



Transition pour la poliomyélite et activités postérieures à la certification

Projet de plan d'action stratégique pour la transition

Rapport du Directeur général

1. La Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté en mai 2017 la décision WHA70(9) sur la planification de la transition pour la poliomyélite, priant notamment le Directeur général d'élaborer pour la fin 2017 un plan d'action stratégique pour la transition à soumettre 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. Le Directeur général était prié de définir clairement les capacités et les actifs, surtout au niveau des pays, nécessaires pour pérenniser les progrès dans d'autres domaines programmatiques et faire en sorte que le monde demeure exempt de poliomyélite après l'éradication. L'Assemblée de la Santé a également demandé que soient indiqués de manière détaillée les coûts des capacités et actifs actuellement financés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ainsi qu'un rapport sur les efforts consentis pour mobiliser un financement destiné à assurer la transition pour les capacités et les actifs financés par l'Initiative dans le cadre du budget programme. Après avoir examiné un rapport sur la planification de la transition pour la poliomyélite,¹ le Conseil exécutif a rappelé cette demande dans sa décision EB142(2) (2018). Le présent rapport fait suite à ces demandes.

2. Le projet de plan d'action stratégique couvrant une période de cinq ans est aligné sur le projet de treizième programme général de travail 2019-2023 et vise à renforcer les capacités des pays à atteindre ses principaux buts en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle et de renforcer la sécurité sanitaire mondiale.

3. Pour élaborer le plan d'action, on s'est fondé sur les conclusions d'un examen des projets de plans nationaux de transition pour la poliomyélite de 12 des 16 pays prioritaires pour la transition.² Des données complètes ont été recueillies auprès des pays prioritaires et aux trois niveaux de l'Organisation sur les coûts estimatifs du maintien des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélique. Une analyse a également été effectuée sur les options financières pour 2019 et les projets de budget programme pour

¹ Voir les documents EB142/11 et les procès-verbaux du Conseil exécutif, à sa cent quarante-deuxième session, cinquième séance (en anglais seulement).

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).

2020-2021 et 2022-2023 ; la période de cinq ans correspond à celle du projet de treizième programme général de travail. Une série d'activités proposées avec un échéancier et une procédure de suivi et d'évaluation des progrès a également été prévue pour orienter la mise en œuvre. Une planification supplémentaire sera toutefois nécessaire au niveau des pays entre les secteurs de programme clés de l'OMS en 2018 et au début de 2019 pour veiller à l'application du plan stratégique. Celle-ci sera également affectée par les incertitudes liées à la date de certification de l'éradication du poliovirus, à la structure de la gouvernance de la stratégie postcertification, au programme de transformation de l'OMS et aux nouvelles initiatives concernant le renforcement de la vaccination et la surveillance des maladies à prévention vaccinale lancées aux niveaux régional et mondial. On trouvera dans les annexes des précisions supplémentaires sur le projet de plan d'action stratégique et une page Web spéciale a été établie pour la diffusion d'informations actualisées sur tous les aspects du plan.¹

OBJECTIFS DU PROJET DE PLAN D'ACTION STRATÉGIQUE POUR LA TRANSITION

4. Le projet de plan d'action stratégique qui est aligné sur les spécifications énoncées dans la décision WHA70(9) a trois objectifs essentiels :

- a) maintenir un monde exempt de poliomyélite après l'éradication du poliovirus ;
- b) renforcer les systèmes de vaccination, y compris la surveillance des maladies à prévention vaccinale, afin d'atteindre les buts du Plan d'action mondial pour les vaccins ;
- c) renforcer la préparation aux situations d'urgence, la détection et la capacité de riposte dans les pays afin de mettre en œuvre complètement le Règlement sanitaire international (2005).

5. Ces trois objectifs sont étroitement liés. Après l'éradication, les fonctions essentielles comme la surveillance, les services de laboratoire et l'assistance technique pour la vaccination devront être intégrés dans d'autres secteurs de programme comme la surveillance des maladies à prévention vaccinale, pour garantir une action efficace et durable. Cette intégration entraînera une immunité accrue de la population contre les maladies à prévention vaccinale et une diminution du nombre et de la fréquence des flambées et des urgences de santé publique – dues dans leur grande majorité à des flambées de maladies à prévention vaccinale. La poliomyélite devant être une maladie à déclaration obligatoire après l'éradication en vertu du Règlement sanitaire international (2005), les programmes chargés de la vaccination et des situations d'urgence aux trois niveaux de l'Organisation devront continuer à renforcer leur collaboration en vue d'une riposte rapide et efficace à une flambée ou à un éventuel événement lié à la poliomyélite.

a) Maintenir un monde exempt de poliomyélite après l'éradication du poliovirus

6. Dans la stratégie postcertification,² l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite définit les normes et orientations techniques concernant les fonctions essentielles pour maintenir un monde exempt de poliomyélite.

¹ <http://who.int/polio-transition/en/> (consulté le 3 avril 2018).

² Polio post-certification strategy, disponible à l'adresse <http://polioeradication.org/polio-today/preparing-for-a-polio-free-world/transition-planning/polio-post-certification-strategy> (consulté le 3 avril 2018).

7. La stratégie postcertification comporte trois objectifs pour atténuer les risques actuels et futurs susceptibles de menacer le maintien d'un monde exempt de poliomyélite :

- **confinement des poliovirus** dans des laboratoires, des installations de fabrication de vaccins et d'autres établissements ;
- **protection des populations** aussi bien dans l'immédiat contre les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale par la préparation et la coordination du retrait mondial du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, qu'à plus long terme contre toute réémergence du poliovirus grâce à des vaccins accessibles qui soient sûrs et efficaces ;
- **détection de tout événement lié à la poliomyélite et riposte**, à savoir détection rapide de tout poliovirus grâce à un système de surveillance sensible et au maintien de capacités et de ressources suffisantes pour contenir un éventuel événement lié à la poliomyélite ou y répondre de manière efficace.

8. La stratégie présente les fonctions et capacités essentielles qui seront nécessaires pour atteindre ces trois objectifs, mener à terme le processus de certification et maintenir un monde exempt de poliomyélite après l'éradication.

9. Il est préférable d'intégrer une grande partie des fonctions nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite (comme la surveillance, les réseaux de laboratoires et la riposte aux flambées) dans un système élargi de manière à faciliter la dotation en personnel et la planification financière. D'autres secteurs peuvent tirer d'importants avantages de l'expérience acquise grâce aux synergies existantes (pour la gestion des stocks de vaccins et l'élaboration de la politique de vaccination par exemple). Dans le cadre de l'Organisation, la plupart des fonctions essentielles peuvent directement servir au secteur de la vaccination et de bonnes corrélations et synergies existent entre les deux départements concernés (par exemple en ce qui concerne le passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin bivalent). Certaines fonctions (comme la préparation et la riposte aux flambées, le confinement et éventuellement la gestion des stocks de poliovirus) devront toutefois être étroitement reliées aux fonctions similaires du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.

10. Au niveau des pays, c'est aux gouvernements qu'il incombera d'intégrer les fonctions essentielles dans leur plan national du secteur de la santé à court et à long termes, ainsi que l'a reconnu le Conseil exécutif dans sa décision EB142(2) (2018), et d'allouer les ressources financières nécessaires à leur maintien. Or, si la transition n'est pas bien gérée et exécutée, le maintien des fonctions essentielles et en fin de compte d'un monde exempt de poliomyélite sera sérieusement menacé. Dans bien des États fragiles, l'OMS continuera de jouer un rôle crucial en appuyant la mise en œuvre de la stratégie postcertification. Au niveau des pays, les programmes de vaccination et de gestion des urgences sanitaires devront renforcer leurs capacités d'envisager pleinement l'impact de la transition et d'absorber les fonctions essentielles conformément aux dispositions techniques de la stratégie postcertification.

b) renforcer les systèmes de vaccination, y compris la surveillance des maladies à prévention vaccinale, afin d'atteindre les buts du Plan d'action mondial pour les vaccins

11. Au niveau des pays, les programmes de vaccination dépendaient fortement ces deux dernières décennies des moyens d'infrastructure financés au titre de la lutte contre la poliomyélite pour appuyer l'exécution des fonctions essentielles, comme les systèmes d'information, la surveillance des maladies à prévention vaccinale et les réseaux de laboratoires, l'introduction de nouveaux vaccins, le suivi, la

chaîne du froid et la logistique. En conséquence la baisse progressive des ressources financières de la lutte antipoliomyélitique, et à terme leur disparition, constituent une très sérieuse menace pour les programmes de vaccination.

12. Environ 60 % des 19,5 millions d'enfants non vaccinés ou vaccinés de manière incomplète dans le monde vivent dans les 16 pays prioritaires pour la transition où surviennent par ailleurs selon les estimations près de 90 % des décès dus à la rougeole. Dans ces conditions, il sera très difficile d'atteindre les buts du Plan d'action mondial pour les vaccins si l'on n'arrive pas à compenser la disparition progressive du financement de la lutte antipoliomyélitique. Les risques sont particulièrement prononcés en Afrique : près de 90 % des personnels de vaccination dans la Région africaine sont financés par la lutte contre la poliomyélite et de nombreux États sont fragiles ou enregistrent des résultats chroniquement inférieurs aux attentes, leurs services de vaccination systématique restant très dépendants de l'infrastructure liée à cette lutte.

13. Les risques potentiels sont particulièrement marqués concernant la surveillance des maladies à prévention vaccinale. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite qui finance une grande partie des activités mondiales de surveillance des maladies à prévention vaccinale a jeté les bases des réseaux de laboratoires mondial et régionaux, des liens entre la surveillance au laboratoire et la surveillance épidémiologique et de la détermination de la qualité des résultats mesurés par des indicateurs. Dans les pays prioritaires, le financement de la lutte contre la poliomyélite couvre non seulement les dépenses de personnel mais aussi les coûts liés au transport (y compris le transport des échantillons) et les systèmes de collecte de données/d'information concernant la surveillance des autres maladies à prévention vaccinale. Avec la diminution rapide puis la disparition du financement lié à la lutte contre la poliomyélite, on risque fort de voir disparaître la source primaire des fonds destinés à la surveillance des maladies à prévention vaccinale ce qui affectera les efforts visant à maintenir la qualité des résultats. Les partenaires de la vaccination veulent éviter la menace en suivant une approche globale et en cherchant à élaborer aux niveaux mondial et régional une conception stratégique de la surveillance des maladies à prévention vaccinale alignée sur les priorités des pays et comportant des liens directs avec les programmes de vaccination.

14. Les projets de plans nationaux de transition dans les pays prioritaires montrent que les gouvernements envisagent celle-ci comme une occasion d'investir en faveur du renforcement des systèmes de vaccination. Dans tous les projets de plans nationaux, le renforcement des systèmes de vaccination et la surveillance des maladies à prévention vaccinale constituent la priorité sanitaire essentielle de la transition. Dans bien des pays exempts de la maladie, les actifs de la lutte contre la poliomyélite ont déjà été bien intégrés aux activités plus larges liées à la vaccination.

15. L'objectif du renforcement de la vaccination est entièrement conforme à l'orientation stratégique du treizième programme général de travail – Promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale, servir les populations vulnérables. L'instauration de la couverture sanitaire universelle et la réalisation des objectifs de développement durable liés à la santé reposent sur des investissements en faveur de la prévention par la mise en place de systèmes de vaccination forts, résilients, équitables, capables de combler les déficits de couverture pour que personne ne soit laissé de côté et offrant un accès universel à des vaccins sûrs, efficaces, abordables et de qualité. À l'heure où l'on commence à jeter les bases du programme de vaccination après 2020, il faut absolument que la transition pour la poliomyélite fasse partie du débat et que l'OMS joue à cet égard un rôle de chef de file.

16. Le renforcement de la vaccination est aussi étroitement lié à l'objectif du maintien d'un monde exempt de la maladie. Le risque de voir émerger des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale avant l'arrêt de la vaccination par le vaccin antipoliomyélitique oral et le risque de flambées possibles dues à une réémergence du poliovirus après l'éradication augmenteront en l'absence d'une constante amélioration des taux de couverture par la vaccination systématique.

c) Renforcer la préparation aux situations d'urgence, la détection et la capacité de riposte dans les pays afin de mettre en œuvre complètement le Règlement sanitaire international (2005)

17. Au niveau des pays, les membres du personnel financés au titre de la lutte contre la poliomyélite ont souvent joué un rôle déterminant dans la détection de flambées importantes à cause de leur fonction de surveillance ; ils ont aussi été en première ligne de la riposte aux urgences de santé publique, qu'il s'agisse de flambées de maladies ou de la gestion de catastrophes dans les pays prioritaires. L'infrastructure contre la poliomyélite, surtout au niveau infranational, peut être essentielle non seulement pour la détection et la riposte mais aussi pour la prévention. Dans les évaluations externes conjointes qui font partie du cadre de suivi et d'évaluation du Règlement sanitaire international (2005), la surveillance de la poliomyélite et les réseaux de laboratoires sont considérés comme une ressource essentielle pour les pays dans l'optique du renforcement des principales capacités en vue de l'application du Règlement.

18. Sur les 16 pays prioritaires aux fins de la planification de la transition, 10 sont aussi considérés comme prioritaires par le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire pour le renforcement des capacités nationales (voir l'annexe 4).

19. Le modèle économique national proposé par le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire – un modèle des conditions fondamentales qu'un bureau de pays doit remplir pour pouvoir assurer les opérations d'urgence sanitaire – sera centré 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 de base de l'OMS en tant qu'institution opérationnelle dans les situations d'urgence. Les capacités existantes, financées par la lutte contre la poliomyélite, seront aussi définies dans ces modèles économiques nationaux.

20. Des examens par pays ont permis d'identifier 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 chargés de la vaccination, des vaccins et produits biologiques et de la poliomyélite.

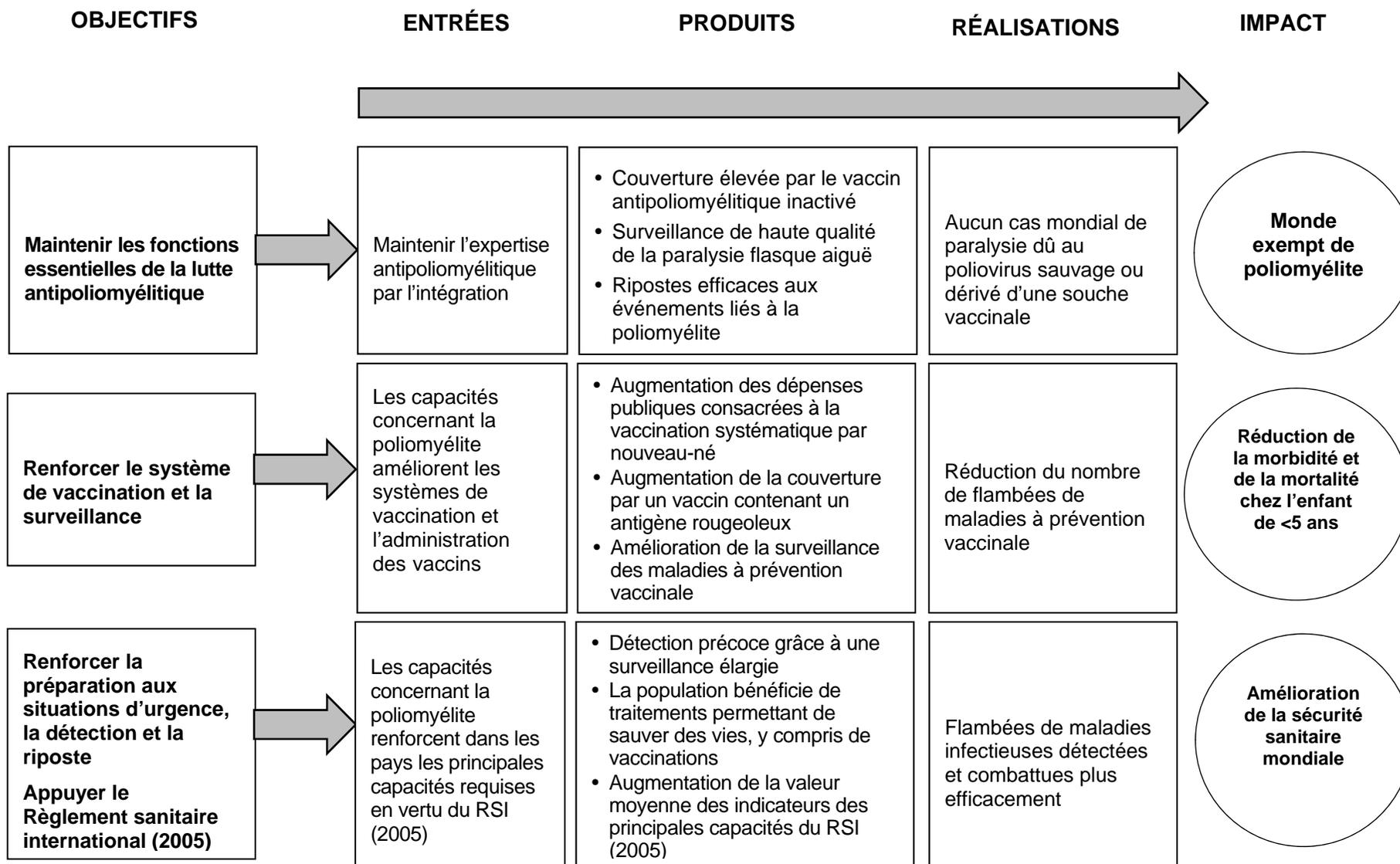
21. Ces capacités permettront à l'OMS de s'acquitter de ses missions, en particulier dans les contextes de fragilité. Après consolidation des principaux postes techniques et opérationnels dans les pays prioritaires, qui intégreront certaines fonctions et capacités liées à la lutte contre la poliomyélite,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

22. 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 seront activement recherchées, 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 de base dans les pays prioritaires. À long terme, la pérennité de ce modèle dépendra des nouvelles contributions sur plusieurs années aux budgets programmes 2020-2021 et 2022-2023 en faveur de l'action de l'OMS dans les situations d'urgence.

23. Cet objectif du projet de plan d'action stratégique est étroitement lié aux deux précédents. Au niveau des pays, en cas d'échec de la vaccination systématique, le programme de gestion des situations d'urgence prend le relais et intervient contre les flambées. Les flambées de maladies à prévention vaccinale constituent la grande majorité des urgences sanitaires auxquelles le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire est amené à riposter. En outre, toute réémergence de la poliomyélite après l'éradication déclenchera une riposte en vertu du Règlement sanitaire international (2005).

24. La Figure montre la chaîne de résultats du plan de transition pour la poliomyélite.

Figure. Chaîne de résultats de la transition pour la poliomyélite



ANALYSE AU NIVEAU DES PAYS À L'APPUI DES OBJECTIFS DU PLAN STRATÉGIQUE

25. En collaboration étroite avec les Bureaux régionaux de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, des données ont été recueillies auprès de chaque pays prioritaire et non prioritaire sur les fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique à maintenir au cours de la période 2019-2023 conformément aux dispositions de la stratégie postcertification – surtout la surveillance de la poliomyélite et les laboratoires, et certaines des principales capacités pour la riposte à d'éventuelles flambées. Ces fonctions sont cruciales pour la réalisation des trois objectifs du projet de plan d'action stratégique.

26. L'analyse des données était fondée sur un modèle type pour les coûts comprenant des catégories spécifiques de besoins financiers de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite correspondant aux fonctions essentielles nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite. Ces catégories étaient notamment les suivantes : coûts de la surveillance et coûts d'exploitation (y compris 50 % pour l'assistance technique, les campagnes de vaccination antipoliomyélitique à grande échelle ne devant plus être appuyées par l'Initiative mondiale au-delà de 2019) ; coûts de laboratoire ; et fonctions et moyens d'infrastructure de base nécessaires pour la riposte aux flambées. Les pays ont utilisé ce modèle pour estimer leurs coûts pour la période correspondant à celle du projet de treizième programme général de travail.

27. Le Tableau 1 contient une synthèse des coûts estimatifs du maintien des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique par l'intégration dans les systèmes de santé nationaux ou le transfert à d'autres secteurs de programme de l'Organisation. On trouvera à l'annexe 1 une ventilation détaillée par pays de la Région africaine et des Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale.

Tableau 1. Coûts estimatifs du maintien des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique par l'intégration ou par le transfert à d'autres programmes de l'OMS en 2019-2023 (en US \$)

	Projet de treizième programme général de travail			
	2018 ^a	2019 ^a	Projet de budget programme 2020-2021 ^e	Projet de budget programme 2022-2023 ^e
Région africaine				
Angola	8 125 623	7 979 824	14 149 666	13 844 145
Cameroun	1 340 467	2 116 532	3 395 047	1 335 890
Éthiopie	4 929 700	4 869 700	5 812 000	5 812 000
Nigéria ^b	61 085 573	-	-	79 368 643
République démocratique du Congo	7 278 160	7 267 150	13 190 010	13 190 010
Soudan du Sud	4 007 120	3 662 040	4 550 004	2 530 000
Tchad	4 372 000	4 125 000	5 450 000	4 800 000
Pays non prioritaires (40)	19 727 222	18 062 040	30 068 440	25 318 960
Total	110 865 865	48 082 286	76 615 167	146 199 648

Projet de treizième programme général de travail				
	2018^a	2019^a	Projet de budget programme 2020-2021^e	Projet de budget programme 2022-2023^e
Région de l'Asie du Sud-Est				
Bangladesh	2 223 000	2 260 000	4 520 000	3 869 375
Inde	26 819 000	25 771 000	55 618 681	60 402 410
Indonésie	1 154 000	1 090 000	1 388 000	1 263 000
Myanmar	1 051 000	1 064 000	1 912 100	1 116 450
Népal	1 307 000	1 327 000	2 654 000	2 654 000
Total	32 554 000	31 512 000	66 092 781	69 305 235
Région européenne				
Pays non prioritaires (12)	267 000	267 000	267 000	267 000
Région de la Méditerranée orientale				
Afghanistan ^b	20 433 483			29 413 711
Pakistan ^b	51 466 882			61 393 768
Somalie	7 536 157	7 536 157	12 814 474	10 443 741
Soudan	2 208 028	2 208 028	3 842 116	3 497 751
Autres pays (3)	5 247 448	5 148 613	9 062 006	8 037 853
Total	86 891 998	14 892 798	25 718 595	112 786 824
Total des pays	230 578 863	94 754 084	168 693 543	328 558 707
Régions et Siège				
Afrique et Équipes d'appui interpays	13 377 778	13 377 778	13 725 556	13 725 556
Asie du Sud-Est	2 417 409	2 322 855	3 816 710	3 816 710
Méditerranée orientale ^c	8 315 933			10 514 604
Pacifique occidentale	2 083 000	2 083 000	2 083 000	2 083 000
Amériques	938 000	938 000	938 000	938 000
Europe	2 202 000	2 202 000	2 202 000	2 202 000
Siège ^d	89 375 000	68 203 000	35 898 000	75 710 000
Total	118 709 120	89 126 633	58 663 266	108 989 870
Total général	349 287 983	183 880 717	227 356 809	437 548 577

^a Financement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite disponible en 2018-2019.

^b Les pays d'endémie (Afghanistan, Pakistan et Nigéria) ne sont pas compris dans cette analyse pour 2019 et 2020-2021 car, pendant cette période, ils seront financés par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et leurs efforts de transition seront mis en œuvre après la certification (qui devrait intervenir en 2021).

^c En raison de la transmission endémique qui subsiste dans la Région de la Méditerranée orientale, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite couvrira les coûts des fonctions essentielles de la Région jusqu'en 2021.

^d Les coûts concernant le Siège pour le projet de budget programme 2022-2023 comprennent un montant de US \$33 millions prévu pour le programme STOP des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique.

^e Les fonds internes ont été annoncés pour couvrir certains des coûts estimés pour 2020-2021 et 2022-2023, comme indiqué au Tableau 2.

OPTIONS FINANCIÈRES

28. Le Tableau 2 indique le montant total estimé des besoins, le montant à couvrir par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 2018-2019, les annonces de contributions ou engagements financiers pris par les gouvernements issus de ressources internes pour 2020-2023 dans les projets de plans de transition nationaux, le fonds de réserve proposé visant à atténuer les risques associés au déblocage des ressources internes et le déficit financier à couvrir par l'OMS au cours de la période 2019-2023. Les besoins financiers font ressortir qu'il faudra prévoir au budget et financer en grande partie par d'autres secteurs de programme de l'OMS les coûts des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélique dans les pays où la maladie n'est pas endémique (ci-après pays de non-endémie), dans les bureaux régionaux et au Siège pour les projets de budget programme 2020-2021 et 2022-2023 ; certaines fonctions essentielles pourront être financées par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite jusqu'à la certification de l'éradication. Pour permettre le passage à un financement par le budget programme de base de l'OMS, les coûts approximatifs pour 2019, 2020-2021 et 2022-2023 ont été compris dans l'argumentaire d'investissement relatif au projet de treizième programme général de travail.

Tableau 2. Options pour le financement des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélique à transférer : 2019-2023 (en US \$)

	2018 ^a	2019 ^a	Projet de budget programme 2020-2021	Projet de budget programme 2022-2023
Coût total estimatif du maintien des fonctions essentielles	349 287 983	183 880 717	227 356 809	437 548 577
Engagements financiers déjà pris				
Contribution à la lutte contre la poliomyélite/ l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ^a	(348 301 983)	(173 804 958)	-	(33 306 000) ^c
Fonds internes/ gouvernements ^b	(986 000)	(8 926 759)	(51 650 758)	(134 409 816)
Atténuation des risques associés au déblocage de fonds internes				
Fonds de réserve proposé (10 % des engagements financiers internes)		1 000 000	5 000 000	14 000 000
Déficit de financement total estimé				
Déficit de financement à couvrir par l'OMS	-	2 149 000	180 706 051	283 832 761

^a Fonds de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite disponibles en 2018-2019. Le montant pour 2019 comprend uniquement le coût du transfert des fonctions essentielles dans les pays et Régions de non-endémie. Dans les pays d'endémie, le transfert des fonctions devrait commencer après la certification de l'éradication (qui devrait intervenir en 2021). Les chiffres entre parenthèses représentent des engagements et des annonces de contributions.

^b Montants effectifs et annoncés : les chiffres provisoires sont tirés des projets de plans nationaux pour la transition. Les chiffres entre parenthèses représentent des engagements et des annonces de contributions.

^c Financement prévu de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite destiné au programme STOP des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique.

29. Les pays en transition dotés d'un projet chiffré de plan national ont prévu un certain niveau de financement interne pour couvrir les coûts de leur plan. Il est encourageant de constater que leurs contributions prévues augmentent progressivement au cours des cinq ans du plan d'action stratégique et au-delà. Mais il faut garder à l'esprit de nombreux points, et notamment les suivants : 1) les montants précis destinés aux fonctions essentielles sont difficiles à estimer, car de nombreux pays ont l'intention de contribuer aux priorités plus larges de leur plan de transition plutôt que simplement aux coûts des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique ; 2) bien des pays ont l'intention de commencer à fournir des fonds internes vers la fin de la période quinquennale (2019-2023) et attendent de l'OMS qu'elle continue d'appuyer ces fonctions jusqu'à ce qu'ils soient entièrement en mesure de prendre en charge les coûts ; 3) les pays prioritaires en transition plus fragiles pourraient souvent ne pas être en mesure d'allouer les fonds qu'ils s'étaient engagés à fournir sans un appui extérieur ; et 4) certains pays voudraient que l'OMS continue de gérer leur infrastructure de lutte antipoliomyélitique pendant un certain temps au cours de sa réaffectation à des fonctions élargies, et financeraient donc ces fonctions au moyen de contributions au budget de l'OMS.

30. Pour gérer rapidement les risques éventuels concernant les fonctions essentielles dans les pays dont le système de santé est faible au cas où les fonds internes ne seraient pas débloqués pour des motifs imprévus, le Directeur général propose la création d'un fonds de réserve modeste (correspondant à 10 % des engagements financiers et des annonces de contributions internes pour 2018, 2019, 2020-2021 et 2022-2023 – voir le Tableau 2). En principe, le Directeur général pourrait être autorisé à approuver le déblocage de montants du fonds de réserve si un besoin urgent est clairement établi.

31. La plupart des pays en transition auront besoin d'un financement bilatéral et multilatéral supplémentaire à moyen terme et certains des États particulièrement fragiles d'un financement à long terme pour pouvoir maintenir les fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique. L'OMS a été priée de mener une action de sensibilisation au niveau des pays et d'appuyer la mobilisation de ressources par les gouvernements afin qu'ils puissent obtenir des fonds pour compléter le financement interne. Dans bien des pays en transition, des négociations en cours visent à obtenir des crédits relais de l'Alliance Gavi sous la forme de subventions au renforcement des systèmes de santé afin de favoriser le maintien de certaines des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique qui contribuent aussi à renforcer les systèmes de vaccination et à atteindre les objectifs en matière de couverture et d'équité.

32. Conformément aux objectifs du projet de plan d'action stratégique, les pays en transition veulent que les fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique soient avant tout maintenues par le renforcement de la vaccination et de la surveillance des maladies à prévention vaccinale. Leur maintien à moyen terme peut être assuré par des ressources provenant de la catégorie budgétaire des maladies à prévention vaccinale. Un appui supplémentaire pour certaines fonctions pourrait venir d'autres catégories du budget de l'Organisation, notamment le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, les services institutionnels et fonctions d'appui, les maladies tropicales négligées et les systèmes de santé. La préférence exprimée par les pays en transition pour le financement des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique par la catégorie des maladies à prévention vaccinale renforce l'option de la « fusion » qui consiste à maintenir les fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique en regroupant les départements chargés de la poliomyélite et des vaccinations aux trois niveaux de l'Organisation et à collaborer étroitement avec le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire pour faire face aux importantes flambées de maladies à prévention vaccinale et renforcer les capacités des pays afin de mettre en œuvre complètement le Règlement sanitaire international (2005).

33. Comme l'a décidé le Conseil de surveillance de la poliomyélite à sa réunion d'octobre 2017,¹ l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite s'est engagée à mobiliser des fonds pour les activités à mettre en œuvre jusqu'à l'abandon du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, qui devrait intervenir un an après la certification. Même si le montant exact de ces fonds et la portée des activités à couvrir restent incertains, il s'agit là d'un élément important dont il faudra tenir compte dans les estimations futures des coûts.

INCIDENCES SUR LE BUDGET PROGRAMME

34. Si elle a informé la plupart d'entre eux de la réduction progressive de son soutien financier de 2016 à 2019 et a l'intention d'y mettre un terme après 2019, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite encourage tous les pays de non-endémie à commencer à transférer leurs fonctions essentielles en 2019 à d'autres secteurs de programme de l'OMS tant qu'ils peuvent encore disposer de fonds de l'Initiative pour couvrir les coûts. Une transition effectuée en 2019 aidera ces secteurs de programme à réunir des arguments pour continuer à inclure ces coûts dans le projet de budget programme de l'OMS pour 2020-2021 et au-delà. Si les pays proposent d'intégrer les fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique dans d'autres catégories du budget programme en 2019, il faudra peut-être alors relever le plafond budgétaire de ces catégories dans le budget de base de l'OMS en vue du transfert des ressources concernant la poliomyélite qui ne font pas partie du budget de base.

35. En vue de l'élaboration du budget programme 2020-2021, une planification conjointe au niveau des pays entre les départements chargés de la poliomyélite et des vaccinations et le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire sera indispensable pour réexaminer et déterminer les fonctions et leurs coûts pour les différentes catégories budgétaires. Les besoins supplémentaires de catégories budgétaires spécifiques pour les projets de budget programme 2020-2021 et 2022-2023 seront liés aux objectifs du projet de treizième programme général de travail car la transition pour la poliomyélite contribue aussi bien à l'instauration de la couverture sanitaire universelle, y compris l'accès équitable aux vaccins et à la vaccination, qu'au programme de sécurité sanitaire en raison de la capacité accrue des pays de prévenir, détecter et combattre les flambées de maladies à prévention vaccinale et d'autres maladies. En outre, certains coûts opérationnels et coûts de la dotation en personnels des services généraux associés aux fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique pourraient être transférés à la catégorie des services institutionnels et fonctions d'appui pour refléter le coût réel des opérations des bureaux de pays.

LE POINT SUR LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES

36. Les équipes de gestion des ressources humaines au Siège de l'OMS et dans les bureaux régionaux collaborent étroitement à la répartition des postes de l'ensemble du programme de lutte contre la poliomyélite et dans tous les lieux d'affectation, au regard 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.

¹ Voir les minutes de la réunion du Conseil de surveillance de la poliomyélite du 2 octobre 2017 (disponibles à l'adresse <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2016/07/pob-meeting-minutes-02102017.pdf>, consulté le 4 avril 2018).

37. La priorité est accordée au maintien des effectifs nécessaires pour aider les États Membres à assurer l'interruption de la transmission, à faire face aux flambées épidémiques et à mener des activités de surveillance. Dans les pays de non-endémie 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.

38. Comme indiqué au Tableau 3, le nombre de postes pourvus a reculé de 12 % depuis que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a commencé à réduire son budget en 2016. Sur la base de cette baisse progressive et des orientations fournies, le nombre de postes a diminué dans les pays à plus faible risque et de non-endémie dans toutes les Régions, ainsi qu'au Siège. Des informations détaillées sont fournies sur les membres du personnel de l'OMS dans les bureaux de pays par type de contrat à l'annexe 2. On distingue bien les risques d'indemnités auxquels l'Organisation reste exposée du fait du nombre important de personnels titulaires d'un engagement continu et à durée déterminée. L'annexe 3 contient une ventilation par bureau principal et par Région, pour les types de personnel et de contrat et indique les effectifs qualifiés (internationaux, recrutés sur le plan national et services généraux/opérations) qui seraient perdus dans certains des pays à système de santé faible à la clôture du programme de lutte contre la poliomyélite si des efforts efficaces pour la transition ne sont pas consentis pour assurer le maintien des fonctions essentielles au-delà de 2019. Ces personnels expérimentés pourraient être considérés comme des actifs pour les systèmes de santé locaux, ou pour d'autres secteurs de programme de l'OMS dans les pays.

Tableau 3. Postes affectés à la lutte antipoliomyélique par bureau principal (2016-2018)

Bureaux principaux	2016	Mars 2018	Évolution depuis 2016
Siège	77	70	-9 %
Bureau régional de l'Afrique	826	713	-14 %
Bureau régional de l'Asie du Sud-Est ^a	39	39*	0 %
Bureau régional de l'Europe	9	4	-55 %
Bureau régional de la Méditerranée orientale	155	153	-1 %
Bureau régional du Pacifique occidental	6	5	-17 %
Total	1 112	984	-12 %

^a Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est se trouve déjà à un stade avancé de la transition, de nombreuses fonctions et leurs coûts étant partagés avec d'autres secteurs de programme. Pour calculer les postes relatifs à la poliomyélite, on a pris une limite de >70 % de l'équivalent plein temps.

39. L'analyse préliminaire des transferts de membres du personnel de la catégorie budgétaire Poliomyélite à d'autres catégories dans les Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et de la Méditerranée orientale révèle que 47 % ont été absorbés dans la Catégorie 1 (Maladies transmissibles – maladies à prévention vaccinale), 29 % dans la Catégorie 6 (Services institutionnels et fonctions d'appui), 8 % dans la Catégorie 3 (Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie), 7 % dans le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, 6 % dans la Catégorie 2 (Maladies non transmissibles) et 2 % dans la Catégorie 4 (Systèmes de santé).

40. À la suite de la baisse du financement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, le Bureau régional de l'Afrique a engagé un processus systématique de réduction des effectifs en quatre vagues. Au cours de la première vague en 2017, 65 postes ont été supprimés et huit membres du personnel transférés à des postes financés en dehors de la catégorie Poliomyélite. Au cours de la deuxième, en 2018, 36 postes financés par cette catégorie seront supprimés (sauf au Nigéria et dans les autres pays à risque riverains du lac Tchad). Au cours de la troisième, concernant 2019, 11 membres du personnel financés au titre de la poliomyélite auront reçu une lettre de notification en mars 2018. Au cours de la quatrième vague enfin, si des fonds supplémentaires en dehors de la catégorie Poliomyélite ne sont pas trouvés pour maintenir leurs fonctions au-delà de 2019, les 702 membres du personnel financés au titre de la poliomyélite devront avoir reçu une lettre de notification en mars 2019. Ces chiffres révisés des effectifs seront reflétés dans des rapports ultérieurs, quand les intéressés auront quitté leur poste après avoir épuisé leurs congés et autres droits à prestations.

41. Le Bureau régional de l'Afrique a également mis en place un système pour mieux exploiter l'appui technique apporté par des non-membres du personnel. En janvier 2018, les effectifs des non-membres du personnel apportant un appui technique concernant la poliomyélite étaient les suivants : 400 au titre d'accords de services spéciaux, 2556 au titre d'accords pour l'exécution de travaux, 6 consultants nationaux, 44 consultants internationaux et 78 agents travaillant dans le cadre du programme STOP des Centers for Disease Control and Prevention. La plupart de ces non-membres du personnel représentant 81 % du nombre total, dont près de 2253 titulaires d'un accord pour l'exécution de travaux, travaillent au Nigéria. Leur nombre est sujet à des fluctuations, selon les campagnes contre la poliomyélite, les priorités nationales et la date de fin de contrat, les données étant saisies sur une base mensuelle.

42. Le Bureau régional de l'Afrique a mis en place des programmes pour aider les membres du personnel concernés à se préparer à travailler en dehors du programme de lutte contre la poliomyélite et a organisé des ateliers dans les pays les plus touchés par les suppressions de postes, à savoir l'Angola, l'Éthiopie et la République démocratique du Congo.

43. L'OMS a établi un fonds d'indemnisation pour couvrir 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 aux membres du personnel qui ne retrouveront pas un emploi dans un autre programme de l'OMS a été estimé à US \$55 millions. Au début de 2018, la somme de US \$50 millions a été mise en réserve dans le fonds d'indemnisation. En outre, afin de ne pas dissuader les autres programmes de recruter des membres du personnel affectés à la lutte contre la poliomyélite, le Secrétariat est convenu que lorsqu'ils sont engagés par un autre secteur de programme de l'OMS, le fonds d'indemnisation continue de couvrir toute indemnité de départ au prorata des emplois contre la poliomyélite et dans le nouveau programme, cette possibilité subsistant jusqu'à cinq ans après la date de transfert.

44. Afin de préserver la motivation du personnel et la qualité des activités de surveillance et de vaccination systématique et supplémentaire, le Secrétariat, dans sa gestion de la mise en œuvre du plan d'action stratégique appuiera la mise au point d'une stratégie de communication associant les équipes de communication du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays concernés pour veiller à ce que les hauts responsables disposent des moyens nécessaires pour communiquer les implications et les effets de la transition de manière efficace et transparente et à ce que des messages clairs soient envoyés aux intéressés pour qu'ils soient tenus au courant de la procédure de transition, tout en prenant note des réalités du financement. Il est aussi prévu d'harmoniser ces messages avec l'UNICEF aux trois niveaux de l'Organisation.

PROJET DE CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION POUR LA TRANSITION

Cadre de suivi et d'évaluation

45. Le cadre de suivi et d'évaluation est un élément essentiel et important du projet de plan d'action stratégique pour la transition qui vise à assurer un suivi adéquat des activités prévues aux trois niveaux de l'Organisation au cours des cinq prochaines années et une évaluation indépendante du processus et des résultats. Dans sa décision WHA70(9), l'Assemblée de la Santé a expressément demandé qu'il soit régulièrement fait rapport sur la planification et la mise en œuvre du processus de transition à l'Assemblée de la Santé, par l'intermédiaire des comités régionaux et du Conseil exécutif. De même, dans sa décision EB142(2), le Conseil exécutif a également demandé que des rapports soient soumis à toutes les sessions des organes directeurs de l'OMS pendant la période 2018-2020.

46. Le cadre de suivi et d'évaluation suivra une procédure bien définie fondée sur des indicateurs adoptés d'un commun accord aux trois niveaux de l'Organisation. L'examen utilisera à tous les niveaux les procédures et mécanismes existants afin de réduire la charge des efforts de suivi et d'évaluation.

47. Au niveau des pays, il est proposé que le gouvernement, les groupes consultatifs techniques nationaux de la vaccination, les comités de coordination interorganisations et le bureau de pays de l'OMS suivent la mise en œuvre et les résultats du plan national de transition pour la poliomyélite au moyen d'indicateurs de pays proposés dans le cadre de suivi et d'évaluation. Au niveau régional, les bureaux régionaux de l'OMS pourraient charger le groupe consultatif technique régional sur la vaccination d'examiner les progrès accomplis dans les pays en transition de la Région et faire rapport au comité régional concerné. Au niveau mondial, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination pourrait être chargé d'examiner les rapports des bureaux régionaux et de formuler des recommandations pouvant être intégrées au rapport annuel à soumettre aux organes directeurs. Enfin, le Bureau de l'évaluation de l'OMS procédera, à la fin de 2021, à une évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre du plan d'action stratégique et, à la fin de 2023, à une évaluation finale, et il soumettra ses rapports et ses recommandations aux organes directeurs.

Indicateurs de suivi et d'évaluation

48. Afin de suivre les progrès en vue des trois objectifs essentiels du projet de plan d'action stratégique, le cadre de suivi et d'évaluation vise à finaliser et utiliser une série d'indicateurs de produits et de réalisations qui devront être mesurés au moyen d'une méthodologie appropriée et de sources de données fiables. De plus chaque indicateur retenu sera défini et une valeur repère choisie pour les mesures. Les indicateurs proposés figurent au Tableau 4.

49. Le suivi de la mise en œuvre du plan d'action stratégique supposera aussi le suivi des engagements spécifiques pris par les parties prenantes, y compris les gouvernements nationaux, les organisations multilatérales, les fondations privées, les partenaires du développement, les organisations de la société civile et les fabricants de vaccins. Des dispositifs de coordination appropriés devront être mis au point pour coordonner la mise en œuvre du plan d'action stratégique aux niveaux mondial, régional et local.

Tableau 4. Indicateurs de produit du projet de cadre de suivi et d'évaluation du plan d'action stratégique pour la transition

Objectifs	Indicateurs de produit	Définition
Maintenir les fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique	1. Couverture par le vaccin antipoliomyélitique inactivé	Taux de couverture de >90 % par >2 doses de vaccin antipoliomyélitique inactivé atteint dans tous les pays dotés d'établissements détenant des stocks essentiels de poliovirus sauvages
	2. Surveillance de haute qualité de la paralysie flasque aiguë	Au moins un cas annuel de paralysie flasque aiguë non poliomyélitique devrait être détecté pour 100 000 personnes de moins de 15 ans. Dans les Régions d'endémie, ce taux devrait être de 2 pour 100 000 afin d'assurer une sensibilité encore meilleure
	3. Riposte aux événements liés à la poliomyélite	Toute nouvelle flambée due au poliovirus stoppée dans les 120 jours
Renforcer les systèmes de vaccination	1. Amélioration de la couverture par un vaccin contenant un antigène rougeoleux et un vaccin à valence rubéole	Nombre et proportion des pays dont les services systématiques fournissent deux doses de vaccin contenant un antigène rougeoleux avec niveau de couverture par la deuxième dose de vaccin contenant un antigène rougeoleux et de vaccin à valence rubéole >90 % au niveau national et >80 % dans l'ensemble des districts
	2. Pays notifiant régulièrement les données issues des districts sur la surveillance des maladies à prévention vaccinale	Pourcentage des pays dont 80 % au moins des districts ont notifié des données sur la surveillance des maladies à prévention vaccinale même en l'absence de cas suspects, au cours des 12 derniers mois
	3. Dépenses publiques par nouveau-né consacrées à la vaccination systématique	Dépenses financées par le secteur public liées à la vaccination systématique telles qu'elles sont notifiées dans le formulaire commun de notification, divisées par le nombre de naissances vivantes selon l'estimation issue des données de la Division de la Population des Nations Unies
	4. Extension de la surveillance et du système de laboratoires au niveau des pays	Nombre de pays dans lesquels la transition pour la poliomyélite contribue à l'extension et au renforcement de la surveillance des maladies à prévention vaccinale et des laboratoires concernés
Renforcer la préparation aux situations d'urgence, leur détection et la capacité de riposte – appuyer la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005)	1. Détection des événements de santé et évaluation des risques qu'ils entraînent, à un stade précoce des urgences sanitaires	Pourcentage d'événements détectés intéressant la santé publique dont les risques sanitaires sont évalués et communiqués
	2. Populations affectées par les urgences sanitaires ayant accès à des services et interventions préventifs et curatifs essentiels permettant de sauver des vies	Pourcentage des populations affectées par les urgences sanitaires ayant bénéficié d'un ou de plusieurs services et interventions préventifs et curatifs essentiels permettant de sauver des vies, vaccinations comprises
	3. Valeur moyenne des indicateurs des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005)	Proportion moyenne des indicateurs des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) en place dans chacun des pays en transition

RISQUES ET INCERTITUDES

50. Pour toute une série de raisons – le caractère dynamique des efforts à consentir après l'éradication, les différentes mesures de transformation introduites au sein de l'Organisation à tous les niveaux, le lancement prévu du projet de treizième programme général de travail avec un processus révisé de budgétisation et de planification et la mise au point d'initiatives nouvelles associant les secteurs de programme qui seront touchés par la transition pour la poliomyélite – l'OMS sera confrontée à différents risques et incertitudes susceptibles d'avoir des répercussions sur la finalisation et la mise en œuvre du plan d'action stratégique. Même si ces risques sont suivis attentivement, on ne dispose pas encore à ce stade de mesures permettant d'atténuer de manière efficace chacun d'entre eux.

51. Du fait des incertitudes quant à la date de certification mondiale de l'éradication, il faudra maintenir les fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélique pendant une période plus longue que celle qui est actuellement envisagée. Il est possible que les membres du personnel affectés à ces fonctions doivent continuer de veiller au maintien de la qualité la plus élevée des indicateurs clés concernant la surveillance, les laboratoires et la riposte aux flambées de poliomyélite, alors même que ces postes auront peut-être déjà été intégrés à d'autres secteurs de programme avec des responsabilités supplémentaires. Il faudra définir des mandats bien clairs pour les membres du personnel transférés à d'autres secteurs de programme avant et après la certification de l'éradication afin d'assurer le maintien des indicateurs techniques spécifiques. De plus, toute modification de la date de certification mondiale aura aussi un impact financier pour l'Organisation car les fonctions essentielles associées à l'éradication devront peut-être être maintenues plus longtemps et donc figurer encore dans le budget de base. Tout report de la date de certification mondiale est également susceptible d'affecter la capacité de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite de mobiliser des ressources supplémentaires afin d'aider les pays d'endémie, ce qui limitera les ressources à l'appui des activités de précertification et de postcertification dans les pays de non-endémie.

52. Si la réduction du financement par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite suit son cours comme prévu entre 2016 et 2019 en ce qui concerne les pays de non-endémie, on suppose que certains fonds pourront être disponibles au-delà de cette période pour maintenir jusqu'à la certification de l'éradication des fonctions cruciales comme le Réseau mondial de laboratoires pour la poliomyélite. Mais un risque subsiste pour la qualité de la surveillance de la paralysie flasque aiguë si les gouvernements ne sont pas en mesure d'intégrer pleinement les fonctions de surveillance sur le terrain et le Secrétariat ne peut obtenir les ressources nécessaires pour appuyer les fonctions essentielles transférées à d'autres catégories budgétaires.

53. Un autre risque sérieux est celui de la perte éventuelle d'un grand nombre de personnels qualifiés en 2019 si les décisions critiques sont différées concernant le transfert de fonctions essentielles à d'autres secteurs de programme et catégories budgétaires. En vertu du Statut et du Règlement du personnel, un délai suffisant devra être ménagé afin que les postes soient supprimés et que les engagements soient traités de façon ordonnée.

54. Dans beaucoup de pays prioritaires qui ont élaboré un plan national de transition, subsiste le risque que des engagements financiers pris par le gouvernement ne soient pas alloués entièrement ou en temps voulu en raison de problèmes socioéconomiques, d'une situation instable, de la concurrence d'autres priorités de santé et de développement ou de réformes de la gouvernance comme la dévolution qui ont un impact sur le secteur de la santé. Pour atténuer ce risque, le Secrétariat propose de créer un fonds de réserve couvrant 10 % environ du montant total des engagements financiers internes pour la période 2019-2023. Il pourrait constituer un dispositif souple permettant à l'OMS d'intervenir pour couvrir les besoins les plus urgents et éviter une baisse des indicateurs techniques clés nécessaires au maintien d'un monde exempt de poliomyélite.

55. La stratégie postcertification définit clairement les normes et critères techniques nécessaires pour le maintien d'un monde exempt de poliomyélite, mais il faut d'urgence définir les éléments clés de la structure de gouvernance et des modalités de financement futures nécessaires pour la mettre en œuvre après la clôture de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Comme beaucoup de fonctions essentielles pourront avoir été transférées aux gouvernements ou à d'autres secteurs de programme de l'OMS et/ou à d'autres partenaires d'exécution, des orientations précises devront être fournies en matière de gouvernance, de supervision, de responsabilisation et de mobilisation de fonds supplémentaires qui pourraient être nécessaires au maintien d'activités propres à garantir un monde exempt de poliomyélite.

56. Plusieurs mesures internes récemment introduites, comme le programme de transformation de l'OMS et les examens fonctionnels de bureaux de pays, sont susceptibles de remodeler la structure de l'Organisation aux trois niveaux. D'autres comme le processus révisé de planification et de budgétisation peuvent moderniser la façon de structurer le budget programme, y compris les catégories budgétaires actuelles. Il faudra peut-être revoir ou réviser les approches proposées dans le projet de plan d'action stratégique à la lumière des résultats de ces mesures de transformation, et modifier éventuellement tant le calendrier de mise en œuvre que les aspects du plan concernant le financement et le suivi.

57. Les bureaux de pays de l'OMS ont indiqué leur nette préférence pour le transfert des fonctions essentielles en grande partie à la catégorie budgétaire des vaccinations, d'autres éléments se retrouvant dans les services institutionnels et les situations d'urgence sanitaire, mais la structure actuelle de ces secteurs de programme risque de ne pas permettre la prise de décisions à l'appui de cette transition. Leurs vision, stratégies et orientations de planification actuelles n'ont pas tenu compte des capacités supplémentaires nécessaires au niveau des pays (surtout au niveau infranational) et du financement supplémentaire nécessaire. De plus si le transfert de certaines fonctions essentielles peut être souhaitable de leur point de vue, ils ne voudront pas nécessairement garder des personnels formés avant tout à l'éradication de la poliomyélite. Une formation peut être envisagée pour le recyclage des personnels actuellement chargés de la poliomyélite qui devront assumer des responsabilités et des fonctions plus larges.

LA DIRECTION À SUIVRE

58. Une feuille de route indiquant les activités à mener et les étapes à franchir est proposée au Tableau 5 pour contribuer à faire avancer le processus de transition pour la poliomyélite, appuyer la mise en œuvre du plan d'action stratégique, suivre les progrès et faire rapport aux organes directeurs. Les quatre domaines clés sont développés ci-dessous.

59. Premièrement, il est évident que des décisions stratégiques critiques devront être prises concernant la « fusion » de la plupart des fonctions et capacités de lutte contre la poliomyélite dans le secteur de programme des vaccinations et l'appui du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire pour l'intégration des principales capacités en matière de riposte aux flambées et d'endigement. Certains des services administratifs généraux appuyant actuellement le programme de lutte contre la poliomyélite devront aussi être envisagés pour renforcer les services institutionnels et fonctions d'appui aux trois niveaux de l'Organisation. Une autre décision stratégique qu'il faudra prendre consiste à conclure un accord entre toutes les parties prenantes sur l'appropriation des fonctions essentielles après la certification, la supervision et la gouvernance de la stratégie postcertification et les incidences financières.

60. Deuxièmement, une fois que ces décisions stratégiques urgentes auront été prises, une planification conjointe des principaux secteurs de programme dans les pays en transition sera nécessaire en vue de l'élaboration du projet de budget programme 2020-2021.

61. Troisièmement, il faut absolument que la planification conjointe au niveau des pays, appuyée par les bureaux régionaux et le Siège, conduise au transfert des fonctions essentielles aux catégories du budget de base de l'OMS pour l'élaboration du projet de budget programme 2020-2021. Les pays prioritaires en transition sont également vivement encouragés à envisager le transfert des fonctions essentielles en 2019 à un moment où des fonds de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sont encore disponibles pour les financer.

62. Quatrièmement, des services d'appui sont nécessaires au niveau des pays et des Régions pour faciliter la planification de la transition par exemple dans les domaines de la planification, de la mobilisation de ressources, de la sensibilisation, de la communication et de la gestion des ressources humaines.

63. Pour répondre aux préoccupations des membres du personnel affectés par les incertitudes de la transition, une stratégie de communication et de ressources humaines devra être mise en place en 2018 afin de veiller à ce que : 1) l'ensemble du personnel chargé de la lutte contre la poliomyélite comprenne rapidement et clairement le processus de planification de la transition ; 2) tous les personnels comprennent l'impact de la transition sur les plans de carrière et soient au courant de la procédure à suivre pour demander des éclaircissements et réagir ; 3) les personnels non affectés à la lutte contre la poliomyélite soient conscients du processus et de ses effets sur les programmes et les ressources financières de l'OMS. L'élément communication de la stratégie sera fondé sur un certain nombre de principes fondamentaux, à savoir : la transparence de l'information et du processus de planification ; la crédibilité du message et des mécanismes de rétro-information ; la pertinence de la tactique de communication suivie et des produits pour les destinataires ; l'équité en matière d'échange d'information et d'occasions données ; et la fiabilité de l'information concernant les ressources humaines et financières pour dissiper les faux espoirs.

64. Compte tenu de la planification en vue de la clôture du programme de lutte contre la poliomyélite et de la nécessité de maintenir certaines fonctions essentielles dans d'autres secteurs de programme ou de les intégrer dans les systèmes de santé nationaux, la stratégie des ressources humaines pour la transition devra appuyer la direction aux trois niveaux de l'Organisation afin de planifier la réduction des effectifs, de suivre les progrès et de fournir un ensemble de services d'appui au personnel, notamment des activités de conseil, des possibilités de recyclage, le renforcement des capacités concernant les plans de carrière et la transition fondée sur la mobilité. Il serait également utile de reconnaître ce qui est dû à l'ensemble de ceux (membres du personnel ou non) qui ont contribué au succès de cette réalisation historique grâce à leurs nombreuses années de services et à leur dévouement dans des pays et des environnements parfois très difficiles.

65. Les efforts de transition liés à la diminution des ressources de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et de l'Alliance Gavi peuvent aussi être considérés comme offrant une occasion décisive d'appuyer le développement, le financement et la mise en œuvre d'initiatives nouvelles pour renforcer les systèmes de vaccination, la surveillance des maladies à prévention vaccinale et renforcer la capacité de mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005).

66. Les Bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale ont préparé un argumentaire en vue d'aider tous les États Membres du continent africain à atteindre pleinement leurs objectifs en matière de vaccination. Il est conforme à la vision du treizième programme général de travail concernant le renforcement des capacités des pays à atteindre les objectifs de développement durable

liés à la santé. En outre, l'OMS entreprend la mise au point d'un argumentaire d'investissement en faveur de la surveillance des maladies à prévention vaccinale justifiant l'importance de systèmes de surveillance solides et sensibles et permettant de mesurer l'impact des interventions contre ces maladies. Cet argumentaire visera avant tout les maladies à prévention vaccinale actuellement ciblées par un modèle de surveillance fondé sur l'identification des cas et de surveillance sentinelle mais devrait également s'étendre à d'autres et à de nouvelles maladies à prévention vaccinale qui pourraient être ciblées au cours de la prochaine décennie.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

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

Tableau 5. Feuille de route proposée pour le projet de plan d'action stratégique pour la transition

Processus/période	Activités	Étapes franchies/à franchir
Analyse – 2017	Examen approfondi des ressources humaines financées au titre de la lutte contre la poliomyélite Examen approfondi des risques programmatiques, financiers et liés à la capacité des pays consécutifs à la réduction graduelle des activités du programme de lutte contre la poliomyélite	<i>Création du fonds d'indemnisation pour atténuer les risques liés aux ressources humaines</i> <i>Rapports soumis au Conseil exécutif à sa cent quarantième session et à la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé en 2017</i>
Collecte de données, examen stratégique, établissement des coûts – 2018	Mise au point d'un cadre d'élaboration du projet de plan d'action stratégique pour la transition Examen de 12 projets de plans d'action nationaux pour la transition Examen de la stratégie postcertification ; fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique nécessaires au maintien d'un monde exempt de la maladie – échelle et portée Estimation ascendante du coût des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique : pays, Régions et Siège Collecte et examen des données sur les ressources humaines – impact de la réduction graduelle du budget de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et gestion des risques relatifs aux indemnités et prestations Examen des options de financement préliminaires découlant des plans de transition nationaux et estimation des coûts devant figurer dans l'argumentaire d'investissement pour le treizième programme général de travail	<i>Rapport au Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session en janvier 2018 sur les éléments essentiels du projet de plan stratégique pour la transition</i> <i>Finalisation à fin juin 2018 des plans de transition nationaux</i> <i>Finalisation de la stratégie postcertification et présentation dans le cadre du rapport au Conseil exécutif à sa cent quarante-deuxième session en janvier 2018.</i> <i>Projet de plan d'action stratégique comprenant des informations détaillées sur les coûts des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique ; analyse préliminaire des options de financement et du financement nécessaire ; et données détaillées sur les ressources humaines</i> <i>Estimations des coûts et projet de texte soumis en vue de l'argumentaire d'investissement pour le treizième programme général de travail</i>
Planification et budgétisation conjointes – 2018-2019	Examen au niveau des pays des fonctions et capacités financées au titre de la lutte contre la poliomyélite par des visites de planification conjointes des secteurs de programme chargés de l'éradication de la poliomyélite, de la vaccination, des situations d'urgence et d'autres secteurs de programme. Contribution à l'élaboration du projet de budget programme 2020-2021 faisant ressortir le transfert des coûts des fonctions essentielles et autres actifs du budget de la poliomyélite au budget de base de l'OMS. Élaboration de plans de mobilisation des ressources au niveau des pays et de stratégies de sensibilisation de haut niveau visant à appuyer l'intégration des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique dans le système national ou dans d'autres	Au moins trois visites de planification conjointes effectuées en 2018 dans les pays en transition les plus prioritaires de la Région africaine et de celle de la Méditerranée orientale, et trois visites de planification conjointes en 2019 Inclusion des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique et des coûts de la transition dans l'élaboration du projet de budget programme 2020-2021 Plans de mobilisation des ressources en place dans les pays en transition en vue de l'obtention des fonds nécessaires au maintien des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique Convocation d'une réunion des parties prenantes en vue d'un accord sur la mise en œuvre et la gouvernance de la stratégie postcertification

Processus/période	Activités	Étapes franchies/à franchir
	secteurs de programme de l’OMS Accord entre toutes les parties prenantes sur l’appropriation des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique après la certification et sur la gouvernance de la stratégie postcertification Élaboration et introduction d’une stratégie de communication sur la transition à l’intention des États Membres et des membres du personnel dans les pays prioritaires et non prioritaires Appui visant à aider l’Afghanistan et le Pakistan en tant que pays d’endémie à commencer l’élaboration de leur plan de transition, fin 2018.	Mise au point d’une série de matériels d’information et de sensibilisation à diffuser à la fin du deuxième trimestre de 2018 et mise à jour trimestrielle de la page Web
Mise en œuvre – 2019-2023	Appui aux pays prioritaires en transition pour la mise en œuvre de leur plan de transition et l’intégration des fonctions essentielles dans d’autres secteurs de programme ou structures nationales Appui du Secrétariat à des gouvernements ou à des secteurs de programme de l’OMS pour la mise en œuvre de leur plan de mobilisation des ressources Établissement d’un mandat révisé à l’intention des membres du personnel assurant des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique dans de nouveaux secteurs de programme.	Niveau des indicateurs de produit clés de suivi et d’évaluation atteint Financement disponible pour l’appui à l’intégration des fonctions essentielles de la lutte antipoliomyélitique dans des secteurs de programme OMS en 2020-2021 et 2022-2023 Services de ressources humaines disponibles pour l’appui aux membres du personnel qui seront transférés ou dont le poste sera supprimé
Suivi et évaluation 2019-2023	Mise au point d’un cadre de suivi et d’évaluation comportant une chaîne bien claire des résultats permettant de suivre les progrès en vue des objectifs du plan d’action stratégique et des résultats escomptés Suivi des progrès au moyen d’une série d’indicateurs de produit alignés sur les trois objectifs du plan d’action stratégique. Évaluation à mi-parcours et évaluation finale par le Bureau OMS de l’évaluation	Procédures de suivi mises en place aux niveaux des pays, des Régions et du Siège avec rapports annuels aux organes directeurs de l’OMS Élaboration d’un tableau de bord fondé sur les indicateurs de produit qui est actualisé et communiqué dans les rapports annuels Évaluation à mi-parcours à fin 2021 et évaluation finale à fin 2023 par le Bureau OMS de l’évaluation et rapports soumis aux organes directeurs

ANNEXE 1

RÉGION AFRICAINE

**COÛTS DES FONCTIONS ESSENTIELLES À TRANSFÉRER ET/OU À INTÉGRER DANS
LES STRUCTURES DE SANTÉ NATIONALES ET DANS LES PROGRAMMES DE L'OMS,
PAR ANNÉE ET PÉRIODE BIENNALE (EN US \$)**

Pays	Fonctions essentielles	2018	2019	2020-2021	2022-2023
Angola	Surveillance	6 109 604	6 009 868	14 149 666	13 844 145
	Laboratoires	21 420	21 420		
	Fonctions de base et infrastructure	1 994 599	1 948 536		
	Total	8 125 623	7 979 824		
Cameroun	Surveillance	1 011 342	1 011 342	3 395 047	1 335 890
	Laboratoires	192 268	192 268		
	Fonctions de base et infrastructure	136 856	912 922		
	Total	1 340 467	2 116 532		
Éthiopie	Surveillance	1 051 932	991 932	5 812 000	5 812 000
	Laboratoires	107 600	107 600		
	Fonctions de base et infrastructure	3 770 168	3 770 168		
	Total	4 929 700	4 869 700		
Nigéria ^a	Surveillance et laboratoires	52 892 614	-	-	79 368 643
	Fonctions de base et infrastructure	8 192 960	-		
	Total	61 085 573	-		
République démocratique du Congo	Surveillance	5 016 000	5 016 000	13 190 010	13 190 010
	Laboratoires	111 160	100 150		
	Fonctions de base et infrastructure	2 151 000	2 151 000		
	Total	7 278 160	7 267 150		
Soudan du Sud	Surveillance	2 977 120	2 907 040	4 550 004	2 530 000
	Fonctions de base et infrastructure	1 030 000	755 000		
	Total	4 007 120	3 662 040		
Tchad	Surveillance	1 400 000	1 400 000	5 450 000	4 800 000
	Fonctions de base et infrastructure	2 972 000	2 725 000		
	Total	4 372 000	4 125 000		
Autres pays non prioritaires	Surveillance et laboratoires	9 789 000	9 472 000	30 068 440	25 318 960
	Fonctions de base et infrastructure	9 938 222	8 590 040		
	Total	19 727 222	18 062 040		
Région africaine – États Membres	Surveillance	80 247 612	26 808 182	76 615 167	146 199 648
	Laboratoires	432 448	421 438		
	Fonctions de base et infrastructure	30 185 805	20 852 666		
	Total	110 865 865	48 082 286		

Pays	Fonctions essentielles	2018	2019	2020-2021	2022-2023
Bureau régional de l'Afrique	Surveillance et laboratoires	5 587 778	5 587 778	13 725 556	13 725 556
	Fonctions de base et infrastructure	7 790 000	7 790 000		
	Total	13 377 778	13 377 778		
Région africaine – États Membres et Bureau régional	Surveillance	85 835 390	32 395 960	90 340 723	159 925 204
	Laboratoires	432 448	421 438		
	Fonctions de base et infrastructure	37 975 805	28 642 666		
	Total	124 243 643	61 460 064		

^a L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite prendra en charge les coûts des pays d'endémie jusqu'à la certification (qui devrait intervenir en 2021).

RÉGION DE L'ASIE DU SUD EST

COÛTS DES FONCTIONS ESSENTIELLES À TRANSFÉRER ET/OU À INTÉGRER DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ NATIONALES ET DANS LES PROGRAMMES DE L'OMS, PAR ANNÉE ET PÉRIODE BIENNALE (EN US \$)

Pays	Fonctions essentielles	2018	2019	2020-2021	2022-2023
Bangladesh	Surveillance	2 068 000	2 100 000	4 520 000	3 869 375
	Laboratoires	155 000	160 000		
	Total	2 223 000	2 260 000		
Inde	Surveillance	14 435 000	14 051 000	55 618 681	60 402 410
	Laboratoires	3 121 000	3 226 000		
	Fonctions de base et infrastructure	9 263 000	8 494 000		
	Total	26 819 000	25 771 000		
Indonésie	Surveillance	890 000	890 000	1 388 000	1 263 000
	Laboratoires	214 000	150 000		
	Confinement	50 000	50 000		
	Total	1 154 000	1 090 000		
Myanmar	Surveillance	1 028 000	1 041 000	1 912 100	1 116 450
	Laboratoires	23 000	23 000		
	Total	1 051 000	1 064 000		
Népal	Surveillance	1 254 000	1 271 000	2 654 000	2 654 000
	Laboratoires	53 000	56 000		
	Total	1 307 000	1 327 000		
Région de l'Asie du Sud-Est – États Membres	Surveillance	19 675 000	19 353 000	66 092 781	69 305 235
	Laboratoires et confinement	3 616 000	3 665 000		
	Fonctions de base et infrastructure	9 263 000	8 494 000		
	Total	32 554 000	31 512 000		

Pays	Fonctions essentielles	2018	2019	2020-2021	2022-2023
Bureau régional de de l'Asie du Sud-Est	Surveillance et laboratoires	2 417 409	2 322 855	3 816 710	3 816 710
	Total	2 417 409	2 322 855		
Région de l'Asie du Sud-Est – États Membres et Bureau régional	Surveillance	22 092 409	21 675 855	69 909 491	73 121 945
	Laboratoires et confinement	3 616 000	3 665 000		
	Fonctions de base et infrastructure	9 263 000	8 494 000		
	Total	34 971 409	33 834 855		

RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

COÛTS DES FONCTIONS ESSENTIELLES À TRANSFÉRER ET/OU À INTÉGRER DANS LES STRUCTURES DE SANTÉ NATIONALES ET DANS LES PROGRAMMES DE L'OMS, PAR ANNÉE ET PÉRIODE BIENNALE (EN US \$)

Pays	Fonctions essentielles	2018	2019	2020-2021	2022-2023
Afghanistan ^a	Surveillance	18 126 679	-	-	29 413 711
	Laboratoires	-	-		
	Fonctions de base et infrastructure	2 306 804	-		
	Total	20 433 483	-		
Pakistan ^a	Surveillance	35 767 070	-	-	61 393 768
	Laboratoires	2 118 883	-		
	Fonctions de base et infrastructure	13 580 929	-		
	Total	51 466 882	-		
Somalie	Surveillance	5 955 669	5 955 669	12 814 474	10 443 741
	Laboratoires	-	-		
	Fonctions de base et infrastructure	1 580 488	1 580 488		
	Total	7 536 157	7 536 157		
Soudan	Surveillance	2 208 028	2 208 028	3 842 116	3 497 751
	Laboratoires	-	-		
	Fonctions de base et infrastructure	-	-		
	Total	2 208 028	2 208 028		
Iraq ^c	Surveillance	1 972 374	1 873 539	3 327 029	3 015 698
	Laboratoires	-	-		
	Fonctions de base et infrastructure	-	-		
	Total	1 972 374	1 873 539		

Pays	Fonctions essentielles	2018	2019	2020-2021	2022-2023
<i>République arabe syrienne^c</i>	Surveillance	1 271 980	1 271 980	2 807 817	2 285 806
	Laboratoires	32 498	32 498		
	Fonctions de base et infrastructure	348 007	348 007		
	Total	1 652 485	1 652 485		
<i>Yémen^c</i>	Surveillance	1 506 524	1 506 524	2 927 160	2 736 349
	Laboratoires	116 065	116 065		
	Fonctions de base et infrastructure	-	-		
	Total	1 622 589	1 622 589		
Région de la Méditerranée orientale – États Membres	Surveillance	66 808 323	12 815 739	25 718 595	112 786 824
	Laboratoires	2 267 446	148 563		
	Fonctions de base et infrastructure	17 816 229	1 928 495		
	Total	86 891 998	14 892 798		
Bureau régional de la Méditerranée orientale ^b	Surveillance	8 315 933	-	-	10 514 604
	Total	8 315 933	-		
Région de la Méditerranée orientale – États Membres et Bureau régional	Surveillance	75 124 256	12 815 739	25 718 595	123 301 428
	Laboratoires	2 267 446	148 563		
	Fonctions de base et infrastructure	17 816 229	1 928 495		
	Total	95 207 931	14 892 798		

^a Les pays d'endémie bénéficieront de l'appui de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite jusqu'à la certification de l'éradication (qui devrait intervenir en 2021).

^b En raison de la transmission endémique qui subsiste dans la Région de la Méditerranée orientale, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite prendra en charge les coûts des fonctions régionales essentielles jusqu'en 2021.

^c L'Iraq, la République arabe syrienne et le Yémen sont aussi des pays régionaux prioritaires pour la transition dans la Région de la Méditerranée orientale.

ANNEXE 2

**MEMBRES DU PERSONNEL FINANCÉS AU TITRE DE LA LUTTE CONTRE LA
POLIOMYÉLITE PAR TYPE DE CONTRAT : SITUATION EN MARS 2018**

	Bureau (pays/Région)	Engagement continu	Engagement à durée déterminée	Engagement temporaire	Total
Pays d'endémie	Afghanistan	5	10	20	35
	Nigéria	208	59	47	314
	Pakistan	3	6	41	50
Pays de non-endémie prioritaires	Angola	32	18	2	52
	Bangladesh ^a	5	-	3	8
	Cameroun	4	3	1	8
	Éthiopie	35	6	-	41
	Inde ^a	1	4	15	20
	Indonésie ^a	-	-	3	3
	Myanmar ^b	-	-	-	-
	Népal ^b	-	1	3	4
	République démocratique du Congo	45	5	2	52
	Somalie	2	3	11	16
	Soudan	-	-	6	6
	Soudan du Sud	1	3	12	16
	Tchad	22	2	6	30
Siège de l'OMS, bureaux régionaux et bureaux de pays	Siège	37	16	17	70
	Afrique (Bureau régional et bureaux de pays)	112	41	47	200
	Asie du Sud-Est (Bureau régional et bureaux de pays) ^a	1	3	1	5
	Europe (Bureau régional et bureaux de pays)	4	-	-	4
	Méditerranée orientale (Bureau régional et bureaux de pays)	10	11	25	46
	Pacifique occidental (Bureau régional et bureaux de pays)	2	2	1	5
Total général		528	193	263	984

^a Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est se trouve déjà à un stade avancé de la transition, de nombreuses fonctions et leurs coûts étant partagés avec d'autres secteurs de programme. Pour calculer les postes relatifs à la poliomyélite, on a pris une limite de >70 % de l'équivalent plein temps.

^b Les cinq postes au Myanmar à 50 % de l'équivalent plein temps n'ont pas été pris en compte.

ANNEXE 3

MEMBRES DU PERSONNEL FINANCÉS AU TITRE DE LA LUTTE CONTRE LA POLIOMYÉLITE DANS LES BUREAUX PRINCIPAUX/RÉGIONS PAR TYPE DE PERSONNEL ET TYPE DE CONTRAT : SITUATION EN MARS 2018

Bureau/Région	Type de personnel	Engagement continu	Engagement à durée déterminée	Engagement temporaire	Total
Siège	Services généraux	10	4	8	22
	Internationaux	27	12	9	48
	Total	37	16	17	70
Afrique	Services généraux	307	55	58	420
	Internationaux	29	6	42	77
	Administrateurs recrutés sur le plan national	123	76	17	216
	Total	459	137	117	713
Asie du Sud-Est ^a	Services généraux	5	4	4	13
	Internationaux	-	1	1	2
	Administrateurs recrutés sur le plan national	1	3	20	24
	Total	6	8	25	39
Europe	Services généraux	2	-	-	2
	Internationaux	2	-	-	2
	Total	4	-	-	4
Méditerranée orientale	Services généraux	9	14	36	59
	Internationaux	7	7	61	75
	Administrateurs recrutés sur le plan national	4	9	6	19
	Total	20	30	103	153
Pacifique occidental	Internationaux	2	1	1	4
	Administrateurs recrutés sur le plan national	-	1	-	1
	Total	2	2	1	5
Total général		528	193	263	984

^a Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est se trouve déjà à un stade avancé de la transition, de nombreuses fonctions et leurs coûts étant partagés avec d'autres secteurs de programme. Pour calculer les postes relatifs à la poliomyélite, on a pris une limite de >70 % de l'équivalent plein temps.

ANNEXE 4

**PAYS PRIORITAIRES DU POINT DE VUE DE LA POLIOMYÉLITE,
DE LA VACCINATION ET DES URGENCES SANITAIRES¹**

Pays	Poliomyélite ^a	Vaccination	Urgences sanitaires ^b (Niveaux 1+2)
Afghanistan	X	X	X
Angola	X		
Bangladesh	X		G3
Cameroun	X		
Éthiopie	X	X	X
Haïti		X	
Inde	X	X	
Indonésie	X	X	
Iraq			
Kenya		X	
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

^a L'Iraq, la République arabe syrienne et le Yémen sont aussi des pays régionaux prioritaires pour la transition dans la Région de la Méditerranée orientale.

^b G2/G3 : Pays ne figurant pas actuellement sur la « liste prioritaire » du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire mais confrontés à des urgences classées.

¹ En gris les pays prioritaires du point de vue à la fois de la poliomyélite, de la vaccination et des urgences sanitaires : neuf pays plus le Soudan.

= = =