



Initiative mondiale
pour l'éradication
de la

poliomyélite

**Prévisions de
dépenses pour
2002-2005
au 1^{er} septembre 2001**

© Organisation mondiale de la Santé 2001

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit – électronique, mécanique ou autre – sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans des documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Les chiffres donnés dans ce document ont été établis conjointement par l'OMS et l'UNICEF en collaboration avec les ministères de la santé nationaux.

Données au 1^{er} septembre 2001.

Les prévisions de dépenses sont révisées tous les six mois.



Initiative mondiale
pour l'éradication
de la

poliomyélite

**Prévisions de
dépenses pour
2002-2005**

au 1^{er} septembre 2001



Table des matières

Résumé	1
1. Introduction	3
Figure 1 : carte : éradication de la polio – progression entre 1988 et 2000	4
Figure 2 : contributions des donateurs à l'éradication de la polio, 1985-2001	5
Tableau 1 : contributions reçues et annoncées par catégories de donateurs, 1985-2001	6
Figure 3 : contributions annuelles reçues ou prévues à l'éradication de la polio, 1985-2005	7
2. Ressources nécessaires au niveau mondial, 2002-2005	9
Figure 4 : dépenses prévues par activités financées par les donateurs, 2002-2005	10
Figure 5 : état des ressources financières extérieures, 2002-2005	11
Figure 6 : contributions annoncées ou prévues par les principaux donateurs, 2002-2005	11
3. Coûts au niveau des pays, 2002-2005	13
Figure 7 : carte : répartition des pays selon l'importance de la maladie, au 31 décembre 2000	14
Tableau 2 : liste des pays selon l'importance de la maladie, au 31 décembre 2000	15
Figure 8 : comparaison des dépenses prévues dans les dix pays prioritaires, 2002-2003	18
Tableau 3 : détail des dépenses prévues dans les pays d'endémie et dans les pays à haut risque, 2002-2003	19
4. Prochaines étapes : mettre fin à la transmission du poliovirus et arrêter la vaccination par le VPO	23
Figure 9 : carte : augmentation estimative des dépenses de programme en 2002-2005 si la transmission de la poliomyélite se poursuit en 2003, par blocs épidémiologiques	24





Résumé

Le présent document donne une estimation des ressources financières extérieures nécessaires pour l'exécution du programme de travail 2002-2005 défini dans le Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2001-2005 (WHO/Polio/00.05). Les chiffres ont été établis en septembre 2001.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, la plus grande action de santé publique jamais menée, progresse tant et si bien que le monde devrait pouvoir être déclaré exempt de polio en 2005. Depuis le lancement de l'Initiative en 1988, le nombre de cas de polio est passé de 350 000 dans 125 pays selon les estimations à 2 880 cas notifiés dans 20 pays en l'an 2000, soit une diminution de 99 %. Ce chiffre est le plus bas jamais enregistré.

Le dernier 1 % est celui qui pose les plus grandes difficultés. Pour parvenir à l'éradication, il faut vacciner tous les enfants, même dans les zones les plus difficiles d'accès, y compris celles touchées par des conflits. Il faut veiller à ce que l'engagement politique ne se démente pas à mesure que la maladie disparaît.

Cette victoire historique est cependant soumise à une condition : réunir les US \$400 millions qui manquent encore.

En septembre 2001, l'OMS, les ministères de la santé et l'UNICEF estimaient à US \$1 milliard les ressources extérieures nécessaires pour mener à bien les activités d'éradication de la poliomyélite entre 2002 et la fin de l'année 2005. Ce montant est supérieur aux estimations budgétaires faites précédemment pour cette période à cause de l'augmentation du prix et des quantités nécessaires de vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), de l'intensification des activités de vaccination supplémentaire par suite de l'adoption de la stratégie porte à porte et de la hausse des coûts liés à la mise en place et au maintien de systèmes de surveillance dans les zones où l'infrastructure sanitaire est particulièrement faible, notamment dans les zones frappées par des conflits. L'augmentation des dépenses a été en grande partie compensée par les nouvelles contributions versées ou prévues par les principaux donateurs. Les contributions reçues ou prévues pour 2002-2005 se montent au total à US \$600 millions.

Les US \$400 millions manquants doivent être réunis de toute urgence pour ne pas laisser passer la chance qui est offerte au monde d'éradiquer cette maladie pour toujours. Si la transmission du poliovirus devait se poursuivre en 2003, les dépenses de programme pour 2002-2005 pourraient être majorées de plus de US \$100 millions.

Contribuer à l'éradication de la polio aujourd'hui, c'est investir durablement pour protéger non seulement les enfants d'aujourd'hui, mais toutes les générations futures. La disparition de cette maladie sera un bien pour l'ensemble du monde : plus aucun enfant ne sera jamais mutilé par la maladie, aucune famille n'aura plus à souffrir de l'infirmité d'un enfant poliomyélitique et l'arrêt de la vaccination conjugué aux dépenses de santé évitées permettra au monde d'économiser jusqu'à US \$1,5 milliard par an.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite doit son succès aux efforts déployés collectivement par un partenariat solide entre secteur public et secteur privé sous la houlette de l'OMS, de Rotary International, des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis d'Amérique et de l'UNICEF. La coalition regroupe également des gouvernements, des fondations privées (comme la Fondation pour les Nations Unies et la Fondation Bill & Melinda Gates), des banques d'aide au développement (par exemple la Banque mondiale), des gouvernements donateurs (Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, Irlande, Italie, Japon, Luxembourg, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni et autres), des organisations humanitaires non gouvernementales (telles que le mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge) et des entreprises privées (Aventis Pasteur ou De Beers). Les bénévoles des pays en développement jouent un rôle capital : rien qu'en l'an 2000, ils furent 10 millions à participer aux campagnes de vaccination de masse. ♦





1. Introduction

Eradication de la polio : un bien pour l'ensemble du monde

Figure 1 : carte : éradication de la polio – progression entre 1988 et 2000

Coûts et contributions historiques

*Figure 2 : contributions des donateurs à l'éradication de la polio,
1985-2001*

*Tableau 1 : contributions reçues et annoncées par
catégories de donateurs, 1985-2001*

*Figure 3 : contributions annuelles reçues ou prévues à
l'éradication de la polio, 1985-2001*

*Principes sur lesquels repose l'estimation des ressources nécessaires
et processus de collecte des données*

Eradication de la polio : un bien pour l'ensemble du monde

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, dirigée par l'OMS, Rotary International, les CDC des Etats-Unis d'Amérique et l'UNICEF, touche au but : mettre fin à la circulation du virus responsable de la polio. Etant donné ses avantages permanents pour la santé publique, pour l'économie et sur le plan humanitaire, l'éradication de la polio a été qualifiée de « bien pour l'ensemble du monde ».

Le nombre de cas de poliomyélite dans le monde est passé de 350 000 en 1988 selon les estimations à 2 880 cas notifiés en 2000, soit une diminution de plus de 99 %¹. A la fin de l'année 2000, il n'y avait plus que 20 pays d'endémie contre 30 en 1999 et 125 lors du lancement de l'Initiative en 1988. Le nombre de cas aujourd'hui est le plus faible jamais enregistré ; il a diminué de moitié en 1999-2000, alors que la surveillance est devenue nettement plus sensible. Dans les pays où la polio est encore endémique, la transmission se limite à des zones géographiques plus petites. Quand la polio sera éradiquée, plus aucun enfant ne sera jamais mutilé par la maladie, aucune famille n'aura plus à souffrir de

l'infirmité d'un enfant poliomyélique et l'arrêt de la vaccination conjugué aux dépenses de santé évitées permettra au monde d'économiser jusqu'à US \$1,5 milliard par an². Or le coût total de l'Initiative depuis 1985 jusqu'à la fin de 2005 se situera entre US \$2,5 milliards et US \$3 milliards.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a des effets bénéfiques sur la prestation d'autres services de santé, en particulier la vaccination : systèmes de santé mieux gérés, meilleures relations avec les communautés, plus grande mobilisation sociale et collaboration intersectorielle renforcée. Elle a servi de base à d'autres interventions sanitaires telles que la supplémentation en vitamine A. Grâce à son retentissement dans le monde, l'Initiative a fait prendre conscience de la nécessité de renforcer les services de vaccination systématique et suscité un engagement dans ce sens. Les activités de sensibilisation et de collecte de fonds ont abouti à une augmentation nette des ressources extérieures et intérieures consacrées à la lutte contre les maladies évitables par la vaccination³. Les moyens de

¹ Chiffres au 1^{er} septembre 2001.

² Bart KJ, Foulds J, Patriarca P. Eradication mondiale de la poliomyélite : analyse du rapport coût/avantage. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, 1996 ; 74(1) : 35-45 (résumé en français).

³ Levin, A Ram S. « The Impact of the Polio Eradication Campaign on the Financing of Routine EPI: Findings of Three Case Studies ». Bethesda: Partnership for Health Reform, University Research Co.: 1999.

Figure 1 : éradication de la polio – progression entre 1988 et 2000

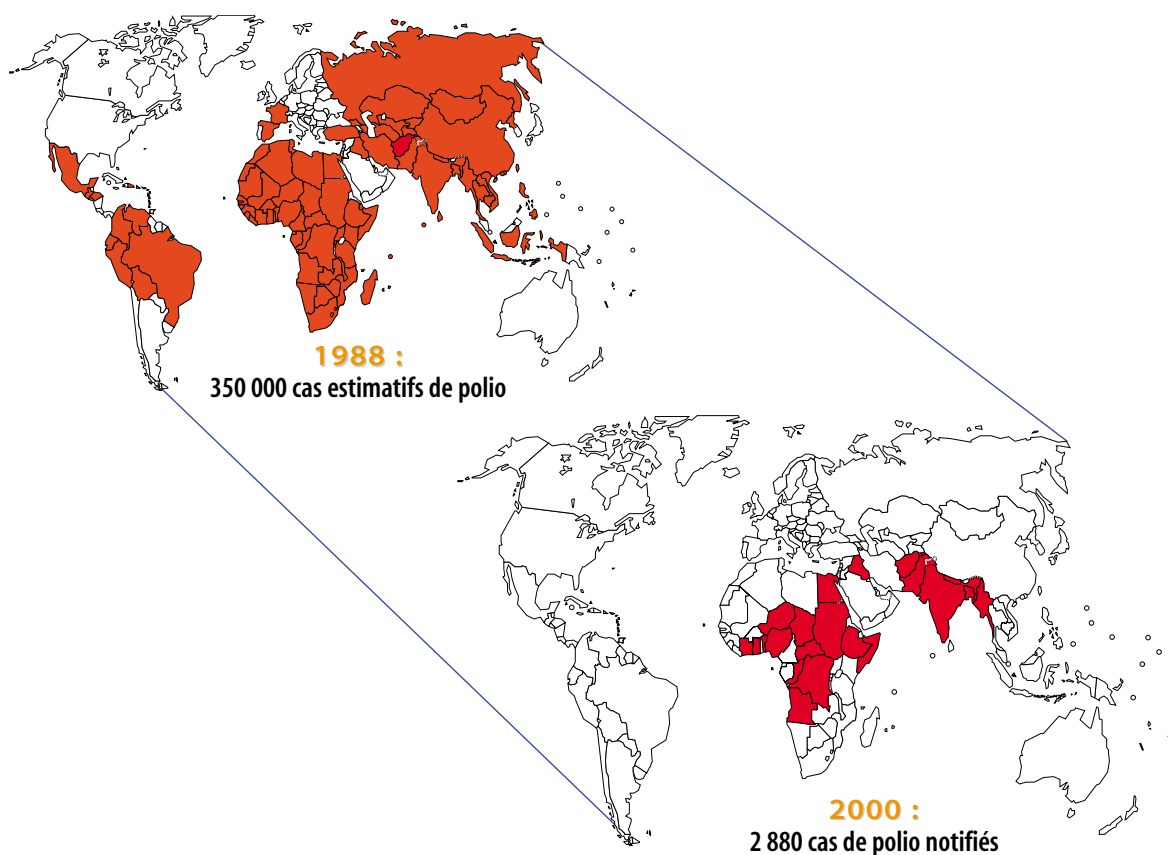
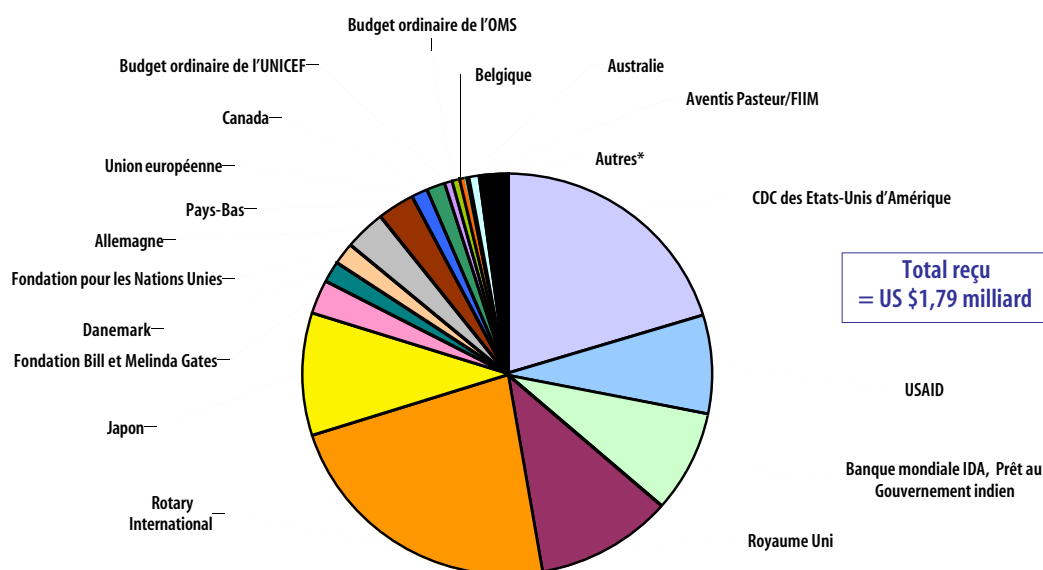


Figure 2 : contributions des donateurs à l'éradication de la polio, 1985-2001



* Entrent dans la catégorie « autres » les fonds provenant : de l'Agence pour la Coopération en Santé internationale (Japon) ; de l'American Association for World Health (Etats-Unis d'Amérique) ; de l'Autriche ; du Comité japonais « Vaccins pour les Enfants du Monde » ; du Comité national pour l'UNICEF du Canada ; de Custom Monoclonals International (Etats-Unis d'Amérique) ; de De Beers ; des Emirats arabes unis ; de la Finlande ; de Mlle Martina Hingis ; de l'Irlande ; de l'Italie ; de la Malaisie ; du Millenium Fund ; de la Norvège ; de l'Office humanitaire de la Communauté européenne (ECHO) ; du Portugal ; de la République de Corée ; de SmithKline Biologicals (Belgique) ; de la Suisse.

surveillance de la maladie se sont améliorés dans le monde grâce à l'extrême importance accordée à la formation et à la supervision des agents de santé afin qu'ils soient capables de déceler sans retard et de signaler immédiatement non seulement les cas de polio mais aussi d'autres maladies potentiellement épidémiques⁴.

Le Groupe consultatif technique mondial (TCG) de l'éradication de la poliomyélite⁵ a déclaré en mai 2001 que, d'après toutes les données dont il disposait, les stratégies d'éradication permettraient d'éradiquer la polio même dans les circonstances les plus difficiles si elles sont correctement appliquées. Les quatre grandes stratégies sont : une importante couverture des nourrissons par la vaccination systématique au VPO ; des activités de vaccination supplémentaire sous la forme de Journées nationales de vaccination (JNV) ; la mise en place et le maintien d'une surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) du niveau requis pour la certification, conjuguée à des examens de laboratoire ; des campagnes de ratissage pour interrompre les dernières chaînes de transmission du poliovirus. La certification mondiale en 2005 est possible si l'action intensifiée se poursuit dans tous les pays d'endémie et pays à haut risque.

⁴ Nsubuga P, McDonnell S, Otten M *et al.* ; Impact of Acute Flaccid Paralysis Surveillance on the Surveillance of Other Infectious Diseases in Africa. 48th Annual Epidemic Intelligence Service Conference, CDC, Atlanta, Etats-Unis d'Amérique.

⁵ Le TCG est l'organe chargé de la supervision technique de l'Initiative.

Il y a actuellement trois impératifs pour éradiquer la polio : veiller à ce que l'engagement politique en faveur du programme ne faiblisse pas à mesure que la maladie disparaît, atteindre tous les enfants et réunir les fonds manquants.

La fermeté de l'engagement politique en faveur de l'Initiative à l'heure actuelle s'illustre par la coopération sans précédent entre les pays qui ont coordonné des JNV, notamment en Afrique occidentale et centrale en 2000 et 2001. La vaccination d'enfants jamais vaccinés auparavant a également permis de faire des progrès considérables. Les trêves spéciales, dites « Journées de tranquillité », demandées par le Secrétaire général de l'ONU pour l'organisation de JNV synchronisées, dont les toutes dernières ont eu lieu en juillet, août et septembre 2001 en Angola, au Congo, au Gabon et en République démocratique du Congo, ont également été extrêmement utiles.

Le pari le plus difficile est de réunir les fonds manquants. Le TCG a déclaré en 2001 que « étant donné les rapides progrès accomplis depuis 1999 dans la mise en place des moyens nécessaires pour éradiquer le poliovirus presque partout dans le monde, la priorité absolue à tous les niveaux est de réunir de toute urgence les fonds manquants ».

Tableau 1 : contributions reçues et annoncées par catégories de donateurs, 1985-2001

Contribution (en millions de US \$)	Partenaires du secteur public	Banques d'aide au développement	Partenaires du secteur privé
> 500	Etats-Unis d'Amérique		Rotary International
250 à 500	Royaume-Uni		
100 à 249	Japon		
50 à 99	Pays-Bas	Banque mondiale (à titre de « subvention »)	Fondation Gates
25 à 49	Allemagne, Danemark, Canada		Fondation pour les Nations Unies
5 à 24	Union européenne, Belgique, Australie, UNICEF, OMS	Banque internationale pour la reconstruction et le développement	FIIM, Aventis Pasteur
1 à 4	Irlande, Italie, Norvège, ECHO, Suisse, Suède		De Beers

Coûts et contributions historiques

Les fonds provenant de sources extérieures (dons multilatéraux et bilatéraux) pour financer les activités d'éradication de la polio au niveau des pays entre 1985 et 2001 se montent à près de US \$1,8 milliard au total.

Entre 1985 et 2001, 24 donateurs des secteurs public et privé ont chacun versé ou se sont engagés à verser plus de US \$1 million pour l'éradication de la polio. Dix-neuf d'entre eux ont versé des contributions égales ou supérieures à US \$5 millions (voir tableau 1). En 2005, le plus grand donateur privé, Rotary International, aura déboursé US \$500 millions.

Principes sur lesquels repose l'estimation des ressources nécessaires et processus de collecte des données

Les estimations des ressources extérieures nécessaires pour l'Initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite reposent sur les coûts que l'on connaît : 1) mise en œuvre des stratégies d'éradication dans les pays ; 2) administration de l'Initiative par les agents d'exécution des Nations Unies (OMS et UNICEF) aux niveaux régional et mondial. Etant donné que tous les pays du monde ont désormais organisé plusieurs séries de JNV et procèdent à la

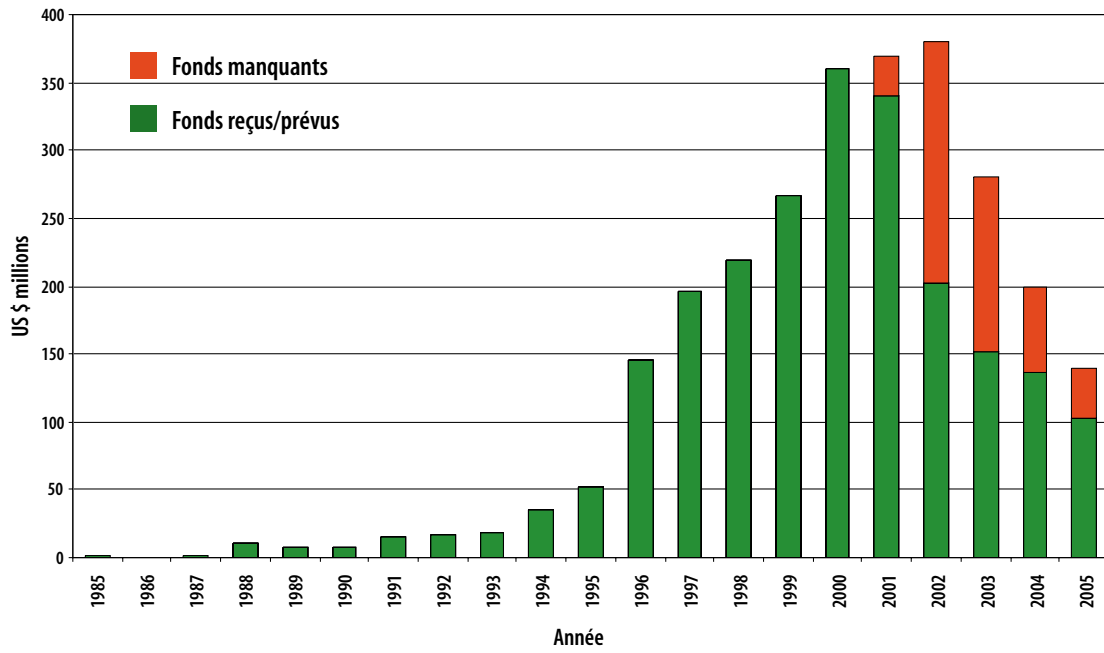
surveillance de la PFA, il est possible de prévoir avec exactitude les ressources extérieures nécessaires pour mener à bien ces activités dans chaque pays. Les coûts pris en charge par les gouvernements ne sont pas inclus.

Les fonds reçus, annoncés ou prévus n'entrent dans le calcul des fonds manquants au niveau mondial que s'ils sont destinés aux activités d'éradication dans les pays où la polio est endémique. Par conséquent, les fonds affectés par les pays donateurs à leurs propres programmes nationaux de vaccination, systèmes de surveillance ou laboratoires ne sont pas pris en compte.

Les chiffres qui figurent dans ce rapport donnent une indication des ressources à mobiliser. Les chiffres exacts fluctuent selon la situation épidémiologique du pays, les résultats des stratégies d'éradication de la polio et le succès des efforts de collecte de fonds.

L'OMS et l'UNICEF ont établi les chiffres pour les dix pays prioritaires (Afghanistan, Angola, Bangladesh, Ethiopie, Inde, Nigéria, Pakistan, République démocratique du Congo, Somalie, Soudan) en collaboration avec les ministères de la santé nationaux. Tous les autres chiffres ont été établis par le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS en collaboration avec les ministères de la santé nationaux. ♦

Figure 3 : contributions annuelles reçues ou prévues à l'éradication de la polio, 1985-2005







2. Ressources nécessaires au niveau mondial, 2002-2005

Fonds extérieurs nécessaires

*Figure 4 : dépenses prévues par activités financées par les donateurs,
2002-2005*

*Figure 5 : état des ressources financières extérieures,
2002-2005*

*Figure 6 : contributions annoncées ou prévues
par les principaux donateurs, 2002-2005*

Fonds extérieurs nécessaires

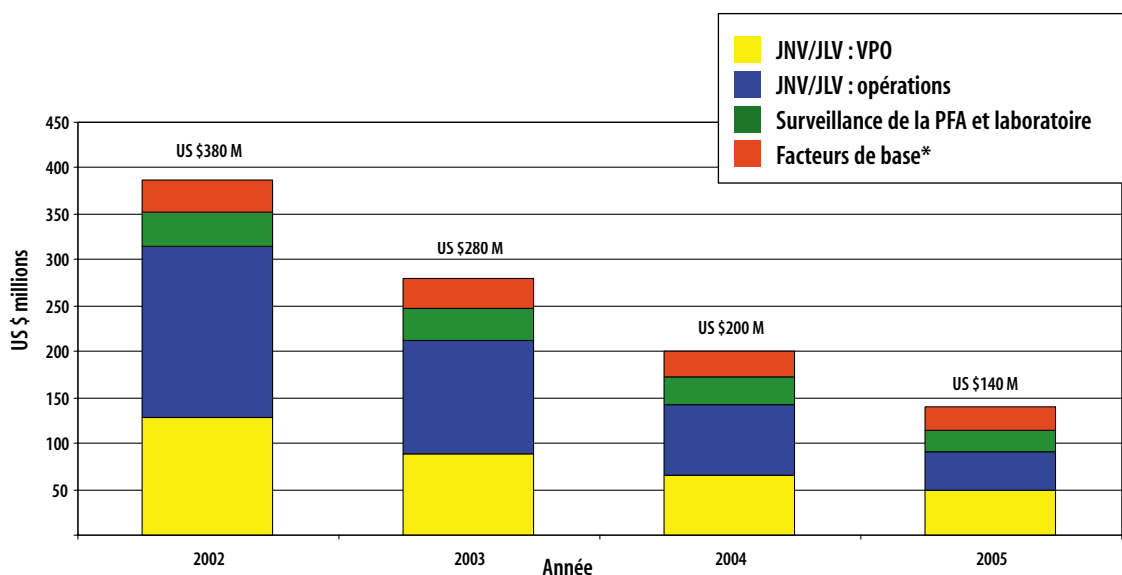
En septembre 2001, l’OMS, les ministères de la santé et l’UNICEF estimaient à US \$1 milliard les ressources extérieures nécessaires (distinctes des ressources fournies par les pays eux-mêmes) pour mener à bien les activités d’éradication de la poliomyélite entre 2002 et 2005. Ce montant est ventilé comme suit : 43,3 % pour le coût opérationnel des activités de vaccination supplémentaires, 32,1 % pour le VPO, 12,4 % pour la surveillance de la PFA et le réseau mondial de laboratoires antipolio et 12,5 % pour des activités de base telles que le ratisage, la sensibilisation, la mobilisation sociale, la certification, le confinement en laboratoire et l’élaboration d’une stratégie consensuelle pour l’arrêt de la vaccination antipoliomyélitique.

Trois faits nouveaux survenus en 2000-2001 expliquent en grande partie que cette somme soit supérieure aux prévisions budgétaires faites précédemment pour la même période :

- augmentation du prix et des quantités nécessaires de VPO ;
- intensification des activités de vaccination supplémentaire par suite de l’adoption de la stratégie porte à porte dans les pays d’endémie ;
- hausse des coûts liés à la mise en place et au maintien de systèmes de surveillance dans les zones où l’infrastructure de santé est particulièrement faible, en particulier dans les zones touchées par des conflits.

Les coûts supplémentaires ont été en grande partie compensés par les nouvelles contributions versées ou prévues par les principaux donateurs. Vu que les contributions annoncées ou prévues pour 2002-2005 se montent au total à US \$600 millions, il manque US \$400 millions. ♦

Figure 4 : dépenses prévues par activités financées par les donateurs, 2002-2005



* Ainsi qu’il est indiqué dans le *Plan stratégique 2001-2005 de l’Initiative mondiale pour l’éradication de la poliomyélite*, les facteurs de base sont les activités indispensables pour :

- (i) les campagnes de ratisage ;
- (ii) la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale ;
- (iii) la certification de l’éradication de la polio ;
- (iv) le confinement des stocks de poliovirus sauvage conservés en laboratoire ;
- (v) l’élaboration d’une stratégie consensuelle pour l’arrêt de la vaccination antipoliomyélitique ;
- (vi) le renforcement de la gestion et de l’administration ;
- (vii) la formation et l’affectation des ressources humaines.

Figure 5 : état des ressources financières extérieures, 2002-2005

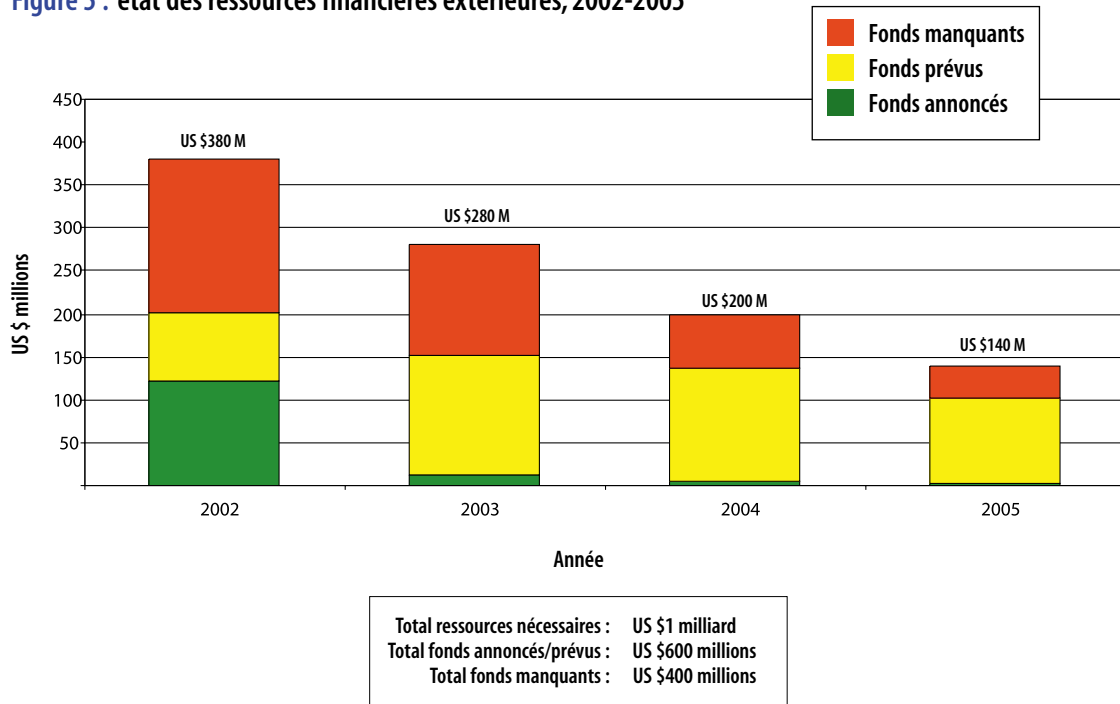
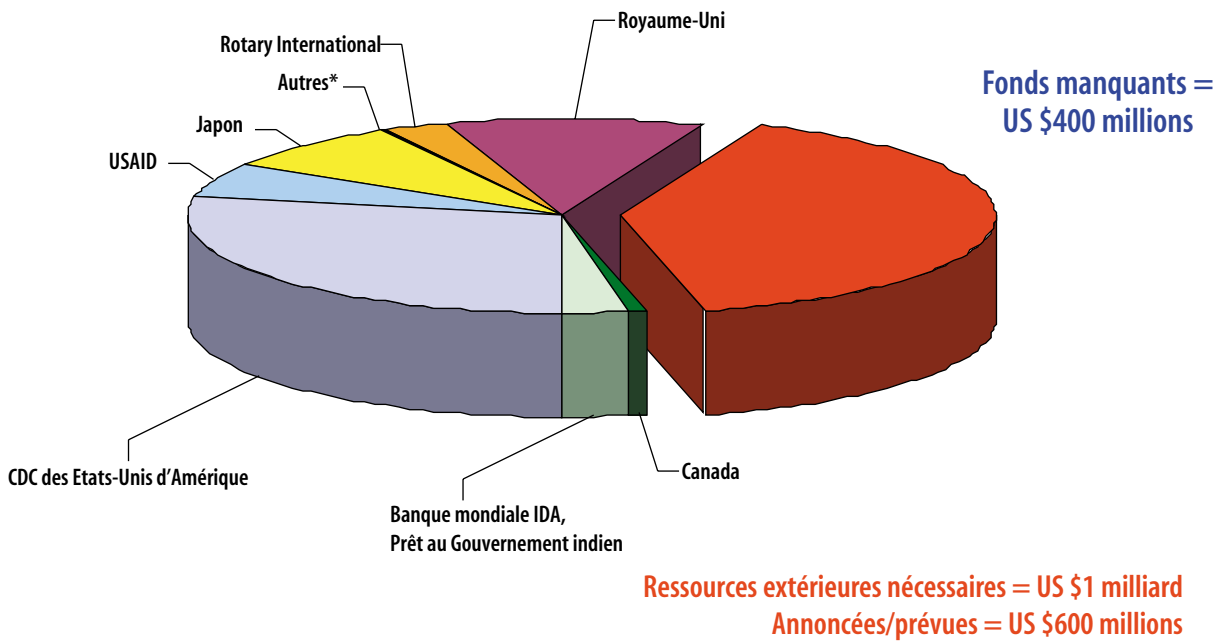


Figure 6 : contributions annoncées ou prévues par les principaux donateurs, 2002-2005



* Aventis Pasteur, Irlande et Portugal





3. Coûts au niveau des pays, 2002-2005

Catégories de pays

*Figure 7 : carte : répartition des pays selon
l'importance de la maladie, au 31 décembre 2000*

*Tableau 2 : liste des pays selon l'importance de la maladie,
au 31 décembre 2000*

Pays prioritaires : situation actuelle et activités en 2002-2003

*Figure 8 : comparaison des dépenses prévues
dans les dix pays prioritaires, 2002-2003*

*Tableau 3 : détail des dépenses prévues dans les pays d'endémie
et dans les pays à haut risque, 2002-2003*

Catégories de pays

Pays d'endémie

Définition : pays où des données virologiques attestent la circulation du poliovirus pendant les 12 derniers mois.

Nombre : 20 pays en 2000.

Pays où la poliomyélite était récemment endémique/pays à haut risque

Définition : pays où aucun cas de poliomyélite autochtone n'a été signalé depuis au moins un an, mais où il y a un risque important de transmission faible mais continue de virus autochtones ou de transmission permanente de virus importés à cause :

- (1) de la proximité d'un pays d'endémie ;
- (2) d'une faible couverture par la vaccination systématique ; et/ou
- (3) d'une surveillance insuffisante.

Nombre : 25 pays en 2000.

Pays à faible risque

Définition : pays où aucun cas de poliomyélite n'a été signalé depuis au moins un an et où il y a peu de risques de transmission de virus autochtones ou de transmission continue de virus importés grâce :

- (1) à une couverture élevée par la vaccination systématique ;
- (2) à l'éloignement des pays d'endémie ; et/ou
- (3) à une surveillance de grande qualité.

Nombre : 84 pays en 2000.

Pays certifiés exempts de poliomyélite

Définition : pays certifiés exempts de poliomyélite par une commission régionale de certification (tous les pays des Régions OMS des Amériques et du Pacifique occidental).

Nombre : 62 pays en 2000.

Figure 7 : répartition des pays selon l'importance de la maladie, au 31 décembre 2000

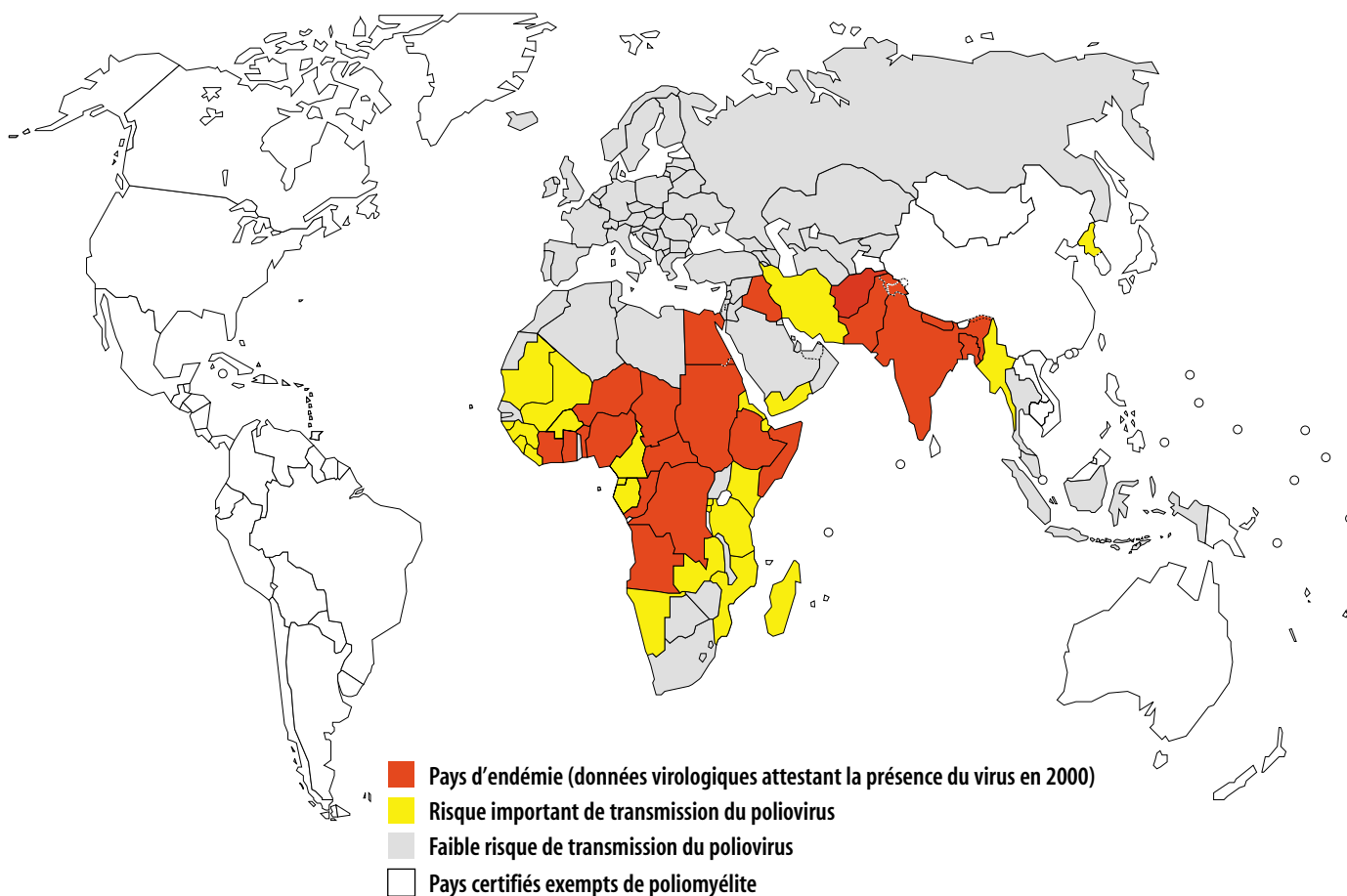


Tableau 2 : liste des pays selon l'importance de la maladie, au 31 décembre 2000

Pays d'endémie (20)

Afghanistan	Congo	Ghana	Niger	République démocratique du Congo
Angola	Côte d'Ivoire	Inde	Nigéria	Somalie
Bangladesh	Egypte	Iraq	Pakistan	Soudan
Bénin	Ethiopie	Népal	République centrafricaine	Tchad

Pays d'endémie récente/à haut risque (25)

Burkina Faso	Gabon	Kenya	Mozambique	Rwanda
Burundi	Guinée	Libéria	Myanmar	Sierra Leone
Cameroun	Guinée-Bissau	Madagascar	Namibie	Tadjikistan
Djibouti	Guinée équatoriale	Mali	République populaire démocratique de Corée	Yémen
Erythrée	Iran (Rép. islamique d')	Mauritanie	République-Unie de Tanzanie	Zambie

Pays à faible risque (84)

Afrique du Sud	Chypre	Irlande	Maroc	Sao Tomé-et-Principe
Albanie	Comores	Islande	Maurice	Sénégal
Algérie	Croatie	Israël	Monaco	Seychelles
Allemagne	Danemark	Italie	Norvège	Slovaquie
Andorre	Emirats arabes unis	Jamahiriya arabe libyenne	Oman	Slovénie
Arabie saoudite	Espagne	Jordanie	Ouganda	Sri Lanka
Arménie	Estonie	Kazakhstan	Ouzbékistan	Suède
Autriche	Ex-République yougoslave de	Kirghizistan	Pays-Bas	Suisse
Azerbaïdjan	Macédoine	Koweït	Pologne	Swaziland
Bahreïn	Fédération de Russie	Lesotho	Portugal	Thaïlande
Bélarus	Finlande	Lettonie	Qatar	Togo
Belgique	France	Liban	République arabe syrienne	Tunisie
Bhoutan	Gambie	Lituanie	République de Moldova	Turkménistan
Bosnie-Herzégovine	Géorgie	Luxembourg	République tchèque	Turquie
Botswana	Grèce	Malawi	Roumanie	Ukraine
Bulgarie	Hongrie	Maldives	Royaume-Uni	Yougoslavie
Cap-Vert	Indonésie	Malte	Saint-Marin	Zimbabwe

Pays certifiés exempts de poliomyélite (62)

Antigua-et-Barbuda	Colombie	Honduras	Nouvelle-Zélande	Saint-Vincent-et-Grenadines
Argentine	Costa Rica	Iles Cook	Palaos (les)	Samoa
Australie	Cuba	Iles Marshall	Panama	Singapour
Bahamas	Dominique	Iles Salomon	Papouasie-Nouvelle-Guinée	Suriname
Barbade	El Salvador	Jamaïque	Paraguay	Tonga
Belize	Equateur	Japon	Pérou	Trinité-et-Tobago
Bolivie	Etats fédérés de Micronésie	Kiribati	Philippines	Tuvalu
Brazil	Etats-Unis d'Amérique	Malaisie	République de Corée	Uruguay
Brunéi Darussalam	Fidji	Mexique	République démocratique	Vanuatu
Cambodge	Grenade	Mongolie	populaire lao	Venezuela
Canada	Guatemala	Nauru	République dominicaine	Viet Nam
Chili	Guyana	Nicaragua	Sainte-Lucie	
Chine	Haïti	Nioué	Saint-Kitts-et-Nevis	

Pays prioritaires : situation actuelle et activités en 2002-2003

Sur les 20 pays d'endémie recensés à la fin de l'année 2000, dix sont considérés comme prioritaires dans le *Plan stratégique 2001-2005*, parce qu'ils sont dans une situation telle qu'il est fort probable que la polio continuera de s'y transmettre après la date butoir. Ces pays, qui représentent 26 % de la population mondiale, sont soit touchés par des conflits soit des réservoirs mondiaux de poliovirus. Il s'agit de l'Afghanistan, de l'Angola, du Bangladesh, de l'Éthiopie, de l'Inde, du Nigéria, du Pakistan, de la République démocratique du Congo, de la Somalie et du Soudan. Ces dix pays absorberont 75 % du budget programme pendant les quatre années à venir (voir figure 8).

Pays réservoirs

Ces pays ont pour caractéristiques une forte densité de population, un taux de natalité élevé, une faible couverture vaccinale dans de vastes zones du territoire et un système d'assainissement médiocre. Ils contribuent ou contribuaient encore il y a peu au réservoir du virus, qui est exporté vers d'autres pays.

➤ Le **Bangladesh** (*population visée : 24,6 millions*)* a fait d'importants progrès sur la voie de l'éradication, aucun poliovirus sauvage n'ayant été détecté depuis août 2000. L'éradication définitive dans ce pays extrêmement peuplé revêt une importance stratégique pour l'Initiative. Toutefois, le Bangladesh est encore considéré comme un réservoir potentiel vu que la transmission y a toujours été forte. A la fin de l'année 2001, deux séries de JNV auront été organisées pour vacciner 23,8 millions d'enfants de moins de cinq ans. Les mêmes activités devront être maintenues en 2002 et 2003.

➤ L'**Éthiopie** (*population visée : 14,8 millions*) est le plus grand réservoir de poliovirus dans la Corne de l'Afrique : des cas ont encore été signalés en 2000 et 2001 et le système de surveillance laisse à désirer. Le taux de couverture par les JNV dépasse 80 % depuis 1997, mais il sera nécessaire d'organiser des séries supplémentaires de JNV jusqu'à fin 2003, conjuguées à de vastes campagnes de ratissage dans les zones où la transmission est avérée. Fin 2001, deux séries de JNV et deux séries de journées locales de vaccination (JLV) auront été organisées. Il en sera de même en 2002. En 2003, deux séries de JNV sont prévues. Il faut resserrer la surveillance au niveau provincial afin de déceler sans retard la transmission du poliovirus et de bien cibler les activités de vaccination.

➤ L'**Inde** (*population visée : 161,3 millions*), pays d'endémie le plus peuplé, a fait d'importants progrès sur la voie de l'éradication et, au

1^{er} septembre 2001, n'avait notifié que 43 cas de polio. En 2000, une série de campagnes de ratissage à grande échelle a été menée dans les zones où la transmission est limitée, campagnes qui se sont poursuivies en 2001. Fin 2001, deux séries de JNV et des JLV auront été organisées. En 2002 et 2003, il est prévu d'organiser deux séries de JNV par an, complétées par des JLV dans les Etats du Nord (Bihar et Uttar Pradesh) où la plupart des cas de polio se produisent. La surveillance est de très bonne qualité sur tout le territoire.

➤ Le **Nigéria** (*population visée : 40,2 millions*), pays le plus peuplé d'Afrique, est fermement décidé à éradiquer la polio, sous l'impulsion vigoureuse du chef de l'Etat. Le Nigéria est le principal réservoir du poliovirus en Afrique occidentale. Fin 2001, cinq séries de JNV auront été organisées. Quatre séries de JNV sont prévues en 2002 et deux en 2003. En outre, deux séries de JLV seront organisées en 2003 pour vacciner 50 % des enfants de moins de cinq ans. Il convient de mettre en place et de maintenir une surveillance du niveau requis pour la certification, afin de pouvoir déceler rapidement le poliovirus n'importe où sur le territoire et de bien cibler les vastes campagnes de ratissage.

➤ Depuis 1996, le **Pakistan** (*population visée : 31,9 millions*) s'efforce d'éradiquer la poliomyélite. Son bon système de surveillance indique cependant que le poliovirus continue de se transmettre sur tout le territoire en 2001, quoique moins intensément qu'au cours des années précédentes. Fin 2001, cinq séries de JNV et deux séries de JLV auront été organisées pour vacciner 50 % des enfants de moins de cinq ans. Il est prévu d'organiser quatre séries de JNV en 2002 et trois en 2003, ainsi que de vastes opérations de ratissage en 2002.

Pays touchés par des conflits

Les conflits qui touchent ces pays rendent particulièrement difficile l'exécution des activités de vaccination et de surveillance. Les mouvements de populations sont considérables, le personnel n'est pas en sécurité et l'infrastructure est sinistrée ou détruite par la guerre.

➤ Malgré les conflits, l'**Afghanistan** (*population visée : 5,9 millions*) mène des activités d'éradication de la poliomyélite depuis 1994. La surveillance de la PFA devient de plus en plus fiable et montre que la transmission, si elle a diminué depuis 2000, n'a pas disparu, notamment dans la région de Kandahar au sud du pays. L'Afghanistan forme un bloc épidémiologique avec le Pakistan et les deux pays ont organisé des JNV synchronisées. Fin 2001, cinq séries de JNV et une série de JLV visant 15 % des enfants de moins de cinq ans auront été organisées.

* Les populations visées sont tous les enfants de moins de cinq ans en 2002-2003.

Quatre séries de JNV sont prévues en 2002 et deux en 2003. Une série de JLV visant 50 % de la population à vacciner sera organisée en 2003.

➤ En **Angola** (*population visée : 3,6 millions*), pays en guerre depuis plus d'une génération, l'infrastructure sanitaire est très endommagée et moins d'un tiers des nourrissons bénéficie des vaccinations systématiques. Ce faible taux de couverture, en particulier chez les personnes déplacées, a contribué en 1999 à la plus grande flambée de polio jamais observée en Afrique (avec plus de 1 100 cas et 89 décès notifiés). Des JNV sont organisées depuis 1996 et permettent d'atteindre plus de 80 % des enfants de moins de cinq ans dans les zones accessibles. L'un des principaux enjeux en 2001 et 2002 sera de vacciner les 3,6 millions d'enfants visés dans toutes les régions du pays lors des séries annuelles de JNV et d'atteindre le niveau de surveillance requis pour la certification. En 2001, il est prévu d'organiser trois séries de JNV et deux séries de JLV visant 40 % des enfants de moins de cinq ans. Même chose en 2002 et 2003.

➤ En **République démocratique du Congo** (*population visée : 12,4 millions*), la taille du pays, le mauvais état de l'infrastructure et le conflit en cours rendent la tâche particulièrement difficile. Le poliovirus en provenance de ce pays a réimplanté la polio dans les pays voisins. Grâce aux journées de trêve (« Journées de tranquillité ») obtenues par le Secrétaire général de l'ONU, M. Kofi Annan, les premières JNV complètes ont pu être organisées en 1999. Fin 2001, trois séries de JNV auront été organisées. Trois séries annuelles de JNV sont prévues en 2002 et 2003, auxquelles s'ajouteront deux séries de JLV visant 30 à 40 % des enfants de moins de cinq ans. Depuis la fin de l'année 2000, la surveillance est assurée sur tout le territoire et se rapproche rapidement du niveau requis pour la certification. La priorité en matière de surveillance à présent est la collecte d'échantillons adéquats.

➤ La **Somalie** (*population visée : 1,5 million*), agitée par des combats entre factions, connaît une situation d'urgence complexe depuis le début des années 90. Les premières JNV ont été organisées fin 1998 et ont lieu une fois par an depuis lors. La vaccina-

tion lors des JNV est d'une telle nécessité que les chefs rebelles ont interdit le port d'armes et déminé les routes pour laisser la voie libre aux équipes de vaccination. Toutefois, le poliovirus continue de se transmettre en 2001. Fin 2001, quatre séries de JNV auront été organisées. Quatre sont prévues en 2002 et deux en 2003. La surveillance couvre désormais tout le territoire mais sa qualité laisse à désirer dans le sud et dans le centre du pays.

➤ Au **Soudan** (*population visée : 6,5 millions*), la guerre civile longue d'une génération prive les États du Sud de services de vaccination systématique depuis plus de 20 ans. Dans les divisions administratives du Sud, trois séries complètes de JNV et deux séries de JLV visant 50 % de la population à vacciner sont organisées en 2001. Les activités seront les mêmes en 2002. Deux séries de JNV sont prévues en 2003. Dans les divisions administratives du Nord, quatre séries de JNV sont organisées en 2001. Quatre séries de JNV et deux séries de JLV visant 50 % de la population à vacciner sont prévues en 2002, puis deux séries de JNV en 2003. La surveillance est acceptable, mais sa qualité varie dans le pays et elle n'a pas encore atteint le niveau requis pour la certification.

Priorités stratégiques

Outre ces dix pays, l'Initiative désigne régulièrement d'autres pays réclamant une attention et des ressources spéciales.

➤ L'**Egypte** (*population visée : 8 millions*), pays fortement peuplé où la transmission est faible mais chronique, est dans ce cas. En 1993, ce fut l'un des premiers pays de la Région de la Méditerranée orientale à mener des activités de vaccination supplémentaire en vue d'éradiquer la polio. Bien que la transmission du poliovirus ait été rapidement ramenée à des taux très faibles, ce pays continue, grâce à une surveillance de la PFA du niveau requis pour la certification et à des prélèvements dans le milieu ambiant, à déceler des poliovirus sauvages autochtones dans les divisions administratives de la Haute-Egypte. Fin 2001, cinq séries de JNV auront été organisées ainsi que de vastes campagnes de ratissage. Quatre séries de JNV sont prévues en 2002 et deux en 2003. ♦

Figure 8 : comparaison des dépenses prévues dans les dix pays prioritaires, 2002-2003

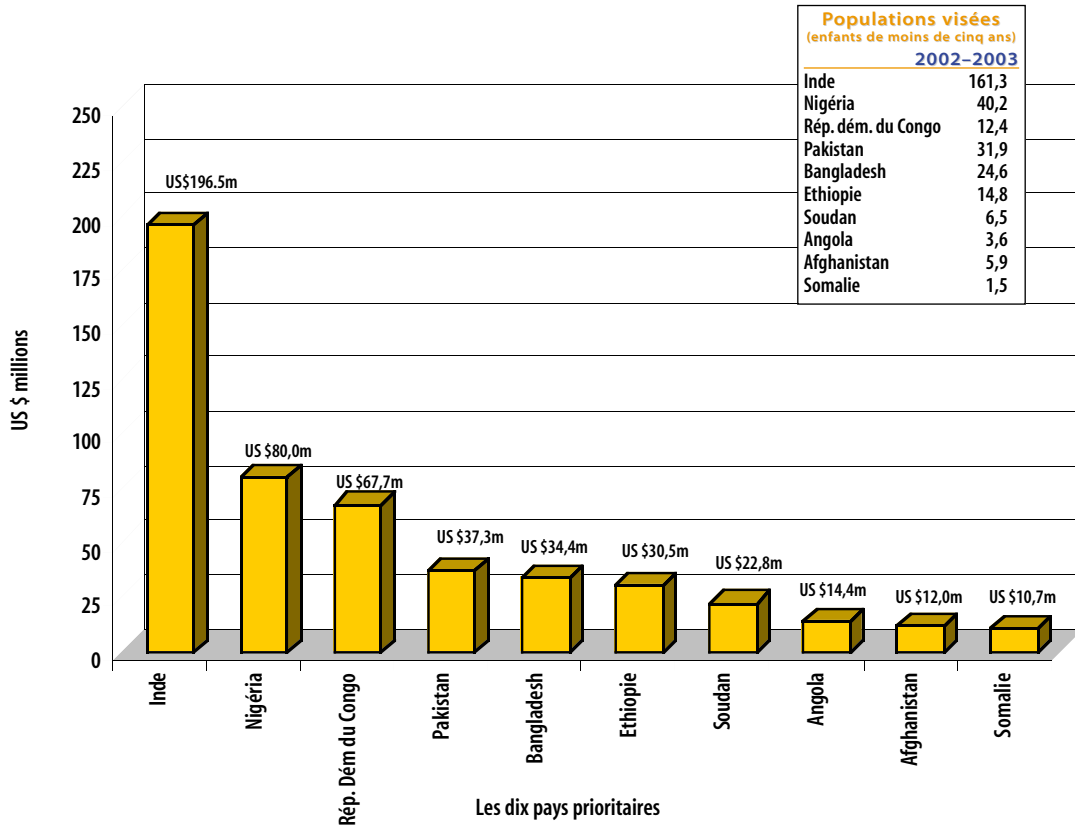


Tableau 3 : détail des dépenses prévues dans les pays d'endémie et dans les pays à haut risque, 2002-2003

2002 (en millions de US \$)				
Pays	JNV/JLV : VPO	JNV/JLV : opérations	Surveillance de la PFA et laboratoire	Dépenses totales 2002
Pays d'endémie	US \$	US \$	US \$	US \$
Dix pays prioritaires :				
Afghanistan	2,88	3,75	0,39	7,02
Angola	1,48	5,28	0,98	7,74
Bangladesh	8,25	10,23	1,76	20,24
Ethiopie	4,40	17,35	1,10	22,84
Inde	45,13	46,29	10,17	101,59
Nigéria	17,36	30,45	1,95	49,76
Pakistan	14,93	5,54	1,07	21,54
République démocratique du Congo	5,54	28,33	3,34	37,21
Somalie	0,68	3,42	1,95	6,05
Soudan*	4,09	7,45	2,69	14,23
Bénin	0,49	1,11	0,08	1,68
Congo	0,23	0,62	0,10	0,94
Côte d'Ivoire	0,79	0,60	0,09	1,48
Ghana	1,24	1,44	0,23	2,92
Iraq**	0,00	1,52	0,27	1,78
Népal	2,31	2,47	1,41	6,19
Niger	0,71	1,19	0,20	2,11
République centrafricaine	0,15	0,62	0,11	0,88
Tchad	0,57	0,91	0,16	1,65
Pays à haut risque				
Burkina Faso	0,60	0,93	0,10	1,63
Burundi	0,22	0,31	0,05	0,57
Cameroun	0,78	1,85	0,11	2,75
Erythrée	0,08	0,04	0,05	0,18
Gabon	0,06	0,10	0,06	0,22
Guinée	0,08	0,13	0,08	0,30
Guinée-Bissau	0,5	0,24	0,02	0,31
Guinée équatoriale	0,02	0,10	0,01	0,14
Kenya	0,21	1,03	0,13	1,37
Libéria	0,24	0,91	0,08	1,22
Madagascar	0,45	0,00	0,22	0,67
Mali	0,67	1,10	0,10	1,86
Mauritanie	0,13	0,16	0,03	0,32
Mozambique	0,78	0,00	0,13	0,91
Myanmar	1,37	1,55	0,62	3,54
Namibie	0,10	0,08	0,04	0,22
République démocratique de Corée	0,28	0,74	0,63	1,64
République-Unie de Tanzanie	0,77	1,18	0,25	2,20
Rwanda	0,15	0,21	0,05	0,41
Sierra Leone	0,34	1,32	0,10	1,75
Tadjikistan	0,25	0,03	0,08	0,35
Yémen	0,62	1,00	0,30	1,92
Zambie	0,26	0,41	0,21	0,88

* Des budgets distincts ont été établis pour les divisions administratives du nord et du sud du Soudan et sont disponibles sur demande.

** On présume que le coût du VPO en Iraq sera pris en charge par le programme Pétrole contre nourriture.

2003 (en millions de US \$)				
Pays	JNV/JLV : VPO	JNV/JLV : opérations	Surveillance de la PFA et laboratoire	Dépenses totales 2003
Pays d'endémie	US \$	US \$	US \$	US \$
Dix pays prioritaires :				
Afghanistan	1,80	2,59	0,56	4,95
Angola	1,24	4,29	1,12	6,65
Bangladesh	5,51	6,64	1,96	14,11
Ethiopie	1,33	5,11	1,20	7,64
Inde	42,24	42,11	10,57	94,92
Nigéria	10,47	17,86	1,95	30,28
Pakistan	10,80	3,90	1,07	15,77
République démocratique du Congo	3,80	22,67	4,01	30,48
Somalie	0,49	2,56	1,58	4,63
Soudan*	1,61	4,27	2,69	8,57
Bénin	0,28	0,60	0,08	0,96
Congo	0,24	0,64	0,10	0,97
Côte d'Ivoire	0,49	0,36	0,21	1,06
Ghana	0,55	1,10	0,23	1,88
Iraq**	0,00	1,52	0,27	1,79
Népal	1,25	2,08	1,41	4,75
Niger	0,38	0,62	0,20	1,20
République centrafricaine	0,08	0,32	0,12	0,52
Tchad	0,56	0,87	0,16	1,59
Pays à haut risque				
Burkina Faso	0,32	0,48	0,10	0,98
Burundi	0,11	0,16	0,05	0,32
Cameroun	0,41	0,95	0,11	1,53
Erythrée	0,10	0,05	0,05	0,19
Gabon	0,06	0,11	0,06	0,22
Guinée	0,23	0,35	0,08	0,65
Guinée-Bissau	0,03	0,12	0,02	0,17
Guinée équatoriale	0,02	0,07	0,01	0,10
Kenya	0,22	1,07	0,13	1,42
Libéria	0,10	0,45	0,08	0,63
Madagascar	0,00	0,00	0,22	0,14
Mali	0,35	0,56	0,10	1,04
Mauritanie	0,07	0,08	0,03	0,18
Mozambique	0,00	0,00	0,13	0,13
Myanmar	1,39	1,52	0,62	3,52
Namibie	0,05	0,04	0,04	0,13
République démocratique de Corée	0,28	0,74	0,63	1,64
République-Unie de Tanzanie	0,82	1,22	0,25	2,29
Rwanda	0,16	0,21	0,05	0,42
Sierra Leone	0,12	0,45	0,10	0,66
Tadjikistan	0,08	0,01	0,08	0,12
Yémen	0,68	0,52	0,30	1,50
Zambie	0,28	0,42	0,21	0,91

* Des budgets distincts ont été établis pour les divisions administratives du nord et du sud du Soudan et sont disponibles sur demande.

** On présume que le coût du VPO en Iraq sera pris en charge par le programme Pétrole contre nourriture.

Total 2002-2003 (en millions de US \$)				
Pays	<i>JNV/JLV : VPO</i>	<i>JNV/JLV : opérations</i>	<i>Surveillance de la PFA et laboratoire</i>	<i>Dépenses totales 2002-2003</i>
Pays d'endémie	<i>US \$</i>	<i>US \$</i>	<i>US \$</i>	<i>US \$</i>
Dix pays prioritaires :				
Afghanistan	4,68	6,34	0,95	11,97
Angola	2,72	9,57	2,10	14,39
Bangladesh	13,76	16,87	3,72	34,35
Ethiopie	5,73	22,45	2,30	30,48
Inde	87,37	88,40	20,74	196,51
Nigéria	27,83	48,31	3,90	80,04
Pakistan	25,74	9,44	2,14	37,31
République démocratique du Congo	9,34	51,00	7,35	67,69
Somalie	1,17	5,98	3,53	10,68
Soudan*	5,70	11,72	5,37	22,79
Bénin	0,77	1,70	0,16	2,63
Congo	0,46	1,25	0,20	1,92
Côte d'Ivoire	1,28	0,96	0,30	2,54
Ghana	1,79	2,54	0,46	4,79
Iraq**	0,00	3,04	0,53	3,57
Népal	3,56	4,55	2,83	10,94
Niger	1,09	1,81	0,40	3,30
République centrafricaine	0,24	0,93	0,23	1,40
Tchad	1,14	1,78	0,32	3,24
Pays à haut risque				
Burkina Faso	0,92	1,40	0,29	2,91
Burundi	0,33	0,47	0,09	0,89
Cameroun	1,20	2,81	0,27	4,27
Erythrée	0,18	0,09	0,09	0,36
Gabon	0,11	0,21	0,12	0,44
Guinée	0,31	0,48	0,16	0,95
Guinée-Bissau	0,08	0,37	0,04	0,48
Guinée équatoriale	0,04	0,18	0,02	0,24
Kenya	0,43	2,10	0,26	2,79
Libéria	0,34	1,36	0,15	1,85
Madagascar	0,45	0,00	0,36	0,81
Mali	1,02	1,66	0,22	2,90
Mauritanie	0,20	0,24	0,06	0,50
Mozambique	0,78	0,00	0,25	1,03
Myanmar	2,76	3,07	1,24	7,06
Namibie	0,15	0,12	0,08	0,35
République démocratique de Corée	0,55	1,47	1,26	3,28
République-Unie de Tanzanie	1,58	2,41	0,50	4,49
Rwanda	0,32	0,42	0,10	0,83
Sierra Leone	0,46	1,76	0,20	2,42
Tadjikistan	0,33	0,03	0,12	0,47
Yémen	1,30	1,52	0,60	3,42
Zambie	0,54	0,83	0,42	1,79

* Des budgets distincts ont été établis pour les divisions administratives du nord et du sud du Soudan et sont disponibles sur demande.

** On présume que le coût du VPO en Iraq sera pris en charge par le programme Pétrole contre nourriture.





4. Prochaines étapes : mettre fin à la transmission du poliovirus et arrêter la vaccination par le VPO

Mettre fin à la transmission du poliovirus

Figure 9 : carte : augmentation estimative des dépenses de programme en 2002-2005 si la transmission de la poliomyélite se poursuit en 2003, par blocs épidémiologiques

Arrêter la vaccination par le VPO

Mettre fin à la transmission du poliovirus

La certification de l'éradication de la polio dans le monde d'ici à 2005 pourrait être compromise si le virus continue de se transmettre au-delà des 12 ou 18 mois à venir.

Etant donné le taux de progression enregistré depuis 1999, chacun des quatre blocs épidémiologiques compte au moins un pays où il est très probable que la transmission de la polio se poursuivra après la fin de l'année 2002.

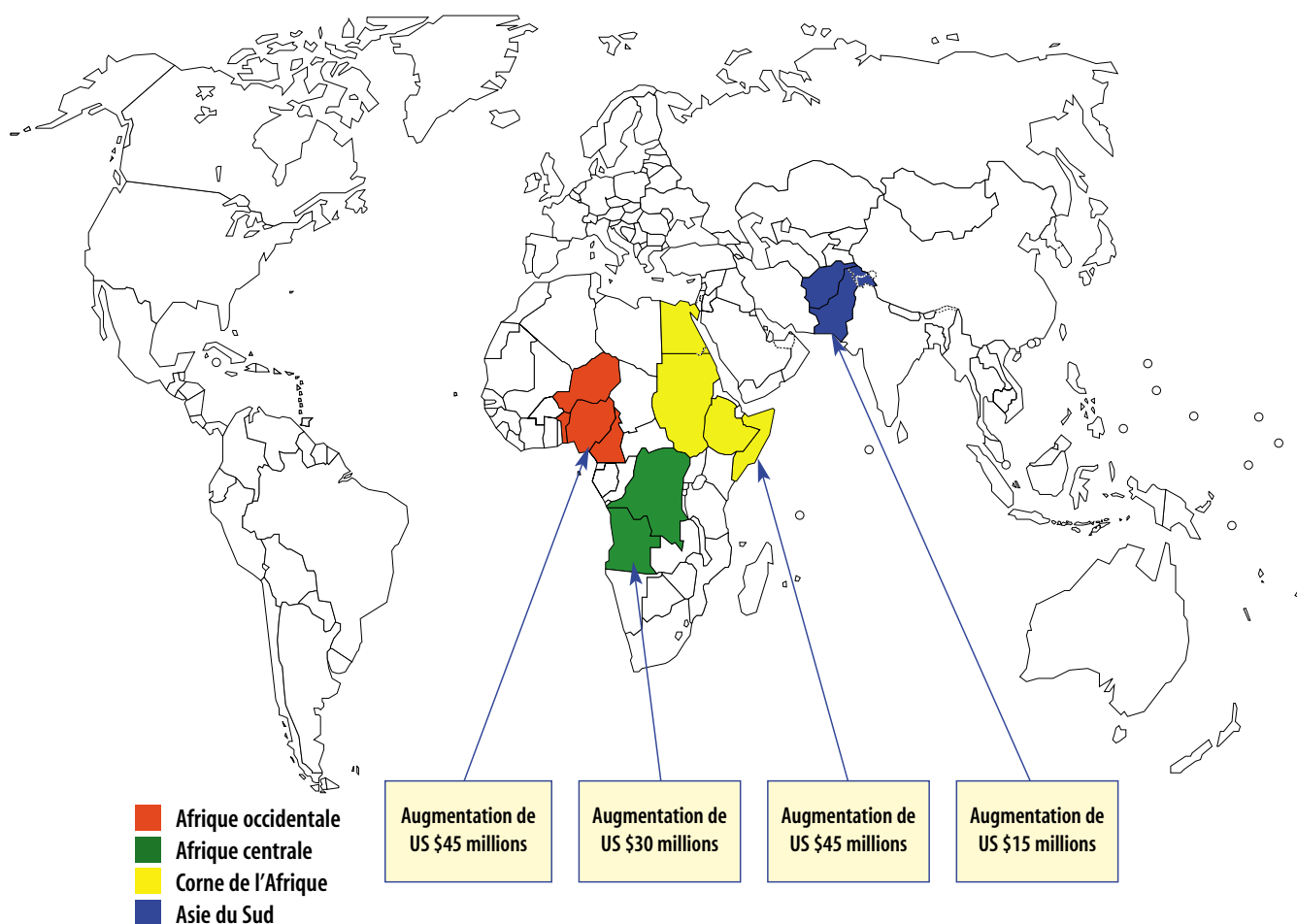
- *Asie du Sud*
- *Afrique centrale*
- *Afrique occidentale*
- *Corne de l'Afrique*

La poursuite de la transmission dans l'une de ces zones entraînerait des dépenses supplémentaires. Les conséquences financières sont importantes puisque les pays voisins de ceux où le virus continue de se transmettre seraient eux aussi obligés d'intensifier leurs activités de vaccination supplémentaire.

La figure 9 donne une estimation des coûts qu'entraînerait l'intensification des activités d'éradication de la polio dans chacune des quatre zones en 2002-2005.

Si la transmission du poliovirus se poursuivait en 2003, les dépenses de programme en 2002-2005 pourraient augmenter de plus de US \$100 millions.

Figure 9 : augmentation estimative des dépenses de programme en 2002-2005 si la transmission de la poliomyélite se poursuit en 2003, par blocs épidémiologiques



Arrêter la vaccination par le VPO

La phase finale de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite comprend trois grands volets : confinement des stocks conservés en laboratoire, certification de l'éradication de la polio et arrêt de la vaccination.

Un plan d'action et des procédures détaillées ont été établis pour le confinement en laboratoire et la certification. Par ailleurs, un programme de recherche visant des objectifs ambitieux à court et moyen termes a été défini en vue de déterminer la stratégie la plus sûre et la plus efficace pour arrêter la vaccination antipoliomyélitique. Le budget nécessaire à la réalisation de ce programme a été estimé à US \$1 million par an pour la période 2001-2005. Ces dépenses sont imputées au budget au titre des « facteurs de base ».

Vu que l'éradication approche à grands pas, il importe de déterminer les ressources nécessaires pour les activités à mener après la certification. Celles-ci consistent à maintenir la surveillance avec des moyens de laboratoire suffisants, à obtenir les informations nécessaires pour s'assurer que la vaccination peut être arrêtée sans risque, à mettre en œuvre les stratégies fondées sur ces informations et à constituer des stocks de vaccin dans le cas très improbable où une flambée se produirait après l'arrêt de la vaccination. Fin 2002, on fera une estimation des ressources nécessaires pour financer les activités à mener après la certification jusqu'à la fin de l'année 2010.

La priorité absolue pour l'Initiative est de réunir de toute urgence les US \$400 millions manquants pour financer les activités entre 2001 et la fin de l'année 2005. ♦

**Organisation mondiale de la Santé
Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
Département Vaccins et produits biologiques
CH-1211 Genève 27 – Suisse
Téléphone : + 41 22 791 2692
Télécopie : + 41 22 791 4193
Adresse électronique : polioepi@who.int
Site Web : <http://www.polioeradication.org>**