



Planification de la transition pour la poliomyélite

Rapport du Directeur général

1. La Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté en mai 2017 la décision WHA70(9) concernant la planification de la transition pour la poliomyélite, qui, entre autres, prie le Directeur général d'élaborer d'ici fin 2017 un plan d'action stratégique pour la transition qui sera soumis à l'examen de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé par l'intermédiaire du Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session. Cette décision appelle à définir clairement les capacités et les actifs, surtout au niveau des pays et, le cas échéant, au niveau des communautés, nécessaires pour maintenir un monde exempt de poliomyélite après l'éradication et pour maintenir durablement les progrès dans les autres domaines programmatiques susceptibles d'être affectés négativement par la réduction graduelle des activités d'éradication de la poliomyélite. Il est aussi demandé une évaluation détaillée des capacités et des actifs ainsi que des financements pouvant être nécessaires pour intégrer certains des actifs actuellement financés par l'Initiative à d'autres domaines programmatiques.

2. Ce rapport devra être considéré comme un travail en cours, décrivant les principales composantes d'un plan d'action stratégique qui sera finalisé par la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé. Il est en accord avec le projet de treizième programme général de travail 2019-2023 et vise à répondre partiellement aux demandes faites dans la décision WHA70(9). En outre, il apporte des informations actualisées sur les ressources humaines et la planification budgétaire associées à la planification de la transition. Les annexes fournissent des informations détaillées et des liens Internet concernant les processus en cours au niveau national, qui ont une incidence sur la transition pour la poliomyélite.

TRANSITION POUR LA POLIOMYÉLITE : UNE NOUVELLE VISION

3. La gestion de la planification de la transition pour la poliomyélite consistait principalement au départ à atténuer les risques pesant sur les ressources humaines, financières et programmatiques et sur les capacités nationales, auxquels devra faire face l'Organisation avec la réduction des activités et la clôture finale de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Cette démarche est axée sur la réduction des passifs, mais le projet de treizième programme général de travail fournit des opportunités et une nouvelle vision pour que les efforts consacrés à la planification de la transition pour la poliomyélite appuient les trois priorités stratégiques pouvant maximiser la contribution de l'OMS dans la réalisation des objectifs de développement durable.

4. À l'appui de la première priorité stratégique consistant à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être pour tous, à tout âge, les actifs existants pour lutter contre la poliomyélite au niveau des pays peuvent aider ceux-ci à réaliser l'objectif de ne laisser personne de côté dans les domaines prioritaires que sont la santé des femmes, des enfants et des adolescents, les maladies transmissibles et les activités de vaccination, et tout particulièrement de réduire les inégalités dans les pays disposant d'infrastructures sanitaires relativement faibles. Dans de nombreux pays engagés dans la transition pour la poliomyélite, les membres du personnel chargés de lutter contre cette maladie apportent déjà une contribution dans d'autres domaines programmatiques, dont la santé reproductive, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et d'autres maladies transmissibles.

5. Pour contribuer à la deuxième priorité stratégique consistant à appuyer les pays dans le renforcement des systèmes de santé et dans la progression vers la couverture sanitaire universelle, les actifs et les fonctions financés pour lutter contre la poliomyélite au niveau national seront d'une utilité déterminante pour garantir l'accès à des services de santé essentiels et à des médicaments de qualité, dont les vaccins, en particulier dans les situations de fragilité.

6. Pour soutenir la troisième priorité stratégique de l'OMS, consistant à maintenir le monde à l'abri des épidémies et d'autres urgences sanitaires et à assurer aux populations touchées un accès rapide à des services de santé essentiels et salvateurs, les fonctions clés du programme de lutte contre la poliomyélite de nombreux pays fragiles et ravagés par des conflits, et notamment les services de coordination, de vaccination, de surveillance et de laboratoire, le dispositif de riposte et la communication à propos des risques, seront indispensables. Les capacités au niveau national de ce programme aideront aussi à améliorer les progrès de l'ensemble des pays vers le renforcement des capacités essentielles au titre du Règlement sanitaire international (2005). Les connaissances et l'expérience acquises par le personnel de lutte contre la poliomyélite dans la réponse aux défis sanitaires associés aux déplacements de population (flux de réfugiés, de migrants ou de populations déplacées à l'intérieur d'un pays) ainsi que les activités de surveillance aux frontières et de vaccination seront également déterminantes pour réaliser cet objectif stratégique.

7. Le projet de treizième programme général de travail a été élaboré sur la base d'un principe fondamental, qui place les pays au centre de l'activité de l'OMS. Le succès de la mise en œuvre de ce programme dépendra donc du degré d'adaptation des efforts aux différents contextes nationaux. Il faudra en conséquence tirer parti de la présence d'actifs importants destinés à la lutte contre la poliomyélite dans la plupart des pays très vulnérables, fragiles et dévastés par des conflits pour aider l'OMS à fournir un soutien opérationnel dans ces États Membres, en sollicitant aussi pleinement l'assistance de la communauté internationale du développement. Pour un deuxième groupe composé des pays engagés dans la transition pour la poliomyélite moins vulnérables, l'OMS apportera une assistance technique de qualité afin de garantir que les capacités de lutte contre la poliomyélite servent pleinement les priorités nationales, tout en répondant aussi aux besoins de préservation de l'état d'exemption de la poliomyélite après l'éradication. Dans ces pays, on assistera à une diminution progressive des financements et du soutien technique, en espérant fortement que les gouvernements nationaux, à moyen terme, assumeront les capacités et absorberont les coûts de ces actifs essentiels, comme spécifié dans leurs plans de transition. Dans un troisième groupe de pays en transition pour la poliomyélite, possédant des systèmes de santé nettement plus solides, une force de travail formée suffisante et des moyens économiques plus puissants, l'OMS se focalisera sur le conseil stratégique, tout en escomptant des gouvernements concernés qu'ils reprennent et financent pleinement les actifs et les capacités servant auparavant contre la poliomyélite et nécessaires maintenant pour répondre à leurs priorités sanitaires à court terme. L'OMS apportera une assistance technique pour améliorer la mobilisation des financements domestiques et externes afin d'appuyer l'ensemble de ces trois groupes de pays en transition pour la poliomyélite et de garantir la durabilité des efforts.

ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE CONCERNANT LA TRANSITION POUR LA POLIOMYÉLITE

8. Cette vision plus large de la transition pour la poliomyélite contribuera à apaiser les inquiétudes des États Membres motivées par la nécessité de préserver les progrès dans d'autres domaines programmatiques tels que : surveillance des maladies ; vaccination ; renforcement des systèmes de santé ; alerte précoce ; riposte aux situations d'urgence et aux flambées, y compris la consolidation et le maintien des capacités essentielles au titre du Règlement sanitaire international (2005). Elle aidera aussi à maintenir les fonctions cruciales pour la lutte contre la poliomyélite qui seront nécessaires à la préservation d'un monde exempt de poliomyélite après l'éradication. Enfin, elle permettra une planification mieux coordonnée du financement et de la budgétisation à long terme dans le cadre des budgets programmes pour la période 2020-2021 et au-delà.

9. Des discussions détaillées au niveau du Secrétariat, avec la participation des bureaux régionaux et de pays, ont permis d'identifier un ensemble initial de priorités programmatiques et de flux d'activité qu'il faut faire concorder dans le contexte de la transition pour la poliomyélite. Le plan d'action stratégique visera principalement à relier ces priorités et ces flux d'activité à la vision du projet de programme général de travail et au rôle de l'OMS dans l'élimination des lacunes. Le présent rapport s'efforce de dégager les éléments clés du plan d'action stratégique avant soumission à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, accompagné d'un cadre de mise en œuvre et de suivi.

ÉLÉMENTS DU PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE

Harmonisation des plans nationaux de transition pour la poliomyélite avec la diminution progressive des ressources destinées à l'Initiative mondiale pour l'éradication de cette maladie¹

10. Les ressources des programmes de lutte contre la poliomyélite au plan national comprennent à la fois des « actifs » et des « fonctions ». Les « actifs » couvrent l'ensemble des ressources humaines et des infrastructures physiques financées et mises en place par le programme de lutte contre la poliomyélite dans le pays, aux niveaux national et infranational. Les fonctions exercées par le programme de lutte contre la poliomyélite sont les systèmes, les processus et les activités que ces actifs permettent de mettre en œuvre. La collecte d'informations détaillées sur les actifs et les fonctions destinés à la lutte contre la poliomyélite aux niveaux national et infranational constitue une étape essentielle dans la planification de la transition à l'échelle d'un pays. Les données générées par cet exercice de cartographie fournissent une référence pour l'ampleur, la structure, la localisation et les activités du programme de lutte contre la poliomyélite dans un pays donné, ainsi qu'une estimation du coût de maintien de ces actifs.

11. L'exercice de cartographie précise des actifs montre que 60 à 90 % du personnel financé pour lutter contre la poliomyélite contribue plus largement à la vaccination, la prestation de services, la surveillance, la gestion et les opérations. Les unités de surveillance sont des éléments essentiels de ces actifs. Composées d'un responsable médical de la surveillance, d'un assistant administratif et d'un chauffeur, elles exercent une surveillance active à partir des cas à la fois pour la paralysie flasque aiguë et pour d'autres maladies évitables par la vaccination (encéphalite japonaise, rougeole, rubéole et tétanos néonatal, notamment). Elles représentent souvent la principale ressource à laquelle font

¹ Voir annexe 1, Résumé des chiffres de réduction du budget de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, destiné aux bureaux de l'OMS dans les pays non endémiques.

appel les pays pour répondre aux flambées importantes de maladies, aux désastres naturels et à d'autres situations d'urgence (flambées de choléra, de fièvre jaune et de paludisme en Angola ou tremblement de terre au Népal, par exemple).

12. Même si les ressources humaines sont des actifs financés pour combattre la poliomyélite indispensables sur le terrain, la documentation a révélé que les infrastructures physiques et les systèmes/processus destinés à la lutte contre cette maladie sont également importants. En l'absence d'infrastructures publiques adéquates (équipements de transport et de communication et capacités de traitement des données suffisantes, notamment), les activités de vaccination, de surveillance au sens large des maladies et de riposte aux flambées dans les pays sont tributaires, dans une large mesure, d'actifs physiques et d'équipements de l'OMS, financés pour lutter contre la poliomyélite. Dans de nombreux pays (Éthiopie, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad, par exemple), l'accès à la plupart des zones difficiles à atteindre n'est possible que grâce à la flotte de véhicules 4x4 de l'OMS, financée par la lutte contre la poliomyélite. Dans certains cas (Éthiopie et Tchad, notamment), l'espace de bureau de l'OMS au niveau national ou infranational est partiellement ou totalement financé par des ressources affectées à la lutte contre cette maladie. Un aperçu de cet exercice de cartographie détaillée des actifs, mené dans 14 pays prioritaires, avec une ventilation fonctionnelle et géographique des données, est disponible pour examen sur le site Web de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.¹

13. La plupart des ressources fournies par cette initiative parviennent au niveau national et appuient des fonctions qui vont au-delà de l'éradication de la poliomyélite. L'Initiative soutient les efforts de planification de la transition pour la poliomyélite dans 16 pays prioritaires, qui totalisent plus de 90 % des actifs que cette initiative finance.² En vue d'atténuer l'impact négatif de la diminution prévue des ressources de l'Initiative, un processus pour élaborer des plans nationaux de transition dans ces pays a été mis en route,³ sous la direction des gouvernements nationaux et avec l'appui des bureaux régionaux et de pays de l'OMS et de l'UNICEF. À travers son Groupe de gestion de la transition, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite soutient le processus de planification par des lignes directrices,⁴ une assistance technique, un appui en matière de communication et de sensibilisation et un suivi des progrès à travers une série d'étapes.⁵

¹ Country transition planning (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/country-transition-planning/>, consulté le 21 décembre 2017).

² Sept pays de la Région africaine (Angola, Cameroun, Éthiopie, Nigéria, République démocratique du Congo, Soudan du Sud et Tchad), cinq de la Région de l'Asie du Sud-Est (Bangladesh, Inde, Indonésie, Myanmar et Népal) et quatre de la Région de la Méditerranée orientale (Afghanistan, Pakistan, Somalie et Soudan).

³ À l'échelle mondiale, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite suit les progrès et fournit une assistance à 16 pays seulement, qui concentrent la majorité des ressources. Cependant, il importe de noter que les lignes directrices publiées par l'Initiative dans le cadre de la planification de l'héritage lié la poliomyélite encouragent tous les pays recevant un financement de l'Initiative mondiale à mettre au point des plans de transition. En fait, le Bureau régional de l'Afrique, par le biais de ses initiatives et de ses structures régionales, a classé comme prioritaires tous les pays de la région recevant un financement pour lutter contre la poliomyélite. De même, le Bureau régional de la Méditerranée orientale élabore une démarche régionale plus holistique, qui s'intéresse aussi à d'autres pays fragiles de la Région (comme l'Iraq, la République arabe syrienne et le Yémen).

⁴ Global Polio Eradication Initiative. Polio legacy planning: guidelines for preparing a transition plan. Genève, 2015 (<http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/TransitionGuidelinesForPolioLegacy.pdf>, consulté le 21 décembre 2017).

⁵ Étapes importantes : 1) sensibilisation ; 2) mise en place d'une coordination à l'intérieur du pays ; 3) cartographie des actifs ; 4) cartographie des priorités nationales ; 5) définition de stratégies pour mettre en accord la reconversion des actifs destinés principalement à lutter contre la poliomyélite avec les priorités nationales ; 6) mise au point d'un projet de plan de transition dont les coûts ont été évalués ; et 7) finalisation du plan de transition, avec notamment des engagements de financement et un plan d'exécution.

14. En décembre 2017, huit pays¹ avaient réalisé une évaluation des coûts de leur projet de plans de transition. La plupart des projets étaient des versions préliminaires, avec une évaluation des coûts initiale. La date butoir fixée à l'ensemble des 14 pays (à l'exception de l'Afghanistan et du Pakistan, qui officiellement débiteront la planification lorsque la transmission de la poliomyélite sera interrompue), qui prévoyait la finalisation des projets de plans évalués sur le plan financier d'ici à la fin de l'année 2017, n'a pas été respectée.

15. Les pays poursuivront l'élaboration de ces plans sur les six mois à venir, avec une participation plus large des parties prenantes. Néanmoins, les versions préliminaires et le processus de planification font déjà clairement apparaître les difficultés majeures que pose l'intégration, dans les structures sanitaires existantes des pays, des actifs et des fonctions jusque-là financés pour lutter contre la poliomyélite. La plupart des projets de plans comprennent une stratégie de renforcement des capacités et de financement à plus long terme pour le pays, qui prévoit un financement domestique, mais à court et moyen termes (2 à 5 ans), ces plans tablent fortement sur un soutien technique et financier externe.

16. Tous les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est enregistrent des progrès et ont mis au point des plans de transition en coordination étroite avec leurs gouvernements nationaux, en appliquant une stratégie adaptée au contexte national. Les progrès ont été lents dans les pays extrêmement fragiles (Somalie, par exemple), confrontés à de multiples défis, notamment une planification et une capacité d'absorption limitées, un manque d'options de financement durables et l'existence de priorités concurrentes. Les projets de plans élaborés par d'autres pays fragiles (comme la République démocratique du Congo, le Soudan du Sud et le Tchad) révèlent les risques pesant sur la mise en œuvre et la durabilité. En l'absence d'appropriation plus forte du projet au plan national et de soutien externe conséquent, il est fortement probable que certains de ces plans nationaux évalués sur le plan financier resteront non exécutés.

17. Compte tenu du manque de capacités des pays dans l'immédiat à reconverter les actifs et les fonctions initialement financés pour lutter contre la poliomyélite, les plans nationaux reflètent l'attente que l'OMS poursuive son soutien opérationnel dans des domaines clés comme la vaccination, la surveillance intégrée des maladies, la délivrance de soins de santé primaire et la réponse aux situations d'urgence. Dans les pays en situation de fragilité, on s'attend à ce que ce soutien soit plus complet (en intégrant des éléments de renforcement des systèmes) et d'une durée bien plus longue. Les projets de plans nationaux sont présentés en détail à l'annexe 2, en mettant l'accent sur la façon dont ils font concorder la reconversion des actifs destinés principalement à la lutte contre la poliomyélite avec les priorités nationales et les options de financement envisagées.

Maintien d'un monde exempt de poliomyélite après l'éradication

Projet de stratégie postcertification

18. Le monde progressant vers la certification de l'éradication des poliovirus sauvages, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a entamé un processus de définition de normes et d'orientations techniques pour les fonctions essentielles nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite. Ces orientations figurent dans le projet de stratégie postcertification.²

¹ Bangladesh, Cameroun, Inde, Indonésie, Myanmar, Népal, République démocratique du Congo et Tchad.

² Polio post-certification strategy (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/polio-post-certification-strategy>, consulté le 21 septembre 2017).

19. La mise en œuvre de cette stratégie postcertification nécessitera : a) une planification par les ministères de la santé et des finances, qui devront prendre en charge ou poursuivre le soutien aux trois objectifs définis ci-après (paragraphe 23) ; b) une planification interne par des organisations (partenaires actuels de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, parmi lesquels l'OMS et l'UNICEF, et d'autres organisations ne participant pas actuellement aux efforts d'éradication de la poliomyélite) qui appuieront ces fonctions et ces activités ; et c) une planification par les nouveaux partenaires et des initiatives sanitaires extérieures au partenariat pour la poliomyélite de la mise en route de leurs activités de soutien dans le monde après la certification.

20. Les principaux critères fixés par la Commission mondiale de certification de l'éradication comme préalables pour la certification mondiale de l'éradication de la poliomyélite sont destinés à démontrer l'absence de poliovirus sauvages chez les cas de paralysie flasque aiguë (cas suspects de poliomyélite), chez les individus en bonne santé et dans les prélèvements environnementaux, pour l'ensemble des Régions de l'OMS, sur une période d'au moins trois ans, en présence d'une surveillance de haute qualité, conforme à la norme de certification.¹ Un processus sera aussi mis en œuvre, avec la Commission mondiale de certification de l'éradication et le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, afin de déterminer les critères et la méthodologie pour la validation de l'absence de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale après le retrait à l'échelle mondiale du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). Certaines fonctions et capacités essentielles pour la lutte contre la poliomyélite devront être conservées pour achever le processus de certification de l'éradication de cette maladie et assurer le maintien d'un monde qui en soit exempt après la certification.

21. Tout particulièrement au niveau national, il faudra maintenir un ensemble de capacités et d'actifs permettant de préserver un monde exempt de poliomyélite (annexe 3). Les risques sont plus importants dans certains des pays les plus pauvres de la planète si la transition n'est pas bien planifiée et mise en œuvre efficacement. La gestion de ces risques imposera à certaines parties prenantes extérieures à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite d'assumer un rôle de leader.

22. La stratégie postcertification est donc fortement axée sur l'atténuation des risques et les menaces de réémergence du virus après une certification à l'échelle mondiale peuvent être classées en trois catégories : a) poursuite de l'utilisation du VPO ; b) manipulation à risque de poliovirus d'un type quelconque ; et c) présence non détectée d'une transmission. La stratégie présente d'une manière générale comment aborder, réduire, atténuer et, dans la mesure du possible, éliminer ces risques.

23. En vue de maintenir un monde exempt de poliomyélite, on a identifié les trois objectifs ci-après pour atténuer les risques actuels et futurs.

Objectif 1. Contenir les poliovirus. Ce premier objectif vise à réaliser et à maintenir le confinement des poliovirus dans les laboratoires et dans les installations de fabrication de vaccins et autres. Il s'agira initialement de réduire le nombre d'installations conservant des poliovirus et de faire appliquer et de suivre les exigences en matière de confinement, complétées par des mesures de sauvegarde appropriées.

¹ Pour une définition de l'éradication en tant qu'interruption de la transmission des poliovirus sauvages, voir Smith J, Leke R, Adams A, Tangermann RH. Certification de l'éradication de la poliomyélite : procédure et enseignements. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 2004, 82:24-30 (<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/1/24-30.pdf>, consulté le 21 décembre 2017).

Objectif 2. Protéger les populations. Le deuxième objectif vise à protéger les populations dans l'immédiat de la poliomyélite paralytique associée au vaccin et des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale, en préparant et en coordonnant le retrait mondial du VPO bivalent, et à plus long terme, de toute réémergence de poliovirus, en fournissant un accès à des vaccins sûrs et efficaces.

Objectif 3. Détecter tout événement lié à la poliomyélite et y répondre. Ce troisième objectif vise la détection rapide de tout poliovirus présent chez un être humain ou dans l'environnement grâce à un système de surveillance sensible et le maintien de capacités et de ressources suffisantes pour contenir efficacement un éventuel événement lié à la poliomyélite ou y répondre avec efficacité.

24. Comme décidé par le Conseil de surveillance de la poliomyélite lors de sa réunion d'octobre 2017,¹ l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite se concentrera sur la définition des fonctions techniques nécessaires après la certification et mobilisera des fonds pour les activités à mettre en œuvre jusqu'à l'arrêt du VPO bivalent, qui est prévu un an après la certification.

25. Les ressources financières nécessaires pour assurer ces fonctions critiques destinées initialement à la lutte contre la poliomyélite dépendront des modalités d'organisation et de gestion fixées par les futurs « propriétaires » des objectifs spécifiés dans la stratégie postcertification. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite fournira des estimations des coûts pour des activités allant de la certification au retrait du VPO bivalent. En outre, on développera un modèle financier séparé, capable de fournir des estimations des coûts de haut niveau pour la période à long terme succédant au retrait du vaccin bivalent VPO – ce qui nécessitera de formuler des hypothèses à propos d'informations supplémentaires et de décisions importantes non encore connues à ce jour.

26. Le projet de stratégie postcertification propose que la mise en œuvre de la stratégie et l'opérationnalisation des financements promis jusqu'à l'arrêt du VPO bivalent et au-delà relèvent de la responsabilité des futurs propriétaires des fonctions définies dans ce document. La transition et la « transmission » des fonctions essentielles décrites dans les trois objectifs de la stratégie postcertification ainsi que les activités de gouvernance, de gestion et de compte rendu doivent débiter bien avant la dissolution du partenariat.² Il est donc crucial d'identifier les futurs propriétaires de ces fonctions et de ces activités dès que possible, de manière à pouvoir évaluer les capacités, les moyens et les efforts de changement nécessaires pour que ces fonctions et ces activités soient exercées efficacement.

27. L'appropriation et l'apport de ressources financières par les gouvernements nationaux seront des éléments déterminants dans la réalisation des trois objectifs de la stratégie postcertification en vue de maintenir un monde exempt de poliomyélite. Dans de nombreux pays fragiles, l'OMS aura un rôle clé à jouer dans la mise en œuvre de cette stratégie. Au sein de l'OMS, les domaines programmatiques ayant la plus forte probabilité d'être détenteurs de ces fonctions essentielles liées à la lutte contre la poliomyélite devront inclure la vaccination et les situations d'urgence sanitaire. Les modèles économiques mis en place par ces deux domaines programmatiques pour renforcer les capacités des pays devront prendre intégralement en compte les implications de la planification de la transition pour la poliomyélite et intégrer les orientations fournies dans la stratégie postcertification.

¹ Voir le procès-verbal de la réunion du Conseil de surveillance de la poliomyélite du 2 octobre 2017 (disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/pob-meeting-minutes-02102017.pdf>, consulté le 21 décembre 2017).

² Voir le procès-verbal de la réunion du Conseil de surveillance de la poliomyélite du 22 avril 2017 (disponible à l'adresse http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/06/POB_Minutes_Mtg20170422.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

Renforcement de la vaccination

28. Le Plan d'action mondial pour les vaccins a fixé des cibles ambitieuses pour améliorer l'accès à la vaccination et combattre les maladies évitables par ce type d'intervention. La date butoir de 2020 définie pour ce plan d'action approchant, il faut accélérer les efforts en faveur d'un meilleur accès à des vaccins salvateurs. Les capacités des partenaires au développement pour soutenir ces efforts deviendront de plus en plus déterminantes.

29. Sachant que neuf des 16 pays prioritaires dans la transition pour la poliomyélite sont situés en Afrique,¹ la diminution progressive des ressources destinées à la poliomyélite présente des risques graves pour les systèmes de vaccination de ces pays et les capacités de l'OMS à les appuyer.

30. Pour atténuer ces risques, les Bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique et pour la Méditerranée orientale ont entrepris de développer un argumentaire destiné à mobiliser les engagements politiques et les ressources financières pour continuer à appuyer l'ensemble des 54 États Membres du continent africain dans la réalisation complète de leurs objectifs en termes de vaccination. Cet argumentaire tiendra compte de la nécessité de transformer la portée et le calendrier du soutien du Secrétariat aux États Membres en fonction de la maturité de leur système de santé et de la vision du projet de treizième programme général de travail afin de contribuer à la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé.

31. Pour renforcer l'accès à la vaccination, cet argumentaire propose que les pays soient tenus de réaliser des progrès pour six composantes clés des systèmes de vaccination : la gestion et le financement des programmes ; la prestation de services de vaccination et l'introduction de nouveaux vaccins ; la surveillance des maladies et la gestion des flambées de maladies évitables par la vaccination ; la gestion et l'analyse des données ; la qualité, l'innocuité et la réglementation des vaccins ; et l'engagement communautaire.

32. Une « grille de maturité » pour la vaccination de l'OMS, répartissant les pays en quatre groupes, a été établie pour les six composantes clés en vue de contribuer à l'identification des principales lacunes et à la détermination du type de soutien dont les pays africains auront besoin de la part du Secrétariat pour combler celles-ci. En vue d'aider les pays africains à atteindre le niveau souhaité de maturité dans les six composantes clés de la vaccination, sept fonctions essentielles ont été désignées pour fournir un appui adapté compte tenu du schéma de maturation du pays.²

33. Au cours des deux dernières décennies, la surveillance des maladies évitables par la vaccination dans la Région africaine a été dans une large mesure financée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. La clôture de cette initiative présente des risques importants pour le réseau de surveillance des maladies évitables par la vaccination dans cette Région, sachant notamment qu'il n'a pas été identifié de flux de financement de substitution pour appuyer cette surveillance. Certains pays de la Région étant simultanément dans une situation transitoire pour le soutien de l'Alliance GAVI et pour celui de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ou sur le point de ne plus pouvoir prétendre à l'aide de GAVI, l'obtention de financements relève de plus en plus du défi.

¹ Angola, Cameroun, Éthiopie, Nigéria, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan, Soudan du Sud et Tchad.

² Parmi les sept fonctions essentielles identifiées figurent : 1) l'élaboration de normes et de critères ; 2) la mise au point de politiques et d'orientations à partir d'éléments factuels ; 3) le suivi et la prise en charge de la situation des maladies évitables par la vaccination et l'évaluation des progrès vers les cibles ; 4) l'engagement et la sensibilisation des gouvernements et des partenaires principaux ; 5) l'apport d'un soutien technique et le renforcement des capacités ; 6) la fourniture de matériel et d'équipements ; et 7) l'exercice des opérations sur le terrain. Le modèle économique se concentre sur le soutien normatif et technique, les opérations sur le terrain étant mises en œuvre par les gouvernements ou des acteurs non étatiques.

34. Il est donc impératif qu'un modèle complet de surveillance des maladies évitables par la vaccination évalué sur le plan financier soit élaboré en vue de mettre en lumière les investissements nécessaires pour conserver un système de surveillance sensible et efficace et pour garantir une réponse rapide aux menaces nouvelles et existantes pour la santé publique générées par les maladies évitables par la vaccination dans l'ère postéradication.

35. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, la collaboration avec les gouvernements et les partenaires nationaux pour définir et réaligner les priorités programmatiques utilisant des ressources destinées à la poliomyélite vise à appuyer les activités de vaccination, avec comme enjeux prioritaires l'élimination de la rougeole et la lutte contre la rubéole, l'amélioration de la couverture par les vaccinations systématiques et l'introduction de nouveaux vaccins.

Renforcement de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence

36. Sur les 16 pays prioritaires dans la planification de la transition pour la poliomyélite, six sont affectés par le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire d'une priorité de niveau 1 pour l'augmentation des capacités nationales et cinq bénéficient d'une priorité de niveau 2 (voir annexe 6).

37. Le modèle économique national proposé par le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire se concentrera sur une analyse détaillée par pays des capacités de bureau dont dispose actuellement l'OMS au niveau national et sur le calcul des capacités supplémentaires nécessaires pour exercer les fonctions essentielles de l'OMS en tant qu'institution opérationnelle dans les situations d'urgence. Les capacités financées pour la lutte contre la poliomyélite existantes seront aussi cartographiées avec ces modèles économiques nationaux.

38. Des examens par pays ont identifié la nécessité d'ajuster le modèle économique national du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, et notamment de renforcer encore les laboratoires centraux, les systèmes de santé et les moyens pour assurer la sécurité et la sûreté du personnel ainsi que la nécessité de prévoir des postes de coordonnateur de terrain sur les principales plateformes infranationales. En outre, il est nécessaire de poursuivre l'exercice des fonctions liées au Programme élargi de vaccination, à la surveillance des maladies et au soutien opérationnel actuellement maintenu par le biais des programmes de l'OMS consacrés à la vaccination, aux vaccins, aux produits biologiques et à la poliomyélite.

39. Ces capacités permettront à l'OMS de s'acquitter de ses missions, en particulier dans les contextes de fragilité. Après consolidation des principaux postes techniques et opérationnels dans les pays prioritaires, qui intégreront certaines fonctions et capacités liées à la lutte contre la poliomyélite, un argumentaire devra être mis au point pour assurer un financement durable.

40. Les possibilités de synergie entre la planification de la transition pour la poliomyélite et les plans de renforcement des capacités du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire devront être activement recherchés, avec la mise au point d'une démarche systématique pour réaffecter les capacités et les fonctions destinées initialement à la lutte contre la poliomyélite à des postes programmatiques essentiels dans les pays prioritaires. La durabilité à long terme de ce modèle dépendra des nouvelles contributions sur plusieurs années au travail de l'OMS dans les situations d'urgence.

Autres éléments du plan d'action stratégique contribuant à la réalisation des objectifs de développement durable et de la couverture sanitaire universelle

41. Le projet de treizième programme général de travail place les pays au centre de la programmation de l'OMS, en leur fournissant des opportunités intéressantes de convertir leurs capacités et leurs actifs, initialement financés pour lutter contre la poliomyélite, de façon à répondre aux priorités sanitaires nationales et à contribuer au renforcement des systèmes de santé, dans la perspective de réaliser les objectifs de développement durable et la couverture sanitaire universelle, comme indiqué dans le document présentant la vision du partenariat international UHC2030.¹ Le plan d'action stratégique étudiera les synergies et les gains d'efficacité possibles entre le processus de transition pour la poliomyélite d'une part et d'autres stratégies existantes et des processus d'évolution à l'échelle de l'organisation en cours d'autre part, comme décrit ci-après.

Stratégies de coopération avec les pays de l'OMS

42. La stratégie de coopération avec les pays de l'OMS appuie les politiques, les stratégies et les plans sanitaires nationaux des différents pays.² Il s'agit de la stratégie de base pour élaborer le plan de travail national biennal et du principal instrument pour harmoniser la coopération de l'OMS dans les pays avec celles d'autres organisations du système des Nations Unies (par le biais du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement) et des partenaires au développement. Le délai pour obtenir la concordance avec la planification, la budgétisation et l'affectation des ressources au plan national (en général, quatre à six ans) est flexible.

43. Les stratégies de coopération avec les pays fournissent une structure pour examiner de manière systématique les priorités sanitaires des pays et identifier les domaines dans lesquels les actifs et les capacités initialement destinés à la lutte contre la poliomyélite des pays prioritaires dans la transition pour cette maladie peuvent être réaffectés pour appuyer ces priorités et pour contribuer aux objectifs plus larges du projet de treizième programme général de travail, et notamment à la réalisation des objectifs de développement durable.

44. Les principales priorités mentionnées par les 16 pays prioritaires dans le cadre de la transition pour la poliomyélite dans leur stratégie de coopération, comme faisant partie de leur vision stratégique à moyen terme, sont définies à l'annexe 4. Presque toutes ces priorités sont alignées avec celles spécifiées dans les plans de transition nationaux pour la poliomyélite. L'élaboration du budget programme de l'Organisation pour la période 2018-2019 s'est appuyée sur ces priorités des stratégies de coopération avec les pays, qui peuvent guider la réaffectation des ressources destinées au programme de lutte contre la poliomyélite vers d'autres domaines programmatiques.

¹ Des systèmes sains pour une couverture sanitaire universelle – une vision commune pour des vies saines. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale, 2017 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/About_UHC2030/mgt_arrangements___docs/UHC2030_Official_documents/UHC2030_vision_paper_WEB2.pdf, consulté le 16 décembre 2017).

² Country Cooperation Strategy Guide 2016. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251734/1/WHO-CCU-16.04-eng.pdf>, consulté le 16 décembre 2017).

Renforcement des capacités essentielles des pays pour mettre pleinement en œuvre le Règlement sanitaire international (2005)

45. La mise en œuvre au plan national du Règlement sanitaire international (2005) est un autre processus d'une importance cruciale pouvant intégrer la conversion des actifs et des capacités destinés initialement à la lutte contre la poliomyélite en vue de renforcer les systèmes de santé nationaux.

46. À l'issue de près d'une décennie de mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) et d'acquisition d'expérience dans la gestion des urgences de santé publique de portée internationale, y compris la détection de la transmission de poliovirus sauvages et dérivés d'une souche vaccinale et l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, de nombreux enseignements ont été tirés. Certains peuvent être pris en compte dans l'intégration des actifs et des fonctions initialement destinés à la lutte contre la poliomyélite dans les systèmes de santé nationaux. Dans son rapport à la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé,¹ le Comité d'examen sur le rôle du Règlement sanitaire international (2005) dans le cadre de l'épidémie de maladie à virus Ebola et de la riposte, dans la recommandation 10.2, donne des orientations claires aux gouvernements des pays en transition pour la poliomyélite afin qu'ils tirent le maximum des capacités et des actifs initialement destinés à la lutte contre la poliomyélite existants, en vue de contribuer à une mise en œuvre efficace des capacités essentielles au titre du Règlement sanitaire international (2005).

47. Le Comité d'examen a en outre souligné la nécessité de lier plus étroitement les services de laboratoire et les systèmes de surveillance afin d'améliorer la surveillance intégrée. Il importe à cet égard d'utiliser des ressources financées par la lutte contre la poliomyélite, soit les capacités diagnostiques dont disposent les laboratoires de niveaux national et intermédiaire, et les réseaux de surveillance implantés à l'échelle infrarégionale, nationale ou locale. Au demeurant, les moyens et les fonctions initialement destinés à la lutte contre la poliomyélite relatifs à la gestion des données, dont sont dotés les laboratoires et les systèmes de surveillance, peuvent servir à seconder les pays dans l'application du Règlement sanitaire international (2005).

48. Le programme de lutte contre la poliomyélite ayant acquis une expérience non négligeable en matière de surveillance communautaire, en particulier à l'échelle locale ou à celle des districts, les futures initiatives de renforcement des capacités menées au titre du Règlement sanitaire international (2005) devraient s'en inspirer ou en tirer parti pour cibler et mobiliser les communautés à tous les niveaux. Les besoins concernant les capacités essentielles nécessaires au titre du Règlement sanitaire international (2005) doivent être pris en compte dans les cycles de planification gouvernementaux de la santé publique au moyen notamment de la stratégie de coopération avec les pays et des plans nationaux de transition de sorte que les actifs et les capacités du programme de lutte contre la poliomyélite puissent aider les pays à appliquer le Règlement.

49. Treize indicateurs relatifs aux capacités essentielles permettent de suivre l'application du Règlement sanitaire international (2005).² Des informations sur l'état d'avancement de la mise en place des capacités essentielles requises au titre du Règlement sanitaire international (2005) et les

¹ Voir le document A69/21.

² Les 13 capacités essentielles sont les suivantes : législation, coordination, surveillance, riposte, préparation, communication sur les risques, ressources humaines, laboratoires, points d'entrée, événements d'origine zoonotique, sécurité sanitaire des aliments, événements d'origine chimique et situations d'urgence radiologique.

résultats des évaluations externes conjointes sont disponibles pour tous les pays,¹ et les données relatives aux pays dans lesquels s'effectue la transition figurent à l'annexe 5. Il ressort de l'analyse de la valeur moyenne des 13 indicateurs relatifs aux capacités essentielles des 16 pays engagés dans la transition qu'il est indispensable de renforcer ces capacités. Le sous-ensemble de ces indicateurs, qui est sans conteste plus pertinent pour la période postcertification (coordination, surveillance, riposte, préparation, communication sur les risques, ressources humaines et laboratoires), met également en lumière la possibilité d'utiliser les capacités du programme de lutte contre la poliomyélite pour combler les lacunes des systèmes de santé nationaux. Les rapports des évaluations externes conjointes menées à bien à ce jour font ressortir l'importance décisive que l'infrastructure et les ressources sous-tendant la lutte antipoliomyélitique revêtent au regard des capacités fonctionnelles liées au Règlement sanitaire international (2005). Une large place devrait leur être faite dans les programmes d'urgence nationaux élaborés à l'issue des évaluations externes conjointes.

Programme de transformation du Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine : examen fonctionnel des capacités des bureaux de pays dans la Région africaine

50. Le Bureau régional de l'Afrique s'est lancé dans un programme de transformation pour la période 2015-2020.² Cet ambitieux programme modifiera la manière dont le Secrétariat de l'OMS prête concours à la Région. Cela étant, il est attendu de l'Organisation qu'elle se montre réceptive et soit dotée des ressources nécessaires pour renforcer les systèmes de santé, coordonner la prévention et la maîtrise des maladies, et appuyer l'exécution d'un solide programme de sécurité sanitaire et de gestion des situations d'urgence sanitaire. C'est dans ce contexte qu'a débuté, en 2017, la seconde phase de l'examen fonctionnel, axée essentiellement sur les bureaux de pays de l'OMS dans la Région africaine. Le Bureau régional a achevé l'examen fonctionnel dans 13 pays, dont trois sont prioritaires pour la transition (Éthiopie, République démocratique du Congo et Soudan du Sud).

51. Les examens fonctionnels des bureaux de pays ont pour objet de vérifier que l'Organisation dispose d'effectifs et de budgets suffisants pour appuyer les priorités sanitaires des pays hôtes. Ils consistent notamment à évaluer les priorités sanitaires nationales, comme indiqué dans la stratégie de coopération avec les pays, ainsi que les plans de travail et les budgets de l'OMS, afin que les ressources humaines soient en concordance avec les priorités nationales.

52. Les bureaux de pays savent parfaitement que les activités du programme de lutte contre la poliomyélite ont déjà commencé à être réduites, que celui-ci ne recevra plus de fonds après 2019 et qu'il sera progressivement éliminé. Ils reconnaissent néanmoins qu'un bon nombre de fonctions et de postes financés au titre de la lutte antipoliomyélitique peuvent contribuer de manière efficace à mettre en œuvre des activités liées à d'autres domaines programmatiques, et à renforcer la capacité des pays à appliquer le Règlement sanitaire international (2005). Il s'agit notamment des fonctions et des postes suivants :

- responsables de la surveillance, pouvant également travailler dans le cadre du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, et mener des activités de vaccination systématique et de renforcement de capacités au niveau local ;

¹ Cadre de suivi du Règlement sanitaire international (2005) – profils de pays (<http://apps.who.int/gho/tableau-public/tpc-frame.jsp?id=1100>, consulté le 21 décembre 2017).

² OMS. *Le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine pour la période 2015-2020*. Brazzaville, Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2015 (http://www.afro.who.int/sites/default/files/pdf/generic/WHO_transformation_agenda_French.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

- gestionnaires de données, pouvant contribuer au travail sur les systèmes nationaux d'information sanitaire (au titre du renforcement des systèmes de santé) ;
- logisticiens et spécialistes des technologies de l'information, susceptibles de faciliter les opérations du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, notamment le système de positionnement universel qui sert à cartographier les cas pendant les flambées épidémiques ;
- personnel d'appui aux programmes (chauffeurs, etc.), notamment dans le cadre de la surveillance et des activités supplémentaires et systématiques de vaccination ;
- gestionnaires des programmes et agents de la mobilisation des ressources, susceptibles de remplir des fonctions d'appui à l'échelle du Bureau et de participer aux efforts de mobilisation de ressources nationales consentis par les gouvernements.

53. Ces postes relevant du programme de lutte contre la poliomyélite, ainsi que la nécessité de les intégrer dans d'autres domaines programmatiques, seront pris en compte pour établir une structure minimale des effectifs, en fonction de la taille de chacun des pays concernés, de même que pour déterminer les besoins en personnel de renfort à recruter, selon les besoins et les taux de prévalence. En outre, la structure cible de l'effectif d'un bureau comprendra la dotation aussi bien fixe que variable nécessaire pour répondre aux exigences tant minimales que supplémentaires.

54. L'objectif est d'aligner les capacités opérationnelles de l'OMS sur la situation, les besoins et les priorités des pays hôtes en matière de santé, ce qui impliquera des modifications, des créations et des suppressions de postes.

55. Une étroite coordination avec l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, ainsi qu'un examen approfondi du projet de stratégie postcertification et une estimation des besoins en personnel seront nécessaires dans les pays concernés, afin que ceux-ci puissent conserver leur statut « exempt de poliomyélite » et que les fonctions les plus indispensables à la lutte contre la poliomyélite soient intégrées à d'autres domaines programmatiques appuyés par l'OMS ou aux systèmes de santé nationaux.

LE POINT SUR LES RESSOURCES HUMAINES ET LA PLANIFICATION BUDGÉTAIRE

Ressources humaines

56. Les équipes de gestion des ressources humaines du Siège de l'OMS et des bureaux régionaux collaborent étroitement à la répartition des postes de l'ensemble du programme, dans tous les lieux d'affectation, compte tenu de la réduction des budgets de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sur la période 2017-2019. Le Secrétariat continue de suivre les modifications apportées aux effectifs du programme de lutte contre la poliomyélite au moyen d'une base de données créée à cette fin en 2017.

57. La priorité est accordée au maintien des effectifs nécessaires pour aider les États Membres à garantir l'interruption de la transmission, à faire face aux flambées épidémiques et à mener des activités de surveillance. Dans les pays où la poliomyélite n'est pas endémique et dans ceux où les risques sont faibles, les postes sont maintenus de manière à garantir des capacités suffisantes pour

poursuivre la surveillance, notamment dans les laboratoires, tandis que les fonctions moins essentielles sont progressivement abandonnées. Toutes les vacances de poste sont examinées attentivement et les postes moins importants ne sont pas reconduits.

58. Comme indiqué dans le tableau ci-dessous, le nombre de postes pourvus a légèrement reculé depuis la présentation du rapport en mai 2017, passant de 1080 à 1037, et a diminué de 7 % depuis 2016, compte tenu de la réduction des activités du programme dans les pays où la maladie n'est pas endémique et dans ceux où les risques sont faibles, ainsi qu'au Siège de l'OMS. La plupart des modifications sont apportées au début de l'année et de l'exercice biennal. Les chiffres relatifs au personnel de l'OMS en poste dans les bureaux de pays devant être financé par le programme de lutte contre la poliomyélite figurent à l'annexe 7.

Tableau. État récapitulatif des postes affectés à la lutte antipoliomyélitique par bureau principal (2016-2018)

Bureaux principaux	2016	Mai 2017	Janvier 2018	Évolution depuis 2016
Siège	77	76	72	-6 %
Bureau régional de l'Afrique	826	799	769	-7 %
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est	39	39	29	-26 %
Bureau régional de l'Europe	9	8	6	-33 %
Bureau régional de la Méditerranée orientale	155	152	156	+1 %
Bureau régional du Pacifique occidental	6	6	5	-17 %
Total	1 112	1 080	1 037	-7 %

59. L'OMS a établi un fonds de réserve destiné à financer les indemnités de départ et autres prestations liées à la cessation de service lorsque l'éradication de la poliomyélite sera certifiée et l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite close. Le montant des indemnités de départ versées au personnel qui ne sera pas réemployé dans un autre programme de l'OMS a été estimé à US \$55 millions. (Ce montant projeté sera recalculé et il en sera fait rapport à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2018.) À la fin de 2017, la somme de US \$50 millions aura été mise en réserve dans le fonds d'indemnisation. En outre, afin de ne dissuader en rien les autres programmes de recruter du personnel employé à la lutte contre la poliomyélite, le Secrétariat est convenu que lorsqu'un membre de ce personnel est embauché par un autre domaine programmatique de l'OMS, le fonds d'indemnisation continu de couvrir toute indemnité de départ au prorata des emplois contre la poliomyélite et par le nouveau programme. Cette possibilité vaudra pour cinq ans après la date de transfert de ce membre.

60. En 2017, le Bureau régional de l'Afrique a supprimé 30 postes dans les bureaux de pays (sauf au Nigéria et dans les pays à risque autour du lac Tchad), soit une réduction de 4 %.¹ Pour 2018, le nombre de postes pourvus en cours de suppression s'élève à 36, toujours à l'exception du Nigéria et des pays à risque autour du lac Tchad. Il sera fait état de ces suppressions dans des rapports ultérieurs, lorsque les postes seront vacants et que les droits aux prestations seront épuisés.

¹ Au 21 novembre 2017.

61. Il convient de noter que le Bureau régional de l'Afrique a lancé des programmes visant à aider les membres du personnel concernés à se préparer à trouver du travail en dehors du programme de lutte contre la poliomyélite, et organisé des ateliers dans les pays les plus touchés par les suppressions de postes, soit l'Angola, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo.

62. Le Bureau régional de l'Afrique a également établi un système permettant de mieux chiffrer l'appui technique fourni par des employés n'ayant pas le statut de membre du personnel. En octobre 2017, les employés qui fournissaient un tel appui au titre de la lutte antipoliomyélitique comprenaient 459 agents bénéficiant d'accords de service spéciaux, 2265 agents bénéficiant d'accords pour exécution de travaux et trois consultants. La plupart d'entre eux travaillent au Nigéria, dont près de 2000 dans le cadre d'un contrat d'exécution des travaux. Ces chiffres varient, en fonction des campagnes antipoliomyélitiques, des priorités de pays et des dates de fin de contrat, et sont recueillis sur une base mensuelle. Ils seront actualisés puis les modifications apportées seront mesurées et publiées dans les prochains rapports.

63. Les progrès accomplis dans la Région de la Méditerranée orientale – dans laquelle on relève deux pays d'endémie et une flambée due à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale affectant la République arabe syrienne – sont, dans une large mesure, maintenus, grâce aux intenses efforts consentis pour interrompre la transmission. Le Bureau régional a mis en place un comité d'orientation régional pour la transition, destiné à guider la planification des ressources humaines, de manière que le programme de lutte contre la poliomyélite ne perde pas son personnel prématurément et que les éléments les plus performants puissent rester dans l'Organisation afin de répondre aux besoins d'autres programmes. En outre, une cartographie des ressources humaines a été effectuée pour la Somalie et le Soudan.

64. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, le Bureau de l'OMS en Inde s'emploie à mettre en place une transition après le programme de lutte contre la poliomyélite. Le Gouvernement central et les administrations des États demeurent engagés à augmenter progressivement les ressources d'origine domestique entre 2018 et 2021, afin de conserver le statut de pays exempt de poliomyélite et de progresser plus avant dans d'autres domaines programmatiques. Dans le contexte de cette transition, les actifs du programme de lutte contre la poliomyélite seront utilisés dans l'ensemble du pays pour appuyer la mise en œuvre de diverses activités de santé publique. Dans le respect des priorités fixées, la flotte de véhicules du programme de lutte contre la poliomyélite est progressivement supprimée pour laisser place à des services de transport externalisés.

65. Vu que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite perdra progressivement de son importance dans les années à venir, le Département Éradication de la poliomyélite de l'OMS s'efforce de réorienter son personnel et ses actifs essentiels vers d'autres programmes complémentaires de l'Organisation en vue de conserver leurs fonctions fondamentales et de garantir un monde exempt de poliomyélite, tout en renforçant les systèmes de santé. Par exemple, certains postes financés par le programme de lutte contre la poliomyélite exercent des fonctions essentielles en plus de l'éradication de la maladie et des vaccinations dans les pays particulièrement vulnérables, fragiles et touchés par des conflits, où le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire renforce les capacités. Il est essentiel qu'au cours de la période 2018-2019, ces travaux s'inscrivent de plus en plus étroitement dans le cadre de la visée commune, « préserver la sécurité mondiale » et « servir les plus vulnérables ». À cette fin, le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire et le programme de lutte contre la poliomyélite identifieront ensemble le personnel qualifié à transférer à des postes nouvellement créés suivant le modèle économique des pays concernés, soit des États particulièrement vulnérables, fragiles et touchés par des conflits, en vue d'assurer la planification et la mise en œuvre conjointes des opérations infranationales visant à intégrer la surveillance des maladies, l'investigation des cas, les vaccinations d'urgence et la prestation de services de soins de santé essentiels aux populations peu protégées.

66. Afin que les membres du personnel demeurent motivés et que la qualité des activités de surveillance et de vaccination systématique et supplémentaire ne soit pas compromise, le Siège de l'OMS collabore avec les bureaux régionaux et les équipes de communication des bureaux de pays concernés, à la diffusion de messages clairs pour tenir ce personnel informé de l'évolution de la transition. Il est aussi prévu d'harmoniser ces messages avec l'UNICEF aux trois niveaux de l'Organisation.

67. En s'appuyant sur les estimations relatives aux capacités des pays nécessaires pour mettre en œuvre la stratégie postcertification et identifier les agents susceptibles d'exercer les fonctions essentielles à la lutte antipoliomyélitique après la dissolution de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le programme de lutte contre cette maladie collaborera avec d'autres domaines programmatiques, tels que la vaccination et le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, à la mise en commun d'éléments d'information relatifs au personnel qualifié, au financement disponible à court terme (2017 et 2018-2019), aux indemnités de départ, ainsi qu'aux modalités de transfert des intéressés, qu'il s'agisse de leur proposer un transfert latéral ou de leur offrir des possibilités de présenter leur candidature à des postes vacants dans d'autres domaines. Cette étroite collaboration entre le Siège de l'OMS, les bureaux régionaux et les bureaux de pays sera indispensable pour garder en place le personnel essentiel et appuyer de nombreux processus nationaux d'élargissement de l'assistance technique.

68. Les informations et les données sur les ressources humaines seront mises à jour et régulièrement téléchargées sur la page Web consacrée à la transition pour la poliomyélite.

Planification budgétaire

69. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est le plus grand programme opérationnel unifié de l'OMS. Pour l'exercice biennal 2018-2019, l'éradication de la poliomyélite représente quelque 20 % du budget global de l'OMS qui s'élève à US \$4,422 milliards. Compte tenu de l'ampleur du programme, de l'importance de sa contribution au financement des programmes nationaux, de la réduction en cours de ses activités, puis de sa clôture finale en 2020, il est essentiel que la direction dispose, en temps voulu, d'informations précises et transparentes pour guider le programme dans ce contexte complexe, allouer des ressources suffisantes et rendre compte de sa mise en œuvre. En outre, le programme de lutte contre la poliomyélite doit veiller à ce que la diminution de ses ressources n'entraîne pas la suppression de postes, ce qui pourrait avoir des répercussions dommageables sur l'efficacité de la mise en œuvre des fonctions essentielles pour combattre cette maladie.

70. Pour répondre aux préoccupations susmentionnées, le programme de lutte contre la poliomyélite a fourni des orientations détaillées en vue d'aider 65 bureaux de pays ainsi que les six bureaux régionaux à élaborer leurs plans de travail pour la période 2018-2019, qui devraient faciliter une planification, une exécution et un suivi efficaces, et garantir la transparence et la responsabilisation attendues par les donateurs et les organes directeurs.

71. Les principaux objectifs des plans de travail pour la période 2018-2019 sont les suivants :

- a) pour ce qui a trait au budget de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, prévoir avec précision les coûts et déterminer avec exactitude les dépenses liées aux activités approuvées dans le cadre de la lutte antipoliomyélitique, le coût des ressources humaines (membres du personnel et agents n'ayant pas ce statut), ainsi que celui des « opérations sur le terrain » à un niveau de détail qui favorise une bonne gestion de l'Initiative ;

- b) faciliter le suivi, l'établissement de rapports et l'allocation de ressources aux niveaux national, régional et mondial ;
- c) veiller à ce que la surveillance de la poliomyélite (activités et personnel) soit présentée plus distinctement et de manière précise dans les plans de travail ;
- d) définir plus clairement « l'assistance technique » et la différencier des « opérations sur le terrain » ;
- e) établir et mettre en œuvre des plans de travail opérationnels sur un modèle unique pour l'ensemble des bureaux afin de faciliter le suivi, l'établissement de rapports et l'évaluation à l'échelle de l'Initiative ;
- f) faire des choix en matière de planification et de budget qui permettront d'exercer et de protéger les activités essentielles pour la lutte contre la poliomyélite qui devront être poursuivies jusqu'à la certification.

72. En plus des orientations fournies par le Département Éradication de la poliomyélite, le Réseau de planification mondial réfléchit à la nécessité d'augmenter les plafonds de certaines catégories budgétaires de manière à faciliter le transfert des capacités de lutte contre la poliomyélite vers d'autres domaines programmatiques et catégories du budget.

LE POINT SUR LA LISTE PROPOSÉE DES MESURES À PRENDRE PAR LE SECRÉTARIAT (ENTRE LE 1^{ER} JUIN ET LE 31 DÉCEMBRE 2017)¹

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

73. À sa prise de fonctions, il a été présenté au Directeur général un exposé détaillé de l'équipe de transition, relevant du Directeur exécutif du Bureau du Directeur général, mettant l'accent sur les ressources humaines, financières et programmatiques, les capacités nationales et les risques de réputation non négligeables liés à la transition, et sur les prochaines mesures à prendre à la demande des États Membres avant la session du Conseil exécutif, qui se tiendra en janvier 2018. À cette réunion, le Directeur général a approuvé la mise en place d'une équipe expressément chargée de gérer la planification et la mise en œuvre de la transition.

74. Après la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, le Bureau du Directeur général a continué de superviser la planification de la transition, en présidant une réunion du Comité mondial d'orientation sur la transition en septembre 2017, avec la participation de tous les services compétents du Siège de l'OMS et des trois Régions concernées (Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale), et en présentant des exposés au Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance, lors des réunions que celui-ci a tenues en juillet et en octobre 2017.

75. À la Neuvième Réunion mondiale des chefs de bureau des pays de l'OMS, qui s'est tenue à Genève à la fin d'octobre 2017, un séminaire a été organisé à la mi-journée pour débattre du projet de stratégie postcertification, du rôle et des responsabilités de l'OMS dans le maintien d'un monde

¹ Voir l'annexe au document A70/14 Add.1 de l'Assemblée mondiale de la Santé (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_14Add1-fr.pdf, consulté le 16 décembre 2017).

exempt de la poliomyélite, ainsi que des incidences de la transition sur les pays. Seize chefs de bureaux de l'OMS dans des pays prioritaires pour la transition, ainsi que des hauts responsables de services concernés (poliomyélite, vaccination et situations d'urgence), ont participé à la réunion. Une session d'information s'est tenue le 12 décembre 2017 pour informer les États Membres des mesures prises depuis la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, de l'élaboration du plan d'action stratégique et des moyens à mettre en œuvre pour aligner la transition pour la poliomyélite sur les priorités du projet de treizième programme général de travail.

76. Les Comités régionaux OMS de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont débattu de la transition pour la poliomyélite. À la soixante-septième session du Comité régional de l'Afrique, qui s'est tenue à Victoria Falls (Zimbabwe) du 28 août au 1^{er} septembre 2017, les États Membres ont été invités instamment à finaliser leurs plans de transition. En outre, le Directeur régional de l'Afrique a organisé une session d'information avec les pays prioritaires pour la transition afin d'insister sur l'importance que revêt la surveillance pour la certification de l'éradication. En marge de la soixante-quatrième session du Comité régional de la Méditerranée orientale, qui s'est tenue à Islamabad du 9 au 12 août 2017, une réunion parallèle a été organisée concernant le projet de stratégie postcertification, sous la présidence du Directeur de la Division Gestion des programmes du Bureau régional. De la même manière, la transition pour la poliomyélite a fait l'objet de débats à la soixante-dixième session du Comité régional de l'Asie du Sud-Est, qui a eu lieu aux Maldives du 6 au 10 septembre 2017. La transition et le projet de stratégie postcertification ont également fait l'objet de discussions à la trentième réunion interpays des responsables nationaux du Programme élargi de vaccination, qui s'est tenue à Mascate du 10 au 13 décembre 2017.

77. Une page consacrée à la planification de la transition est en cours de création sur le site Web de l'OMS. Y seront publiées des données relatives à la planification de la transition dans les 16 pays prioritaires, ainsi que d'autres éléments d'information et documents connexes. Cette page Web sera mise à jour régulièrement.

78. Une équipe OMS chargée de la transition a été constituée en novembre 2017, sous la direction du Sous-Directeur général des initiatives spéciales, avec la participation de représentants des programmes concernés, en vue de finaliser le plan d'action stratégique. Les directeurs régionaux de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont été mis au courant de la création de cette nouvelle entité au Siège de l'OMS et ont demandé à nommer un point focal régional chargé de communiquer avec l'équipe et de veiller à ce que les chefs des bureaux de pays soient pleinement informés des mesures à prendre à l'échelle nationale.

Planification coordonnée des ressources humaines et gestion du budget

79. Le groupe de travail sur la gestion des ressources humaines, qui relève du Comité d'orientation mondial de l'OMS sur la transition, a commencé à suivre de manière systématique les plans régionaux consacrés à cette question au moyen de téléconférences bimensuelles. Les rapports trimestriels seront téléchargés sur la page Web consacrée à la transition avant la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé.

80. Des progrès ont été accomplis dans les plans de rétention des effectifs, de reconversion et de réorientation professionnelle, cette dernière étant appuyée à l'échelle régionale par le Bureau régional de l'Afrique. Le Département Éradication de la poliomyélite s'est entretenu avec le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire au sujet des modalités de transfert du personnel affecté à la lutte contre la poliomyélite à ce Programme au niveau des pays (mise en commun de la base de données des ressources humaines relatives à la poliomyélite, diffusion active des annonces de vacance de poste auprès des membres du personnel employé dans la lutte contre la poliomyélite, priorité

accordée à ceux-ci lors du pourvoi des postes vacants du Programme, et concertation sur les possibilités de partage des coûts et de modification des mandats).

81. Les chefs de bureaux des pays de l'OMS jouent un rôle de premier plan en matière de communication avec le personnel et les parties prenantes externes à l'échelle nationale, mais il faudra que l'Organisation élabore un plan de communication institutionnelle de manière à harmoniser les messages sur la transition avec la vision présentée dans le projet de treizième programme général de travail.

82. Dans le cadre de la planification opérationnelle pour l'exercice biennal 2018-2019, des discussions sont en cours au sein du Réseau de planification mondial sur la révision des plafonds budgétaires d'autres domaines programmatiques aux fins du financement des capacités initialement destinées à la lutte contre la poliomyélite. Le Département Éradication de la poliomyélite a également fourni aux pays et aux régions des orientations importantes pour planifier leurs opérations et leurs ressources humaines pour l'exercice 2018-2019, l'objectif étant de protéger – en dépit de la réduction des budgets consacrés à la poliomyélite – les fonctions essentielles à la lutte contre cette maladie, telles que la surveillance, et de ne pas intégrer dans la planification budgétaire de la lutte antipoliomyélitique des activités extérieures à ce domaine.

83. Un dialogue a été engagé pour faire en sorte que les besoins liés à la transition soient pris en compte dans la planification du budget programme pour l'exercice 2020-2021 et qu'il soit procédé à une estimation des besoins de financement connexes pour le projet de treizième programme général de travail. Les besoins susmentionnés seront pris en compte dans l'argumentaire d'investissements de l'OMS, en conformité avec les priorités énoncées dans le programme susmentionné.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

84. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du rapport et à examiner le projet de décision suivant :

Le Conseil exécutif, ayant examiné le rapport sur la planification de la transition pour la poliomyélite,¹ a décidé :

- 1) de reconnaître l'établissement par le Directeur général d'une équipe de gestion et de planification de la transition pour la poliomyélite ainsi que l'élaboration de grandes orientations et d'un cadre stratégique pour la planification de la transition ;
- 2) de noter que le rapport actuel ne répond qu'en partie à la demande formulée dans la décision WHA70(9) (2017) de l'Assemblée mondiale de la Santé et de prier en conséquence le Directeur général de soumettre à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé un plan d'action stratégique détaillé sur la transition pour la poliomyélite, en conformité avec les priorités et les approches stratégiques du projet de treizième programme de travail 2019-2023 ;
- 3) de reconnaître les progrès accomplis dans l'élaboration des projets de plans de transition nationaux pour la poliomyélite dans les pays prioritaires, rappelant qu'il est

¹ Document EB142/11.

urgent de finaliser et d'approuver les plans nationaux élaborés par les gouvernements de tous les pays qui ont mis un terme à la transmission du poliovirus ;

4) de se féliciter du projet de stratégie postcertification, invitant instamment tous les États Membres à prendre des mesures appropriées pour que leurs plans à court et à long terme du secteur de la santé tiennent compte de la nécessité de maintenir les fonctions essentielles à la lutte contre la poliomyélite, qui sont indispensables pour garantir un monde exempt de cette maladie ;

5) de demander à tous les États Membres de communiquer régulièrement sur les progrès accomplis dans la planification de la transition, par de fréquentes mises à jour sur la page Web consacrée à la transition et l'organisation d'une session d'information avant la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé ;

6) de prier le Directeur général de veiller à ce que le Secrétariat tienne compte, dans la planification budgétaire pour l'exercice biennal 2020-2021, des besoins de financement nécessaires pour maintenir les fonctions essentielles à la lutte contre la poliomyélite, en prévoyant notamment une éventuelle révision des plafonds budgétaires en vue d'intégrer ces fonctions dans des domaines programmatiques pertinents ;

7) de reconnaître que l'équipe de transition pour la poliomyélite aura besoin de ressources financières supplémentaires pour planifier, gérer et mettre en œuvre efficacement les efforts pour réaliser cette transition aux trois niveaux de l'Organisation, et de prier en conséquence le Directeur général d'établir un budget et d'inclure ces coûts dans le plan de financement du treizième programme général de travail 2019-2023 ;

8) de prier le Directeur général de veiller à ce que la planification de la transition pour la poliomyélite et les activités postérieures à la certification soient des points systématiquement inscrits à l'ordre du jour de toutes les sessions des organes directeurs de l'OMS pendant la période 2018-2020, et que le Secrétariat présente à ces sessions des rapports de situation détaillés sur ces sujets techniques.

ANNEXE 1

BUREAUX DE L'OMS DANS LES PAYS DE NON-ENDÉMIE : SYNTHÈSE DES MONTANTS BUDGÉTAIRES PRÉVUS POUR LA RÉDUCTION DES ACTIVITÉS DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE (en milliers de US \$)^a

Pays	2016	2017	2018	2019
Angola	9 968	7 218	5 626	4 486
Bangladesh	2 895	2 038	1 871	1 739
Cameroun	5 085	3 689	2 430	2 448
Éthiopie	31 858	19 341	4 429	4 482
Inde	23 060	19 555	17 749	16 303
Indonésie	17 534	907	890	881
Myanmar	1 210	1 007	962	930
Népal	3 504	3 036	1 129	1 044
République démocratique du Congo	26 369	17 301	17 384	13 313
Somalie	15 580	10 040	7 464	6 546
Soudan	6 441	6 289	2 380	2 255
Soudan du Sud	11 687	5 967	5 368	2 862
Tchad	11 262	7 071	5 774	4 965

^a Les montants pour 2018-2019 sont alignés sur les ressources globales et sont susceptibles d'être modifiés en fonction des besoins dans les pays d'endémie.

ANNEXE 2

RÉSUMÉ DES PLANS DE TRANSITION NATIONAUX¹

Pays prioritaire	Priorités définies en vue de la transition	Options de financement envisagées
Bangladesh	Surveillance des maladies à prévention vaccinale Fourniture de services de vaccination Fourniture de services de santé de la mère et de l'enfant	Financement externe jusqu'en 2022 (de l'Alliance GAVI, par l'appui au renforcement des systèmes de santé), le Gouvernement prévoyant de reprendre les fonctions et d'assurer le financement en 2023 (date prévue de l'« affranchissement » de l'aide de l'Alliance GAVI).
Cameroun	Maintenir le pays exempt de poliomyélite en renforçant le Programme élargi de vaccination (surtout dans les districts à haut risque et par le renforcement des soins de santé communautaires)	Stratégie détaillée de financement jusqu'en 2021, avec des prévisions de coûts indiquant les sources de financement prévues (internes et externes) et avec une forte dépendance de l'appui d'organismes partenaires (OMS, UNICEF et Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique).
Inde	Surveillance des maladies transmissibles Atteindre l'objectif national de la vaccination complète (90 %)	Couvre la période entre 2016 et 2026 (en deux phases), avec une réduction progressive des opérations. Retrait complet et transfert au Gouvernement en 2026. La part de l'appui financier assurée par le Gouvernement passera de 10 % à 50 % au cours des cinq prochaines années.
Indonésie	Maintenir durablement les fonctions essentielles pour que le pays reste exempt de poliomyélite	La transition du programme a été effectuée, les actifs et fonctions ayant déjà été intégrés au Programme élargi de vaccination indonésien et aux programmes de surveillance. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, par l'intermédiaire du Secrétariat de l'OMS, assure un financement limité de la surveillance, de la formation et des laboratoires. Il est plus juste de qualifier la situation en Indonésie de planification de la « pérennisation », celle-ci mettant l'accent sur le maintien durable des fonctions essentielles contre la poliomyélite au cours des cinq à 10 prochaines années pour que le pays reste exempt de la maladie.

¹ Cette synthèse est fondée sur les projets de plans de transition nationaux chiffrés que les gouvernements sont encore en train de finaliser en coordination avec les bureaux de l'OMS et de l'UNICEF dans les pays et avec la contribution des parties prenantes. On trouvera des précisions supplémentaires sur les projets de plans et les progrès accomplis dans d'autres pays sur le site Web de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (<http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/country-transition-planning/>, consulté le 17 décembre 2017).

Pays prioritaire	Priorités définies en vue de la transition	Options de financement envisagées
Myanmar	Surveillance élargie (des maladies à prévention vaccinale, surveillance de la grippe pandémique) et vaccination	Couvre la période entre 2017 et 2021. Transfert progressif des fonctions et du financement, l'OMS maintenant son appui aux unités fonctionnelles et aux opérations pendant un certain temps. Prise en charge complète du Gouvernement après 2021. Option de financement externe envisagée (fonds de l'Alliance GAVI).
Népal	Surveillance des maladies à prévention vaccinale Fourniture de services de vaccination Soins de la mère et de l'enfant (suivi des décès par diarrhée et pneumonie chez l'enfant de moins de cinq ans)	Couvre la période entre 2017 et 2021, le Gouvernement reprenant progressivement certaines fonctions et assurant le financement du réseau remanié de lutte contre la poliomyélite. Fonds catalytiques internes modestes (nouvelle ligne ajoutée au budget national de la santé) puis progressivement plus importants.
République démocratique du Congo	Vaccination et surveillance	Couvre la période jusqu'en 2022, pendant laquelle les partenaires d'exécution financent et mènent les activités de base. Possibilité d'un financement interne à moyen terme prévue dans le plan (augmentation de la part du budget de la santé consacrée à la vaccination).
Tchad	Surveillance accrue des maladies (maladies à prévention vaccinale et maladies tropicales négligées) et vaccination	Couvre la période 2017-2021, fondé exclusivement sur la poursuite du financement et de l'appui technique des partenaires (OMS, UNICEF), le Gouvernement prenant en charge certaines fonctions mineures (microplanification et participation communautaire).

ANNEXE 3

CAPACITÉS ET RESSOURCES NÉCESSAIRES AU NIVEAU DES PAYS POUR MAINTENIR UN MONDE EXEMPT DE POLIOMYÉLITE

1. On trouvera ci-dessous une première analyse des capacités et ressources nécessaires au niveau des pays après la certification pour maintenir un monde exempt de poliomyélite, afin d'atteindre les trois buts de la stratégie postcertification : confinement ; protection des populations ; et détection et riposte.
2. L'OMS jouera un rôle clé dans la mise en œuvre de ces fonctions. L'analyse fournit une fourchette initiale élevée des coûts estimés de ces fonctions, obtenus avant tout par extrapolation à partir de coûts effectifs, afin de disposer d'une référence. Des projections à long terme plus complètes des coûts sont en train d'être établies et seront disponibles dès la mise au point définitive de la stratégie postcertification.

BUT 1 : CONFINEMENT

3. Le confinement des poliovirus restera une fonction de base à long terme de l'OMS. Pour que le monde soit durablement exempt de poliomyélite, il est essentiel de veiller à ce que les poliovirus soient bien confinés ou transférés dans des laboratoires, des installations de fabrication de vaccins et d'autres installations i) en validant le confinement du VPO/poliovirus Sabin après l'arrêt de l'utilisation du VPO bivalent et après son utilisation dans la riposte aux flambées ; et ii) en surveillant et en favorisant le respect du confinement par les établissements détenant des stocks essentiels de poliovirus (ci-après établissements essentiels) avec des mesures de protection appropriées.
4. Les efforts de confinement du poliovirus sauvage de type 2/poliovirus de type 2 circulant dérivé d'une souche vaccinale et du VPO2/poliovirus Sabin 2 ont sensiblement progressé depuis la déclaration de l'éradication du poliovirus sauvage de type 2 en septembre 2015 et le passage synchronisé au niveau mondial du VPO trivalent au VPO bivalent en mai 2016. Ces efforts sont fondés sur le Plan d'action mondial 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).¹ Le Plan d'action propose deux principales stratégies pour un confinement efficace, à savoir :
 - a) réduire le nombre des établissements dans lesquels les poliovirus sont stockés ou manipulés ; et
 - b) appliquer des mesures de protection strictes pour le confinement dans les établissements où les poliovirus sont encore manipulés.

¹ OMS. *Plan d'action mondial de l'OMS visant à réduire au minimum le risque d'exposition au poliovirus associé aux établissements après l'éradication par type des poliovirus sauvages et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral: GAPIII*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208873/1/WHO_POLIO_15.05_fre.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

5. Lorsque la maladie aura été entièrement éradiquée, seuls devraient continuer à détenir des poliovirus les établissements essentiels certifiés par l'autorité nationale compétente en matière de confinement sur la base des prescriptions du GAPIII et conformément au dispositif de certification du confinement en appui au Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus.^{1,2}

Pays dotés d'établissements autorisés à détenir des stocks essentiels de poliovirus

6. Des vérifications sur site sont nécessaires pour déterminer que le GAPIII est appliqué de manière satisfaisante dans l'ensemble des établissements essentiels désignés.³ Les autorités nationales devront prévoir un suivi périodique du confinement pour veiller à ce que tous les établissements essentiels certifiés respectent les prescriptions, dans le cadre de l'application continue du plan d'atténuation des risques.

7. Comme le prévoit le GAPIII, en cas de rupture du confinement, les pays doivent mettre en œuvre leurs plans de crise dans l'éventualité d'une exposition au virus ou d'une libération du virus, qui spécifient les mesures à prendre et assignent les tâches à assumer par l'établissement, l'institution, le ministère de la santé et les autres administrations publiques concernées. Les recommandations de l'OMS concernant la vaccination antipoliomyélitique devront être examinées et suivies de près par les pays dotés d'établissements essentiels.⁴

Pays dépourvus d'établissements essentiels, mais dotés d'établissements non essentiels

8. Les pays dépourvus d'établissements essentiels doivent veiller à ce que leur statut de pays exempt de poliomyélite ne soit pas compromis par la volonté soudaine d'un établissement de manipuler des poliovirus non confinés, après la certification et l'abandon du VPO.

9. Ces pays devront néanmoins rester bien conscients des prescriptions relatives au confinement et des plans de crise en cas de rupture inopinée et veiller à suivre les recommandations de l'OMS concernant la vaccination antipoliomyélitique.

Le rôle proposé de l'OMS pour atteindre le premier but

10. L'OMS continuera d'appuyer les fonctions essentielles après la certification et le retrait du VPO, notamment :

- en préconisant que le nombre des établissements essentiels soit ramené à un minimum absolu (20 établissements par exemple) afin que le risque mondial soit le plus faible possible ;

¹ OMS. *Dispositif de certification du confinement en appui au Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2017 (http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/03/CCS_19022017-FR.pdf, consulté le 21 décembre 2017).

² Au 31 octobre 2017, 174 États Membres ont confirmé leur intention de ne pas avoir d'établissement détenant des poliovirus sur leur territoire, 12 États Membres n'ayant pas encore fait part de leur intention à cet égard.

³ Au 31 octobre 2017, 27 États Membres ont fait part de leur intention de maintenir des poliovirus de type 2 dans 91 établissements essentiels désignés. Ces chiffres peuvent évoluer.

⁴ Afin d'appuyer les efforts des États Membres, le Secrétariat renforce les capacités techniques des autorités nationales en matière de confinement en formant des vérificateurs au GAPIII et au dispositif de certification du confinement. En outre, le Secrétariat élabore un protocole de gestion en santé publique du non-respect du confinement de poliovirus, applicable dans un premier temps au poliovirus de type 2.

- en apportant une assistance technique aux autorités nationales en matière de confinement et en appuyant le renforcement des capacités de vérification de l'application du GAPIII au niveau national ;
- en maintenant la surveillance mondiale et indépendante du confinement ;
- en maintenant le confinement comme fonction de base de l'OMS ;
- le cas échéant/le moment venu, en établissant/actualisant la documentation de référence sur le confinement.

Coûts estimés

11. Les coûts (Tableau 1) sont estimés sur la base des informations échangées entre les autorités nationales de réglementation pour la vérification sur site des bonnes pratiques de fabrication. Une analyse des coûts pour les établissements essentiels et les autorités nationales chargées du confinement (effectuée par le programme de technologie appropriée pour la santé de la Fondation Bill & Melinda Gates) sera toutefois bientôt disponible.

Tableau 1. Fourchette estimative des coûts, durée nécessaire du financement et entité chargée de l'exécution

Entité	Fonction/élément	Fourchette estimative des coûts (par établissement essentiel et par an)	Durée nécessaire de la fonction	Exécution par
Pays dotés d'établissements essentiels	Vérification sur site Évaluation systématique et détermination des variations sans vérification sur site	US \$20 000 à 40 000 US \$1 000 à 2 000	Continue, pour la durée des établissements essentiels	Les États Membres
Pays dépourvus d'établissements essentiels	Surveillance des poliovirus dans le cadre de la surveillance nationale	Pas de frais de confinement supplémentaires		

Coûts pour le Secrétariat de l'OMS

Activité	Fourchette estimée des coûts annuels	Durée
Politique de confinement, services de secrétariat du groupe consultatif sur le confinement, de la Commission mondiale de certification et du groupe de travail sur le confinement, révision de la documentation de référence, formation et maintien d'un groupe de vérificateurs internationaux, assistance technique aux États Membres dotés d'établissements essentiels	US \$3 à 5 millions, y compris les coûts liés au personnel et aux activités – ce montant aura tendance à diminuer progressivement à mesure que la plupart des établissements respectent les prescriptions	Aussi longtemps que des poliovirus vivants seront utilisés

BUT 2 : PROTECTION DES POPULATIONS

12. L'élimination de la poliomyélite paralytique et le maintien durable de l'éradication du poliovirus sauvage supposent à terme l'arrêt de toute utilisation de vaccins antipoliomyélitiques oraux vivants et la poursuite de la vaccination au moyen d'autres vaccins sûrs et efficaces. Ce double effort – retrait du VPO bivalent et utilisation généralisée du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans la vaccination systématique pour atteindre un niveau de séroconversion de 90 % chez chaque enfant entièrement vacciné – permettra d'atténuer les risques de poliomyélite paralytique associée au vaccin et de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale de type 1 ou 3 et de protéger les populations contre la possible réintroduction du poliovirus sauvage.

Abandon du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent

13. Si l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a établi en 2005 un cadre général pour le retrait du VPO après la certification, les enseignements qu'on a pu tirer du passage du VPO trivalent au VPO bivalent fournissent des indications complémentaires en vue de l'abandon du VPO bivalent. Le retrait du VPO bivalent après la certification mondiale constitue toutefois un nouveau défi : il s'agit cette fois d'un abandon complet des vaccins antipoliomyélitiques vivants et non plus du passage d'un vaccin vivant à un autre.

14. Pour assurer à la population une immunité maximale contre les poliovirus de types 1 et 3, le retrait au niveau des pays du VPO bivalent devrait intervenir aussi vite que possible après la certification mondiale, de préférence dans un délai de 12 mois. Actuellement 144 pays et six territoires utilisent le VPO, et tous devraient participer à ce passage synchronisé au plan mondial du VPO au VPI s'ils n'introduisent pas un calendrier fondé sur le seul VPI avant l'abandon du VPO. Les pays à faible taux de couverture vaccinale par le VPI devront peut-être aussi prévoir des campagnes de vaccination pour renforcer l'immunité antipoliomyélitique avant le retrait du VPO.

15. Le retrait mondialement synchronisé du VPO de type 2 a montré qu'il est important de prévoir assez de temps et des ressources suffisantes pour assurer la préparation et la coordination entre les partenaires. La préparation mondiale de cette opération complexe devra commencer longtemps à l'avance (18 à 24 mois avant la mise en œuvre) ; tout retard concernant la date définitive du retrait du VPO aura des conséquences financières, et pourrait poser des problèmes d'image.

Le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans la vaccination systématique après l'abandon du VPO

16. Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a indiqué que les pays devraient chercher à assurer une immunité individuelle durable avec un taux de séroconversion de 90 % au moins et des titres élevés d'anticorps contre les trois sérotypes de poliovirus.

17. Pour y parvenir, le Groupe d'experts recommande que les pays utilisant le VPI seul adoptent un calendrier de vaccination systématique prévoyant au moins deux doses de VPI – la première à 14 semaines ou après (c'est-à-dire en même temps que la deuxième ou la troisième dose du vaccin antidiphthérique/antitétanique/anticoquelucheux (DTC) ou du vaccin contenant le DTC) et la deuxième ≥ 4 mois après la première dose – administrées en dose complète ou fractionnée. Les pays dépourvus d'établissements essentiels devraient maintenir le VPI dans leur calendrier de vaccination systématique pendant 10 ans au moins après le retrait mondial du VPO et les pays qui en sont dotés devraient continuer à utiliser le VPI plus longtemps encore, comme indiqué dans le GAPIII. Le Groupe d'experts n'a pas encore fourni d'orientations sur les vaccins associés contenant le VPI.

18. Au cours de la période postcertification, une coordination très poussée sera nécessaire aux niveaux mondial, national, puis communautaire pour assurer et maintenir durablement une forte couverture vaccinale par le VPI. L'Alliance GAVI et l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont lancé un processus mondial baptisé « feuille de route pour la fourniture et les achats de VPI » qui vise à analyser la dynamique de l'offre et de la demande de ce vaccin. La feuille de route a pour but de définir les mesures propres à avoir une influence positive sur le marché du VPI par un accroissement de l'offre, une amélioration des prix et un appui à la disponibilité de nouveaux vaccins innovants. Elle contribuera ainsi à orienter la planification du VPI au cours de la période postcertification.

Le rôle proposé de l'OMS pour atteindre le deuxième but

19. Comme il l'a fait dans le cas du retrait du VPO trivalent, le Secrétariat collaborera avec les États Membres et les partenaires pour atteindre le deuxième but de la stratégie postcertification. Pour cela, il faudra une coordination étroite avec la Division des programmes de l'UNICEF concernant l'abandon du VPO bivalent et avec sa Division des approvisionnements, ainsi qu'avec l'Alliance GAVI, le Fonds autorenouvelable pour l'achat de vaccins de l'OPS et les fabricants de vaccins concernant le VPI.

20. Au sein du Secrétariat de l'OMS, ces activités relèveront de l'équipe du Programme élargi de vaccination, car elles concernent principalement le programme de vaccination systématique ; c'est aussi cette équipe qui a présidé au passage du VPO trivalent au VPO bivalent et elle a déjà commencé à planifier les mesures à prendre.

21. Pour les campagnes de vaccination précédant l'abandon du VPO, il faudra toutefois faire appel aux compétences de l'équipe du programme de lutte contre la poliomyélite ; celle-ci a en effet l'expérience nécessaire de la gestion et de la mise en œuvre des activités de vaccination supplémentaire contre cette maladie et il est donc préférable que ce soit elle qui coordonne ces campagnes.

Coûts estimés

Abandon du vaccin antipoliomyélique oral

22. Compte tenu des différentes contraintes liées à l'épidémiologie, à l'infrastructure et aux opérations selon les pays qui arrêteront la vaccination par le VPO, les ressources nécessaires pour effectuer le retrait varieront en fonction de la géographie, de l'infrastructure existante, du risque lié aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale et des capacités actuelles (voir le Tableau 2). Les États Membres appartenant aux catégories des pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure qui sont exposés à un risque élevé de flambées dues à des poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale pourront bénéficier d'un appui pour la mise en œuvre des activités concernant le retrait du VPO. Tous les autres pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, de même que les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure et les pays à revenu élevé qui utilisent encore le VPO, sont censés financer eux-mêmes ces activités.

Tableau 2. Nombre prévu d'unités à appuyer

Activité	Coût/unité	Nombre prévu de pays/ d'établissements à appuyer	Notes
Abandon du VPO – mise en œuvre et suivi	Fourchette : US \$50 à 241 par établissement	85 à 27 000 établissements par pays	L'appui que l'OMS devra fournir aux pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire est estimé à US \$20 à 30 millions. Les coûts représentent une dépense unique visant à appuyer le retrait du VPO et le suivi de cette opération. Les coûts concernent uniquement les pays qui utilisent encore le VPO dans le calendrier national de vaccination
Abandon du VPO – validation indépendante du retrait	Moyenne : US \$350 000 par pays	40 à 50 pays	Estimation fondée sur la situation épidémiologique actuelle et susceptible de varier dans le temps.
Campagnes de vaccination avant l'abandon du VPO	Fourchette : US \$250 000 à 290 000 par pays	40 à 50 pays	Estimation fondée sur la situation épidémiologique actuelle et susceptible de varier dans le temps.

Vaccination par le vaccin antipoliomyélitique inactivé

23. Selon les orientations actuelles du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, la vaccination par le VPI devrait être maintenue pendant au moins 10 ans après le retrait du VPO et plus longtemps encore dans les pays dotés d'établissements essentiels, notamment des laboratoires et des installations de fabrication de vaccins. À l'exception de ceux qui remplissent les conditions requises pour bénéficier d'un appui de l'Alliance GAVI, tous les États Membres devraient assumer eux-mêmes les coûts liés au VPI.

24. Les estimations sont fondées sur les prix actuels des vaccins et risquent de varier. Les chiffres annuels apparaissant au Tableau 3 sont fournis à titre purement indicatif.

Tableau 3. Coûts estimés de l'administration de deux doses de VPI

Activité	Catégorie de pays	Coût estimé de l'administration de deux doses de VPI par enfant vacciné	Hypothèses	Notes
Vaccination suivant le calendrier VPI après le retrait du VPO recommandée par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination	Pays à revenu élevé	US \$7,50 à 180	Ces pays administreront le VPI en dose complète uniquement, seul ou sous forme de vaccin associé.	La recommandation actuelle du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination est de deux doses (complètes ou fractionnées).

Activité	Catégorie de pays	Coût estimé de l'administration de deux doses de VPI par enfant vacciné	Hypothèses	Notes
	Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure (ne bénéficiant pas d'un appui de l'Alliance GAVI ou de l'OPS)	US \$5 à 85	La fourchette des coûts dans ces pays correspond à l'hypothèse de l'utilisation de différentes présentations du VPI, allant du VPI seul en dose complète non associée jusqu'à un vaccin associé dont la composante anticoquelucheuse peut être acellulaire (aP) ou à germes entiers (wP).	Le coût par enfant vacciné est pour deux doses seulement. Si le VPI est administré sous forme de vaccin associé, la série vaccinale comporte généralement au moins quatre doses. La largeur de la fourchette tient aux différentes présentations des vaccins utilisés.
	Pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure (ne bénéficiant pas d'un appui de l'Alliance GAVI ou de l'OPS)	US \$2 à 50	La fourchette des coûts dans ces pays correspond à l'hypothèse de l'utilisation de différentes présentations du VPI, allant du VPI seul en dose complète non associée jusqu'à un vaccin associé à composante anticoquelucheuse aP ou wP.	Les prix pourront varier en raison des fluctuations du marché au cours des 10 prochaines années. Les estimations des coûts des vaccins hexavalents à composante anticoquelucheuse à germes entiers sont préliminaires et la disponibilité de ces produits à partir de 2021 n'est pas encore confirmée.
	Pays appuyés par l'Alliance GAVI	US \$2 à 5	La fourchette des coûts correspond à l'hypothèse de l'utilisation de différentes présentations du VPI, allant du VPI seul en dose fractionnée et complète jusqu'à un vaccin hexavalent contenant wP s'il est disponible.	La poursuite de la vaccination par le VPI est recommandée pendant 10 ans au moins suivant l'abandon du VPO, et plus longtemps dans les pays produisant des vaccins antipoliomyélitiques ou menant des recherches sur des échantillons liés à la poliomyélite.

Activité	Catégorie de pays	Coût estimé de l'administration de deux doses de VPI par enfant vacciné	Hypothèses	Notes
	Pays obtenant le VPI par l'intermédiaire du Fonds autorenewable de l'OPS	US \$5,80 à 27	La fourchette des coûts correspond à l'hypothèse de l'utilisation de différentes présentations du VPI, allant du VPI seul en dose complète jusqu'à un vaccin associé à composante anticoquelucheuse aP ou wP.	Aux fins de cette analyse préliminaire, on a admis que les pays opteront pour la dose complète et il n'a pas été tenu compte des taux de pertes nationaux ni des frais d'approvisionnement en vaccins. Les éventuelles campagnes prévues de vaccination par le VPI ne sont pas prises en compte ici.

Coûts du Secrétariat de l'OMS

Activité	Fourchette estimée par an	Période	Notes
Abandon du VPO	Coûts liés au personnel : US \$1 à 2 millions Coûts liés aux activités : US \$1 à 4 millions	Année précédant l'abandon et année de l'abandon du VPO	Coûts pour les autres partenaires (comme l'UNICEF et les Centers for Disease Control and Prevention) non compris.
Abandon du VPO : évaluation indépendante	Coûts liés au personnel : US \$2 à 7 millions Coûts liés aux activités : US \$5 à 11 millions	12 mois suivant l'abandon	
Retrait du VPO bivalent : planification/exécution d'activités de vaccination supplémentaire	Coûts liés au personnel : US \$10 à 20 millions Coûts liés aux activités : US \$10 à 15 millions	12 mois avant l'abandon	
Prévisions concernant le VPI	Coûts liés au personnel : US \$50 000 à 100 000 Coûts liés aux activités : US \$20 000 à 85 000	Abandon du VPO + 10 ans	
Politique VPI	Coûts liés au personnel : US \$20 000 à 350 000 Coûts liés aux activités : US \$50 000 à 250 000	Abandon du VPO + 10 ans	Les coûts comprennent les dépenses liées à la convocation d'un groupe de travail du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination si la politique doit être modifiée/réexaminée. Si ces besoins sont faibles, l'estimation est élevée.

BUT 3 : DÉTECTION ET RIPOSTE

25. La surveillance complète de la paralysie flasque aiguë et les campagnes de vaccination dans le cadre d'une riposte rapide ont été des stratégies fondamentales de l'éradication de la poliomyélite. Au cours de la période postcertification, pour réduire les risques liés à une détection tardive ou à une riposte inadéquate, il faudra surtout assurer des capacités suffisantes et une adaptation à une situation nouvelle dans laquelle l'agent pathogène de la maladie a été éradiqué.

26. Le principe qui sous-tend les activités postcertification est que toute découverte d'un poliovirus doit immédiatement être notifiée à l'OMS en vertu du Règlement sanitaire international (2005) et conduire à la déclaration d'une situation d'urgence et d'une riposte au plan national. En fonction du risque de propagation internationale, cette détection peut constituer une urgence de santé publique de portée internationale nécessitant une riposte mondiale rapide et coordonnée. L'application de ce principe suppose une surveillance sensible, un niveau adéquat de préparation aux flambées et la capacité d'intervenir rapidement de manière efficace.

Capacité de détecter rapidement des poliovirus chez l'homme ou dans l'environnement

27. La stratégie postcertification définit la transmission non détectée comme l'une des principales préoccupations concernant une menace possible pour un monde exempt de poliomyélite. La surveillance de la maladie dans la période postcertification suivra une approche fondée sur les risques qui établira une hiérarchie des risques en précisant la tolérance aux risques et en mettant au point des mesures propres à les atténuer. La stratégie de surveillance redéfinie associera un assortiment approprié de mesures de surveillance de la paralysie flasque aiguë, de surveillance environnementale et de surveillance des entérovirus auxquelles s'ajouteront des activités complémentaires destinées aux populations et aux zones peu accessibles.

28. La portée de la surveillance, son intensité et les stratégies à suivre dépendront du risque évalué de réémergence du poliovirus dans un pays et du délai qui s'est écoulé depuis la certification. Les mesures à prendre par les différents groupes de pays sont exposées ci-dessous.

Pays à haut risque

29. Maintenir des niveaux élevés de sensibilité pour la détection d'un poliovirus en priorité par la surveillance de la paralysie flasque aiguë, complétée le cas échéant par une surveillance environnementale. À terme, intégrer la surveillance de la poliomyélite à la surveillance des maladies à prévention vaccinale ou des maladies transmissibles, mais maintenir les compétences techniques en matière de poliomyélite au niveau national, au moins pendant cinq ans après la certification, avec la capacité :

- de repérer les zones ou les populations à haut risque au niveau infranational ;
- de mettre en œuvre la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë, la surveillance des événements et la surveillance spéciale ciblant les groupes à haut risque ;
- d'assurer l'analyse des données concernant la poliomyélite et la gestion des informations issues de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, de la surveillance environnementale ou de la surveillance reposant sur des bases factuelles, y compris le suivi des indicateurs de performance ;
- d'assurer la recherche opérationnelle nécessaire pour rationaliser la surveillance ;

- d'évaluer l'importance des cas compatibles de paralysie flasque aiguë (par exemple au moyen de comités d'experts).

Pays à risque modéré

30. Intégrer la surveillance de la poliomyélite à la surveillance des maladies à prévention vaccinale ou des maladies transmissibles, mais maintenir les compétences techniques en matière de poliomyélite au niveau national pendant trois ans après la certification, avec la capacité :

- de mettre en œuvre l'assortiment approprié de stratégies selon le délai qui s'est écoulé depuis la certification ;
- d'assurer l'analyse des données concernant la poliomyélite issues de la surveillance de la paralysie flasque aiguë, de la surveillance environnementale ou de la surveillance reposant sur des bases factuelles, y compris le suivi des indicateurs de performance.

31. Après l'abandon du VPO bivalent, ces pays pourront aussi compter sur un appui mondial ou régional pour des enquêtes sur les cas ou événements de paralysie flasque aiguë.

Pays à faible risque

32. Intégrer la surveillance de la poliomyélite à la surveillance des maladies à prévention vaccinale ou des maladies transmissibles, avec la capacité :

- de mettre en œuvre l'assortiment approprié de stratégies selon le délai qui s'est écoulé depuis la certification ;
- de repérer les flambées éventuelles de poliomyélite sur la base de la surveillance ou des données issues de la surveillance reposant sur des bases factuelles.

33. Ces pays pourront compter le cas échéant sur un appui régional pour des enquêtes sur les cas ou événements de paralysie flasque aiguë.

Infrastructure de laboratoire et de surveillance (capacités humaines comprises) et systèmes d'information adéquats et dotés de moyens techniques appropriés

34. Tous les laboratoires de la poliomyélite devraient continuer de suivre des méthodologies normalisées validées par l'OMS qui seront constamment actualisées pour refléter l'évolution de la situation épidémiologique.

35. Conformément à la disposition du Règlement sanitaire international (2005) selon laquelle chaque pays devrait disposer des principales capacités de détecter toute urgence potentielle de santé publique de portée internationale, la responsabilité de la surveillance du poliovirus incombe au premier chef aux autorités nationales. Néanmoins, pendant la période postcertification, le niveau de surveillance exigé au-delà des principales capacités dépendra du risque dans le pays concerné. Les pays ont besoin de l'infrastructure de surveillance pour se conformer aux normes prévues pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë qui sont énoncées dans le projet de stratégie postcertification. Là encore, la capacité de laboratoire complémentaire requise dépendra du risque évalué dans le pays concerné.

Pays à haut risque

36. En fonction de la demande prévue, maintenir au moins un laboratoire national de la poliomyélite agréé doté au moins de la capacité d'isolement et de différenciation intratypique des virus, ainsi que d'un système efficace d'orientation pour le séquençage.

Pays à risque modéré

37. Pour tous les pays, en fonction de la demande prévue, maintenir au moins un laboratoire national de la poliomyélite agréé doté de la capacité d'isolement et de différenciation intratypique des virus, ainsi que d'un système efficace d'orientation pour le séquençage s'il y a lieu, ou avoir accès à un tel laboratoire.

Pays à faible risque

38. Les pays (surtout les pays peu peuplés) peuvent compter sur les laboratoires de pays voisins pour l'analyse des échantillons fécaux. Les pays dotés de laboratoires maintiennent la capacité d'isolement et de différenciation intratypique des virus.

39. Au niveau des pays, tout système d'information pendant la période postcertification doit répondre aux exigences concernant les données correspondant au risque de chaque pays.

Capacité de mettre en œuvre une riposte à une flambée en cas de détection du poliovirus

40. Afin d'intervenir avec la rapidité et l'efficacité voulues face aux risques pour la santé publique et aux urgences de santé publique de portée internationale comme le prévoit le Règlement sanitaire international (2005), les pays devraient mettre au point des plans de préparation et se doter de la capacité de mener des opérations de santé publique d'urgence, notamment en ce qui concerne la communication des risques.

Autorités nationales

41. C'est aux pays qu'incombe au premier chef la responsabilité de la préparation/riposte et celle de se doter des capacités minimales recommandées par le Règlement sanitaire international (2005). Tous les pays devraient disposer d'équipes d'intervention rapide. L'étendue de ces capacités et la façon de les organiser dépendront de la situation propre à chaque pays. Les stratégies de riposte aux flambées au niveau des pays suivront les lignes directrices mondiales et régionales.

42. Les pays à haut risque devraient maintenir des capacités de lutte antipoliomyélitique au sein des équipes d'intervention rapide pour des attributions essentielles (comme la planification et l'exécution d'une activité de vaccination supplémentaire) pendant 10 ans au moins après la certification.

43. Les pays à risque modéré devraient maintenir une capacité analogue pendant cinq ans après la certification, et bénéficier ensuite de l'appui d'une capacité mondiale ou régionale de montée en puissance.

44. Les pays à faible risque feront appel le cas échéant face aux flambées à l'appui d'une capacité mondiale ou régionale de montée en puissance.

Appui mondial/régional

45. Pour maintenir durablement l'éradication, certaines capacités de lutte antipoliomyélitique devraient être maintenues au niveau mondial au sein des organisations chargées de l'exécution pendant 10 ans au moins après la certification. Les capacités régionales devraient refléter les capacités mondiales, les exigences étant fondées sur les capacités nationales, surtout en ce qui concerne les pays à haut risque. Les Régions ont des responsabilités en matière d'orientation et d'intervention en cas de flambées touchant plusieurs pays ou des zones frontalières. Une liste mondiale d'experts de santé publique pour la poliomyélite devrait être établie pour aider les pays dépourvus des compétences techniques ou d'une capacité de montée en puissance.

Le rôle proposé de l'OMS pour atteindre le troisième but

Surveillance (capacités de laboratoire comprises)

46. Le Secrétariat devra disposer de capacités adéquates aux trois niveaux de l'Organisation (mondial, régional et des pays) pour apporter un appui à la mise en œuvre de la surveillance du poliovirus par les États Membres.

47. Au Siège, il faudra probablement maintenir un noyau de membres du personnel ayant des compétences en matière de poliomyélite pour orienter la mise en œuvre des activités, par exemple la mise au point de lignes directrices, le suivi et l'assurance de la qualité, la prévision des risques et la coordination de réseaux de laboratoires.

48. Dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays, il s'agira probablement de veiller à ce que de solides réseaux de surveillance soient en place et soient appuyés par des laboratoires de référence (régionaux ou nationaux) ; des membres du personnel de l'OMS avec des compétences en matière de poliomyélite devront aussi être disponibles pour aider les pays à haut risque au moins pendant l'année suivant la certification, et au-delà au niveau régional.

Capacités de riposte aux flambées

49. En vertu du Règlement sanitaire international (2005), l'OMS est tenue de favoriser les capacités des pays et de leur apporter un appui si les ressources locales sont insuffisantes.

50. La responsabilité principale de l'OMS consiste à mettre en œuvre son Cadre d'action d'urgence qui contient les orientations générales concernant le rôle de l'Organisation dans toute situation d'urgence. De plus, le Secrétariat devrait maintenir certaines capacités antipoliomyélitiques fonctionnelles aux niveaux mondial et régional et dans celui des pays, afin d'aider les États Membres :

- à repérer les risques futurs de flambées ;
- à élaborer des stratégies de riposte et des plans de préparation ; et
- à maintenir durablement des capacités humaines avec les qualifications voulues dans les pays et Régions à haut risque afin de mettre en œuvre ces stratégies et plans de manière satisfaisante.

51. Le Siège de l'OMS sera aussi probablement responsable de la gestion des stocks de VPO monovalent qui seront utilisés en cas de flambée due au poliovirus (et notamment de la mise au point de lignes directrices, d'un examen de l'impact de la flambée et de la coordination des opérations en cours). Ces activités devront être menées en étroite collaboration avec la Division des approvisionnements de l'UNICEF qui jouera le rôle de chef de file pour l'achat des vaccins.

Coûts estimés

Riposte aux flambées

52. Les coûts estimés de la riposte aux flambées, de la surveillance, du Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite et des activités du Secrétariat de l'OMS font l'objet des Tableaux 4 à 7.

Tableau 4. Coûts estimés de la riposte aux flambées

Flambée	Montant
Coût moyen par flambée	US \$16 à 42 millions ^a
Nombre annuel estimé de flambées après la certification ^b	1 à 3

^a Le coût estimé est fondé sur les paramètres actuels de la riposte aux flambées, avec comme hypothèse initiale au moins cinq activités de vaccination supplémentaire et une cible moyenne de 2,5 millions d'enfants par tournée. Des ajustements seront nécessaires à mesure que la politique de gestion des flambées et les orientations seront finalisées.

^b Il s'agit là d'estimations initiales pour la planification qui devront être révisées périodiquement, car le risque dépend de toute une série de facteurs. Le risque d'une flambée due au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale immédiatement après la certification est faible, car le VPO bivalent continuera d'être utilisé pendant une année suivant celle-ci. La probabilité de flambées multiples sera plus forte au cours des premières années suivant l'arrêt de la vaccination par le VPO et devrait ensuite diminuer progressivement au cours des années suivantes.

Surveillance

Tableau 5. Fourchette moyenne des coûts de la surveillance de la poliomyélite pour l'OMS (en millions de US \$)^a

Régions de l'OMS	Année				
	2016	2017	2018	2019	2020
Pays d'endémie poliomyélitique (Afrique, Méditerranée orientale)	30 à 60	43 à 57	44 à 62	33 à 58	33 à 58
Pays où la poliomyélite n'est pas endémique (Amériques, Asie du Sud-Est, Europe et Pacifique occidental)	0,5 à 12	0,8 à 20	0,9 à 19	1 à 19	0,9 à 19

^a Les coûts comprennent les coûts de la surveillance et les coûts d'exploitation, les coûts de laboratoire et l'assistance technique à la surveillance, sur la base des besoins financiers de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. L'assistance technique à la surveillance est obtenue par extrapolation à partir des titres des postes actuels du personnel. Les chiffres de 2016 représentent les dépenses effectives telles qu'elles figurent dans le rapport sur les dépenses de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et ceux de 2017 sont tirés du budget approuvé par le comité stratégique de l'Initiative en juin 2017. Les chiffres concernant les années 2018 à 2020 sont des projections fondées sur l'hypothèse d'une interruption de la transmission en 2018. Les dépenses de l'OMS dans les Régions exemptes de poliomyélite depuis longtemps (Amériques, Europe et Pacifique occidental) donnent une idée de la réduction progressive de l'appui à la surveillance qui doit intervenir après la certification.

Coûts liés aux laboratoires

Tableau 6. Coûts annuels du Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite^a

Catégorie	Coûts actualisés ^b (US \$ 2017)
Coordination et fourniture de services spécialisés (assurance de la qualité, réactifs et services de référence, par exemple)	12 250 000
Surveillance de la paralysie flasque aiguë (ressources humaines, fournitures, matériel, opérations, formation et autres coûts)	16 330 000
Total des coûts annuels	28 580 000

^a Le Réseau comprend 145 laboratoires dans 92 pays. Il s'agit d'un partenariat unique en son genre, regroupant les gouvernements des pays et un certain nombre de partenaires techniques et financiers, qui a été mis en place pour appuyer un programme de santé publique prioritaire. Les gouvernements financent environ la moitié des frais de fonctionnement des laboratoires de référence régionaux et nationaux, même si leur contribution relative varie d'un pays et d'une Région à l'autre. En outre les coûts de la plupart des laboratoires mondiaux spécialisés sont couverts par les contributions des pays alors que les frais de coordination sont couverts par des contributions externes. Il se peut donc que la contribution globale des gouvernements au Réseau atteigne 60 %.

^b Les estimations des coûts issues de l'enquête présentent certaines carences et ne tiennent pas compte des coûts de la surveillance environnementale. Cette enquête est en cours d'actualisation et les résultats devraient être disponibles au début de 2018. Les chiffres représentent les coûts ajustés fondés sur le calculateur d'inflation (US \$1 en 2002 équivalant à US \$1,36 en 2017).

Tableau 7. Coûts pour le Secrétariat de l'OMS

Activité	Fourchette estimative des coûts annuels types ^a	Durée	Notes
Surveillance (y compris la gestion des laboratoires et des données)	US \$2 500 000	La capacité de surveillance actuelle doit être maintenue pendant 3 à 5 ans suivant la certification.	Les estimations ne tiennent pas compte des capacités requises au niveau des bureaux régionaux pour appuyer ces fonctions.
Riposte aux flambées, gestion des stocks (en compagnie de la Division des approvisionnements de l'UNICEF)	US \$1 500 000	Les capacités de riposte aux flambées seront progressivement réduites, mais un certain niveau de capacités restera nécessaire pendant 3 à 5 ans après la certification.	

^a Coûts estimatifs obtenus par extrapolation à partir des dépenses d'appui effectives du Secrétariat.

ANNEXE 4

**STRATÉGIE DE COOPÉRATION AVEC LES PAYS – PRIORITÉS SANITAIRES
POUR LES PAYS CONCERNÉS PAR LA TRANSITION POUR LA POLIOMYÉLITE**

Région	Pays	Pourcentage des dépenses publiques totales consacré à la santé	Date de la stratégie de coopération avec le pays	Priorités stratégiques
Région africaine	Angola	5,0	2014-2019	1. Renforcement du système de santé
				2. Amélioration de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent
				3. Lutte contre les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les maladies tropicales négligées
				4. Préparation, surveillance et lutte contre les flambées épidémiques et les situations d'urgence
	Cameroun	8,5	2008-2013, avec prolongation jusqu'en 2016	1. Objectifs du Millénaire pour le développement et programme pour l'après-2015
				2. Maladies non transmissibles et causes externes
				3. Préparation, situations d'urgence et intervention en cas de catastrophe
				4. Promotion de la santé
				5. Renforcement du système de santé
	Éthiopie	15,8	2012-2015	1. Maladies transmissibles
				2. Maladies non transmissibles
				3. Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et santé sexuelle et reproductive
				4. Amélioration de l'accès à des services de santé de qualité et équitables
				5. Appui à la mise sur pied de systèmes résilients pour la prise en charge des crises et des risques liés aux situations d'urgence
				6. Renforcement des partenariats pour la mobilisation de ressources, l'harmonisation et la coordination aux fins de développement et d'amélioration de la santé
Nigéria	8,2	2014-2019	1. Renforcement des systèmes de santé grâce à une approche fondée sur les soins de santé primaires	
			2. Promotion de la santé et déploiement des interventions prioritaires tout au long de la vie	
			3. Déploiement des interventions prioritaires pour les maladies transmissibles et non transmissibles sur la voie de la couverture sanitaire universelle	

Région	Pays	Pourcentage des dépenses publiques totales consacré à la santé	Date de la stratégie de coopération avec le pays	Priorités stratégiques
				4. Développement des capacités nationales pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence de santé publique, notamment en ce qui concerne l'éradication de la poliomyélite et la gestion des crises
				5. Promotion de la coordination des partenariats et de la mobilisation des ressources conformément aux priorités nationales, régionales et mondiales
	République démocratique du Congo	12,9	2008-2015	1. Appui institutionnel au Ministère de la santé
				2. Soutien dans les domaines de la santé des femmes et des adolescents, ainsi que de la survie des enfants
				3. Accompagnement à la prévention des maladies et à la lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles
				4. Prise en charge des conséquences sanitaires des situations d'urgence et des catastrophes
	Soudan du Sud	4,0	2014-2019	1. Santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant
				2. Renforcement de la capacité nationale pour la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles et les maladies tropicales négligées
				3. Renforcement de la capacité nationale et infranationale pour la réduction des risques liés aux situations d'urgence sanitaire, la préparation, la surveillance, la riposte et le relèvement
				4. Renforcement des systèmes de santé afin de répondre aux besoins sanitaires de la population du Soudan du Sud
				5. Appui au Ministère de la santé pour mener des actions relatives aux déterminants environnementaux et sociaux de la santé
	Tchad	3,3	2008-2013	1. Lutte contre les maladies transmissibles et les maladies tropicales négligées
				2. Maladies non transmissibles
				3. Promotion de la santé tout au long de la vie
				4. Renforcement du système de santé
			5. Préparation, surveillance et riposte	

Région	Pays	Pourcentage des dépenses publiques totales consacré à la santé	Date de la stratégie de coopération avec le pays	Priorités stratégiques
Région de l'Asie du Sud-Est	Bangladesh	5,7	2014-2017	1. Maladies transmissibles
				2. Maladies non transmissibles
				3. Promotion de la santé tout au long de la vie
				4. Systèmes de santé
				5. Préparation aux situations d'urgence, surveillance et riposte
	Inde	4,5	2012-2017	1. Appui visant à accroître le rôle joué par le Gouvernement indien dans la santé mondiale
				2. Promotion de l'accès à des services de qualité durable, à un prix accessible et dans le cadre de réseaux efficaces, ainsi que de l'utilisation de ces services par l'ensemble de la population
				3. Appui à l'Inde pour affronter sa nouvelle réalité épidémiologique
				4. Mise en œuvre efficace et partenariat stratégique
	Indonésie	5,3	2013-2017	1. Accompagnement sur le plan technique et de la gestion afin d'aider à pérenniser et à renforcer les programmes clés pour lutter contre les maladies transmissibles
				2. Promotion d'approches de santé publique pour la lutte contre les maladies non transmissibles
				3. Promotion des politiques et renforcement des programmes afin d'améliorer la santé de l'enfant et de l'adolescent ainsi que la santé reproductive
4. Appui aux efforts nationaux visant à promouvoir les politiques et à renforcer le système de santé dans le but d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité sur la voie de la couverture sanitaire universelle				
5. Renforcement de la préparation aux flambées épidémiques et aux urgences de santé publique aiguës, de même que de la surveillance et de la riposte efficace dans ces situations, ainsi que de la bonne gestion des catastrophes humanitaires				
Myanmar	1,3	2013-2017	1. Renforcement du système santé	
			2. Amélioration de l'atteinte des cibles de lutte contre les maladies transmissibles	
			3. Maîtrise de la croissance de la charge de morbidité liée aux maladies non transmissibles	
			4. Promotion de la santé tout au long de la vie	

Région	Pays	Pourcentage des dépenses publiques totales consacré à la santé	Date de la stratégie de coopération avec le pays	Priorités stratégiques
	Népal	11,8	2013-2017	5. Renforcement de la capacité de prise en charge du risque lié aux situations d'urgence et des systèmes de surveillance concernant plusieurs menaces pour la santé
				1. Atteinte des cibles de lutte contre les maladies transmissibles
				2. Maîtrise de la charge de morbidité croissante liée aux maladies non transmissibles et renversement de la tendance
				3. Santé tout au long de la vie
				4. Renforcement du système de santé avec revitalisation de l'approche fondée sur les soins de santé primaire afin de réaliser la couverture sanitaire universelle
				5. Réduction des conséquences sanitaires des catastrophes
				6. Actions relatives aux déterminants environnementaux de la santé
Région de la Méditerranée orientale	Afghanistan	12,0	2016-2017	1. Maladies transmissibles
				2. Maladies non transmissibles
				3. Promotion de la santé tout au long de la vie
				4. Systèmes de santé
				5. Urgences sanitaires
	Pakistan	4,7	2011-2017	1. Politiques sanitaires et développement du système
				2. Lutte contre les maladies transmissibles
				3. Amélioration de l'état de santé des femmes et des enfants
				4. Maladies non transmissibles et santé mentale
				5. Actions relatives aux déterminants sociaux de la santé
				6. Préparation aux situations d'urgence et riposte, ainsi que gestion des risques liés aux catastrophes
				7. Partenariats, mobilisation des ressources et coordination
	Somalie	Non disponible	2017-2019	1. Maladies transmissibles
2. Maladies non transmissibles				
3. Santé tout au long de la vie				
4. Système de santé et services de santé centrés sur la personne				

Région	Pays	Pourcentage des dépenses publiques totales consacré à la santé	Date de la stratégie de coopération avec le pays	Priorités stratégiques
	Soudan	11,7	2008-2013, avec prolongation jusqu'en 2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcement des systèmes de santé à tous les niveaux 2. Réduction de la charge de morbidité liée aux maladies transmissibles 3. Promotion de la santé tout au long de la vie 4. Appui à la mise sur pied d'un système consolidé de surveillance des maladies et de préparation, y compris d'un système d'alerte précoce et de riposte aux situations d'urgence et aux besoins humanitaires 5. Réduction de la charge de morbidité liée aux maladies transmissibles, à la santé mentale et aux modes de vie malsains

ANNEXE 5

**A. VALEUR MOYENNE DE 13 INDICATEURS RELATIFS AUX PRINCIPALES
CAPACITÉS RELEVANT DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005)
DANS LES PAYS CONCERNÉS PAR LA TRANSITION
POUR LA POLIOMYÉLITE¹**

Le tableau ci-dessous fournit des détails concernant la mesure dans laquelle sont mis en place 13 indicateurs relatifs aux principales capacités relevant du Règlement sanitaire international (2005) dans 16 pays clés ; les indicateurs ont été fournis lors de la dernière évaluation de la mise en œuvre du Règlement. Les 13 principales capacités mesurées par cette moyenne sont : la législation, la coordination, la surveillance, la riposte, la préparation, la communication sur les risques, les ressources humaines, les laboratoires, les points d'entrée, les événements d'origine zoonotique, la sécurité sanitaire des aliments, les événements d'origine chimique et les situations d'urgence radiologique. Les principales capacités ont dans un premier temps été décrites dans le Règlement, qui a pour objectif de prévenir la propagation internationale des maladies, de s'en protéger, de la maîtriser et d'y réagir en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux.

Région	Pays	Valeur moyenne de 13 indicateurs relatifs aux principales capacités relevant du Règlement sanitaire international (2005)
Région africaine	Angola	Derniers chiffres datant de 2014 (18 %)
	Cameroun	54 %
	Éthiopie	79 %
	Nigéria	61 %
	République démocratique du Congo	71 %
	Soudan du Sud	Derniers chiffres datant de 2015 (50 %)
	Tchad	40 %
Région de l'Asie du Sud-Est	Bangladesh	76 %
	Inde	98 %
	Indonésie	99 %
	Myanmar	84 %
	Népal	72 %
Région de la Méditerranée orientale	Afghanistan	42 %
	Pakistan	53 %
	Somalie	Derniers chiffres datant de 2014 (6 %)
	Soudan	Derniers chiffres datant de 2014 (71 %)

¹ International Health Regulations (2005) Monitoring Framework – Country profiles (<http://apps.who.int/gho/tableau-public/tpc-frame.jsp?id=1100>, consulté le 21 décembre 2017).

B. VALEURS CHOISIES DES PRINCIPALES CAPACITÉS RELEVANT DU RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) DANS LES PAYS CONCERNÉS PAR LA TRANSITION POUR LA POLIOMYÉLITE

Le tableau ci-dessous détermine les valeurs de mise en œuvre pour certains indicateurs des principales capacités relevant du Règlement sanitaire international (2005) entrant en ligne de compte après l'éradication de la poliomyélite. Une valeur en pourcentage est présentée pour chacune de ces capacités. Ces pourcentages, obtenus à partir d'un questionnaire d'autoévaluation envoyé aux États Parties, sont présentés dans le répertoire de données de l'Observatoire mondial de la santé. Vous trouverez ci-dessous les pourcentages concernant la coordination, la surveillance, la riposte, la préparation, la communication sur les risques, les ressources humaines et les laboratoires.¹

Région	Pays	Pourcentage de mise en œuvre des principales capacités du Règlement sanitaire international (2005)						
		Coordination	Surveillance	Riposte	Préparation	Communications sur les risques	Ressources humaines	Laboratoires
Région africaine	Angola	73 % (2014)	25 % (2014)	28 % (2014)	0 % (2014)	14 % (2014)	20 % (2014)	0 % (2014)
	Cameroun	40 %	90 %	63 %	37 %	86 %	40 %	76 %
	Éthiopie	83 %	95 %	100 %	90 %	100 %	100 %	100 %
	Nigéria	67 %	95 %	40 %	80 %	71 %	80 %	82 %
	République démocratique du Congo	57 %	70 %	65 %	62 %	100 %	100 %	86 %
	Soudan du Sud	80 % (2015)	75 % (2015)	69 % (2015)	90 % (2015)	57 % (2015)	100 % (2015)	51 % (2015)
	Tchad	47 %	75 %	59 %	27 %	57 %	20 %	48 %
Région de la Méditerranée orientale	Afghanistan	30 %	95 %	88 %	28 %	57 %	40 %	76 %
	Pakistan	100 %	70 %	44 %	17 %	29 %	60 %	58 %
	Somalie	10 % (2014)	65 % (2014)	5 % (2014)	16 % (2013)	14 % (2013)	n/d	29 % (2013)
	Soudan	100 % (2014)	80 % (2014)	63 % (2014)	81 % (2014)	71 % (2014)	80 % (2014)	61 % (2014)
Région de l'Asie du Sud-Est	Bangladesh	100 %	100 %	69 %	70 %	57 %	100 %	96 %
	Inde	100 %	100 %	94 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Indonésie	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	Myanmar	90 %	100 %	94 %	90 %	100 %	100 %	70 %
	Népal	100 %	95 %	94 %	80 %	86 %	80 %	100 %

¹ International Health Regulations (2005) Monitoring Framework – Country profiles (<http://apps.who.int/gho/tableau-public/tpc-frame.jsp?id=1100>, consulté le 21 décembre 2017).

ANNEXE 6

**PAYS PRIORITAIRES EN CE QUI CONCERNE LA POLIOMYÉLITE, LA
VACCINATION ET LES URGENCES SANITAIRES**

Pays	Poliomyélite¹	Vaccination	Urgences sanitaires² (groupe 1+2)
Afghanistan	X	X	X
Angola	X		
Bangladesh	X		G3
Cameroun	X		
Éthiopie	X	X	X
Haiti		X	
Inde	X	X	
Indonésie	X	X	
Iraq			
Kenya		X	
Libye			
Madagascar		X	G2
Mali			X
Mozambique		X	
Myanmar	X	X	X
Népal	X		X
Niger		X	X
Nigéria	X	X	X
Ouganda		X	G2
Pakistan	X	X	X
Papouasie-Nouvelle-Guinée		X	
République arabe syrienne			X
République centrafricaine		X	X
République démocratique du Congo	X	X	X
Somalie	X	X	X
Soudan	X		X
Soudan du Sud	X	X	X
Tchad	X	X	X
Yémen		X	X

¹ L'Iraq, la Libye, la République arabe syrienne et le Yémen sont également des pays prioritaires à l'échelle régionale en ce qui concerne la transition pour la poliomyélite dans la Région de la Méditerranée orientale.

² G2/G3 – Pays qui ne sont pas inscrits à l'heure actuelle dans la « liste prioritaire » du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, mais qui sont confrontés à des situations d'urgence classées.

ANNEXE 7

**NOMBRE DE MEMBRES DU PERSONNEL DANS LES BUREAUX DE PAYS ET
LES AUTRES STRUCTURES FINANCÉES PAR LE PROGRAMME DE LUTTE
CONTRE LA POLIOMYÉLITE (2018)**

	Pays	Nombre de membres du personnel en 2018
Pays d'endémie	Afghanistan	35
	Nigéria	314
	Pakistan	54
Pays prioritaires où la poliomyélite n'est pas endémique	Angola	65
	Bangladesh	5
	Cameroun	9
	Éthiopie	52
	Inde	15
	Indonésie	3
	Myanmar	3
	Népal	1
	République démocratique du Congo	62
	Somalie	16
	Soudan	6
	Soudan du Sud	15
	Tchad	32
Siège, bureaux régionaux et bureaux de pays de l'OMS	Siège	72
	Afrique (Bureau régional et bureaux de pays)	204
	Asie du Sud-Est (Bureau régional et bureaux de pays)	2
	Europe (Bureau régional et bureaux de pays)	6
	Méditerranée orientale (Bureau régional et bureaux de pays)	61
	Pacifique occidental (Bureau régional et bureaux de pays)	5
Total		1 037

= = =