



Poliomyélite

Rapport du Secrétariat

1. De grands progrès continuent à être réalisés depuis que l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé à l'éradication mondiale de la poliomyélite en 1988.¹ À cette époque, la maladie était endémique dans plus de 125 pays et plus de 350 000 enfants par an étaient paralysés à vie en raison du poliovirus. Aujourd'hui, la transmission du poliovirus sauvage est au plus bas niveau jamais enregistré ; la transmission endémique survenant dans certaines régions de trois pays uniquement, à savoir le Pakistan, l'Afghanistan et le Nigéria (classés selon leur charge de morbidité). Au 28 septembre, 26 cas de poliomyélite avaient été signalés à l'échelle mondiale. Un seul sérotype sauvage (le poliovirus sauvage de type 1) continue à être détecté ; le poliovirus sauvage de type 2 a été officiellement déclaré éradiqué en 2015 et aucun cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage de type 3 n'a été détecté dans le monde depuis novembre 2012. Plus de 16 millions de personnes marchent aujourd'hui alors qu'elles auraient pu être paralysées. On estime que 1,5 million de décès d'enfants ont été évités grâce à l'administration systématique de vitamine A lors des activités de vaccination. Le monde est en passe de réaliser un succès de santé publique mondial historique.

2. Les progrès ont pu être accomplis grâce au réseau mondial de soutien et à l'engagement des donateurs et surtout des États Membres. Chaque année, plus de 20 millions de volontaires administrent des vaccins antipoliomyélitiques et autres médicaments salvateurs à plus de 400 millions d'enfants dans le monde entier. À ce jour, les efforts mondiaux visant à éradiquer la maladie ont permis de faire des économies s'élevant à plus de US \$27 milliards et l'éradication mondiale de la poliomyélite entraînera une économie supplémentaire de US \$20 à 25 milliards, fonds qui pourront être affectés à la fourniture d'autres interventions sanitaires qui sauvent des vies.

3. En revanche, les risques et les conséquences d'un échec sont importants ; en effet la poliomyélite, maladie à potentiel épidémique, se propagera de nouveau au-delà de ses frontières actuelles et dans 10 ans, à partir de 200 000 nouveaux cas seront de nouveau notifiés chaque année dans le monde. Toutefois ces progrès sont fragiles, comme souligné en août 2016 lorsque trois nouveaux cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage de type 1 ont été confirmés dans l'État de Borno, au nord-est du Nigéria, première notification dans le pays et dans la Région africaine depuis juillet 2014. Ces risques mettent en exergue la nécessité urgente de parvenir à un monde exempt de poliomyélite de manière rapide et durable, rappelant la résolution WHA68.3 (2015), dans laquelle l'Assemblée mondiale de la Santé invitait instamment les États Membres à financer intégralement et à mettre en œuvre le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018.

¹ Résolution WHA41.28, Éradication mondiale de la poliomyélite en l'an 2000 (<http://www.who.int/ihr/polioresolution4128en.pdf>, consulté le 13 octobre 2016).

4. La déclaration de 2014 selon laquelle la propagation internationale du poliovirus sauvage constitue une urgence de santé publique de portée internationale ainsi que les recommandations temporaires promulguées au titre du Règlement sanitaire international (2005) restent en vigueur. La mise en œuvre des plans nationaux d'urgence concernant la poliomyélite se poursuit dans tous les pays touchés par la circulation du poliovirus sauvage ou de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale, et tous les pays touchés par la circulation de l'un ou de l'autre type de virus ont déclaré que de tels événements constituaient une urgence de santé publique nationale.

5. Entre le 17 avril et le 1^{er} mai 2016, les 155 pays et territoires qui utilisent actuellement le vaccin antipoliomyélique oral trivalent sont parvenus à le remplacer par le vaccin antipoliomyélique oral bivalent dans le cadre d'un retrait synchronisé au niveau mondial. Il s'agissait de la première étape du retrait progressif des vaccins antipoliomyéliques oraux dont le point culminant sera la cessation de l'utilisation de l'ensemble des vaccins antipoliomyéliques oraux suite à la certification mondiale de l'éradication de tous les types de poliovirus sauvage. Depuis la déclaration d'éradication du poliovirus sauvage de type 2 en septembre 2015, les États Membres poursuivent les efforts en vue d'identifier les établissements détenant des poliovirus de type 2 (sauvages, dérivés d'une souche vaccinale ou Sabin), de détruire les matériels inutiles ou de confiner correctement les matériels nécessaires dans les établissements pour la conservation des poliovirus essentiels.

6. En 2016, l'accélération de la planification de la transition se poursuit (voir paragraphes 19 à 22) afin de garantir que les fonctions et les actifs de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continuent à profiter aux efforts plus vastes de santé publique, y compris après l'éradication totale de la maladie.

7. Les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continuent de collaborer étroitement avec tous les États Membres ainsi que la communauté internationale du développement au sens large dans le cadre des efforts visant à obtenir rapidement les US \$1,5 milliard¹ supplémentaires nécessaires pour parvenir à un monde libéré durablement de la poliomyélite.

INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION DU POLIOVIRUS

8. Au 28 septembre 2016, 26 cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage avaient été notifiés dans le monde en 2016 contre 74 en 2015. Ces cas, tous notifiés au Pakistan, en Afghanistan et au Nigéria, étaient dus au poliovirus sauvage de type 1. À la même date, trois cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 avaient été notifiés en République démocratique populaire lao (tous à partir de janvier 2016), contre 32 cas dus aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale dans sept pays en 2015. Jusqu'à présent, deux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 ont été détectés dans l'État de Borno (Nigéria) en 2016 (voir paragraphe 13).

Pays où la transmission endémique du poliovirus sauvage se poursuit : Pakistan, Afghanistan et Nigéria

9. L'Afghanistan et le Pakistan continuent à être considérés comme une seule entité épidémiologique. Au 28 septembre 2016, 14 cas de poliomyélite paralytique ont été notifiés au Pakistan, contre 54 au total en 2015 (et 32 en comparaison avec la même période en 2015). En

¹ Pour des informations actualisées sur les ressources financières ou le budget, voir <http://polioeradication.org/financing/> (consulté le 13 octobre 2016).

Afghanistan, neuf cas ont été signalés contre 20 au total en 2015 (et 12 en comparaison avec la même période en 2015). Les deux pays ont réalisé de grands progrès ces six derniers mois et les groupes techniques consultatifs, qui ont examiné les dernières données épidémiologiques au milieu de l'année suite à la saison de faible transmission du poliovirus, ont conclu que l'interruption rapide de la transmission du poliovirus sauvage était réalisable dans les deux pays. Cet objectif sera réalisé lorsque l'on aura réussi à atteindre tous les enfants non vaccinés, que l'on aura comblé les lacunes chroniques dans la mise en œuvre de la stratégie et lorsqu'on pourra, dans les zones infectées, vacciner les enfants auxquels il a été difficile d'accéder en raison de l'insécurité. Les réservoirs restants du poliovirus sauvage sont les corridors Khyber-Peshawar-Nangarhar et Quetta-Grand Kandahar, reliant les deux pays. Ils sont désormais au centre des attentions afin d'intensifier les activités de meilleure qualité.

10. Au Pakistan, le nombre de cas notifiés de poliomyélite continue à diminuer. Le bureau du Premier Ministre supervise directement un plan d'action d'urgence national contre la maladie. Aux niveaux fédéral et provincial, des centres opérationnels d'urgence assurent, presque en temps réel, le suivi des activités, la mise en œuvre de mesures correctives, et une responsabilisation et une prise en main accrues à tous les niveaux. Le plan national a surtout pour but de recenser les enfants qui échappent systématiquement à la vaccination, de déterminer pourquoi ils y échappent et de mettre en œuvre des approches spécifiques région par région afin de surmonter ces difficultés. Grâce à cela, des stratégies novatrices sont mises en œuvre, les insuffisances opérationnelles du programme sont de plus en plus corrigées et l'accès continue à s'améliorer dans des zones auparavant inaccessibles. On observe un niveau de couverture vaccinale élevé dans le corridor Peshawar-Khyber et la zone de Quetta, mais la couverture vaccinale reste lacunaire à Karachi et au nord du Sindh, les données attestant de la persistance de la transmission.

11. En Afghanistan, l'éradication de la poliomyélite est en tête du programme pour la santé du pays. En 2015 et 2016, les pouvoirs publics ont intensifié leurs efforts en vue d'accélérer l'éradication de la poliomyélite au niveau national dans un contexte de défis complexes et multiples, notamment une insécurité et des conflits croissants dans de nombreuses régions du pays. Le plan d'action d'urgence national continuera à servir de document d'orientation pour les activités d'éradication de la poliomyélite. De nouvelles avancées ont été réalisées durant la saison de faible transmission en vue d'accélérer les progrès vers l'interruption de la transmission. Des centres d'opérations d'urgence ont été créés aux niveaux national et régional dans le but d'intensifier, de guider et de coordonner les efforts de l'ensemble des partenaires en vue de la mise en œuvre du plan d'action d'urgence national, dans un cadre commun. La plupart des régions de l'Afghanistan sont exemptes de poliomyélite, mais le poliovirus sauvage continue de circuler dans certaines zones géographiques localisées des régions de l'est et du sud du pays. À ce jour en 2016, le pays a notifié un total de neuf cas dans seulement cinq districts ; et il est important de souligner que parmi ces cas, quatre proviennent d'une petite zone géographique (district de Sheegal, province de Kunar), qui depuis 2012 est impossible à atteindre par les activités de vaccination.

12. Au Nigéria, trois nouveaux cas dus au poliovirus sauvage de type 1 ont été confirmés en août 2016 dans deux districts de l'État de Borno, première notification dans le pays depuis juillet 2014. Le séquençage génétique des virus isolés indique qu'ils sont le plus étroitement apparentés à un poliovirus sauvage de type 1 détecté pour la dernière fois en 2011 dans l'État de Borno. Du fait du manque d'accès dans plusieurs zones et de l'incapacité à mener des activités de vaccination de haute qualité et à effectuer une surveillance dans les zones vitales de l'État, il est probable que cette souche ait circulé sans être détectée dans cette population inaccessible depuis 2011. Le Gouvernement du Nigéria a immédiatement organisé une riposte énergique, conformément aux protocoles internationaux révisés en matière de riposte aux flambées. En effet, les autorités ont organisé cinq cycles d'activités de vaccination supplémentaire à grande échelle visant à administrer des doses supplémentaires du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent dans un intervalle court et des activités supplémentaires sont prévues pour administrer le vaccin antipoliomyélitique inactivé en doses fractionnées. Le

Gouvernement du Nigéria a déclaré que la flambée constituait une urgence de santé publique nationale. Parallèlement, des mesures supplémentaires sont en cours de mise en œuvre afin de renforcer la sensibilité de la surveillance au niveau infranational. La riposte s'inscrit dans le cadre d'une riposte à la flambée plus vaste au niveau régional, en coordination avec les pays voisins, en particulier dans la sous-région du lac Tchad, notamment le Cameroun, certaines parties de la République centrafricaine, le Tchad et le sud du Niger. Lors de la soixante-sixième session du Comité régional pour l'Afrique (Addis Abeba, 19-23 août 2016), les ministres de la santé ont déclaré que la flambée de poliomyélite constituait une urgence de santé publique pour les pays du bassin du lac Tchad. La détection de ces cas met en évidence le risque que pose le faible niveau de transmission non détectée ainsi que la nécessité urgente de renforcer partout la surveillance infranationale. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a examiné et révisé les plans des activités de vaccination supplémentaire afin de répondre aux besoins d'approvisionnement en vaccin antipoliomyélitique oral bivalent liés à cette riposte à la flambée, tout en veillant à ce que les autres pays à haut risque soient capables de maintenir des niveaux élevés d'immunité de la population.

Poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale

13. Fin 2015 et début 2016, les États Membres touchés par des flambées de poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale ont intensifié leur riposte afin de garantir l'interruption de la circulation de ces virus avant le passage synchronisé à l'échelle mondiale du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent début 2016 (voir paragraphe 5). En 2016, aucun cas de poliomyélite due au poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale n'a été notifié. Seul un pays, la République démocratique populaire lao, a connu une flambée due au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (type 1) et aucun cas n'a été signalé dans le pays depuis le 11 janvier 2016. Néanmoins, on constate une persistance des lacunes dans la qualité de la surveillance infranationale dans les zones principales où une circulation des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale avait été précédemment confirmée, notamment certaines parties de la Guinée. Au Nigéria, deux poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale ont été détectés dans l'État de Borno dans un échantillon environnemental (prélevé en mars 2016) et des échantillons de selles (recueillis en août 2016) chez un contact en bonne santé d'un des cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1 (voir paragraphe 12), lors des activités de surveillance accrue menées dans la zone. Le séquençage génétique des deux virus dérivés d'une souche vaccinale indiquent qu'ils circulent depuis près de quatre ans dans la zone et qu'ils ont été détectés pour la dernière fois au nord du Nigéria en novembre 2014. Du fait du manque d'accès dans plusieurs zones, et de l'incapacité à mener des activités de vaccination de haute qualité et à effectuer une surveillance dans les zones prioritaires de l'État de Borno, il est probable que les souches aient circulé sans être détectées dans cette population inaccessible. Des plans de riposte multipays, notamment l'amélioration de la qualité de la surveillance au niveau infranational tel que dans la région cruciale du lac Tchad, continuent d'être mis en œuvre. Le Gouvernement du Nigéria a immédiatement lancé une riposte intégrale, conformément aux nouveaux protocoles en matière de détection des poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale durant la période suivant le passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent. À la demande des autorités du Nigéria, le Directeur général a autorisé la mise en circulation du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 à partir de la réserve mondiale en vue d'une utilisation dans le cadre de la riposte.

14. L'Initiative mondiale pour l'élimination de la poliomyélite suit de près la présence du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 dans toutes les sources. La détection de telles souches dans les premiers 6 à 12 mois qui suivent le passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent est attendue, étant donné que les enfants qui avaient précédemment reçu le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent continueront d'excréter la souche de type 2 que contenait au départ le vaccin trivalent pendant une période limitée. Chaque détection d'un virus de

type 2 provenant de toute source entraîne l'activation immédiate aux niveaux mondial, régional et national du système de gestion des incidents nouvellement créé, afin d'effectuer une évaluation des risques approfondie associée à la souche isolée et de mettre en œuvre, le cas échéant et si nécessaire, une riposte à la flambée, notamment l'accès à la réserve mondiale de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 2. Le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 a été mis en circulation à partir de la réserve mondiale en vue de la mise en œuvre d'activités de riposte au Cameroun (région du Lac Tchad), au Tchad, au Niger, au Nigéria et au Pakistan. En Inde, des doses fractionnées du vaccin antipoliomyélitique inactivé ont été utilisées en réponse à la détection dans l'environnement du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2. De nouvelles données probantes indiquent que le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 est plus efficace qu'on ne le supposait précédemment. Ces nouvelles données ont été fournies au Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination à sa réunion (Genève, du 18 au 20 octobre 2016), accompagnées d'une proposition concernant la révision des protocoles mondiaux de riposte aux flambées, nécessitant moins de cycles d'activités de vaccination supplémentaire.¹

Urgence de santé publique de portée internationale – atténuer le risque de propagation internationale du poliovirus

15. Des épisodes de propagation internationale du poliovirus ont continué en 2016, l'Afghanistan et le Pakistan ayant exporté le virus par la frontière entre les deux pays. Pour atténuer le risque et les conséquences d'une nouvelle propagation internationale des poliovirus, il faut mettre pleinement en œuvre les stratégies d'éradication dans les zones infectées restantes ; appliquer l'ensemble des recommandations temporaires émises par le Directeur général au titre du Règlement sanitaire international (2005) ; et renforcer la surveillance au niveau mondial ainsi que les plans de préparation à la riposte aux flambées par l'ensemble des États Membres pour faciliter une riposte rapide face aux nouveaux cas de détection de poliovirus. Lors de sa téléconférence (11 août 2016), le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la propagation internationale du poliovirus a recommandé de prolonger de trois mois supplémentaires les recommandations temporaires.²

RETRAIT PROGRESSIF DES VACCINS ANTIPOLIOMYÉLITIQUES ORAUX

16. Le remplacement réussi du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (voir paragraphe 5) a été une étape décisive ; il s'agissait en effet du plus grand retrait jamais organisé d'un vaccin et de l'introduction en parallèle d'un autre vaccin. À la fin septembre, l'ensemble des États Membres, à l'exception d'un seul, avait soumis des rapports, vérifiant de manière indépendante le retrait intégral dans le pays du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent des points de prestation de services et le remplacement par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent. Cette réalisation témoigne de l'engagement extraordinaire, du leadership et de la participation de tous les États Membres. La cessation de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral est nécessaire pour éliminer les risques à long terme très rares des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale associés à son utilisation et représente une stratégie prioritaire du Plan pour la phase finale, lequel avait été approuvé par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination et l'Assemblée mondiale de la Santé.

¹ Le rapport de la réunion sera disponible sur le site Web de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/immunization/policy/sage/fr/>.

² Disponible à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/10th-ivr-emergency/en/> (consulté le 13 octobre 2016).

17. Pour préparer le remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, tous les pays s'étaient engagés à introduire au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans leurs programmes de vaccination systématique. Le niveau d'engagement dont les pays ont fait preuve pour atteindre cet objectif a été exceptionnel. Lors de sa réunion du 12 au 14 avril 2016, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a constaté que l'approvisionnement en vaccins antipoliomyélitiques inactivés avait baissé en raison de difficultés rencontrées par les fabricants pour augmenter la production et que l'approvisionnement en vaccins à l'échelle mondiale resterait faible jusqu'en 2017.¹ On continue à privilégier l'approvisionnement disponible de ce vaccin dans les zones à risque plus élevé de circulation du poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale, dans les pays qui demeurent touchés par une transmission endémique du poliovirus sauvage et pour la réserve mondiale afin de riposter en cas de flambée. Tous les efforts possibles sont déployés pour garantir que les pays à faible risque restants reçoivent des approvisionnements en vaccins antipoliomyélitiques inactivés d'ici la fin 2017. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite explore avec les bureaux régionaux de l'OMS ainsi que les États Membres la faisabilité de la mise en place de stratégies d'économies de doses telles que l'administration de doses fractionnées intradermiques du vaccin antipoliomyélitique inactivé. Les États Membres, notamment l'Inde et le Sri Lanka, commencent à adopter des schémas à doses fractionnées dans leurs programmes de vaccination afin de garantir la disponibilité de quantités suffisantes du vaccin antipoliomyélitique inactivé pour continuer la vaccination de la cohorte de naissance complète.

CONFINEMENT

18. Les efforts de confinement des poliovirus de type 2 ont progressé en 2016, suite à la publication du plan d'action de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication des poliovirus sauvages par type et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAPIII).² Au 6 octobre 2016, 176 pays et territoires ont indiqué qu'ils ne détenaient plus de poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale de type 2, 18 ont indiqué qu'ils en détenaient et 11 pays étaient sur le point d'achever leurs rapports. Jusqu'à présent, 20 pays ont désigné 55 établissements essentiels chargés de conserver les poliovirus de type 2 mais certains pays doivent désigner l'autorité nationale chargée du confinement qui aura pour responsabilité de certifier que ces établissements respectent les exigences en matière de confinement énoncées dans le GAPIII. En appui aux efforts des États Membres pour achever la phase I du GAPIII, le Secrétariat élabore actuellement des orientations en vue d'aider les établissements à identifier les échantillons à probabilité élevée, modérée ou faible de contamination par un virus de souche Sabin 2 ou un virus analogue de la souche Sabin 2, recommandant leur destruction ou leur manipulation sûre et sans risque. En appui à la mise en œuvre de la phase II, le Secrétariat a sensibilisé au confinement et au renforcement des capacités nationales en formant le personnel des autorités nationales au confinement et les établissements détenant des poliovirus essentiels à la mise en œuvre du plan d'action mondial et à la certification. Grâce à la publication du dispositif de certification du confinement au titre du GAPIII (*GAPIII Containment Certification Scheme*³) visant à aider les autorités nationales chargées du confinement à certifier que les

¹ Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, avril 2016 – conclusions et recommandations. Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2016, 21:266-284 (<http://www.who.int/wer/2016/wer9121.pdf?ua=1>, consulté le 13 octobre 2016).

² Document WHO/POLIO/15.05 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208873/1/WHO_POLIO_15.05_fre.pdf, consulté le 13 octobre 2016).

³ Le dispositif de certification du confinement au titre du GAPIII remplace l'annexe 4 du GAPIII.

établissements respectent les exigences en matière de confinement énoncées dans le GAPIII, et en consultation avec la Commission mondiale de la certification, une formation sera dispensée aux vérificateurs chargés de contrôler les établissements détenant des poliovirus essentiels. Grâce à ce soutien, les États Membres concernés devraient achever la phase I rapidement et progresser vers la phase II du plan d'action mondial, en faisant participer officiellement les établissements concernés au processus de certification.

PLANIFICATION DE LA TRANSITION

19. La planification de la transition (précédemment appelée planification de la transmission des acquis) s'est intensifiée en 2016. La planification de la transmission des acquis a trois objectifs. Premièrement, elle garantit que les fonctions nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite après l'éradication de la maladie sont intégrées dans les programmes nationaux de santé publique permanents. Deuxièmement, elle garantit que les enseignements tirés grâce aux activités d'éradication de la poliomyélite sont partagés avec d'autres initiatives dans le domaine de la santé. Troisièmement, le cas échéant et si c'est possible, elle assure le transfert de capacités, d'actifs et de processus pour répondre à d'autres priorités sanitaires. Elle recherche également à atténuer les risques et à maximiser les opportunités qu'offre l'éradication de la poliomyélite.

20. En avril 2016, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a publié les budgets détaillés pour 2016-2019,¹ montrant la baisse des dépenses à partir de 2017 pour chaque pays, région et activité. Ces budgets ont donné l'élan au processus de planification de la transition au niveau national, lequel devrait être dirigé par les pays, conformément à leurs priorités et objectifs sanitaires nationaux. L'OMS et les autres partenaires de l'Initiative ont fourni une assistance technique aux États Membres dans le cadre de ce processus. Les 16 pays ayant la plus importante infrastructure financée par le programme de lutte contre la poliomyélite élaborent actuellement leur plan de transition. Suite à la détection du poliovirus sauvage de type 1 au Nigéria, il est possible que la planification de la transition n'intervienne pas à la même rapidité dans d'autres pays de la sous-région du lac Tchad ; toutefois, il ne faut pas interrompre la dynamique actuelle et la planification devrait se poursuivre dans les autres pays, en coopération étroite avec les autres parties prenantes concernées, notamment les donateurs.

21. L'OMS et les autres partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, travaillant en tandem, ont introduit un processus visant à élaborer des plans de transition propres aux différents organismes pour les actifs financés par la lutte contre la poliomyélite aux niveaux régional et mondial. En 2016, un nouveau comité de suivi indépendant pour la transition a également été créé pour suivre et orienter de manière indépendante les aspects nationaux et mondiaux de la planification de la transition, établissant des rapports sur les progrès accomplis et sur l'engagement. Comme l'a constaté l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014,² l'OMS est responsable des coûts d'indemnisation importants pour les contrats résiliés du fait de la clôture des programmes, en raison du nombre important de contrats conférant le statut de membre du personnel et de contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel financés à partir de fonds spécifiques à la lutte contre la poliomyélite, en particulier dans la Région africaine. En 2016, le nombre d'engagements de durée déterminée a été considérablement diminué par rapport à 2013, une réduction qui, associée à une

¹ Document WHO/POLIO/2016.03 http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/FRR2013-2019_April2016_EN_A4.pdf (consulté le 13 octobre 2016).

² Voir les documents A67/47 et WHA67/2014/REC/3, procès-verbaux de la Commission B, deuxième séance, section 4 (en anglais seulement).

planification en amont, fournira une plus grande flexibilité au Secrétariat pour réduire le niveau des indemnités de résiliation à la fin des programmes.¹

22. Le Secrétariat élabore actuellement une note de synthèse en vue de préciser comment il propose de gérer les risques et les opportunités de l'éradication de la poliomyélite pour le Secrétariat et son soutien aux États Membres. Parmi les principaux domaines à aborder figurent notamment : la gestion des risques pour les bureaux de pays et les programmes qui sont actuellement lourdement tributaires des infrastructures et des acquis de la lutte contre la poliomyélite ; la nécessité de garantir le maintien des fonctions essentielles de la lutte contre la poliomyélite ; et la gestion de la transition du personnel financé par le programme de lutte contre la poliomyélite ainsi que les mesures appropriées.

FINANCEMENT ET GESTION DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

23. Grâce à la générosité et au soutien continu de la communauté internationale de développement, notamment les États Membres, les organisations multilatérales, les banques de développement, les fondations et Rotary International, l'intégralité du budget pour les activités prévues en 2016 a été obtenu. Les fonds disponibles dans les pays ont été utilisés pour la mise en œuvre de la riposte à la flambée au Nigéria, et un autre appel² a été lancé pour la riposte à la flambée infrarégionale au Lac Tchad. Des efforts sont en cours pour mobiliser US \$1,5 milliard³ supplémentaires afin de mettre pleinement en œuvre le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 pour parvenir à un monde durablement libéré de la poliomyélite d'ici 2019. Outre les avantages humanitaires importants de l'éradication de la poliomyélite, les efforts sont également liés à des avantages économiques considérables. Un monde exempt de poliomyélite permettra de réaliser des économies s'élevant au total à plus de US \$50 milliards (avec un montant de US \$27 milliards déjà obtenu). Ces fonds pourront être utilisés pour répondre aux besoins pressants de santé publique et de développement. La mobilisation rapide des fonds supplémentaires nécessaires est essentielle pour parvenir à un monde durablement libéré de la poliomyélite. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a publié un document exposant une argumentation en faveur des investissements⁴ à consacrer à l'éradication de la poliomyélite, fournissant une synthèse claire de la justification au plan économique et humanitaire de la poursuite des investissements dans l'Initiative.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

24. Le Conseil est invité à prendre note du rapport et à inviter instamment les États Membres à assurer pleinement la mise en œuvre de la résolution WHA68.3 (2015).

= = =

¹ Pour des informations détaillées, voir l'annexe du document A67/47, Ressources humaines : rapport annuel (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_47-fr.pdf, consulté le 13 octobre 2016).

² Disponible à l'adresse http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/09/20160906_AppealNigeria.pdf (consulté le 13 octobre 2016).

³ Pour des informations actualisées sur les ressources financières ou le budget, voir <http://polioeradication.org/financing/>.

⁴ L'argumentation en faveur des investissements est disponible à l'adresse www.polioeradication.org/ResourceLibrary.aspx (consulté le 13 octobre 2016), mais le texte fait l'objet d'une révision afin de refléter les ripostes aux flambées au Nigéria et dans le bassin du lac Tchad.