Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A70/14 Add.1**
Point 12.3 de l'ordre du jour provisoire **19 mai 2017**

Planification de la transition pour la poliomyélite

Rapport du Secrétariat

INTRODUCTION

1. Le Conseil exécutif, à sa cent quarantième session en janvier 2017, a adopté la décision EB140(4) sur la poliomyélite, dans laquelle le Directeur général est prié, entre autres, de présenter à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé un rapport qui décrit les risques programmatiques, financiers et liés aux ressources humaines résultant de la réduction progressive en cours et, à terme, de la cessation des activités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, ainsi qu'un bilan des mesures prises et prévues pour atténuer ces risques, tout en veillant au maintien des fonctions essentielles liées à la poliomyélite.

2. Le présent document a été établi afin de donner suite à la décision EB140(4) et s'appuie sur les contributions des bureaux de l'OMS dans les pays ; des Bureaux régionaux OMS de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est ; et des départements concernés au Siège. Des modèles communs, y compris pour la conduite des entretiens, ont été fournis pour recueillir les contributions au rapport, document dont un avant-projet a été présenté lors d'une réunion des États Membres le 28 avril 2017.

3. Ce rapport ne consacre qu'une courte partie récapitulative aux risques liés aux ressources humaines et aux efforts déployés pour les atténuer, ces questions étant déjà abordées dans l'annexe du document A70/14. Cette annexe doit être lue parallèlement au présent rapport afin d'obtenir une compréhension globale des risques programmatiques, financiers et liés aux ressources humaines qui découlent de la transition et d'éclairer les débats concernant le sous-point de l'ordre du jour relatif à la planification de la transition pour la poliomyélite, pour lequel ce rapport a été établi.

4. Le Secrétariat estime que la réduction des activités du programme de lutte contre la poliomyélite est l'un des grands risques auxquels l'Organisation est confrontée. Le Groupe de la politique mondiale de l'OMS est pleinement mobilisé pour y faire face, et la planification de la transition pour la poliomyélite est traitée comme un exercice à l'échelle de toute l'Organisation. Le Secrétariat, afin de donner suite à la décision EB140(4), s'est engagé à informer les États Membres et à les associer à ce processus en vue de garantir que les fonctions essentielles, les actifs et l'expérience liés à la poliomyélite, ainsi que les investissements considérables consentis par les partenaires donateurs, contribuent à maintenir le monde exempt de poliomyélite après la certification mondiale et, lorsque cela est possible, à atteindre d'autres objectifs mondiaux essentiels de santé publique dans les États Membres touchés ayant bénéficié d'un appui au titre de la lutte antipoliomyélitique.

RISQUES ET OPPORTUNITÉS PROGRAMMATIQUES LIÉS À LA TRANSITION

5. Les risques et opportunités programmatiques présentés ci-dessous ont été recensés dans les contributions des bureaux régionaux concernés et des départements du Siège, ainsi que dans les projets de plans de transition nationaux. Ce rapport est une première tentative de réunir dans un même document des données détaillées sur ce sujet.

A. Impact sur la vaccination

Risques

6. L'annexe au rapport du Secrétariat sur les ressources humaines, soumis au Conseil exécutif à sa cent quarantième session[1] indique que 23 % des effectifs financés au titre de la lutte antipoliomyélitique sont affectés aux activités de vaccination et de surveillance, 19 % à des domaines techniques plus généraux relevant du Programme élargi de vaccination (y compris le soutien aux laboratoires et la gestion des données), tandis que 56 % d'entre eux fournissent un appui opérationnel essentiel pour mettre en œuvre des activités de surveillance et de vaccination dans l'ensemble des bureaux de pays de l'OMS. La baisse du financement pour l'éradication de la poliomyélite perturbe les fonctions essentielles des bureaux régionaux et de pays de l'OMS liées au Programme élargi de vaccination, en particulier les activités de surveillance des maladies.

7. Il existe des liens et des synergies évidents entre le Programme élargi de vaccination et l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, notamment en ce qui concerne :

- le renforcement de la vaccination systématique (microplanification, formation et mobilisation communautaire) ;
- la surveillance des maladies et le renforcement des capacités de laboratoire ;
- la qualité, la collecte, l'analyse et la gestion des données ;
- la planification et l'exécution d'activités de vaccination supplémentaire (contre la poliomyélite et contre d'autres maladies évitables par la vaccination) ; et
- la supervision et le suivi des programmes.

8. L'évaluation à mi-parcours 2016 du Plan d'action mondial pour les vaccins[2] a rappelé les retards préoccupants qui demeurent au regard d'aspirations mondiales telles que l'élimination de la rougeole et de la rubéole ou l'instauration d'une couverture vaccinale équitable.

9. L'Initiative contre la rougeole et la rubéole a recensé 68 pays devant bénéficier d'un soutien prioritaire. Tous les pays prioritaires pour la transition dans le domaine de la lutte contre la poliomyélite en font partie. Sur 20,8 millions de nourrissons qui n'ont pas été vaccinés contre la

[1] Document EB140/46, annexe.

[2] Voir l'évaluation à mi-parcours 2016 du Plan d'action mondial pour les vaccins. Disponible à l'adresse http://www.who.int/immunization/global_vaccine_action_plan/SAGE_GVAP_Assessment_Report_2016_FR.pdf (consulté le 7 mai 2017).

rougeole en 2015, plus de la moitié (53 %) vivaient dans six pays prioritaires pour la transition (Éthiopie, Inde, Indonésie, Nigéria, Pakistan et République démocratique du Congo). Le but d'élimination de la rougeole et de la rubéole qui figure dans le Plan d'action mondial pour les vaccins apparaît donc fragile et le retrait du soutien à la lutte antipoliomyélitique pourrait avoir des conséquences fâcheuses sur ce plan.

10. En outre, presque 60 % des 19,4 millions d'enfants non vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC3) vivent dans l'un des 16 pays prioritaires pour la transition. Cette situation persiste alors même que les ressources de la lutte antipoliomyélitique ont aidé ces pays à recenser les populations omises par les services de vaccination systématique et à élaborer des stratégies pour accroître la couverture et réduire les inégalités. Si l'on veut atteindre les buts du Plan d'action mondial pour les vaccins d'ici à 2020, il faut non seulement préserver l'intégrité du Programme élargi de vaccination, mais également le renforcer et le protéger des conséquences négatives de la transition.

11. La réduction progressive, puis la cessation des activités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite présentent des risques considérables pour la Région africaine de l'OMS : dans celle-ci, en effet, environ 90 % des effectifs et infrastructures de vaccination financés par l'OMS le sont sur les ressources de l'Initiative. Il est important de noter que tous les membres du personnel de l'OMS financés au titre de la lutte antipoliomyélitique ont le titre d'« agent de vaccination » ; ils participent à un vaste éventail d'activités de lutte contre les maladies évitables par la vaccination, toutes liées au Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020[1] adopté par le Comité régional OMS de l'Afrique en 2014.[2] Le Plan stratégique régional s'appuie sur le Plan d'action mondial pour les vaccins et présente des cibles régionales ambitieuses d'introduction et de couverture pour le vaccin antipneumococcique conjugué, le vaccin antirotavirus, les vaccins contre le virus du papillome humain, la rougeole et la rubéole, l'élimination du tétanos maternel et néonatal, et la lutte contre la fièvre jaune et la méningite. Ces cibles ont été définies en fonction des effectifs présents dans la Région africaine pendant la période 2013-2014 et pour permettre à l'OMS de continuer à fournir aux pays l'appui technique nécessaire pour atteindre les objectifs fixés.

12. Outre le retrait progressif de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et la disparition des ressources qui lui sont associées, la Région africaine sera également confrontée dans les années à venir à la réduction et à l'arrêt du soutien de l'Alliance GAVI, à mesure que les pays en transition économique ne seront plus autorisés à lui soumettre des demandes d'appui. À sa réunion de décembre 2016, le groupe consultatif technique régional sur la vaccination a recommandé au Directeur régional pour l'Afrique qu'une analyse programmatique détaillée soit réalisée concernant l'impact prévu de l'arrêt progressif des activités de l'Initiative et la transition par rapport à une situation où les programmes de vaccination nationaux et les systèmes nationaux de surveillance des maladies de la Région africaine étaient financés par l'Alliance GAVI, en intégrant également les exigences qui doivent être en place pendant la période de certification postpoliomyélite. L'analyse a révélé plusieurs domaines qui, dans la Région africaine, seront touchés par la réduction, puis la cessation, des activités du programme de lutte antipaludique, notamment les suivants :

- **Activités de surveillance des maladies –** Les 47 bureaux de pays de la Région africaine de l'OMS reçoivent tous les trois mois des fonds de démarrage au titre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, dont le but est de donner aux pays les moyens de mener

[1] Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 (http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9768&Itemid=2593).

[2] Voir la résolution AFR/RC64/R4.

des activités de surveillance active de la paralysie flasque aiguë, mais aussi des activités de surveillance d'autres maladies évitables par la vaccination. Lorsque l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite aura cessé ses activités, il pourrait être difficile de mener de façon optimale une surveillance active des maladies, ce qui risque de retarder la détection et la riposte pour les maladies prioritaires et d'entraîner la résurgence de certaines d'entre elles.

- **Systèmes d'information sur la vaccination –** Dans la Région africaine, les fonctions chargées de la gestion des données de l'OMS sur la vaccination sont largement financées par les ressources de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, et il faut veiller à maintenir ces capacités de gestion des données afin d'effectuer un suivi régulier des tendances en matière de maladies et de pouvoir ainsi détecter rapidement les flambées et y répondre avec célérité.

- **Soutien aux laboratoires –** Face à la réduction des fonds de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, les laboratoires financés dans le cadre de la lutte contre cette maladie auront besoin de ressources supplémentaires pour soutenir leurs activités concernant d'autres maladies évitables par la vaccination, pour acheter des réactifs, du matériel et d'autres fournitures, et pour assurer la formation continue et conserver leur agrément. Au Nigéria par exemple, les deux laboratoires agréés par l'OMS restent menacés, comme d'autres laboratoires publics qui bénéficient du soutien de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite et contribuent également à la lutte contre la rougeole, la rubéole et la fièvre jaune.

13. La réduction des activités du programme de lutte contre la poliomyélite impliquerait des risques similaires dans la Région de la Méditerranée orientale, où le personnel consacre une part importante de son temps à soutenir d'autres efforts de vaccination de l'enfant et la surveillance d'autres maladies évitables par la vaccination, en plus de la paralysie flasque aiguë. Dans les pays prioritaires pour la transition, comme la Somalie et le Soudan, les efforts d'éradication de la poliomyélite sont pleinement intégrés au Programme élargi de vaccination et aux autres efforts de vaccination de l'enfant. En outre, la surveillance de la rougeole et de la rubéole est intégrée à la surveillance de la paralysie flasque aiguë pour ce qui est de la gestion des données, de l'encadrement, des organes techniques, de la communication, et du suivi et de la supervision. La lenteur des progrès accomplis dans un pays fragile comme la Somalie, où la couverture de la vaccination systématique est passée de moins de 10 % en 1980 à plus de 44 % en 2015,[1] constitue désormais un risque.

14. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, le principal risque posé par la perte des réseaux de lutte contre la poliomyélite concernera l'atteinte du but d'élimination de la rougeole et de maîtrise de la rubéole/du syndrome de rubéole d'ici à 2020.[2] On pourrait notamment observer une stagnation ou une baisse de la couverture de la vaccination systématique par la première et la deuxième doses du vaccin contre la rougeole et la rubéole (alors même que cette stratégie est le pilier de l'élimination de la rougeole et de la lutte contre la rubéole) ainsi que des effets négatifs sur la qualité de la surveillance de ces deux maladies. À moins que d'autres dispositifs d'appui aux fonctions techniques ne soient rapidement trouvés pour remplacer les fonds de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, il sera difficile de renforcer la surveillance au laboratoire fondée sur les cas en vue d'atteindre les buts d'élimination et de maîtrise. Le soutien à l'introduction de nouveaux vaccins dans

[1] WHO vaccine-preventable diseases: monitoring system, 2016 global summary. Disponible à l'adresse http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/countries?countrycriteria%5Bcountry%5D%5B%5D=SOM (consulté le 15 mai 2017).

[2] Voir la résolution SEA/RC66/R5 (2013).

la Région de l'Asie du Sud-Est pourrait lui aussi être compromis si les réseaux de lutte contre la poliomyélite cessent de soutenir des activités telles que la formation, les évaluations postintroduction et la surveillance des manifestations postvaccinales indésirables.

Opportunités

15. Les principaux personnels techniques et opérationnels financés au titre de la lutte antipoliomyélitique, de même que les puissantes infrastructures nationales mises en place grâce à ces fonds, peuvent être réaffectés et jouer un rôle essentiel pour atteindre les buts du Plan d'action mondial pour les vaccins et les cibles de vaccination régionales qui s'y rapportent.

16. **Instaurer l'accès universel à la vaccination sur le continent africain.** Les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale préparent actuellement un dossier argumenté concernant la vaccination sur le continent africain, dans le but ultime d'aider les États Membres de ce continent à réduire la charge de morbidité et de mortalité imputable aux maladies à prévention vaccinale chez les femmes et les enfants. Il s'agit d'obtenir un engagement assez solide de la part des autorités nationales et de mobiliser des ressources suffisantes pour que l'OMS puisse atteindre pleinement les cibles du Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 [1] et s'acquitter des engagements de la Déclaration d'Addis-Abeba sur la vaccination (2016).[2]

17. **Renforcer la vaccination dans la Région de l'Asie du Sud-Est.** Suite à la certification de l'éradication de la poliomyélite, les moyens de lutte contre cette maladie, notamment les capacités techniques, ont été fortement mobilisés ces dernières années au profit de priorités vaccinales plus générales. Cet engagement a particulièrement concerné les domaines suivants : surveillance d'autres maladies évitables par la vaccination (rougeole, rubéole, diphtérie, coqueluche, tétanos néonatal et syndrome d'encéphalite aiguë) ; soutien technique ciblé aux activités de vaccination supplémentaire pour l'élimination de la rougeole et la maîtrise de la rubéole ; renforcement des systèmes de vaccination systématique ; appui technique à l'introduction de nouveaux vaccins ; et enfin, recherche opérationnelle et essais cliniques. Le soutien ainsi apporté par les infrastructures de lutte antipoliomyélitique est dûment reconnu par les gouvernements nationaux de la Région, et ceux-ci appellent à poursuivre cet appui technique afin d'obtenir des bénéfices accrus sur le plan de la santé publique et d'atteindre les objectifs régionaux et les cibles sanitaires des objectifs de développement durable.

18. **Atteindre l'objectif d'élimination de la rougeole et de la rubéole.** L'élimination de la rougeole et la maîtrise du syndrome de rubéole congénitale sont des priorités pour les États Membres des Régions OMS de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est. Toutes trois ont adopté des objectifs d'élimination de la rougeole.

19. Le programme d'élimination de rougeole et de la rubéole comme l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite s'appuient de façon déterminante sur un vaste réseau de surveillance et de laboratoires, un système de préparation et de riposte aux flambées, des activités périodiques de vaccination supplémentaire et un réseau actif de mobilisation communautaire pour franchir la dernière ligne droite. Le réseau mondial de laboratoires de recherche sur la rougeole et la rubéole était inspiré du succès du Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite, et tous deux continuent d'échanger

[1] Plan stratégique régional pour la vaccination 2014-2020 (http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=9768&Itemid=2593, consulté le 15 mai 2017).

[2] Voir http://immunizationinafrica2016.org/ministerial-declaration-french (consulté le 8 mai 2017).

des ressources notables (personnel, capacités de gestion et procédures) pour les essais en laboratoire de confirmation des cas.

20. En outre, sur 146 laboratoires spécialisés dans la poliomyélite, 122 (soit 84 %) sont agréés pour le réseau sur la rougeole et la rubéole et risquent d'être démantelés en raison de la baisse des ressources de la lutte antipoliomyélitique. D'après les besoins en ressources financières présentés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite,[1] on estime provisoirement à US $77 millions environ la somme annuelle nécessaire pour remplacer les ressources de l'Initiative actuellement utilisées pour soutenir la surveillance de la rougeole et de la rubéole au niveau national. Cela représente environ 70 % du coût mondial de la conduite de la surveillance de la rougeole et de la rubéole. Actuellement, plus de 2500 intervenants financés au titre de la lutte antipoliomyélitique appuient ces activités.

B. Impact sur la sécurité sanitaire mondiale : capacité à détecter les maladies à tendance épidémique et pandémique et d'autres situations d'urgence, et à y répondre

Risques

21. Alors que plus de 100 événements aigus de santé publique sont signalés chaque année dans la Région africaine, il faut disposer d'un volant minimum de ressources humaines capables de détecter les événements aigus de santé publique et d'organiser la riposte. Cela permet d'alléger la charge des maladies à tendance épidémique et de se doter des principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005). Sans cet appui de terrain, on tardera à détecter ces menaces dans la Région africaine et à organiser une riposte efficace pour y faire face.

22. Pour nombre de flambées épidémiques nécessitant des campagnes de vaccination préventives et/ou réactives d'envergure, l'expertise du programme de lutte contre la poliomyélite a utilement contribué à la préparation des microplans et à la conduite des campagnes de vaccination. En Somalie, l'équipe de lutte contre la poliomyélite a participé à la gestion des situations d'urgence qui frappent actuellement le pays (sécheresse et flambée de choléra) en soutenant la planification, la mise en œuvre et le suivi de campagnes de vaccination anticholérique par voie orale ciblant quelque 500 000 personnes dans les zones à haut risque. Au Soudan, le personnel de lutte antipoliomyélitique a participé au suivi de vastes campagnes qui ont permis de vacciner des dizaines de millions d'enfants et d'adultes contre la fièvre jaune, la méningite et la rougeole, tout en contribuant à la riposte face aux flambées de dengue et de diarrhée liquide aiguë.

23. Les importantes flambées de fièvre jaune récemment endiguées en République démocratique du Congo et en Angola ont montré combien le rôle du programme de lutte contre la poliomyélite peut être déterminant pour combattre une maladie à prévention vaccinale. La réduction des activités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite fait également peser des risques majeurs sur le nord-est du Nigéria. Dans certaines zones où sévit Boko Haram et où les installations sanitaires ont par conséquent été détruites, les équipes de santé mobiles (soutenues par l'Initiative) restent les seuls fournisseurs de services vaccination, de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Par ailleurs, le personnel et les infrastructures de lutte antipoliomyélitique ont apporté une contribution décisive pour endiguer la maladie à virus Ebola au Nigéria.

[1] Organisation mondiale de la Santé. Global Polio Eradication Initiative. Financial Resource Requirements 2013–2019. 2016. Disponible à l'adresse http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/10/FRR2013-2019_April2016_EN_A4.pdf (consulté le 8 mai 2017).

24. En 2010, le Bureau régional OMS de l'Afrique a révisé les orientations techniques génériques sur la surveillance intégrée des maladies et la riposte,[1] qui avaient été élaborées en 2001 pour répondre à l'émergence ou la réémergence de plusieurs agents pathogènes infectieux, aux menaces liées aux maladies non transmissibles et à certains événements et affections, et pour donner suite à l'adoption du Règlement sanitaire international (2005) et à l'approche « Un monde, une santé ». La réduction des activités de lutte contre la poliomyélite aura des conséquences négatives sur le renforcement de ces lignes directrices révisées.

25. Les agents de santé financés au titre de la lutte antipoliomyélitique, ainsi que les actifs physiques tels que les véhicules ou le matériel de la chaîne du froid, ont également servi à appuyer la logistique nécessaire aux activités de supervision et de surveillance d'autres maladies transmissibles. Ce soutien a aidé à endiguer les récentes flambées de fièvre jaune en Angola, en République démocratique du Congo et en Ouganda, à mener les activités de vaccination lors des flambées saisonnières de méningite et à prendre les dispositions nécessaires pour l'application du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique.

Opportunités

26. **Renforcer le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.** L'OMS intervient actuellement face à un nombre inédit de crises, et plusieurs bureaux de pays doivent de toute urgence renforcer leurs capacités, en particulier ceux confrontés à des situations d'urgence ou situés dans des milieux fragiles.

27. De nombreux pays dont le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire souhaite renforcer les capacités sont aussi des pays prioritaires pour la transition. Sur les 16 pays prioritaires aux fins de la planification de la transition, six relèvent de la priorité 1 de renforcement des capacités, telle que fixée par ce Programme, et 5 de la priorité 2. Dans certains pays, comme la Somalie, un poste unique de coordonnateur pour la poliomyélite et les situations d'urgence a été créé en vue de soutenir de façon intégrée les interventions de vaccination de l'enfant et la riposte aux situations d'urgence. Les compétences et les systèmes dont le personnel de lutte antipoliomyélitique s'est doté au fil des ans peuvent être directement utiles non seulement pour combler les principaux besoins en capacités du Programme, mais aussi pour renforcer la résilience du système de santé des pays très vulnérables. Comme les capacités essentielles requises par le Programme n'englobent pas un personnel aussi nombreux que celui actuellement affecté à l'éradication de la poliomyélite, et comme elles ne recouvrent pas les vastes réseaux sous-nationaux aujourd'hui entretenus pour la lutte antipoliomyélitique, il faudra trouver de nouvelles sources de financement.

28. Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire passe en revue les principales capacités nationales nécessaires pour la préparation aux situations d'urgence et la riposte, sur la base du contexte et des besoins, dans les bureaux de pays prioritaires de l'OMS.

29. Au cours des six à 12 prochains mois, le Programme et les chefs de bureaux de pays de l'OMS travailleront ensemble pour pleinement mettre en œuvre le modèle opérationnel du Programme en fonction du contexte national, afin de veiller à ce que les capacités soient durablement institutionnalisées. On s'emploiera activement à tirer parti des possibilités de synergies entre la

[1] Organisation mondiale de la Santé et Centers for Disease Control and Prevention (2010). Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance and Response in the African Region, Brazzaville, République du Congo et Atlanta, États-Unis d'Amérique, 1-398 (disponible à l'adresse https://www.cdc.gov/globalhealth/dphswd/idsr/pdf/Technical%20Guidelines/IDSR%20Technical%20Guidelines%202nd%20Edition_2010_English.pdf, consulté le 9 mai 2017).

planification de la transition pour la poliomyélite et les plans de renforcement des capacités du Programme. Un financement limité est actuellement disponible pour couvrir l'investissement initial requis par le Programme en 2017, mais la viabilité à long terme de ce modèle dépend de nouvelles contributions pluriannuelles pour les activités de l'OMS lors des situations d'urgence.

30. Dans les pays prioritaires pour la transition, des compétences et des capacités importantes sont disponibles pour soutenir les efforts de renforcement des principales capacités nationales requises au titre du Règlement sanitaire international (2005) et pour l'élaboration de plans d'action nationaux. D'après le rapport de l'évaluation externe conjointe menée au Pakistan en 2016 : « La planification systématique doit déterminer comment les actifs et les meilleures pratiques liés à l'éradication de la poliomyélite seront mis à profit lors de la transition et préservés au fil du temps à l'appui d'autres priorités, en particulier la vaccination et la surveillance des maladies évitables par la vaccination. De façon plus générale, le système intégré de surveillance et de lutte contre les maladies infectieuses devrait être développé en un système horizontal plus générique capable de détecter n'importe quelle maladie et d'y répondre ».[1]

31. Dans de nombreux pays prioritaires pour la transition, en particulier les pays fragiles ou frappés par les conflits, le personnel et les infrastructures financés au titre de la lutte contre la poliomyélite sont déjà intégrés aux opérations d'urgence et restent les premiers intervenants face aux flambées de maladies et aux catastrophes naturelles.

32. **Renforcer la surveillance intégrée des maladies et la riposte.** Même si des progrès ont été accomplis ces dernières années, l'approche de surveillance intégrée des maladies et de riposte n'a pas été pleinement mise en œuvre dans les districts et les communautés de la plupart des pays. Des lacunes importantes ont été observées à cet égard au niveau des districts, notamment des capacités insuffisantes de gestion des données, les moyens limités des comités de gestion des épidémies et des équipes d'intervention rapide et un manque de capacités logistiques et de communication.

33. Les fonctions essentielles et les fonctions d'appui sont relativement semblables pour l'approche de surveillance intégrée des maladies et de riposte et pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë poliomyélitique, et sont valables à tous les niveaux du système de santé, depuis la communauté, les districts et les niveaux périphériques jusqu'au plan national. Le réseau de surveillance de la paralysie flasque aiguë financé dans le cadre de la lutte contre la poliomyélite peut servir à renforcer la surveillance intégrée des maladies et la riposte en : i) exploitant les capacités de gestion de données financées au titre de la lutte antipoliomyélitique ; ii) créant un réseau national de laboratoires de santé publique pour expédier des substances infectieuses en toute sécurité et rapidement ; et iii) s'appuyant sur les opérations de terrain financées au titre de la lutte contre la poliomyélite pour enquêter sur les grandes flambées épidémiques et y répondre. L'intégration des effectifs de lutte contre la poliomyélite peut contribuer à renforcer les capacités à appliquer l'approche de surveillance intégrée des maladies et de riposte, le Règlement sanitaire international (2005) et l'approche « Un monde, une santé ».

[1] Joint External Evaluation of the IHR Core Capacities of the Islamic Republic of Pakistan: Mission Report (27 avril-6 mai 2016). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017. Disponible à l'adresse https://extranet.who.int/spp/sites/default/files/jeeta/WHO-WHE-CPI-2017.9-eng.pdf (consulté le 9 mai 2017).

C. Impact sur les maladies tropicales négligées et la supplémentation nutritionnelle

Risques

34. Selon les estimations, environ 1,5 milliard de personnes dans le monde sont atteintes par des géohelminthiases.[1] Plus de 270 millions d'enfants d'âge préscolaire et de 600 millions d'enfants d'âge scolaire habitent dans des régions où la transmission de ces parasites est intensive et où des traitements et des mesures préventives doivent leur être proposés. Le programme de lutte contre les maladies tropicales négligées de l'OMS a pour objectif de dispenser des traitements médicamenteux pour le déparasitage à 270 millions d'enfants d'âge préscolaire chaque année. Les comprimés de déparasitage sont fréquemment administrés conjointement à la vitamine A pendant les campagnes de vaccination contre la poliomyélite, organisées sous la forme de « journées pour la santé de l'enfant », qui dépendent du financement destiné à la lutte contre la poliomyélite. À l'échelle mondiale, plus de 150 millions d'enfants d'âge préscolaire ont été traités de cette façon en 2015.

35. La Région de l'Asie du Sud-Est est la Région de l'OMS où le nombre d'enfants atteints de géohelminthiases est le plus élevé, l'Inde, l'Indonésie et le Bangladesh totalisant la majorité des cas. Dans cette Région, l'élimination des maladies tropicales négligées est l'un des programmes prioritaires. La Région africaine vient en deuxième position pour le nombre d'enfants contaminés, avec près de 300 millions d'enfants ayant besoin d'une chimioprévention. Trois des quatre pays d'Afrique où les besoins sont les plus grands – le Nigéria, l'Éthiopie, et la République démocratique du Congo – sont des pays prioritaires pour la transition.

36. En 2015, dans les 16 pays concernés par la transition, environ 55 millions d'enfants d'âge préscolaire ont bénéficié du déparasitage lors des journées pour la santé de l'enfant. En République démocratique du Congo, au Pakistan et au Myanmar, la couverture par les traitements de déparasitage pour les enfants qui en ont besoin a été supérieure à 90 % et elle a dépassé 60 % en Éthiopie.

37. Toutefois, le démantèlement progressif de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite aura à l'avenir un impact négatif sur la couverture par la chimioprévention des géohelminthiases. Le degré d'intégration existant entre divers programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées signifie que le processus de réduction progressive des opérations ne se limite pas aux programmes de lutte contre les géohelminthiases. Ainsi, soit avant 2020 soit peu après, les programmes d'élimination ou d'éradication mis en place pour la filariose lymphatique, l'onchocercose et la poliomyélite auront probablement atteint leurs cibles en matière d'éradication ou d'élimination et les importantes campagnes menées chaque année, qui fournissent une partie de l'infrastructure permettant d'administrer aux enfants l'albendazole et le mébendazole, seront progressivement supprimées.

38. Les campagnes de vaccination de masse contre la poliomyélite et les journées pour la santé de l'enfant financées par les crédits alloués à la lutte antipoliomyélitique sont aussi l'occasion de mener des activités de surveillance de la dracunculose (maladie du ver de Guinée), et ainsi de soutenir un autre effort d'éradication mondial. La recherche active des cas et la surveillance de la dracunculose menées foyer par foyer par des milliers d'agents administrant le vaccin contre la poliomyélite au Nigéria ont contribué à la certification de l'élimination de la maladie dans le pays.[2] Ces activités de

[1] Géohelminthiases. Organisation mondiale de la Santé, Aide-mémoire N° 366, mis à jour en janvier 2017, disponible à l'adresse http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs366/fr/ (consulté le 15 mai 2017).

[2] Voir http://www.who.int/features/2014/nigeria-stops-guinea-worm/fr/ (consulté le 10 mai 2017).

surveillance sont actuellement conduites dans huit pays, dont six sont concernés par la transition : Angola, Éthiopie, République démocratique du Congo, Soudan du Sud, Soudan et Tchad.

39. Le nombre d'enfants d'âge préscolaire exposés au risque de carence en vitamine A est estimé à 250 millions.[1] Dans les zones où prévalent les carences en vitamine A, une proportion importante des femmes enceintes en souffrent également. En outre, on estime entre 250 000 et 500 000 le nombre d'enfants carencés en vitamine A qui perdent la vue chaque année, et la moitié d'entre eux décèdent dans les 12 mois qui suivent. La supplémentation en vitamine A est par conséquent essentielle pour la survie de la mère et de l'enfant, et la carence peut conduire à une augmentation de la morbidité et de la mortalité de l'enfant à long terme.

Opportunités

40. Dix des 16 pays concernés par la transition – Angola, Bangladesh, Cameroun, Éthiopie, Inde, Népal, Nigéria, Somalie, Soudan du Sud et Soudan – ont indiqué que les maladies tropicales négligées figuraient au nombre des cinq principales priorités pour l'attribution des fonds alloués au pays au titre du budget programme 2018-2019.

41. Les campagnes de vaccination de masse organisées aux niveaux national et infranational et soutenues par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite offrent une structure solide et économiquement efficace pour la distribution des traitements de chimioprévention contre les maladies tropicales négligées. Lorsque le coût du médicament fait l'objet d'un don, et que l'infrastructure des journées pour la santé de l'enfant, financée par la lutte contre la poliomyélite, est utilisée, le coût du déparasitage pour un enfant est inférieur à US $0,007.[2] En l'absence d'une telle infrastructure, ce coût est quasiment multiplié par 30. C'est ce faible coût marginal du déparasitage qui a convaincu plusieurs pays d'endémie de la poliomyélite d'adopter cette approche.

42. Une évaluation approfondie doit être menée dans les pays où le soutien financier aux journées pour la santé de l'enfant ou aux journées de la vaccination prendra fin du fait de l'éradication de la poliomyélite, et il faut analyser l'impact sur le maintien des activités de déparasitage actuelles et la réalisation des objectifs fixés pour les maladies tropicales négligées à l'horizon 2020.

43. Étant donné que 1,5 million de décès ont, selon les estimations, été évités chez les enfants grâce à l'administration systématique de vitamine A durant les activités de vaccination contre la poliomyélite,[3] il sera essentiel, pour réduire les taux de morbidité et de mortalité de l'enfant, de mener une analyse détaillée des risques encourus et d'identifier d'éventuelles structures de remplacement pour l'administration à un coût raisonnable des compléments nutritionnels.

44. Comme c'est le cas en Inde, le vaste réseau de surveillance de la poliomyélite peut aussi être utilisé pour assurer le suivi des maladies tropicales négligées telles que la leishmaniose viscérale ou la filariose lymphatique. Au Népal, le réseau de surveillance des maladies à prévention vaccinale financé par la lutte antipoliomyélitique est également utilisé pour suivre le syndrome encéphalique aigu.

[1] Voir http://www.who.int/nutrition/topics/vad/en/ (consulté le 10 mai 2017).

[2] Boselli G. Integration of deworming into an existing immunisation and vitamin A supplementation campaign is a highly cost-effective approach to maximise health benefits in Lao PDR (2011). Int Health 3; 240-245.

[3] Voir http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs114/fr/ (consulté le 10 mai 2017).

D. Impact sur les interventions sanitaires pour la mère et l'enfant

Risques

45. Le personnel et les actifs physiques financés au titre de la lutte antipoliomyélitique ont permis de soutenir les interventions visant à améliorer la santé de la mère et de l'enfant dans de nombreux pays.

46. Le soutien apporté par le personnel, les actifs et les ressources de la lutte antipoliomyélitique pour l'organisation des journées pour la santé de l'enfant dans de nombreux pays où les infrastructures sanitaires sont médiocres, a contribué à la réduction de la morbidité et de la mortalité associées aux maladies à prévention vaccinale, aux maladies tropicales négligées, à la carence en vitamine A et à une mauvaise nutrition, et a aussi aidé à la collecte et à l'analyse des données. Dans de nombreux pays, les journées pour la santé de l'enfant ont aussi été mises à profit pour sensibiliser les populations à l'assainissement et à l'hygiène, à l'allaitement maternel, et à l'enregistrement des naissances. Par exemple, en République démocratique du Congo, au cours d'une campagne de vaccination contre la poliomyélite qui visait à atteindre plus de 16 millions d'enfants de moins de cinq ans, les 50 000 agents de santé ont aussi fourni des comprimés de déparasitage et des suppléments de vitamine A. En outre, une campagne d'enregistrement des naissances de grande ampleur a aussi été menée, ciblant 117 zones de santé.[1] L'arrêt du financement destiné à la lutte contre la poliomyélite aura des répercussions sur les programmes de santé reproductive, et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent dans de nombreux pays concernés par la transition, et un impact sur la réalisation de cibles mondiales essentielles, telles que celles de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)[2] et les cibles 3.1 et 3.2 de l'objectif 3 de développement durable concernant la santé (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge).[3]

Opportunités

47. Dans le cadre du processus ascendant de planification de l'OMS pour le projet de budget programme 2018-2019, 15 des 16 pays prioritaires pour la transition ont mentionné la santé reproductive, et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au nombre des cinq principales priorités pour l'attribution des crédits budgétaires.

48. **Suivi de la mortalité de l'enfant et de la mère pour atteindre les objectifs de développement durable.** Conformément à la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030),[4] et comme il est indiqué dans l'objectif 3 de développement durable, les cibles 3.1 et 3.2 sont des priorités majeures dans le domaine de la santé.[5] Une stratégie

[1] Voir http://polioeradication.org/news-post/a-common-package-for-childrens-health/ (en français : http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/20130704_RDCLancementCampagneComm.pdf), consulté le 10 mai 2017.

[2] Voir http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/ (en français : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/fr/), consulté le 10 mai 2017.

[3] http://www.who.int/sdg/targets/en/.

[4] http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf?ua=1.

[5] Cible 3.1 : D'ici à 2030, faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes ; cible 3.2 : D'ici à 2030, éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de cinq ans, tous les pays devant chercher à ramener la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de cinq ans à 25 pour 1000 naissances vivantes au plus. Voir http://www.who.int/gho/publications/mdgs-sdgs/MDGs-SDGs2015_chapter1.pdf (consulté le 10 mai 2017).

essentielle pour limiter les décès évitables chez les mères et les nouveau-nés consiste à effectuer des audits et des examens en matière de mortalité. Cela permet aux administrateurs des systèmes de santé de comprendre les causes des décès, et les facteurs déterminants, de façon à pouvoir prendre des mesures correctrices pour améliorer la qualité des soins.[1]

49. L'une des possibilités à envisager dans les pays concernés par la transition serait l'élargissement des fonctions du réseau actuel de surveillance de la poliomyélite ou d'autres maladies ainsi que des capacités des systèmes de données et d'information pour suivre les données relatives à la mortalité de la mère et de l'enfant.

50. L'intégration des principaux éléments de la surveillance des décès maternels et de l'action en retour dans les réseaux de surveillance plus vastes existants peut aider les pays à recueillir de meilleures informations en vue d'agir, en favorisant systématiquement l'identification et la notification en temps voulu des décès maternels, l'analyse de ces décès, et la mise en œuvre et le suivi des mesures prises pour prévenir ce type de décès à l'avenir.

51. Une proposition concrète que le Gouvernement népalais étudie actuellement consiste à ce que le réseau de surveillance des maladies à prévention vaccinale, financé par les crédits alloués à la lutte antipoliomyélitique, commence à suivre la mortalité pédiatrique (des enfants âgés de 1 à 59 mois) due à la pneumonie et à la diarrhée, les deux maladies les plus meurtrières dans le pays chez les enfants de moins de cinq ans. L'objectif est de recueillir des données de santé publique exploitables qui contribueront à l'amélioration de l'analyse de la mortalité de l'enfant dans le pays, et aideront le Gouvernement à formuler des décisions réfléchies pour implanter les hôpitaux de recours ou les centres de soins primaires, réduire les délais de prise en charge, et par conséquent réduire les taux de mortalité de l'enfant à l'avenir. Les discussions initiales avec le Gouvernement népalais sur un plan de transition pluriannuel témoignent de la volonté, de la part du Ministère de la santé, de travailler avec l'OMS à la transition concernant le réseau de surveillance des maladies à prévention vaccinale.

52. **Mécanisme mondial de financement de l'initiative Chaque femme, chaque enfant.** Les États Membres pourraient envisager, lors de l'élaboration des plans de transition nationaux, de mobiliser le mécanisme mondial de financement de l'initiative Chaque femme, chaque enfant pour mobiliser le financement novateur nécessaire pour contribuer aux efforts visant à mettre fin aux décès évitables chez les mères, les nouveau-nés, les enfants et les adolescents, et à améliorer la santé et la qualité de vie des femmes, des adolescents et des enfants. On estime que, par comparaison aux tendances actuelles, un scénario d'investissement accéléré permettrait d'éviter, au total, quatre millions de décès maternels, 107 millions de décès chez les enfants, et 21 millions de mortinaissances entre 2015 et 2030 dans 74 pays où la charge de mortalité est élevée.[2]

E. Impact sur les systèmes de santé

Risques

53. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a investi massivement dans les infrastructures nationales et internationales pour atteindre son objectif d'éradication. Il existe des synergies évidentes avec la santé de l'enfant et la vaccination systématique et les systèmes de santé locaux pourraient sans doute grandement tirer parti de la transition. Toutefois, à ce jour, ce lien avec le

[1] Voir http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/stillbirths-neonatal-deaths/fr/ (consulté le 10 mai 2017).

[2] Voir http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-financing-facility/en/ (consulté le 10 mai 2017).

renforcement des systèmes de santé n'a pas fait l'objet d'un examen approfondi et, dans la plupart des pays, les liens avec les objectifs des systèmes de santé se sont limités aux activités touchant à la santé de l'enfant. Toutefois, compte tenu de l'ampleur de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, de l'accès qu'elle permet aux populations isolées, rurales, nomades et migrantes, et aux communautés insuffisamment desservies, y compris aux populations marginalisées ou aux populations urbaines défavorisées, sans oublier la force de son programme de collecte et d'analyse des données, les pays concernés par la transition qui utilisent l'approche adoptée par l'Initiative pour renforcer les systèmes de soins primaires sur la voie de la couverture sanitaire universelle, pourraient en tirer d'importants bénéfices.

54. En mai 2016, l'Assemblée de la Santé a adopté un cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne,[1] qui propose une réorientation des systèmes de santé vers des prestations plus intégrées dans l'optique de la continuité des soins en vue d'améliorer la santé de toute la population, plutôt que de rechercher des avancées précises pour des maladies spécifiques. L'intégration des programmes « verticaux » tels que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est essentielle pour que cette proposition se concrétise.

55. La réduction de l'infrastructure de lutte contre la poliomyélite aura aussi un impact sur la réalisation de la cible 3.8 de l'objectif 3 de développement durable,[2] à savoir l'instauration de la couverture sanitaire universelle et l'accès aux services de santé et aux médicaments et vaccins essentiels.

Opportunités

56. L'analyse de la transition future de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite montre qu'elle pourrait contribuer à l'instauration de la couverture sanitaire universelle dans quatre domaines principaux.

57. **Renforcer les services de soins primaires dans l'intérêt des systèmes de santé et de la sécurité sanitaire.** Le personnel et les actifs financés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite peuvent avoir un impact énorme en améliorant la qualité et l'accessibilité des services de première ligne dans le cadre des efforts nationaux en faveur de la couverture sanitaire universelle. Dans le même temps, l'orientation verticale du programme de lutte contre la poliomyélite jusqu'à ce jour signifie que son influence sur les soins primaires est restée très marginale. Dans de nombreux pays, les soins primaires seront le principal point d'entrée pour les efforts nationaux en faveur de la couverture sanitaire universelle. Des approches telles que celles qui sont utilisées au Nigéria pour renforcer les opérations de lutte contre la poliomyélite par l'intermédiaire de centres d'opérations d'urgence et de camps sanitaires peuvent être envisagées à la fois pour renforcer la préparation aux flambées et pour améliorer la qualité des soins moyennant une gestion plus solide des soins primaires au niveau des districts hautement prioritaires. Faire en sorte que les districts essentiels pour la lutte contre la poliomyélite se recentrent sur le renforcement de l'infrastructure des soins primaires et de la qualité des services essentiels sera l'une des principales priorités pour que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ait un impact immédiat sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays concernés par la transition.

[1] Voir la résolution WHA69.24.

[2] Voir http://www.who.int/sdg/targets/en/ (consulté le 10 mai 2017).

58. **Améliorer les efforts de mobilisation communautaire pour renforcer les services de santé locaux.** Des communautés et familles mobilisées sont l'épine dorsale de systèmes de santé locaux solides et d'un suivi rigoureux dans les communautés des maladies devant être notifiées au titre du Règlement sanitaire international (2005). L'ampleur du programme mis en place par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et son approche au plus près des populations font naturellement de la mobilisation communautaire une priorité si l'on examine les avantages futurs de la transition dans le cadre des efforts visant à renforcer les systèmes de santé locaux. Une mobilisation plus forte des structures sanitaires locales et des systèmes traditionnels sera également nécessaire si l'on veut concrétiser ces avantages potentiels pour les systèmes de santé.

59. Le travail accompli par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en Éthiopie, par exemple, met en lumière les possibilités de tirer parti du personnel et des équipes des organisations non gouvernementales, financés au titre de la lutte antipoliomyélitique, pour dynamiser des systèmes de santé primaires et de soins préventifs insuffisants dans les zones rurales et frontalières isolées où les risques de conditions de santé précaires ou de flambées sont les plus élevés. L'utilisation de réseaux qui disposent de contacts et d'une crédibilité au sein des communautés difficiles à atteindre auxquelles ils dispensent leurs services permettrait de faire réellement progresser le pays sur la voie de la couverture sanitaire universelle.

60. **S'appuyer sur les systèmes de données de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour créer une culture de l'information au sein des systèmes de santé locaux.** Les systèmes de données nécessaires mis au point par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite figurent parmi les systèmes de surveillance de la santé publique les plus perfectionnés jamais créés. Des moyens importants pour la géolocalisation des cas ou des cas éventuels, et des méthodes spécifiques, ont été établis et déployés dans presque tous les pays concernés par la transition et la plupart de ces systèmes fonctionnent dans des zones isolées qui, bien souvent, ne sont pas répertoriées par les systèmes d'information sanitaire locaux. Qui plus est, la culture de l'utilisation des données mise en place par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ainsi que sa démarche de réaction immédiate (essentielle lors du suivi des flambées ou des cas présumés de maladie) pourraient être immédiatement appliquées pour améliorer la qualité des services de santé et les performances des agents de santé.

61. **Renforcer les chaînes d'approvisionnement et l'accès aux médicaments sûrs.** L'une des pierres angulaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été la gestion efficace des chaînes d'approvisionnement en vaccins et le maintien de la chaîne du froid. Dans de nombreux pays, l'investissement dans la gestion centralisée de l'approvisionnement et les chaînes d'approvisionnement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été un facteur déterminant de l'amélioration générale de l'accès à des médicaments sûrs. Toutefois, dans de nombreux cas, les notes d'orientation, la formation et le soutien ont été uniquement axés sur la gestion du vaccin antipoliomyélitique oral, du vaccin antirougeoleux et du vaccin inactivé contre le poliovirus. Des investissements essentiels pourront apporter un appui dans les domaines suivants, entre autres : analyse et amélioration des chaînes d'approvisionnement et de la distribution ; amélioration des pratiques d'administration en première ligne ; et investissement dans les structures nécessaires en amont, telles que le renforcement de la réglementation pharmaceutique au niveau national.

RISQUES POUR LES RESSOURCES HUMAINES ET ATTÉNUATION DE CEUX-CI

Ressources humaines : le point de la situation

62. L'annexe au rapport du Secrétariat sur la poliomyélite fait le point sur les ressources humaines au 20 mars 2017, et comprend des chiffres révisés concernant les agents qui n'ont pas le statut de membre du personnel.[1] Il est noté dans ce document que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite finance actuellement 1080 postes à l'OMS, ce qui représente une réduction globale de 3 % par rapport aux données présentées aux organes directeurs en janvier 2017.[2] La plupart des postes pourvus (74 %) se trouvent dans la Région africaine. Viennent ensuite la Région de la Méditerranée orientale (14 %), le Siège (7 %) et la Région de l'Asie du Sud-Est (4 %). Plus de la moitié des effectifs de l'OMS financés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (55 %) sont affectés aux services d'appui opérationnel et 29 % aux activités de vaccination et de surveillance ; l'appui technique représente 13 % des effectifs et la coordination des activités 3 %.

63. Les dépenses salariales effectives pour le personnel employé dans la lutte contre la poliomyélite s'élevaient à US $99,4 millions à la fin de 2016, un montant qui ne dépasse que de façon marginale le montant estimé de US $97,3 millions présenté au Conseil exécutif en janvier 2017.

64. À mesure que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite élaborera sa stratégie postcertification, il conviendra de définir clairement, de manière prioritaire, les « fonctions essentielles au titre de la lutte antipoliomyélitique » et la portée comme l'organisation temporelle de celles-ci afin de garantir qu'elles seront protégées lors de la réduction, puis de la cessation, des activités de l'Initiative. Il conviendra de concevoir des solutions aux trois niveaux de l'Organisation, y compris concernant le financement, pour intégrer certaines de ces fonctions dans d'autres secteurs de programme, ou dans l'infrastructure nationale. Un défi majeur, qu'il faut relever de toute urgence, concerne la gestion de la diminution du budget consacré à la lutte antipoliomyélitique et des réductions de personnel qui lui sont associées, tout en garantissant que le personnel qui remplit des fonctions essentielles au titre de la lutte antipoliomyélitique est identifié et maintenu en poste.

65. Étant donné que la poliomyélite est une maladie dont on vise l'éradication, une définition claire des rôles, des responsabilités et des limites devra être établie pour les secteurs de programme de l'OMS concernés au titre du Règlement sanitaire international (2005)[3] afin de contribuer à la gestion des risques à long terme et des mesures de santé publique associés aux événements imputables à une maladie devant être notifiée au titre du Règlement sanitaire international. Il s'agit notamment de développer des capacités essentielles en matière de ressources humaines pour la surveillance et l'action futures afin de respecter les prescriptions du Règlement sanitaire international.

Atténuation des risques

66. Le programme de lutte contre la poliomyélite recourt de plus en plus à des agents n'ayant pas le statut de membre du personnel plutôt qu'aux membres du personnel, afin de disposer d'une flexibilité maximale dans la gestion des ressources humaines et de réduire au minimum les obligations supplémentaires. De 2013 à 2016, les dépenses afférentes aux membres du personnel ont baissé,

[1] Document A70/14.

[2] Voir l'annexe du document EB140/46.

[3] Voir http://www.who.int/ihr/9789241596664/en/ (consulté le 11 mai 2017).

passant de 45 % à 32 % des dépenses totales de personnel, et la proportion des dépenses afférentes aux titulaires de contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel a atteint environ 70 %. Actuellement, les données relatives aux contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel ne peuvent être extraites directement du Système mondial de gestion. Le Secrétariat recherche un moyen plus efficace de recueillir et d'analyser les données associées à ce type de contrats, qui comprennent les accords pour l'exécution de travaux, les accords de services spéciaux et les accords locaux avec des entrepreneurs individuels ou des agences de placement.

67. Les mesures complémentaires et novatrices qui permettront de superviser et de suivre de près les décisions concernant le personnel financé par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sont notamment les suivantes :

- création d'une base de données spécifique aux ressources humaines pour la poliomyélite ;
- gestion prévoyante des vacances de poste pour supprimer les postes qui ne sont pas nécessaires et limiter l'augmentation des effectifs, tout en conservant les effectifs nécessaires pour garantir l'interruption de la transmission et faire face aux flambées ;
- amélioration du contrôle et du suivi des contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel étant donné leur importance pour la planification de la transition ;
- analyse des compétences et des profils d'emploi pour aider les membres du personnel à quitter le programme de lutte contre la poliomyélite ;
- mise en place d'un nouveau processus d'examen et d'approbation par le Directeur du Département Éradication de la poliomyélite pour tout nouveau contrat à long terme ou poste qu'il est envisagé de financer à l'aide de crédits de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ;
- renforcement du groupe de travail sur les ressources humaines pour la transition mondiale ;
- élaboration d'une stratégie homogène en matière de ressources humaines pour gérer la réduction des effectifs financés au titre de la lutte antipoliomyélitique à partir de 2017-2019 ;
- établissement et diffusion en ligne d'un tableau trimestriel des ressources humaines pour la transition dans le domaine de la lutte antipoliomyélitique.

RISQUES FINANCIERS ET ATTÉNUATION DES RISQUES

68. En mai 2016, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a informé de la diminution des budgets alloués à la lutte contre la poliomyélite pour 2017-2019 les 16 pays concernés par la transition, ce qui a accéléré la planification de la transition car les pays devront s'adapter rapidement à cette baisse très importante du financement assuré par l'Initiative. Ainsi, en Éthiopie, le budget de la lutte contre la poliomyélite passera de US $39,8 millions en 2016 à US $4,6 millions en 2019, soit une diminution de 88,5 % en trois ans.

69. La baisse du budget de la poliomyélite pour la période 2017-2019 aura également une incidence sur d'autres secteurs de programme qui profitent des infrastructures mises en place pour lutter contre la poliomyélite et qui font face désormais à de gros problèmes de financement pour intégrer certaines

des ressources consacrées à la poliomyélite afin, tout bonnement, de maintenir le statu quo, ou d'exploiter d'autres possibilités. Vu les difficultés sur le plan du financement extérieur, ces secteurs de programme, surtout ceux de la vaccination et des situations d'urgence, sont déjà confrontés à des déficits de financement s'ils veulent maintenir leurs activités au niveau actuel.

70. Le retrait d'une part importante du financement fourni à l'ensemble de l'OMS, aux Régions de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est, et aux 16 pays prioritaires pour éradiquer la poliomyélite aura également des conséquences sur les opérations générales de l'Organisation aux trois niveaux, et sur l'ampleur du soutien qu'elle pourra apporter aux États Membres touchés.

71. Pour l'exercice 2016-2017, au 31 décembre 2016, les dépenses consacrées par l'OMS à l'éradication de la poliomyélite se décomposaient comme suit : au niveau mondial, US $587 millions, ce qui représente 27 % des dépenses totales de l'Organisation en 2016 ; dans la Région africaine, US $297 millions, ce qui équivaut à 44,2 % des dépenses totales de la Région en 2016 ; dans la Région de la Méditerranée orientale, US $172 millions, ce qui équivaut à 43,5 % des dépenses totales de la Région en 2016 ; et dans la Région de l'Asie du Sud-Est, US $37 millions, soit 24 % des dépenses totales de la Région en 2016.[1] La même analyse du pourcentage que représentent les dépenses consacrées à la poliomyélite dans les 16 pays prioritaires en 2016 indique une fourchette comprise entre 10,4 % au Myanmar et 92,4 % au Pakistan.

72. Une analyse détaillée des dépenses sera effectuée dans les plus brefs délais pour les bureaux de pays afin de procéder à une réduction ventilée dans les différentes catégories de dépenses et pour planifier le maintien ou la dispersion des actifs fixes.

73. Étant donné que le projet de budget programme 2018-2019 a déjà été établi sans que les risques associés à la transition dans le domaine de la lutte contre la poliomyélite y soient pleinement pris en compte, les catégories du budget programme devront, dans le cadre du processus de planification opérationnelle du budget programme, faire usage de la flexibilité dont jouit le Directeur général pour augmenter le volant budgétaire afin de couvrir les coûts supplémentaires occasionnés par l'intégration de fonctions de lutte antipoliomyélitique quelles qu'elle soient. Par exemple, pour le secteur de programme 1.5, Maladies à prévention vaccinale, on estime qu'une augmentation de 15 % dans le budget programme 2018-2019 serait nécessaire pour pouvoir intensifier la surveillance et l'assistance technique, éventuellement en absorbant une partie du potentiel actuellement financé par des fonds alloués à la poliomyélite, pour simplement maintenir le statu quo en termes de réalisations des programmes. Un accroissement plus important devrait s'avérer nécessaire jusqu'en 2021 pour atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins. La prise en compte, dans le budget programme, d'une partie des ressources financées par des crédits affectés à la poliomyélite, pourrait s'avérer un « jeu à somme nulle », car une partie du volant budgétaire devra être supprimée au profit d'autres secteurs d'activité.

74. À l'évidence, des carences sont à prévoir à court terme (entre 2018 et 2019) dans les réalisations des programmes si le financement alloué à la poliomyélite se tarit trop rapidement et qu'aucun financement supplémentaire n'est mis à disposition. Il convient d'étudier les possibilités de financement supplémentaire en dialoguant avec les partenaires de financement extérieurs pour combler les manques cruciaux à court terme, y compris lors du prochain dialogue sur le financement. La possibilité de recourir à des ressources nationales et à des mécanismes de financement novateurs

[1] Voir http://extranet.who.int/programmebudget/Biennium2016/Flow (consulté le 11 mai 2017).

devra également être étudiée dans le cadre d'une stratégie de financement visant à parer aux risques auxquels la diminution du budget de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite expose d'autres secteurs de programme et certains États Membres.

75. Toutefois, dans la plupart des 16 pays prioritaires pour la transition, il sera difficile de combler les besoins de financement à court terme (entre trois et cinq ans) à l'aide des ressources nationales. En effet, la grande majorité d'entre eux font partie des pays les moins avancés et compteront sur un financement extérieur pour préserver à la fois les fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique et les infrastructures non essentielles utiles pour d'autres priorités sanitaires nationales et mondiales.

76. Il y a également un risque concernant le financement indispensable pour maintenir les fonctions essentielles de lutte contre la poliomyélite pendant la phase postcertification de l'éradication. Du point de vue de la sécurité sanitaire mondiale, ces fonctions devront être maintenues perpétuellement, de sorte que la solution financière devra être durable et comprise dans le financement du budget de base. Un processus plus adaptable et mieux coordonné d'établissement du budget programme doit être inauguré début 2018 pour le budget programme 2020-2021 et les besoins pour l'après-certification de l'éradication y seront pris en compte.

77. Pour honorer les obligations financières résultant de la réduction des effectifs financés par l'Initiative, un fonds d'indemnisation du personnel employé dans la lutte contre la poliomyélite a été créé en 2013, qui se monte aujourd'hui à US $40 millions. D'ici la fin de 2019, le fonds devrait atteindre la somme de US $55 millions nécessaire pour couvrir les coûts liés à la résiliation des engagements, selon le scénario « le plus probable » qui a été modélisé.[1] Les principaux éléments de ce scénario qui aideront à réduire les obligations financières sont notamment : 1) l'hypothèse que le programme de lutte contre la poliomyélite cessera ses activités à la fin de 2019 et que les ressources correspondront aux besoins financiers de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour 2016-2019 ;[2] cela suppose que les bureaux régionaux adaptent leur budget pour 2017 et incluent les réductions budgétaires dans le projet de budget programme et les plans opérationnels pour 2018-2019 ; et 2) pour les membres du personnel titulaires d'engagements à durée déterminée ou d'engagements continus, la synchronisation partielle des dates d'échéance des contrats avec la clôture du programme, et la possibilité de réaffecter certains fonctionnaires de la catégorie professionnelle recrutés sur le plan international dans d'autres secteurs.

78. Le calcul des obligations financières sera validé sur la base des nouvelles moyennes du coût des postes ajustées en fonction de l'emplacement géographique et d'autres changements, y compris le relèvement de l'âge réglementaire de départ à la retraite.

79. La réduction progressive des dépenses consacrées à la poliomyélite exige une planification très détaillée, qui suppose le recueil de données solides et une collaboration entre les trois niveaux de l'Organisation. Le réseau des directeurs de l'Administration et des finances et les chefs des bureaux de pays de l'OMS joueront un rôle déterminant dans ce processus.

[1] Voir l'annexe du document A70/14.

[2] Voir http://polioeradication.org/financing/financial-needs/financial-resource-requirements-frr/gpei-requirements-2016-2019/ (consulté le 11 mai 2017).

RISQUES INSTITUTIONNELS ET ATTÉNUATION DES RISQUES

80. En plus des risques programmatiques, financiers et liés aux ressources humaines, l'évaluation de la situation a mis en lumière certains liens réciproques complexes au vu desquels il convient d'aborder la transition selon une approche stratégique embrassant l'ensemble de l'Organisation. Avant toute chose, la transition doit être envisagée du point de vue de ses conséquences générales sur l'aptitude du Secrétariat à soutenir les États Membres et sur les visées de l'OMS à moyen terme. Au nombre des questions à examiner dans cette optique globale figurent celles qui suivent.

81. **Bureaux infranationaux.** Les efforts consentis pour éradiquer la poliomyélite ont nécessité des ressources financières importantes, ainsi que des moyens techniques et opérationnels au niveau infranational pour mener des campagnes de vaccination de grande ampleur et de qualité toujours élevée permettant de vacciner tous les enfants, d'exercer une surveillance active et de contribuer à stopper la transmission du poliovirus. Ainsi, les ressources de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont aidé à constituer 18 équipes de province en Angola, 11 sous-bureaux en République démocratique du Congo, 37 bureaux locaux au Nigéria et 11 au Népal, et à déployer un grand nombre d'agents au niveau des districts en Somalie. En Angola par exemple, les 18 équipes de province comptent 56 agents, appuyés par une flotte de 26 véhicules et ayant à leur disposition des espaces de bureau ainsi que du matériel informatique et de télécommunication. Ces équipes pallient le manque de personnel qualifié des systèmes de santé locaux et ont joué un rôle crucial dans la riposte à la flambée de fièvre jaune survenue dernièrement dans le pays.

82. La forte présence, au niveau des provinces et des districts, du personnel et des infrastructures de l'OMS financés par des crédits alloués à la lutte antipoliomyélitique, y compris les centres d'opération d'urgence mis en place dans certains pays, ont été très profitables aux nombreux États Membres qui n'ont pas encore instauré de systèmes de santé solides à ce niveau. Ces bureaux de province et de district et leur potentiel technique et opérationnel, notamment les systèmes de données et d'information, ont été largement exploités par les autorités nationales et provinciales pour organiser d'autres campagnes de vaccination et journées de la santé de l'enfant, de même que pour détecter et lutter contre des maladies pouvant donner lieu à des épidémies ou des pandémies comme la fièvre jaune, la maladie à virus Ebola, la fièvre de Marburg, la méningite et le choléra. Au niveau infranational, le dispositif financé par des crédits alloués à la poliomyélite reste, dans beaucoup de pays clés, le seul potentiel existant pour faire face à des urgences de santé publique aiguës. La réduction de ce dispositif, qui a déjà commencé dans nombre de pays, rendra les États Membres très vulnérables et aura des répercussions sur la sécurité sanitaire mondiale.

83. **Présence sur le terrain et appui technique.** Beaucoup d'États Membres comptent dans une large mesure sur le personnel et les ressources financés au titre de la lutte contre la poliomyélite pour faciliter la vaccination et les initiatives contre d'autres maladies à prévention vaccinale. À cause de la réduction des infrastructures de lutte contre la poliomyélite qui est en cours, et de celle prévue par la suite, l'OMS devra renoncer à sa présence sur le terrain, à son rôle de coordination et à son leadership technique dans certains pays très démunis. La disparition des ressources consacrées à la poliomyélite aura aussi des effets négatifs sur certaines activités cruciales de renforcement des capacités, d'appui technique et de suivi qui sont indispensables pour renforcer les systèmes de vaccination aux niveaux national et infranational, et sur des initiatives de collaboration avec les communautés.

84. La diminution des ressources affectées à la lutte contre la poliomyélite aura également un impact sur la mise en œuvre optimale des activités de surveillance de la maladie et, de ce fait, la situation épidémiologique ne sera pas entièrement connue dans beaucoup de pays. Dans certains pays, le fonctionnement du seul système de surveillance existant dépend en grande partie du personnel et des ressources financées par des crédits alloués à la poliomyélite. Au Népal par exemple, le seul

réseau de surveillance active du pays, le réseau OMS de surveillance des maladies à prévention vaccinale, largement financé par des ressources allouées à la lutte contre la poliomyélite, compte 61 agents, affectés au niveau central et dans 11 bureaux de district, et qui secondent les 75 districts du pays. Chaque semaine, ce réseau surveille activement des sites prioritaires et reçoit les relevés de 800 sites de surveillance et 1100 informateurs sur les maladies à prévention vaccinale.

85. Dans les 16 pays prioritaires pour la transition, la disparition du dispositif technique, gestionnaire et administratif financé au titre de la lutte antipoliomyélitique aura certainement un impact important sur l'aptitude des bureaux de pays de l'OMS à répondre aux demandes urgentes d'appui que leur font les États Membres. Très souvent en cas d'urgence sanitaire de santé publique et de catastrophe naturelle, dans les districts et les régions où il n'y a pas d'équipes spéciales chargées de gérer les risques associés à de telles situations, les bureaux de pays ont pu mobiliser rapidement les équipes techniques de lutte contre la poliomyélite et leurs moyens matériels pour épauler les pouvoirs publics. En outre, dans les districts ayant peu de moyens locaux, les équipes de lutte antipoliomyélitique ont fourni un appui important dans les domaines de l'administration, de la coordination, de la collecte et de l'analyse de données, et de la communication.

86. Les ressources consacrées à la lutte antipoliomyélitique ont également beaucoup contribué à ce que l'OMS soit présente et desserve les communautés dans les zones instables, très dangereuses ou en proie à des conflits. Comme les effectifs financés au titre de la lutte antipoliomyélitique sont les plus nombreux dans la plupart des pays prioritaires pour la transition, les fonds du programme de lutte contre la poliomyélite couvrent une grande partie des coûts qu'entraîne l'obligation de veiller à ce que le personnel, les biens et les actifs des bureaux de pays de l'OMS aux niveaux national et infranational répondent aux Normes minimales de sécurité opérationnelle des Nations Unies, et ces fonds aident donc à gérer et à atténuer les risques sécuritaires. Les mesures de sécurité financées par des crédits du programme de lutte contre la poliomyélite comprennent les mesures spécifiques de protection des locaux, le matériel spécial dont tous les véhicules de l'OMS sont équipés, l'achat de véhicules blindés, de matériel de télécommunication, de téléphones satellites, de radios d'urgence et d'équipements de protection individuelle, le recrutement d'agents de sécurité supplémentaires, et les dispositions à prendre pour que tous les agents travaillant dans des zones à haut risque suivent la formation des Nations Unies à la sécurité sur le terrain. Toutes ces mesures d'atténuation des risques contribuent aussi au bon fonctionnement de tous les autres programmes de l'OMS dans ces zones, y compris les programmes d'intervention d'urgence, et aident à mener à bien les initiatives sanitaires nationales dans les zones dangereuses et à haut risque.

87. **Soutien aux priorités nationales.** Beaucoup d'États Membres s'appuient aussi sur le personnel et les infrastructures financés par des crédits alloués à la poliomyélite pour œuvrer à d'autres priorités nationales, régionales ou mondiales urgentes, notamment les objectifs d'élimination de la rougeole et de la rubéole et les objectifs du Plan d'action mondial pour les vaccins. Les mêmes infrastructures sont également utilisées pour aider à planifier, mener à bien et suivre l'introduction de nouveaux vaccins. Par exemple, le gouvernement indien a relevé qu'il faudra faire appel au Projet national de surveillance de la poliomyélite pour assurer au premier chef la surveillance de la poliomyélite, de la rougeole, de la rubéole, du syndrome de rubéole congénitale et d'autres maladies évitables par la vaccination pendant au moins les trois ou cinq prochaines années à cause des carences que présente actuellement le Programme de surveillance intégrée des maladies. Vu le grand nombre de nouveaux vaccins devant être mis en place rapidement au cours des deux ou trois prochaines années en Inde, le Projet national de surveillance de la poliomyélite devra fournir une assistance technique continue et une aide à la surveillance plus importante que maintenant pour protéger l'investissement crucial dans la santé publique que représentent ces vaccins. De plus, la performance des réseaux de laboratoires pour les maladies à prévention vaccinale et des systèmes de gestion des données qui leur sont associés ne sera pas non plus optimale après la diminution programmée des ressources affectées à la

poliomyélite. Tous ces effets négatifs auront pour conséquence directe que les flambées de maladies évitables par la vaccination ne seront pas détectées, les recherches nécessaires ne seront pas effectuées et les mesures de riposte ne seront pas prises à temps, et que des vies seront ainsi perdues.

88. **Systèmes de prestation de services.** Les vastes infrastructures techniques et opérationnelles, y compris les systèmes de logistique et de chaîne du froid, ont aussi servi d'assise pour d'autres interventions sanitaires. Le regroupement de plusieurs interventions lors des campagnes de vaccination de masse contre la poliomyélite organisées tous les ans ou tous les six mois dans de nombreux pays a également contribué à réduire les coûts de mise en œuvre de ces interventions dans les pays qui ont peu de ressources et a permis de tirer pleinement parti des compétences en matière de planification, de coordination et de suivi du personnel de l'OMS financé au titre de la lutte antipoliomyélitique. Au nombre de ces interventions supplémentaires figuraient notamment la distribution régulière de comprimés vermifuges aux enfants d'âge préscolaire, la supplémentation en vitamine A, la vaccination antirougeoleuse, la vaccination contre le tétanos maternel et néonatal, la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour lutter contre le paludisme, de sels de réhydratation orale et de biscuits protéinés.

89. Par ailleurs, les unités de santé mobiles mises sur pied par le personnel de lutte contre la poliomyélite pour vacciner les populations difficiles d'accès ont aussi permis de dispenser des soins de base et d'orienter les patients qui en avaient besoin vers les centres des soins de santé primaires les plus proches. Ces unités mobiles ont aussi permis d'adresser des enfants touchés par la poliomyélite à des prothésistes et à des services de réadaptation ou de chirurgie réparatrice. Les campagnes de vaccination porte-à-porte contre la poliomyélite ont également été l'occasion d'effectuer une surveillance de certaines maladies tropicales négligées comme la dracunculose, ou d'autres maladies transmissibles, et de distribuer aux parents des matériels d'information sur les services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène, sur la vaccination systématique, l'accouchement à l'hôpital et l'enregistrement des naissances. Dans beaucoup d'autres cas aussi, les campagnes de vaccination antipoliomyélitique dans les populations nomades vivant dans des zones reculées ont été coordonnées avec les campagnes de vaccination du bétail ou des chameaux.

90. **Complexité du partenariat et des processus.** L'OMS a hébergé un grand nombre de partenariats de moyenne ou petite taille. Au cours des cinq à huit dernières années, beaucoup de ces partenariats ont été dissous ou sont devenus indépendants de l'OMS. À bien des égards, le partenariat contre la poliomyélite se distingue des autres partenariats hébergés par l'OMS de par sa longévité, sa structure et ses opérations. Comme l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite existe depuis près de 30 ans, la planification de la transition est aujourd'hui une tâche extrêmement complexe qui peut mettre en péril la réputation de l'OMS si elle est mal dirigée.

91. La planification de la transition fait intervenir plusieurs processus parallèles, dont certains ne relèvent pas directement de l'OMS : il faut coordonner une multitude d'acteurs, de parties prenantes et de secteurs de programme ; gérer différents risques, dans les domaines des ressources humaines, du financement, des programmes techniques, et en ce qui concerne la réputation de l'OMS ; élaborer des plans et des solutions propres à chacun des 16 pays prioritaires ; et concevoir et mettre en place une structure de gouvernance et de surveillance cohérente.

92. Au niveau des pays, dans les 16 pays prioritaires pour la transition (Afghanistan, Angola, Bangladesh, Cameroun, Éthiopie, Inde, Indonésie, Myanmar, Népal, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan, Soudan du Sud et Tchad), d'importantes démarches sont entreprises pour rendre les pouvoirs publics maîtres du processus de transition national, inventorier systématiquement toutes les ressources consacrées à la poliomyélite, déterminer quelles grandes priorités de santé publique pourraient profiter des infrastructures de la lutte antipoliomyélitique,

collaborer avec les parties prenantes, dresser un plan de transition national chiffré et mettre au point une stratégie de financement pour exécuter le plan de transition. L'OMS, à ses trois niveaux institutionnels, et les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont participé de près à ce processus.

93. Le processus de transition du partenariat que constitue l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est géré par le Groupe de gestion de la transition, qui a trois axes de travail distincts. Par l'intermédiaire de ses groupes de gestion spécifiques, l'Initiative a également fourni des lignes directrices pour assurer la transition dans les pays, préparé des chiffres sur la diminution du budget pour 2017-2019 qu'elle a ensuite communiqués aux pays concernés par la transition, aidé à créer un conseil indépendant chargé de suivre le processus de planification de la transition dans les pays, amorcé l'élaboration d'une stratégie postcertification pour la période 2021-2030 et encouragé la participation des parties prenantes en organisant de nombreux collectifs, comme le Groupe des partenaires pour l'éradication de la poliomyélite.

94. Parmi les partenaires de l'Initiative, c'est l'OMS que la transition expose aux plus grands risques, à savoir ceux associés à la réduction des effectifs, au financement et aux conséquences pour d'autres secteurs de programme et pour les États Membres. Pour aboutir, les processus de transition amorcés à l'OMS doivent être bien coordonnés et alignés sur la structure et le calendrier des processus déjà engagés. Les processus en question sont ceux entrepris dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ; le travail de planification spécifique mené dans les 16 pays prioritaires ; les dialogues sur la transition avec les gouvernements donateurs et leurs organismes d'aide ; la collaboration avec les acteurs non étatiques, les établissements universitaires et les instituts de recherche ; et la collaboration avec les organisations intéressées telles que l'Alliance GAVI.

95. **Stratégie de transition de l'OMS.** Il ne fait pas de doute que les risques associés à une diminution des infrastructures mises en place pour lutter contre la poliomyélite peuvent donner lieu à de graves problèmes si la réduction n'est pas bien planifiée et exécutée. Ces risques sont pris en considération dans l'ensemble de l'OMS et tous les hauts responsables et leurs réseaux concourront activement à les gérer en tant que priorité institutionnelle.

96. Au sein de l'OMS, des travaux de planification de la transition sont en cours aux trois niveaux de l'Organisation. Un comité d'orientation mondial sur la transition postéradication a été constitué, auquel participent les Bureaux régionaux de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est ainsi que les départements concernés au Siège ; un groupe de travail mondial sur les ressources humaines a été mis sur pied pour diriger et orienter le processus de planification des ressources humaines à tous les niveaux et pour réduire les indemnités de licenciement ; et une petite équipe spéciale a été créée au sein du Bureau du Directeur général pour coordonner les mesures prises en application de la décision EB140(4).

97. Au niveau régional, des comités de transition ont été créés sous l'autorité des directeurs de la gestion des programmes et des directeurs compétents, et des points focaux pour la transition ont été nommés. La question de la transition dans le domaine de la lutte contre la poliomyélite sera également examinée aux prochaines sessions des comités régionaux des trois Régions concernées. Au niveau des pays, les chefs des bureaux de pays de l'OMS sont étroitement associés à l'élaboration des plans de transition nationaux et œuvrent en proche collaboration avec les instances publiques et les parties prenantes dans les pays.

98. Les États Membres seront tenus informés tout au long de ce processus, par différents moyens, notamment des notes d'information et un site Web dédié à la « planification de la transition pour la poliomyélite ». Un inventaire détaillé des ressources consacrées à la poliomyélite au niveau des pays,

les projets de plans nationaux, un tableau de bord de la planification de la transition dans les pays et les données sur les ressources humaines seront publiés et régulièrement mis à jour sur ce site. Des bulletins officiels seront également communiqués aux partenaires intérieurs et extérieurs de même qu'aux parties prenantes.

99. Beaucoup d'activités ont été entreprises depuis la cent quarantième session du Conseil exécutif et elles vont se poursuivre. On trouvera dans l'annexe ci-après une liste provisoire des mesures prévues entre juin et décembre 2017. Cette liste a été établie selon un calendrier qui permettrait de mettre au point un plan d'action stratégique global pour la transition et différentes options et de les présenter au Conseil exécutif pour examen à sa cent quarante-deuxième session, en janvier 2018.

100. À l'issue du débat sur cette question à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, et à la lumière des recommandations éventuellement formulées, la priorité immédiate du Secrétariat sera de recueillir toutes les contributions et de présenter un exposé complet au Directeur général élu.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

101. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

ANNEXE

PROJET DE LISTE DES MESURES À PRENDRE PAR LE SECRÉTARIAT ENTRE LE 1er JUIN ET LE 31 DÉCEMBRE 2017

Surveillance active de haut niveau aux trois échelons de l'Organisation

- Exposé détaillé sur la transition dans le domaine de la lutte contre la poliomyélite présenté juste après la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé au Directeur général élu, mettant en évidence les risques que la transition comporte pour l'Organisation ainsi que la nécessité de communiquer régulièrement avec les parties prenantes extérieures.

- Surveillance continue, par le Bureau du Directeur général, de la planification de la transition et de la gestion des risques à l'échelle de l'Organisation.

- Réunion à Genève des 16 représentants de l'OMS concernés et du personnel des Régions et du Siège pour discuter de l'état d'avancement des plans de transition des pays, conjuguée à une réunion d'information à l'intention des missions (troisième ou quatrième trimestre de 2017).

- Examen de la question de la transition aux sessions de 2017 des comités régionaux de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est.

- Création d'une page consacrée à la planification de la transition sur le site Web de l'OMS où seront publiées et régulièrement mises à jour des informations détaillées sur le processus de transition à l'OMS et les risques qu'il présente ; le processus de planification de la transition au niveau des pays ; et le processus de transition du partenariat formé par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

- Action en faveur d'une équipe spéciale au sein du Bureau du Directeur général chargée de mettre au point un plan d'action stratégique pour la transition et des options (d'ici fin 2017).

Planification coordonnée des ressources humaines et gestion du budget

- Mise au point de tableaux de bord trimestriels pour la planification de la transition dans le domaine des ressources humaines et de la transition nationale qui seront publiés sur la page Web consacrée à la planification de la transition.

- Établissement et diffusion de plans de maintien des effectifs, de recyclage et de réorientation professionnelle qui seront coordonnés entre le Siège et les trois Régions concernées.

- Mise au point et diffusion de plans et supports de communication destinés à un public intérieur et extérieur.

- Les secteurs de programme étudieront la possibilité de recourir à la planification opérationnelle pour le budget programme 2018-2019 afin de revoir les besoins budgétaires et de mettre au point des stratégies de financement pour couvrir les augmentations de budget.

- Discussions entamées dans l'ensemble de l'Organisation en vue de planifier l'élaboration du budget programme 2020-2021, en veillant à prendre en considération les besoins résultant de la transition dans le domaine de la lutte contre la poliomyélite.

Mise au point d'un plan d'action stratégique et d'options – d'ici fin 2017

- Rassembler des informations plus précises sur un ensemble hiérarchisé de risques programmatiques qui auraient les plus grandes conséquences sur la santé publique ; assurer la coordination avec tous les départements et secteurs de programme concernés.

- Déterminer les carences essentielles qui résulteraient de la diminution des budgets alloués à la lutte antipoliomyélitique et, à terme, de la cessation des activités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, et classer par ordre de priorité les carences à combler au plus tôt.

- Mettre au point un calendrier et des options pour combler ces carences dans les domaines des ressources humaines, du financement, de la coordination et de la politique générale.

- Mettre au point un cadre de mise en œuvre et de contrôle permettant d'assurer un suivi.

= = =