 auront été faites.

Suivi de l'effort intensifié d'éradication de la poliomyélite

Les différentes parties prenantes pourront suivre les progrès accomplis en vue des étapes et des activités de l'effort intensifié d'éradication sur le site Web de l'Initiative (www.polioeradication.org) et dans les publications qui s'y rapportent (PolioNews et Rapport annuel de l'Initiative).

Dans chaque pays d'endémie, les activités seront suivies et réorientées tous les 4 à 6 mois par l'organe consultatif technique pour la poliomyélite (groupe examinateur d'experts au Nigéria ; groupe consultatif technique en Afghanistan et au Pakistan ; et groupe consultatif d'experts en Inde). Au niveau international, les activités seront passées en revue tous les 6 mois par le Comité consultatif sur l'éradication de la poliomyélite (qui se réunira tous les 12 mois) et chaque année par les comités consultatifs régionaux.

Les conclusions des organes consultatifs techniques seront affichées sur le site Web de l'Initiative dans les 10 jours suivant chaque réunion et exposées dans les rapports annuels du Secrétariat à l'Assemblée mondiale de la Santé. Des consultations de suivi des partenaires seront convoquées tous les 12 mois.

Appel à l'action en vue du financement d'un effort intensifié pour éradiquer la poliomyélite, 2007-2008

La mise en oeuvre des actions qui s'imposent dans l'immédiat pour intensifier l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite exigera l'injection rapide, sur plusieurs années, de fonds pouvant être utilisés de façon flexible, faute de quoi on laissera s'échapper l'occasion qui s'offre d'éradiquer la poliomyélite. Le 10 mai 2007, l'Initiative mondiale présentait un déficit de US \$540 millions pour l'exercice 2007-2008. Les activités et le personnel devront être réduits dès le mois de juillet 2007 si un montant de US \$100 millions n'est pas garanti à cette date pour combler une partie du déficit. Un nouveau montant de US \$100 millions sera nécessaire dès novembre 2007.

Etat récapitulatif des fonds requis de sources extérieures, par grande catégorie de dépenses, 2007-2008 (en millions de US \$)¹⁵

Principaux postes de dépenses	2007	2008	2007-2008
Vaccin antipoliomyélitique oral	\$227,98	\$176,09	\$404,07
Activités des campagnes	\$230,69	\$163,81	\$394,50
Riposte aux flambées/évaluation du VPOM	\$50,00	\$35,00	\$85,00
Surveillance	\$61,09	\$59,47	\$120,56
Travaux de laboratoire	\$8,37	\$8,45	\$16,82
Assistance technique	\$87,90	\$83,35	\$171,25
Certification et endiguement	\$12,00	\$12,00	\$24,00
Produits pour l'après-éradication	\$5,00	\$5,00	\$10,00
Vaccins pour la constitution de stocks après l'éradication	\$12,70	\$31,60	\$44,30
Total partiel	\$695,72	\$574,77	\$1 270,50
Contributions	\$493,80	\$237,73	\$731,53
Déficit	\$201,92	\$337,04	\$538,97

Notes :

- L'exécution de campagnes supplémentaires destinées à accroître l'immunité dans les pays exempts de poliomyélite et exposés à un risque modéré d'importation du virus coûterait un montant supplémentaire de US \$110 millions par an.
- Un retard de 12 mois dans l'éradication de la poliomyélite dans les réservoirs du Pakistan/Afghanistan, au Nigéria ou en Inde entraînerait, respectivement, des augmentations des coûts d'au moins US \$45 millions, US \$80 millions et US \$140 millions.

¹⁵ On trouvera des indications plus détaillées à ce sujet dans l'édition des besoins en ressources financières de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite à l'adresse www.polioeradication.org.

- Après l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage au niveau mondial, un montant supplémentaire de US \$661 millions sera nécessaire pendant 3 ans pour la certification et la préparation de l'après-éradication.