



Poliomyélite

Rapport du Secrétariat

1. Le Conseil exécutif à sa cent quarantième session a pris note d'une version antérieure du présent rapport.¹ Le texte a été actualisé et révisé compte tenu des délibérations du Conseil et contient aussi désormais une version actualisée du rapport sur les ressources humaines de l'OMS financées par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, qui figurait dans l'annexe du document EB140/46 dont le Conseil a également pris note. Le Conseil a adopté la décision EB140(4) sur la poliomyélite, dans laquelle il priait le Directeur général « de présenter à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé un rapport qui décrit les risques programmatiques, financiers et liés aux ressources humaines résultant de la réduction progressive en cours et, à terme, de la cessation des activités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, ainsi qu'un bilan des mesures prises et prévues pour atténuer ces risques, tout en veillant au maintien des fonctions essentielles liées à la poliomyélite... ». Le rapport demandé figure dans le document A70/14 Add.1.

2. De grands progrès continuent à être réalisés depuis que l'Assemblée mondiale de la Santé a appelé à l'éradication mondiale de la poliomyélite en 1988.² À cette époque, la maladie était endémique dans plus de 125 pays et plus de 350 000 enfants par an étaient paralysés à vie en raison du poliovirus. Aujourd'hui, la transmission du poliovirus sauvage est à son plus bas niveau jamais enregistré, la transmission endémique survenant dans certaines régions de trois pays uniquement, à savoir le Pakistan, l'Afghanistan et le Nigéria (classés selon leur charge de morbidité). En 2016, 37 cas de poliomyélite ont été signalés à l'échelle mondiale. En 2017,³ un cas de poliomyélite a été signalé, la certification au niveau mondial étant par conséquent prévue pour 2020 (au lieu de 2019). Un seul sérotype sauvage (le poliovirus sauvage de type 1) continue à être détecté ; le poliovirus sauvage de type 2 a été officiellement déclaré éradiqué en 2015 et aucun cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage de type 3 n'a été détecté dans le monde depuis novembre 2012. Plus de 16 millions de personnes marchent aujourd'hui alors qu'elles auraient pu être paralysées. On estime que 1,5 million de décès d'enfants ont été évités grâce à l'administration systématique de vitamine A lors des activités de vaccination. Le monde est en passe de réaliser un succès de santé publique mondial historique.

¹ Voir le document EB140/13 et les procès-verbaux de la cent quarantième session du Conseil exécutif, dixième séance, section I (en anglais seulement).

² Résolution WHA41.28, Éradication mondiale de la poliomyélite en l'an 2000 (<http://www.who.int/ihr/polio/resolution4128en.pdf>, consulté le 13 octobre 2016).

³ Toutes les données du présent rapport sont celles disponibles au 8 février 2017.

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

4. En revanche, les risques et les conséquences d'un échec sont importants ; en effet la poliomyélite, maladie à potentiel épidémique, se propagera de nouveau au-delà de ses frontières actuelles et, dans 10 ans, plus de 200 000 nouveaux cas seront de nouveau notifiés chaque année dans le monde. Les progrès sont en outre fragiles, comme il est apparu en août 2016 lorsque quatre nouveaux cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage de type 1 ont été confirmés dans l'État de Borno, au nord-est du Nigéria, première notification dans le pays et dans la Région africaine depuis juillet 2014. Ces risques soulignent la nécessité urgente de parvenir à un monde exempt de poliomyélite de manière rapide et durable, faisant écho à la résolution WHA68.3 (2015), dans laquelle l'Assemblée de la Santé invitait instamment les États Membres à mettre à disposition de toute urgence les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre intégrale et continue du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale. Pour contribuer plus efficacement à l'orientation et à la supervision des progrès accomplis pour interrompre la transmission du poliovirus, le mandat du Comité de suivi indépendant est en cours d'ajustement pour que celui-ci se consacre encore davantage à la réalisation de cet objectif essentiel du Plan stratégique.

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

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

7. En 2016, l'accélération de la planification de la transition s'est poursuivie (voir paragraphes 20 à 25) afin : de garantir une planification efficace et anticipée des ressources humaines à tous les niveaux du Secrétariat pour réduire le nombre de membres du personnel financé par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et les obligations financières qui en découlent ; de comprendre les conséquences de la perte du personnel et de l'infrastructure financés par l'Initiative mondiale sur d'autres secteurs de programme de l'OMS, et les bureaux de pays de l'OMS ; et de contribuer à recenser les possibilités d'intégrer les fonctions consacrées à la poliomyélite dans d'autres secteurs de programme ou les systèmes de santé nationaux, dans la mesure du possible.

8. Les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite continuent de collaborer étroitement avec tous les États Membres ainsi que la communauté internationale du développement au sens large dans le cadre des efforts visant à obtenir rapidement les US \$1,3 milliard¹ supplémentaires nécessaires pour parvenir à un monde libéré durablement de la poliomyélite.

INTERRUPTION DE LA TRANSMISSION DU POLIOVIRUS

9. En 2016, 37 cas de poliomyélite paralytique due au poliovirus sauvage ont été notifiés dans le monde contre 74 en 2015. Ces cas, tous notifiés au Pakistan, en Afghanistan et au Nigéria, étaient dus au poliovirus sauvage de type 1. En 2016 toujours, trois cas dus au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 1 ont été notifiés en République démocratique populaire lao (tous apparus en janvier 2016), contre 32 cas dus aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale dans sept pays en 2015. Deux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale de type 2 distincts ont été détectés dans les États de Borno et de Sokoto (Nigéria) (voir paragraphe 14).

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

10. L'Afghanistan et le Pakistan continuent à être considérés comme une seule entité épidémiologique. En 2016, 20 cas de poliomyélite paralytique ont été notifiés au Pakistan, contre 54 en 2015. En Afghanistan, 13 cas ont été signalés contre 20 en 2015. En 2017, un cas a été notifié en Afghanistan. Les deux pays ont réalisé de grands progrès ces neuf derniers mois et les groupes techniques consultatifs, qui ont examiné les dernières données épidémiologiques en 2016 après la saison de faible transmission du poliovirus, ont conclu que l'interruption rapide de la transmission du poliovirus sauvage était faisable dans les deux pays. Toutefois, cet objectif sera réalisé lorsque l'on aura réussi à atteindre tous les enfants non vaccinés, que l'on aura comblé les lacunes chroniques dans la mise en œuvre de la stratégie et lorsqu'on pourra, dans les zones infectées, vacciner les enfants auxquels il a été difficile d'accéder en raison de l'insécurité. Les réservoirs restants de transmission du poliovirus sauvage sont les trois corridors reliant les deux pays : Afghanistan oriental/Khyber-Peshawar, Grand Kandahar/Hilmand-Quetta et Paktika/Patkya/Khost-Khyber Pakhtunkhwa/zones tribales sous administration fédérale. L'amélioration des opérations (activités de vaccination supplémentaire et surveillance) est désormais au centre des efforts conjoints des programmes des deux pays dans ces trois corridors. La coordination entre les programmes a considérablement progressé en 2016 aux niveaux national et provincial/régional comme entre les districts frontaliers des trois corridors communs de transmission.

11. Au Pakistan, le nombre de cas de poliomyélite notifiés continue à diminuer. Au cours de l'année 2016, ce nombre a été plus bas que jamais dans le pays, mais la surveillance environnementale continue à détecter des poliovirus sur un vaste périmètre géographique, ce qui témoigne de la poursuite de la transmission. Des progrès encourageants ont été démontrés dans deux des trois principaux réservoirs de poliovirus (Karachi et Peshawar) en 2016. Fait particulièrement remarquable, aucun cas de poliomyélite n'a été signalé à Karachi depuis près d'un an et seulement trois échantillons environnementaux positifs ont été relevés depuis mars 2016. La situation dans le réservoir que constitue la zone de Quetta reste préoccupante puisque la transmission locale du poliovirus sauvage se poursuit et est associée à l'émergence d'un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 depuis juin 2016. En outre, une flambée de poliomyélite sévit dans la province du Sindh, avec

¹ Pour des informations actualisées sur les ressources financières ou le budget, voir <http://polioeradication.org/financing/> (consulté le 6 mars 2017).

quatre cas signalés au cours du second semestre de 2016. Le bureau du Premier Ministre supervise directement un plan d'action d'urgence national contre la maladie. Aux niveaux fédéral et provincial/régional, des centres opérationnels d'urgence assurent, presque en temps réel, le suivi des activités, la mise en œuvre de mesures correctives, ainsi qu'une responsabilisation et une prise en main accrues à tous les niveaux. Le plan national a surtout pour but de recenser les enfants qui échappent systématiquement à la vaccination, de déterminer pourquoi ils y échappent et de mettre en œuvre des approches spécifiques région par région afin de surmonter ces difficultés. Grâce à cela, des stratégies novatrices sont mises en œuvre, les insuffisances opérationnelles du programme sont de plus en plus corrigées et l'accès continue à s'améliorer dans des zones auparavant inaccessibles. On observe une augmentation du niveau de couverture vaccinale dans le corridor Peshawar-Khyber et à Karachi. Des efforts concertés sont entrepris pour améliorer les mécanismes de supervision et de suivi dans la zone de Quetta et dans la province du Sindh. Le Pakistan est bien placé pour parvenir à éradiquer la poliomyélite, grâce à un engagement des acteurs politiques à tous les niveaux. Pour réussir, ils devront affirmer leur rôle directeur et veiller au maintien des opérations tout au long de la prochaine période des élections nationales.

12. En Afghanistan, l'éradication de la poliomyélite est en tête du programme du Gouvernement pour la santé. En 2015 et 2016, les pouvoirs publics ont intensifié leurs efforts en vue d'accélérer l'éradication de la poliomyélite au niveau national dans un contexte de défis complexes et multiples, notamment une insécurité et des conflits croissants dans de nombreuses régions du pays. Le plan d'action d'urgence national continuera à servir de document d'orientation pour les activités d'éradication de la poliomyélite. Des centres d'opérations d'urgence fonctionnent aux niveaux national et régional dans le but d'intensifier, de guider et de coordonner les efforts de l'ensemble des partenaires en vue de la mise en œuvre du plan d'action d'urgence national, dans un cadre commun. La plupart des régions de l'Afghanistan sont exemptes de poliomyélite, mais le poliovirus sauvage continue de circuler dans certaines zones géographiques localisées des régions de l'est et du sud du pays. En 2016, le pays a notifié un total de 13 cas dans seulement quatre districts. Deux zones géographiques sont d'une importance particulière : le district de Bermel, dans la province de Paktika, et le district de Sheegal, dans la province de Kunar, où ont été signalés 11 des 13 cas détectés en 2016.

13. Au Nigéria, quatre nouveaux cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage de type 1 ont été confirmés en juillet et août 2016 dans l'État de Borno : il s'agissait des premières notifications dans le pays depuis juillet 2014. Le séquençage génétique des virus isolés indique qu'ils sont le plus étroitement apparentés à un poliovirus sauvage de type 1 détecté pour la dernière fois en 2011 dans l'État de Borno. Du fait du manque d'accès et de l'incapacité à mener des activités de vaccination de haute qualité et à effectuer une surveillance dans de nombreuses zones de l'État, il est probable que cette souche ait circulé sans être détectée dans cette population inaccessible depuis cette date. Le Gouvernement du Nigéria a immédiatement organisé une riposte énergique, conformément aux protocoles internationaux révisés en matière de riposte aux flambées. En effet, les autorités ont organisé cinq cycles d'activités de vaccination supplémentaire à grande échelle visant à administrer des doses supplémentaires du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent dans un intervalle court. Le Gouvernement du Nigéria a déclaré que la flambée constituait une urgence de santé publique nationale. Parallèlement, des mesures supplémentaires sont en cours de mise en œuvre afin de renforcer la sensibilité de la surveillance au niveau infranational. La riposte s'inscrit dans le cadre d'une riposte à la flambée plus vaste au niveau régional, en coordination avec les pays voisins, en particulier la sous-région du lac Tchad, notamment le nord du Cameroun, certaines parties de la République centrafricaine, le Tchad et le sud du Niger. Lors de la soixante-sixième session du Comité régional pour l'Afrique (Addis-Abeba, 19-23 août 2016), les ministres de la santé ont déclaré que la flambée de poliomyélite constituait une urgence de santé publique pour les pays de la sous-région du lac Tchad. La détection de ces cas met en évidence le risque que pose le faible niveau de transmission non détectée ainsi que la nécessité urgente de renforcer partout la surveillance infranationale. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a examiné et révisé les plans des activités

de vaccination supplémentaire afin de répondre aux besoins d'approvisionnement en vaccin antipoliomyélitique oral bivalent liés à cette riposte à la flambée, tout en veillant à ce que les autres pays à haut risque soient capables de maintenir des niveaux élevés d'immunité de la population.

Poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale

14. Fin 2015 et début 2016, les États Membres touchés par des flambées de poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale ont intensifié leur riposte afin de garantir l'interruption de la circulation de ces virus avant le passage synchronisé à l'échelle mondiale du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent début 2016 (voir paragraphe 6). En 2016, un cas de poliomyélite due au poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale a été notifié dans l'État de Sokoto, au Nigéria. Un autre poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 a été confirmé dans l'État de Borno ; il a été isolé à partir d'un échantillon environnemental (prélevé en mars 2016) et des échantillons de selles (recueillis en août 2016) chez un contact en bonne santé d'un des cas de poliomyélite due au poliovirus sauvage de type 1 (voir paragraphe 13), lors des activités de surveillance accrue menées dans la zone. Le séquençage génétique de cette souche vaccinale indique qu'elle circule depuis près de quatre ans dans la zone et qu'elle a été détectée pour la dernière fois au nord du Nigéria en novembre 2014. Du fait du manque d'accès dans plusieurs zones et de l'incapacité à mener des activités de vaccination de haute qualité et à effectuer une surveillance dans les zones prioritaires de l'État de Borno, il est probable que la souche ait circulé sans être détectée dans cette population inaccessible. Des plans de riposte multipays, notamment l'amélioration de la qualité de la surveillance au niveau infranational dans la sous-région du lac Tchad, continuent d'être mis en œuvre. Le Gouvernement du Nigéria a immédiatement lancé une riposte intégrale, conformément aux nouveaux protocoles en matière de détection des poliovirus de type 2 dérivés d'une souche vaccinale durant la période suivant le passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent. À la demande des autorités du Nigéria, le Directeur général a autorisé la mise en circulation du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 à partir de la réserve mondiale en vue d'une utilisation dans le cadre de la riposte. La République démocratique populaire lao a connu une flambée due au poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (type 1) et aucun cas n'a été signalé dans le pays depuis le 11 janvier 2016. Néanmoins, on constate dans plusieurs pays une persistance des lacunes dans la qualité de la surveillance infranationale dans des zones clés où une circulation des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale avait été précédemment confirmée, notamment certaines parties de la Guinée.

15. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite suit de près la présence du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2 dans toutes les sources. La détection de telles souches dans les premiers 6 à 12 mois qui suivent le passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent est attendue, étant donné que les enfants qui avaient précédemment reçu le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent continueront d'excréter la souche de type 2 que contenait au départ le vaccin trivalent pendant une période limitée. Chaque détection d'un virus dérivé d'une souche vaccinale de type 2, quelle qu'en soit la source, entraîne l'activation immédiate aux niveaux mondial, régional et national du système de gestion des incidents nouvellement créé, afin d'effectuer une évaluation des risques approfondie associée à la souche isolée et de mettre en œuvre, le cas échéant et si nécessaire, une riposte à la flambée, notamment l'accès à la réserve mondiale de vaccins antipoliomyélitiques oraux monovalents de type 2. Le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 a été mis en circulation à partir de la réserve mondiale en vue de la mise en œuvre d'activités de riposte dans les pays de la sous-région du lac Tchad (Cameroun, Niger, Nigéria, République centrafricaine et Tchad), ainsi qu'au Mozambique et au Pakistan. En Inde et au Pakistan, des doses fractionnées du vaccin antipoliomyélitique inactivé ont été utilisées en réponse à la détection dans l'environnement de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2. De nouvelles données probantes indiquent que le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2 est plus efficace qu'on ne le supposait précédemment. Ces nouvelles données, analysées par le Groupe stratégique

consultatif d'experts sur la vaccination lors de réunions récentes (Genève, 18-20 octobre 2016¹ et 9-10 février 2017²), corroborent la révision des protocoles mondiaux de riposte aux flambées, un nombre moindre de cycles d'activités de vaccination supplémentaire étant nécessaire.

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

16. Les épisodes de propagation internationale du poliovirus se sont poursuivis en 2016, le poliovirus circulant de part et d'autre de la frontière commune entre l'Afghanistan et le Pakistan. Pour atténuer le risque et les conséquences d'une nouvelle propagation internationale des poliovirus, il faut : mettre pleinement en œuvre les stratégies d'éradication dans les zones infectées restantes ; appliquer l'ensemble des recommandations temporaires émises par le Directeur général au titre du Règlement sanitaire international (2005) ; et renforcer la surveillance au niveau mondial ainsi que les plans de préparation à la riposte aux flambées par l'ensemble des États Membres pour faciliter une riposte rapide face aux nouveaux cas de détection de poliovirus. Lors de sa téléconférence (7 février 2017), le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la propagation internationale du poliovirus a recommandé de prolonger de trois mois supplémentaires les recommandations temporaires.

RETRAIT PROGRESSIF DES VACCINS ANTIPOLIOMYÉLITIQUES ORAUX

17. Le remplacement réussi du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (voir paragraphe 6) a été une étape décisive ; il s'agissait en effet du plus grand retrait jamais organisé d'un vaccin et de l'introduction en parallèle d'un autre vaccin. À la fin septembre 2016, l'ensemble des États Membres avaient confirmé le remplacement par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent. Cette réalisation témoigne de l'engagement extraordinaire, du leadership et de la participation de tous les États Membres. La cessation de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral est nécessaire pour éliminer les risques à long terme très rares des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale associés à son utilisation et représente une stratégie prioritaire du Plan pour la phase finale, lequel avait été approuvé par le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination et l'Assemblée de la Santé.

18. Pour préparer le remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, tous les pays s'étaient engagés à introduire au moins une dose du vaccin antipoliomyélitique inactivé dans leurs programmes de vaccination systématique. Le niveau d'engagement dont les pays ont fait preuve pour atteindre cet objectif a été exceptionnel. Lors de sa réunion d'octobre 2016, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a constaté que l'approvisionnement en vaccins antipoliomyélitiques inactivés avait baissé en raison de difficultés rencontrées par les fabricants pour augmenter la production et que l'approvisionnement en vaccins à l'échelle mondiale resterait faible jusqu'en 2018.³ On privilégie l'approvisionnement en vaccins

¹ Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2016 – conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2 décembre 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251810/1/WER9148.pdf?ua=1>, consulté le 7 mars 2017).

² Le rapport de la réunion sera disponible sur le site Web de l'OMS à l'adresse <http://www.who.int/immunization/policy/sage/fr/>.

³ Réunion du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, octobre 2016 – conclusions et recommandations. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, 2 décembre 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/251810/1/WER9148.pdf?ua=1>, consulté le 7 mars 2017).

disponibles pour la vaccination systématique dans les zones à risque plus élevé de circulation du poliovirus de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (pays des groupes 1 et 2). Tous les efforts possibles sont déployés pour garantir que les pays à faible risque restants reçoivent des approvisionnements en vaccins antipoliomyélitiques inactivés en 2018. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite explore, avec les États Membres et les bureaux régionaux de l'OMS, la faisabilité de la mise en place de stratégies d'économies de doses telles que l'administration de doses fractionnées intradermiques du vaccin antipoliomyélitique inactivé. Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination a aussi vivement recommandé que les pays commencent à se préparer à l'administration d'une dose fractionnée du vaccin antipoliomyélitique inactivé par voie intradermique selon un calendrier prévoyant deux doses, au lieu d'une dose complète unique par voie intramusculaire, une recommandation réitérée par le groupe de travail sur la poliomyélite du Groupe stratégique lors de sa dernière réunion (Genève, 9 et 10 février 2017). Certains États Membres, notamment le Bangladesh, l'Inde et Sri Lanka, ont déjà adopté des schémas à doses fractionnées dans leurs programmes de vaccination afin de garantir la disponibilité de quantités suffisantes du vaccin antipoliomyélitique inactivé pour continuer la vaccination de la cohorte de naissance complète.

CONFINEMENT

19. Les efforts de confinement des poliovirus de type 2 ont progressé en 2016, suite à la publication du 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 par type et l'arrêt progressif de l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (GAP III).¹ Au 17 janvier 2017, 175 pays et territoires ont indiqué qu'ils ne détenaient plus de poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale de type 2, 18 ont indiqué qu'ils en détenaient et 12 pays étaient sur le point d'achever leurs rapports. Jusqu'à présent, 30 pays ont désigné 75 établissements essentiels chargés de conserver les poliovirus de type 2, mais certains pays doivent encore désigner l'autorité nationale chargée du confinement qui aura pour responsabilité de certifier que ces établissements respectent les exigences en matière de confinement énoncées dans le GAP III. En appui aux efforts des États Membres pour achever la phase I du GAP III, le Secrétariat élabore actuellement des orientations en vue d'aider les établissements à identifier les échantillons susceptibles de receler des poliovirus de type 2, recommandant leur destruction ou leur manipulation sûre et sans risque. En appui à la mise en œuvre de la phase II, le Secrétariat a sensibilisé au confinement et au renforcement des capacités nationales en formant le personnel des autorités nationales au confinement et les établissements détenant des poliovirus essentiels à la mise en œuvre du GAP III et à la certification. L'OMS a publié le dispositif de certification du confinement à l'appui du Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus,² qui vise à aider les autorités nationales chargées du confinement dans leurs efforts pour certifier que les établissements respectent les exigences énoncées dans le GAP III, en consultation avec la Commission mondiale de la certification de l'éradication de la poliomyélite. En outre, une formation est actuellement dispensée aux vérificateurs qui seront appelés à participer aux contrôles du confinement dans les établissements détenant des poliovirus essentiels. Grâce à ce soutien, les États Membres concernés devraient achever la phase I rapidement et progresser vers la phase II du Plan d'action mondial, en faisant participer officiellement les établissements concernés au processus de certification.

¹ Document WHO/POLIO/15.05 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208873/1/WHO_POLIO_15.05_fre.pdf, consulté le 7 mars 2017).

² Le dispositif de certification du confinement visant à appuyer le Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus (GAP III-CCS) (disponible à l'adresse http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/02/CCS_2016EN.pdf, consulté le 8 mars 2017) remplace et annule la vérification par l'OMS qui certifiait le respect du GAP III par les établissements essentiels détenant des poliovirus (annexe 4).

PLANIFICATION DE LA TRANSITION

20. La planification de la transition (précédemment appelée planification de la transmission des acquis) s'est intensifiée en 2016 et 2017. La planification de la transition au sein de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a trois objectifs : 1) garantir que les fonctions nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite après l'éradication de la maladie sont intégrées dans les programmes nationaux de santé publique permanents ; 2) garantir que les enseignements tirés des activités d'éradication de la poliomyélite sont ensuite partagés avec d'autres initiatives dans le domaine de la santé et tous les États Membres ; et 3) si cela est possible et approprié, assurer le transfert de capacités, d'actifs et de processus pour répondre à d'autres priorités sanitaires. Outre les trois objectifs spécifiques au programme, des efforts sont en cours à l'échelle de l'Organisation pour évaluer les importants risques en matière de financement, de ressources humaines, de programmes et de capacités nationales, associés à la baisse du financement de la lutte contre la poliomyélite et à l'éventuelle cessation des activités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite du fait de l'éradication de la maladie.

21. En avril 2016, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a publié les budgets détaillés pour 2016-2019,¹ montrant la baisse des dépenses à partir de 2017 pour chaque pays, région et activité. Ces budgets ont donné l'élan au processus de planification de la transition au niveau national, lequel devrait être dirigé par les pays, conformément à leurs priorités et objectifs sanitaires nationaux. Ces budgets contribuent aussi à orienter la planification des ressources humaines, pour conduire à une réduction des niveaux des effectifs et, par conséquent, des obligations finales pour l'Organisation. Comme l'a constaté l'Assemblée mondiale de la Santé en 2014,² l'OMS est responsable des coûts d'indemnisation importants pour les contrats résiliés du fait de la clôture des programmes, en raison du nombre important de contrats conférant ou non le statut de membre du personnel financés à partir de fonds spécifiques à la lutte contre la poliomyélite, en particulier dans la Région africaine. Les détails d'une étude indépendante menée en septembre 2016, et des informations actualisées depuis la réalisation de l'étude, sont fournis dans l'annexe au présent document.

22. L'OMS et les autres partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont fourni une assistance technique aux États Membres dans le cadre des efforts de planification de la transition. Les 16 pays ayant la plus importante infrastructure financée par le programme de lutte contre la poliomyélite élaborent actuellement leur plan de transition. Suite à la détection du poliovirus sauvage de type 1 au Nigéria, les efforts visant à la planification de la transition ont été ralentis au Nigéria et dans d'autres pays de la sous-région du lac Tchad ; toutefois, il ne faut pas perdre la dynamique actuelle et la planification devrait se poursuivre dans les autres pays, en coopération étroite avec les autres parties prenantes concernées, notamment les donateurs.

23. L'OMS et les autres partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont introduit un processus visant à élaborer des plans de transition propres aux différents organismes. Au Siège de l'OMS, le Comité d'orientation mondial sur la planification de la transition a été créé en 2016 ; il réunit des représentants des Régions concernées et des départements du Secrétariat. Un groupe de travail sur les ressources humaines pour la transition mondiale a aussi été établi à l'échelle de l'ensemble de l'Organisation, afin d'identifier et de gérer pleinement les risques en matière de

¹ Document WHO/POLIO/2016.03 (disponible à l'adresse http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/10/FRR2013-2019_April2016_EN_A4.pdf, consulté le 8 mars 2017).

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

ressources humaines et les responsabilités associées (voir l'annexe) ; une étude indépendante a été commandée, et menée en septembre 2016, pour évaluer les capacités nationales et les risques programmatiques pour l'OMS, et élaborer des recommandations appropriées pour examen par le Groupe de la politique mondiale et les organes directeurs de l'OMS. Suite à la décision EB140(4) (2016) du Conseil exécutif, le Secrétariat prépare un rapport sur la planification de la transition pour la poliomyélite à présenter à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé. Une réunion des États Membres se tiendra fin avril 2017 pour discuter du premier projet de ce rapport.

24. En 2016, un comité de suivi indépendant pour la transition a été créé pour suivre et orienter de manière indépendante les aspects nationaux et mondiaux de la planification de la transition, en établissant des rapports sur les progrès accomplis et sur l'engagement.

25. Dans le cadre des efforts de planification de la transition menés aux niveaux national, régional et mondial, le Secrétariat travaille aussi avec les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour mettre au point une stratégie postcertification qui permettra de définir les fonctions essentielles nécessaires, après la certification, afin de conserver un monde exempt de poliomyélite et d'en établir les coûts. L'élaboration de cette stratégie passera par de vastes consultations avec l'ensemble des États Membres, y compris des discussions par les comités régionaux, préalablement à sa mise au point finale avant la Soixante et Onzième Assemblée de la Santé en 2018.

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

26. Grâce à la générosité et au soutien continu de la communauté internationale de développement, notamment les États Membres (en particulier les pays où la poliomyélite est endémique), les organisations multilatérales et bilatérales, les banques de développement, les fondations et le Rotary International, l'intégralité du budget pour les activités prévues en 2016 a été financé. Des efforts sont en cours pour mobiliser US \$1,3 milliard¹ supplémentaires, d'ici la mi-2017, afin de financer pleinement le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale pour parvenir à un monde durablement libéré de la poliomyélite et à la certification mondiale d'ici 2020. Outre les avantages humanitaires importants de l'éradication de la poliomyélite, les efforts sont également liés à des avantages économiques considérables. Un monde exempt de poliomyélite permettra de réaliser des économies s'élevant au total à plus de US \$50 milliards (avec un montant de US \$27 milliards déjà obtenu). Ces fonds pourront être utilisés pour répondre aux besoins pressants de santé publique et de développement. La mobilisation rapide des fonds supplémentaires nécessaires est essentielle pour parvenir à un monde durablement libéré de la poliomyélite. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a publié un document exposant une argumentation en faveur des investissements² à consacrer à l'éradication de la poliomyélite, fournissant une synthèse claire de la justification au plan économique et humanitaire de la poursuite des investissements dans l'Initiative.

¹ Les informations les plus récentes sur les ressources financières et le budget sont disponibles à l'adresse <http://polioeradication.org/financing/> (consulté le 7 mars 2017).

² Disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/03/InvestmentCase.pdf> (consulté le 10 avril 2017, résumé d'orientation en français disponible à l'adresse http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2017/04/InvestmentCase_ES_20170407_FR.pdf).

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

27. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport, y compris les informations présentées en annexe, et à inviter instamment les États Membres à assurer pleinement la mise en œuvre de la résolution WHA68.3 (2015).

ANNEXE

**RESSOURCES HUMAINES DE L'OMS FINANCÉES PAR L'INITIATIVE
MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE :
LE POINT DE LA SITUATION**

1. Le présent document fait le point sur les ressources humaines financées par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite,¹ comme l'a demandé le Comité du programme, du budget et de l'administration du Conseil exécutif.² Le rapport, qui a été examiné par le Conseil en janvier 2017 et dont celui-ci a pris note,³ a également été révisé à la lumière des observations formulées au cours des débats du Conseil.

2. Pour donner suite au sixième rapport annuel du Comité consultatif indépendant d'experts de la surveillance,⁴ une étude indépendante a été entreprise en septembre 2016 afin de faire le point sur les ressources humaines de l'OMS financées par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ; d'établir des prévisions actualisées des obligations financières selon différents scénarios ; et de dégager des priorités pour réduire les obligations financières et mieux planifier les ressources humaines affectées à la poliomyélite.

3. L'évolution récente dans le domaine de la planification de la transition pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et les données actualisées depuis l'étude indépendante menée en septembre 2016 sont exposées ci-après.

PROGRÈS ACCOMPLIS DANS LA GESTION DE LA TRANSITION

4. Plusieurs mesures ont été prises et des initiatives mises en œuvre dans le double but de perfectionner le plan de transition postéradication et de limiter l'étendue des obligations financières potentielles résultant de la résiliation des engagements.

1) Un comité d'orientation sur la planification de la transition postéradication de la poliomyélite à l'échelle de l'Organisation a été créé pour définir une conception commune, à tous les niveaux du Secrétariat, des risques programmatiques, organisationnels et financiers importants que présente la diminution des budgets et, à terme, la clôture de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ; pour repérer les facteurs atténuants ; et pour étudier la possibilité d'intégrer les fonctions essentielles et les ressources consacrées à l'éradication de la poliomyélite dans d'autres programmes (surveillance, intervention en cas de flambée, vaccination et systèmes de santé, par exemple). Des comités similaires ont été mis en place dans la Région africaine, la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région de la Méditerranée orientale afin d'élaborer des plans de transition spécifiques aux Régions et aux pays.

¹ Document EB140/46, annexe.

² Voir le document EB140/5.

³ Voir les procès-verbaux du Conseil exécutif à sa cent quarantième session, dixième séance, section 1 (en anglais seulement).

⁴ Voir le document EBPBAC24/2 (http://apps.who.int/gb/pbac/pdf_files/pbac24/PBAC24_2-fr.pdf, consulté le 8 mars 2017).

- 2) Un groupe de travail spécial sur les ressources humaines, faisant rapport au Comité d'orientation, a été créé pour planifier et gérer avec prévoyance les ressources humaines – ayant ou non le statut de membres du personnel – du programme d'éradication, afin de réduire les indemnités dont l'OMS sera redevable et de favoriser, dans la mesure du possible, leur réaffectation à d'autres secteurs de programme, sans mettre en péril la réalisation en temps voulu de l'éradication.
- 3) Le groupe de travail spécial sur les ressources humaines a mis au point une base de données spécifique aux ressources humaines pour la poliomyélite qui est constamment mise à jour. La base de données permet un suivi constant, y compris la production mensuelle d'un tableau de bord qui est soumis à l'examen du Directeur du Département Éradication de la poliomyélite et du Directeur des ressources humaines et qui indique les prochaines dates d'échéance des contrats et des départs à la retraite, ainsi que les postes nouveaux ou supprimés et les dépenses de personnel. La base de données est la source de l'ensemble des informations sur les ressources humaines fournies dans le présent rapport (qui ont fait l'objet d'un rapprochement avec les chiffres issus des études indépendantes notifiés précédemment).
- 4) Les cibles de réduction budgétaire pour la période 2016-2019 ont été fournies à l'ensemble des bureaux régionaux qui ont en conséquence commencé à planifier une réduction des effectifs.
- 5) Le Bureau régional de l'Afrique a engagé un administrateur chargé de la planification qui se consacrera entièrement à la transition et a appelé tous les chefs des bureaux de l'OMS dans les pays à s'impliquer dans le processus. Les plans visant à réduire de plus d'une centaine de membres du personnel les effectifs dans les bureaux de pays (à l'exclusion du Nigéria et des pays à risque autour du lac Tchad) sont d'ores et déjà appliqués en 2017, et de nouvelles réductions auront lieu en 2018 et 2019. Certaines de ces réductions apparaissent dans le présent rapport, alors que d'autres, en cours, apparaîtront dans les rapports futurs une fois enregistrées par le Système mondial de gestion (GSM). Le Bureau régional de l'Afrique met en place des projets pour aider les membres du personnel concernés à se préparer à travailler ailleurs que pour le programme de lutte contre la poliomyélite. Ainsi, des ateliers portant sur les entretiens basés sur les compétences, la rédaction d'un curriculum vitae et d'autres activités de perfectionnement professionnel ont été organisés en Angola, en Éthiopie et en République démocratique du Congo.
- 6) Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, le bureau de pays de l'OMS en Inde a entrepris de réduire graduellement les effectifs du programme de lutte contre la poliomyélite. Dans le contexte de la transition, le gouvernement fédéral et les gouvernements des États prendront à leur charge jusqu'à 50 % des dépenses du programme et de son infrastructure, y compris le personnel, d'ici à 2020. En outre, la totalité des véhicules du programme indien de lutte contre la poliomyélite seront vendus ou retirés de la circulation et cette fonction sera sous-traitée. En conséquence, près de 300 accords de services spéciaux avec des chauffeurs ne seront pas renouvelés d'ici à la fin de 2017.
- 7) En 2013, le Directeur général a créé un fonds pour aider à couvrir les coûts d'indemnisation associés à la clôture du programme de lutte contre la poliomyélite. À la fin de 2016, le solde du fonds s'élevait à US \$20 millions, provenant essentiellement de fonds issus des prélèvements en rapport avec l'occupation des postes n'ayant pas été dépensés. Un montant supplémentaire de US \$20 millions a été identifié au début de 2017, provenant d'investissements exceptionnels et de recettes en devises réalisés en 2016, dont le Directeur général a autorisé le versement au fonds d'indemnisation du personnel employé dans la lutte

contre la poliomyélite. Le financement total disponible pour ces coûts d'indemnisation s'élève par conséquent désormais à US \$40 millions. D'ici la fin de 2019, le fonds d'indemnisation devrait disposer des US \$55 millions nécessaires pour couvrir les frais de licenciement résultant de la fin du programme de lutte contre la poliomyélite. Les états financiers vérifiés (note 6.2.b du rapport financier de l'OMS pour 2016) rendent compte chaque année de la situation financière du fonds d'indemnisation et la dernière mise à jour sera présentée à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé.

8) Un soutien technique est apporté actuellement aux 16 pays prioritaires qui absorbent plus de 90 % des avoirs financés par l'Initiative pour l'élaboration des plans de transition nationaux. Le Secrétariat suit leurs progrès dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces plans de transition au niveau du Siège et au niveau régional.

9) Les États Membres pourront avoir accès de manière ininterrompue aux données relatives au programme de lutte contre la poliomyélite par l'intermédiaire du site, actuellement en cours d'élaboration, qui lui sera consacré sur le portail Web de l'OMS.

INVENTAIRE DES RESSOURCES HUMAINES FINANCÉES PAR DES CRÉDITS DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

5. En s'appuyant sur les données recueillies auprès du Système mondial de gestion dans le cadre de l'étude indépendante, qui ont été transmises au Conseil exécutif en janvier 2017,¹ le Secrétariat a conçu une base de données sur les ressources humaines qui permettra d'assurer un suivi constant et de rendre compte aux organes directeurs ; elle sera utilisée pour réduire de manière systématique le niveau des effectifs au fur et à mesure du démantèlement du programme de lutte contre la poliomyélite de l'OMS et pour atténuer les obligations financières qui en découleront pour l'OMS.

Composition globale des effectifs de l'OMS financés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (au 20 mars 2017)

6. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite finance 1346 postes à l'OMS, dont 1080 sont actuellement pourvus.²

7. La plupart des postes pourvus (74 %) se trouvent dans la Région africaine. Viennent ensuite la Région de la Méditerranée orientale (14 %), le Siège (7 %) et la Région de l'Asie du Sud-Est (4 %) (appendice 1).

8. Plus de la moitié des effectifs de l'OMS financés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (55 %) sont affectés aux services d'appui opérationnel et 29 % aux activités de vaccination et de surveillance ; l'appui technique représente 13 % des effectifs et la coordination des activités 3 % (appendice 2).

9. Les contrats conférant le statut de membre du personnel sont répartis entre contrats temporaires (22 %) et contrats à long terme (78 %). Les contrats à long terme sont à nouveau divisés entre

¹ Voir le document EB140/46, annexe.

² Source de l'ensemble des données relatives au personnel : base de données du Système mondial de gestion, 20 mars 2017.

engagements à durée déterminée et engagements continus, les obligations financières étant plus élevées pour les membres du personnel titulaires d'engagements continus (56 % de l'ensemble des membres du personnel).

10. La répartition varie selon les Régions et les bureaux, la Région de la Méditerranée orientale comptabilisant un nombre de contrats temporaires plus élevé que les autres Régions, tandis que dans la Région africaine, la part des membres du personnel titulaires de contrats à long terme est plus importante (appendice 3).

11. Le coût des effectifs employés dans la lutte contre la poliomyélite s'élevait à US \$99,4 millions à la fin de 2016, un montant conforme aux projections établies en août 2016. Ce chiffre n'inclut pas les dépenses afférentes aux agents qui n'ont pas le statut de membres du personnel, celles-ci figurant dans la catégorie des opérations ou activités dans le Système mondial de gestion.

12. De nombreux agents travaillant pour l'éradication de la poliomyélite ont des contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel, en particulier dans les Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale :

- le nombre de contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel s'élevait à 2606 en mars 2017 dans la Région de la Méditerranée orientale, par comparaison à 152 postes de membres du personnel pourvus ; dans ce chiffre sont inclus plus de 1500 titulaires d'accords pour l'exécution de travaux en Afghanistan et au Pakistan, et 701 agents en Iraq, au Pakistan et en Somalie engagés par l'intermédiaire du Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets ;
- la Région africaine a recensé 2752 contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel (en août 2016), dont 551 accords de services spéciaux, contre 799 postes pourvus conférant le statut de membre du personnel en mars 2017 ;
- la Région de l'Asie du Sud-Est totalise 1103 titulaires d'accords de services spéciaux – contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel – dont 90 % travaillent en Inde.

13. Le programme de lutte contre la poliomyélite continue à recourir davantage au personnel titulaire de contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel plutôt qu'aux membres du personnel, afin de disposer d'une flexibilité maximale dans la gestion des ressources humaines et de réduire au minimum les obligations supplémentaires. De 2013 à 2016, le rapport entre les dépenses afférentes aux membres du personnel et celles afférentes aux employés ne disposant pas du statut de membre du personnel a baissé, passant de 45 % à 32 %, et la proportion des effectifs titulaires de contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel dans les dépenses totales de personnel a atteint environ 70 %.

14. Les données relatives aux contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel sont recueillies auprès des points focaux des équipes chargées des ressources humaines dans les bureaux régionaux et compilées manuellement puisqu'elles ne peuvent être extraites directement du Système mondial de gestion. Le Secrétariat recherche un moyen plus efficace de recueillir et analyser les données associées aux contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel, qui comprennent les accords pour l'exécution de travaux, les accords de services spéciaux et les accords locaux avec des entrepreneurs individuels ou des agences de placement.

15. Toutefois, l'analyse actuelle a porté sur les effectifs titulaires de contrats conférant le statut de membre du personnel, car ce sont eux qui entraînent le plus d'obligations financières et nécessitent la plus importante planification des ressources humaines.

Évolution des effectifs financés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

16. Comme il est indiqué dans le rapport présenté au Conseil exécutif en janvier 2017, les effectifs de l'OMS financés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont augmenté de 10 % (98 postes) entre 2013 et 2016. Cette augmentation était nécessaire pour : renforcer les capacités des bureaux de pays dans les pays d'endémie (Afghanistan, Nigéria et Pakistan) ; faire face à la flambée de poliomyélite qui a frappé plusieurs pays du Moyen-Orient en 2014 et le Nigéria en 2016 ; établir un centre régional pour les situations d'urgence et l'éradication de la poliomyélite à Amman ; planifier et mettre en œuvre le retrait à l'échelle mondiale des vaccins antipoliomyélitiques oraux contenant la composante de type 2 ; renforcer les systèmes de vaccination et la surveillance dans les pays à haut risque ; et élaborer des lignes directrices pour le confinement du poliovirus (dans les laboratoires, par exemple) après l'interruption de la transmission.

17. Toutefois, depuis le début de 2017, lorsque le démantèlement progressif de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a débuté dans les pays non endémiques, le nombre global des membres du personnel financé par l'Initiative a diminué de 3 %. Dans trois Régions et au Siège, le nombre des postes pourvus est désormais inférieur au niveau d'août 2016, la réduction dans la Région africaine représentant 27 membres du personnel financés par l'Initiative (appendice 4).

Recours aux crédits de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite dans les Régions et les pays

18. La part que représente le personnel financé par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite dans l'ensemble des effectifs varie d'une Région à l'autre : c'est dans la Région africaine que la proportion est la plus importante (31 %), suivie de la Région de la Méditerranée orientale (16 %) et de la Région de l'Asie du Sud-Est (7 %).

19. Les pays qui font appel le plus fortement aux crédits de l'Initiative, pour plus de 50 % de leurs effectifs, sont l'Angola, le Nigéria, la République démocratique du Congo et le Tchad, et l'Initiative finance 48 % des effectifs au Pakistan. Dans certains pays où la poliomyélite est absente depuis plus de 10 ans, 20 % à 50 % de l'ensemble des postes du bureau de pays sont encore financés par l'Initiative ; ces pays devront rapidement réduire leur dépendance à l'égard de cette source de financement au cours des trois prochaines années, compte tenu de la baisse prévue des fonds venant de l'Initiative.

20. Le Secrétariat travaille à tous les niveaux pour relever les défis stratégiques que représente la baisse du niveau des effectifs qui accompagnera la baisse des budgets consacrés à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite au cours de la période 2017-2019.

OBLIGATIONS FINANCIÈRES ASSOCIÉES AU PERSONNEL DE L'OMS FINANÇÉ PAR DES CRÉDITS DE L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

21. Les analyses du coût des indemnités de licenciement reposent sur les scénarios probables figurant dans l'étude indépendante qui a été présentée pour la première fois aux organes directeurs de l'OMS en 2013 et mise à jour dans le rapport au Conseil exécutif de janvier 2017.

Estimation du coût maximum des indemnités

22. D'après le scénario le plus pessimiste, le coût maximum des indemnités à la clôture du programme en 2019 compte tenu des postes pourvus en août 2016 est estimé à US \$109 millions. Cette estimation n'est guère différente de celle de 2013 (US \$105 millions) malgré l'augmentation des effectifs, principalement du fait :

- de la plus grande souplesse des contrats, qui réduit les obligations financières à prévoir selon le scénario le plus pessimiste de US \$4 millions par rapport au scénario où la proportion de contrats temporaires serait restée la même qu'en 2013 ;
- du renchérissement du dollar américain par rapport aux monnaies locales ; si le taux de change avait été constant, les indemnités auraient été de US \$9 millions plus élevées selon le scénario le plus pessimiste ;
- d'une estimation plus précise des indemnités à prévoir qui permet de prendre des mesures d'atténuation plus acceptables et de diminuer progressivement les ressources au cours de la période 2017-2019 (informations dont on ne disposait pas en 2013) ; les indemnités à verser sur trois ans sont maintenant estimées à US \$55 millions.

23. Les principaux éléments de ce scénario sont les suivants : 1) l'hypothèse que le programme de lutte contre la poliomyélite s'achèvera à la fin de 2019 et que les ressources correspondront aux besoins financiers de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour 2016-2019 ;¹ cela suppose que les bureaux régionaux adaptent leur budget pour 2017 et incluent les réductions budgétaires dans le projet de budget programme et les plans opérationnels pour 2018-2019 ; et 2) la synchronisation partielle des dates d'échéance des contrats avec la clôture du programme et la possibilité de réaffecter certains fonctionnaires de la catégorie professionnelle recrutés sur le plan international au titre de contrats à long terme.

24. Ces scénarios ainsi que les estimations des indemnités, qui figurent à l'appendice 5, seront mis à jour dans les rapports sur la poliomyélite qui sont régulièrement présentés aux organes directeurs. À l'heure actuelle, le seul changement par comparaison au rapport présenté au Conseil exécutif en janvier 2017 (annexe du document EB140/46) concerne le montant réservé aux indemnités de licenciement, qui passe de US \$20 millions à US \$40 millions.

¹ Voir <http://polioeradication.org/financing/financial-needs/financial-resource-requirements-frr/gpei-requirements-2016-2019/> (consulté le 8 mars 2017).

PRIORITÉS DE L'OMS POUR RÉDUIRE LES OBLIGATIONS FINANCIÈRES ET AMÉLIORER LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES AFFECTÉES À LA POLIOMYÉLITE

25. Si l'on se base sur les demandes des États Membres et sur les travaux en cours du Comité d'orientation sur la planification de la transition postéradication de la poliomyélite, il est urgent de prendre les mesures suivantes et d'assurer étroitement leur suivi.

Gestion des ressources humaines

26. De nouvelles mesures doivent être prises pour superviser et suivre de près les décisions concernant le personnel financé par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite :

- création d'une base de données spécifique aux ressources humaines pour la poliomyélite (voir le paragraphe 4) ;
- gestion prévoyante des vacances de poste pour supprimer les postes qui ne sont pas nécessaires et limiter l'augmentation des effectifs, tout en conservant les effectifs nécessaires pour garantir l'interruption de la transmission et faire face aux flambées ;
- recherche de moyens permettant de mieux suivre et contrôler les contrats ne conférant pas le statut de membre du personnel étant donné leur importance pour la planification de la transition. Actuellement, les données sur ce type de contrats sont recueillies manuellement dans le système des achats au niveau des pays et des Régions ;
- collaboration avec le réseau du secteur de programme au sein du Secrétariat pour déterminer les fonctions essentielles financées par la lutte contre la poliomyélite qui pourraient être intégrées dans d'autres programmes, et étudier et optimiser les possibilités de réaffectation interne des fonctionnaires de la catégorie professionnelle recrutés sur le plan international qui seront affectés par la transition ;
- analyse des compétences et des profils d'emploi pour aider les membres du personnel à quitter le programme de lutte contre la poliomyélite ;
- mise en place d'un nouveau processus d'examen et d'approbation par le Directeur du Département Éradication de la poliomyélite (prévoyant la communication régulière d'informations actualisées au groupe de travail spécial sur les ressources humaines) pour tout nouveau contrat à long terme ou poste qu'il est envisagé de financer à l'aide de crédits de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

Gestion du budget

27. Le Département Éradication de la poliomyélite au Siège de l'OMS, travaillant en étroite collaboration avec les bureaux régionaux et le Département Planification, coordination des ressources et suivi des résultats, a veillé à ce que les cibles budgétaires de la lutte contre la poliomyélite révisées à la baisse pour 2017-2019 soient prises en compte dans les propositions concernant le Siège et les Régions soumises en vue de l'établissement du projet de budget programme 2018-2019.

28. Comme beaucoup de bureaux de pays et d'autres programmes de santé sont très dépendants du personnel financé par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et de ses ressources, le Comité d'orientation sur la planification de la transition postéradication de la poliomyélite travaille,

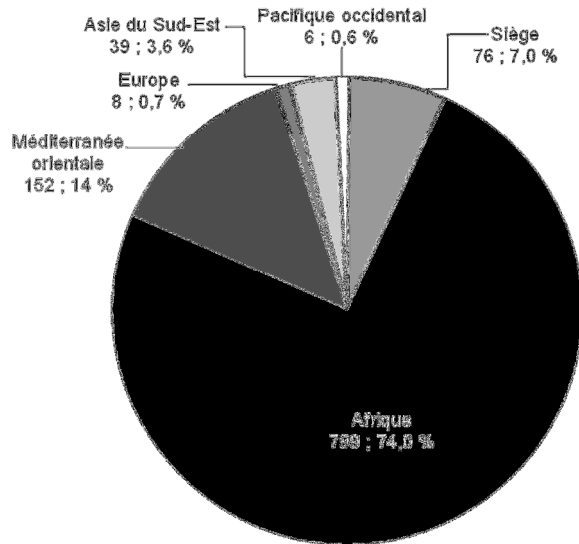
aux différents niveaux de l'Organisation, en étroite collaboration avec les programmes techniques au Siège, dans les Régions et dans les pays, pour déterminer précisément les risques programmatiques qui découleront de la perte des membres du personnel financé par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

Rapports

29. Le Secrétariat continuera à présenter aux États Membres, chaque semestre et conformément aux demandes, des rapports sur les progrès accomplis dans le processus de transition des membres du personnel, compte tenu de la clôture proche du programme de lutte contre la poliomyélite et de la certification de l'éradication dans les années à venir, et sur la limitation des obligations financières.

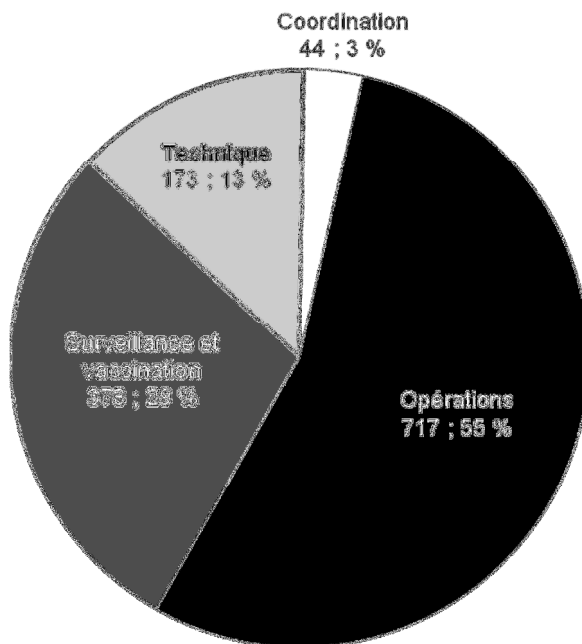
Appendice 1

Personnel par Région



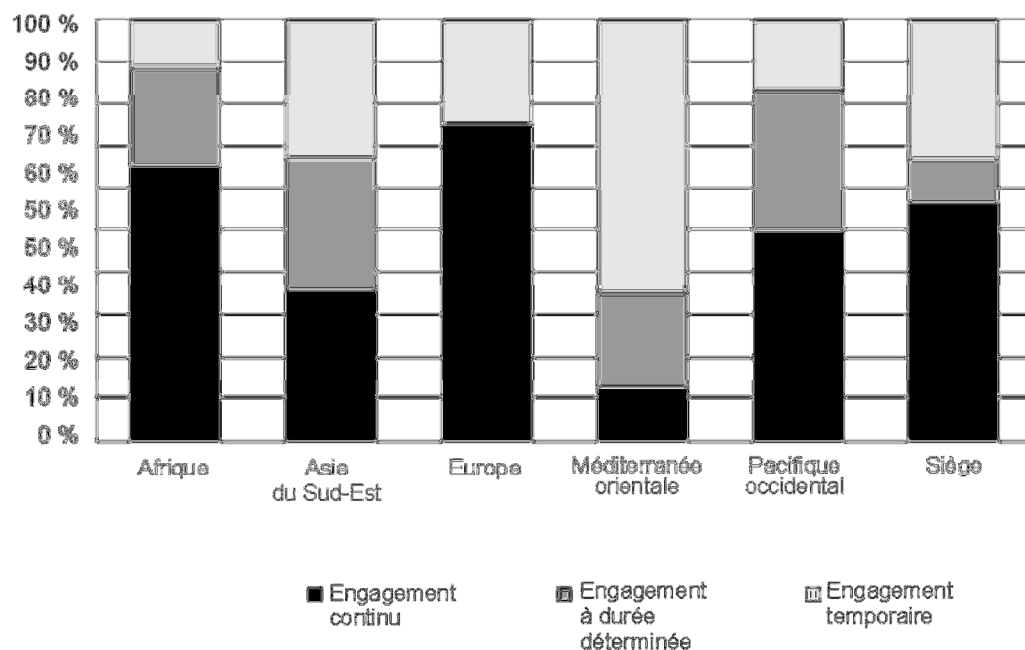
Appendice 2

Personnel par fonction



Appendice 3

Contrats des membres du personnel par Région (sur une échelle de 100 %)



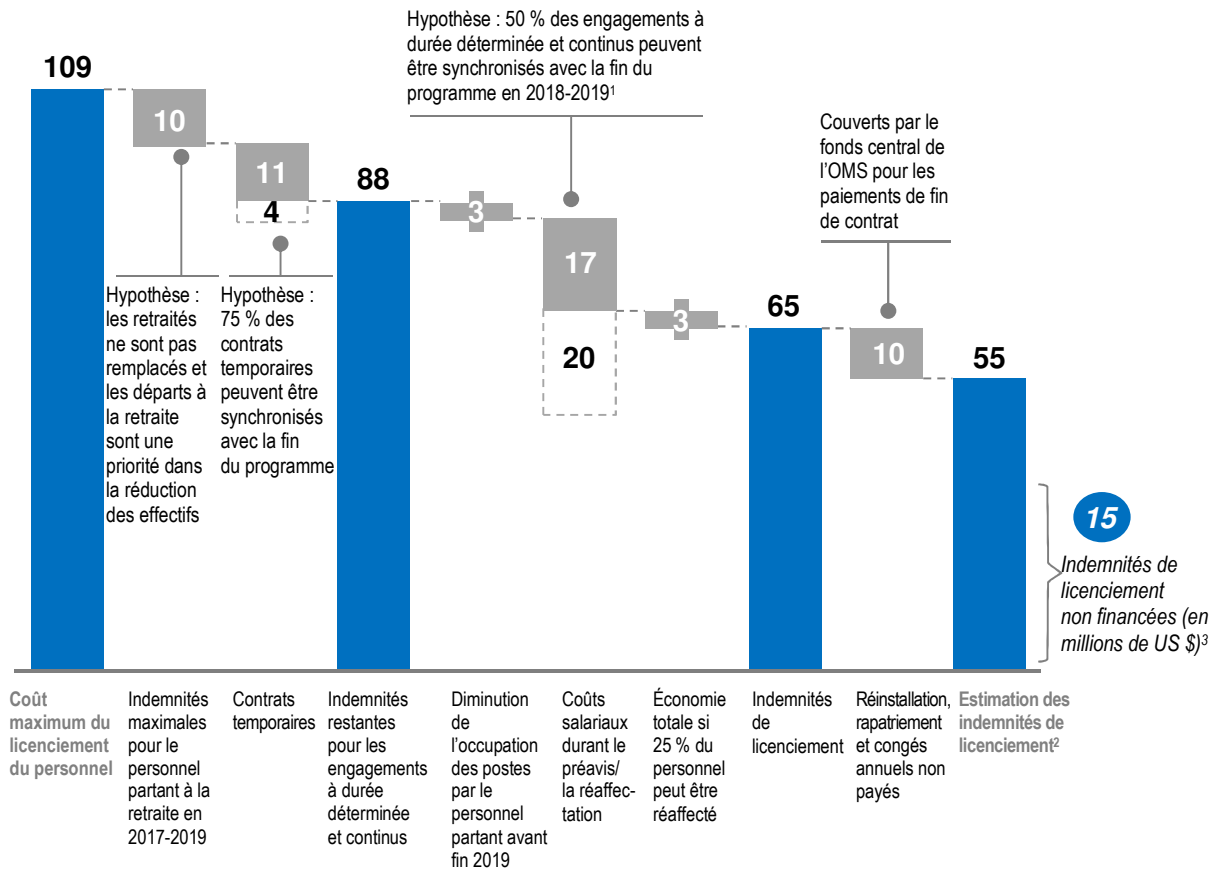
Appendice 4

Effectifs par bureau et par Région

Bureau/Région	Effectifs			
	2013	2016	Mars 2017	2016-2017 Hausse/baisse
Afrique	837	826	799	-3 %
Asie du Sud-Est	41	39	39	
Europe	12	9	8	-11 %
Méditerranée orientale	76	155	152	-2 %
Pacifique occidental	3	6	6	
Siège	50	77	76	-1 %
Total	1 019	1 112	1 080	-3%

Appendice 5

Estimation des indemnités selon les scénarios « coût maximum » et « gestion planifiée » : évolution entre l'estimation du coût maximum des indemnités de licenciement et un scénario de gestion planifiée et de diminutions progressives (en millions de US \$, estimation 2016 des coûts de licenciement à la fin de 2019)



¹ Pas de synchronisation supposée en 2017.

² Dont US \$6 millions en 2017, US \$7 millions en 2018 et US \$42 millions en 2019. D'après les règles s'appliquant actuellement aux ressources humaines ; en cas de révision de la politique qui repousserait l'âge de la retraite à 65 ans, le coût des indemnités serait de US \$3 millions à 4 millions plus élevé.

³ US \$40 millions ont déjà été réservés pour les indemnités de licenciement.

= = =