



Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

Estimation des ressources financières
extérieures nécessaires pour **2004-2008**

Décembre 2003



OMS



© Organisation mondiale de la Santé

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès de l'équipe Marketing et diffusion, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : + 41 22 791 2476 ; télécopie : + 41 22 791 4857 ; courriel : bookorders@who.int). Les demandes relatives à l'autorisation de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou pour une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à l'unité Publications, à l'adresse ci-dessus (télécopie : + 41 22 791 4806 ; courriel : permissions@who.int).

Les appellations employées dans ce document et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir encore fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres, de nature similaire et qui ne sont pas mentionnés. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit ni l'exhaustivité, ni l'exactitude des informations contenues dans le présent document et ne saurait en aucun cas être tenue pour responsable des dommages éventuels résultant de leur utilisation.

**Initiative mondiale pour
l'éradication de la poliomyélite**

**Estimation des ressources financières
extérieures nécessaires pour 2004-2008**

Décembre 2003

REN T A B L E D E S M A T I E R E S

Abréviations	3
Résumé	4
Section 1 : Informations générales	6
Section 2 : Ressources financières nécessaires pour 2004-2005	8
Section 3 : Ressources financières nécessaires pour 2006-2008	11
Annexe 1 : Détail des dépenses prévues au niveau des pays pour 2004-2005	12

REN A B R E V I A T I O N S

ACDI	Agence canadienne de Développement international
AFR	Région africaine de l'OMS
AMR	Région OMS des Amériques
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis d'Amérique)
EMR	Région OMS de la Méditerranée orientale
EUR	Région européenne de l'OMS
JLV	Journées locales de vaccination
JNV	Journées nationales de vaccination
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PFA	Paralysie flasque aiguë
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
SEAR	Région OMS de l'Asie du Sud-Est
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
WPR	Région OMS du Pacifique occidental

Le monde a pour la première fois la possibilité de faire en sorte que tous les individus, où qu'ils se trouvent, partagent équitablement les fruits d'une éradication mondiale, peut-être définitive, de la poliomyélite. Grâce à la distribution de vitamine A au cours des campagnes de vaccination antipoliomyélique, près de cinq millions d'enfants menacés de paralysie sont aujourd'hui valides et 1,25 million de décès d'enfants ont été évités. Au niveau mondial, les économies réalisées seront énormes s'il n'est plus nécessaire d'engager des dépenses pour le traitement de la poliomyélite et la réadaptation. Selon les décisions prises au niveau national sur l'avenir de la vaccination antipoliomyélique, ces économies pourraient dépasser US \$1 milliard par an. Il est important de noter que l'impact concret et symbolique de l'éradication de la poliomyélite créera un élan pour d'autres initiatives de développement et de santé.

Des progrès extraordinaires ont été enregistrés dans la lutte contre la poliomyélite en vue d'une éradication de la maladie. Fin 2003, la poliomyélite autochtone avait été éliminée dans tous les pays sauf six¹. Dans trois de ces pays – le Nigéria, l'Inde et le Pakistan –, qui absorberont 65 % des ressources financières nécessaires à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pour 2004-2005, on recensait, en 2003, 95 % des cas. Le niveau de transmission du poliovirus étant le plus bas jamais enregistré en saison haute en Inde, au Pakistan, en Afghanistan et en Egypte, une occasion sans précédent s'offre à nous d'arrêter définitivement la transmission. La vulnérabilité des pays aux importations de poliovirus montre toute l'importance d'un arrêt immédiat de la transmission. En 2003, un poliovirus de Kano (Nigéria) a été importé dans sept pays voisins. Les activités de riposte d'urgence ont coûté US \$20 millions en 2003 et il a fallu réinstaurer des campagnes de vaccination préventives dans certains pays pour 2004-2005.

Le *Plan stratégique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite 2004-2008* indique les activités nécessaires pour interrompre la transmission du poliovirus d'ici à fin 2004, pour parvenir à la certification mondiale d'ici à 2008, pour mettre au point des produits facilitant l'arrêt de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral (VPO) et pour intégrer l'infrastructure ayant servi à l'éradication de la poliomyélite. *L'estimation des ressources financières extérieures nécessaires pour 2004-2008* expose une estimation des ressources requises pour réaliser les quatre objectifs principaux du Plan stratégique. Les budgets ont été élaborés au cours d'un processus de consultation entre l'OMS, les ministères de la santé et l'UNICEF.

La section 1 fournit un aperçu du partenariat de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et présente les contributions et les annonces de contributions à l'Initiative en décembre 2003.

La section 2 présente les ressources financières nécessaires pour 2004-2005, où les activités seront principalement consacrées à l'interruption de la transmission du poliovirus au niveau mondial. Il manque US \$130 millions pour mener à bien les activités prévues au cours de cette période, pour laquelle les dépenses prévisionnelles s'élèvent à US \$765 millions ; ce déficit de financement doit être comblé d'urgence. Les plans d'urgence et les dépenses qui y sont associées sont présentés pour les deux hypothèses de base sur lesquelles reposent les budgets : la transmission du poliovirus sera interrompue au niveau mondial d'ici à fin 2004 ou au premier semestre 2005 au plus tard et les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale resteront rares et ne nécessiteront que des campagnes de ratissage ponctuelles.

La section 3 expose le financement nécessaire pour mettre en œuvre le programme d'activités 2006-2008 afin de parvenir à une certification mondiale, de mettre au point des produits pour arrêter l'utilisation du VPO et d'intégrer la structure ayant servi à l'éradication de la poliomyélite à d'autres activités. On estime que US \$380 millions seront nécessaires au cours de cette période.

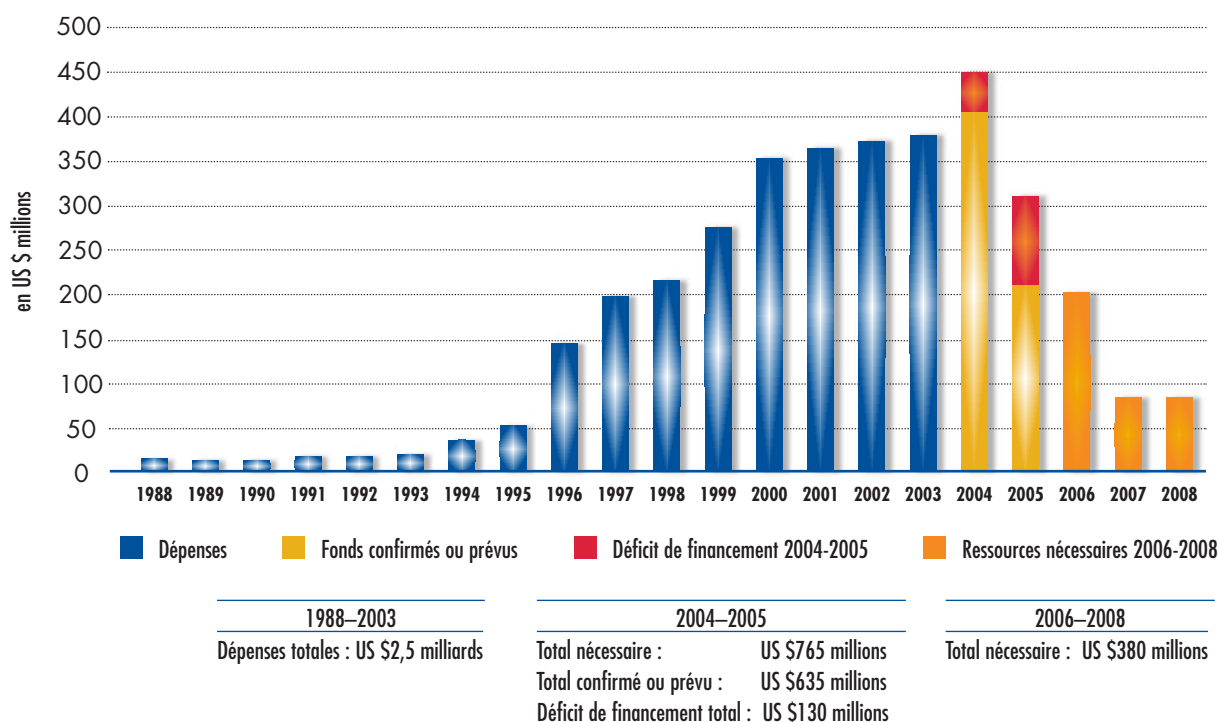
L'annexe 1 expose en détail les dépenses prévues dans les pays d'endémie et dans les pays à haut risque en 2004-2005.

Entre 1988 et 2005, plus de US \$3 milliards auront été investis par la communauté internationale pour interrompre la transmission du poliovirus à l'échelle mondiale. Une partie importante de ces investissements aura servi à former des centaines de milliers d'agents de santé et à mobiliser des millions de bénévoles pour appuyer les campagnes de vaccination et surveiller la paralysie flasque aiguë et auront ainsi permis de renforcer les systèmes de santé. La figure 1 montre les dépenses annuelles totales de 1988 à 2003,

¹ Les pays où le poliovirus autochtone sauvage était présent en 2003 sont, par ordre d'intensité de la transmission, le Nigéria, l'Inde, le Pakistan, le Niger, l'Afghanistan et l'Egypte.

les ressources nécessaires, les contributions confirmées ou prévues et le déficit de financement pour 2004-2005, ainsi que les ressources nécessaires pour le programme d'activités 2006-2008.

Figure 1 : Dépenses annuelles totales de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (1988-2003), contributions annoncées/prévues et déficit de financement (2004-2005), ressources financières nécessaires (2006-2008)



Le tableau 1 montre les ressources financières extérieures nécessaires par catégories d'activités principales pour 2004-2008 (par exemple VPO, dépenses de fonctionnement pour les Journées nationales de vaccination (JNV) et les Journées locales de vaccination (JLV), la riposte d'urgence, la surveillance et les laboratoires, l'assistance technique, le confinement et la certification, l'intégration de l'infrastructure et la mise au point de produits pour l'arrêt de l'utilisation du VPO).

A ce moment crucial de l'existence de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, un financement souple sur plusieurs années est essentiel pour combler le déficit, qui s'élève à US \$130 millions, pour que les nouveaux besoins du programme puissent être satisfaits à temps et pour que les capacités de surveillance au niveau mondial puissent être renforcées. □

Tableau 1 : Résumé des ressources nécessaires par catégories d'activités 2004-2008 (en US \$ millions)

Activités	2004-2005		2006-2008		
	2004	2005	2006	2007	2008
Vaccin antipoliomyélique oral	184,97	106,40	69,17	0	0
JNV/JLV*	149,93	97,93	43,01	0	0
Campagnes de ratisage d'urgence	15,00	15,00	7,50	7,50	7,50
Surveillance**	32,44	32,14	25,78	25,78	25,68
Laboratoires	6,43	6,43	5,00	5,00	5,00
Assistance technique***	53,57	49,08	37,24	36,24	36,10
Certification et confinement	0,90	0,87	7,50	7,50	7,50
Etape postérieure à la certification	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Application des enseignements tirés	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Sous-total	450,24	314,85	202,20	89,02	88,78

*Les coûts de fonctionnement comprennent la rémunération du personnel, les primes, la formation et les réunions, les fournitures et l'équipement, le transport, la mobilisation sociale et les coûts d'exploitation.

**Le tableau 6 expose les dépenses consacrées à la surveillance et aux laboratoires pour 2004-2005.

***L'assistance technique comprend le coût des ressources humaines déployées par l'intermédiaire des institutions spécialisées des Nations Unies. Le tableau 7 présente une ventilation par pays pour 2004.

LES efforts entrepris par les gouvernements pour éradiquer la poliomyélite s'appuient sur un partenariat mondial dirigé par l'OMS, Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des Etats-Unis d'Amérique et l'UNICEF. Le Partenariat est composé de fondations privées (dont la Fondation des Nations Unies et la Fondation Bill & Melinda Gates), de banques de développement (dont la Banque mondiale), de gouvernements donateurs (dont l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, les Etats-Unis d'Amérique, la Fédération de Russie, la Finlande, la France, l'Irlande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et le Royaume-Uni), de la Commission européenne, d'organisations humanitaires et non gouvernementales (ONG) (dont la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge) et d'entreprises (dont Aventis Pasteur, De Beers et Wyeth).

Le tableau 2 présente les contributions des principaux donateurs en faveur de l'éradication de la poliomyélite pour la période 1988-2005. Les fonds provenant de sources extérieures (dons multilatéraux et bilatéraux) pour cette période s'élèvent à US \$3 milliards. Entre 1988 et 2005, 29 donateurs des secteurs public et privé ont versé ou se sont engagés à verser plus de US \$1 million chacun pour l'éradication de la poliomyélite. Vingt-deux d'entre eux ont versé des contributions égales ou supérieures à US \$5 millions. En 2005, Rotary International, le plus grand donateur privé, aura déboursé plus de US \$560 millions.

Tableau 2 : Profil des donateurs par rapport aux contributions reçues et annoncées, 1988-2005

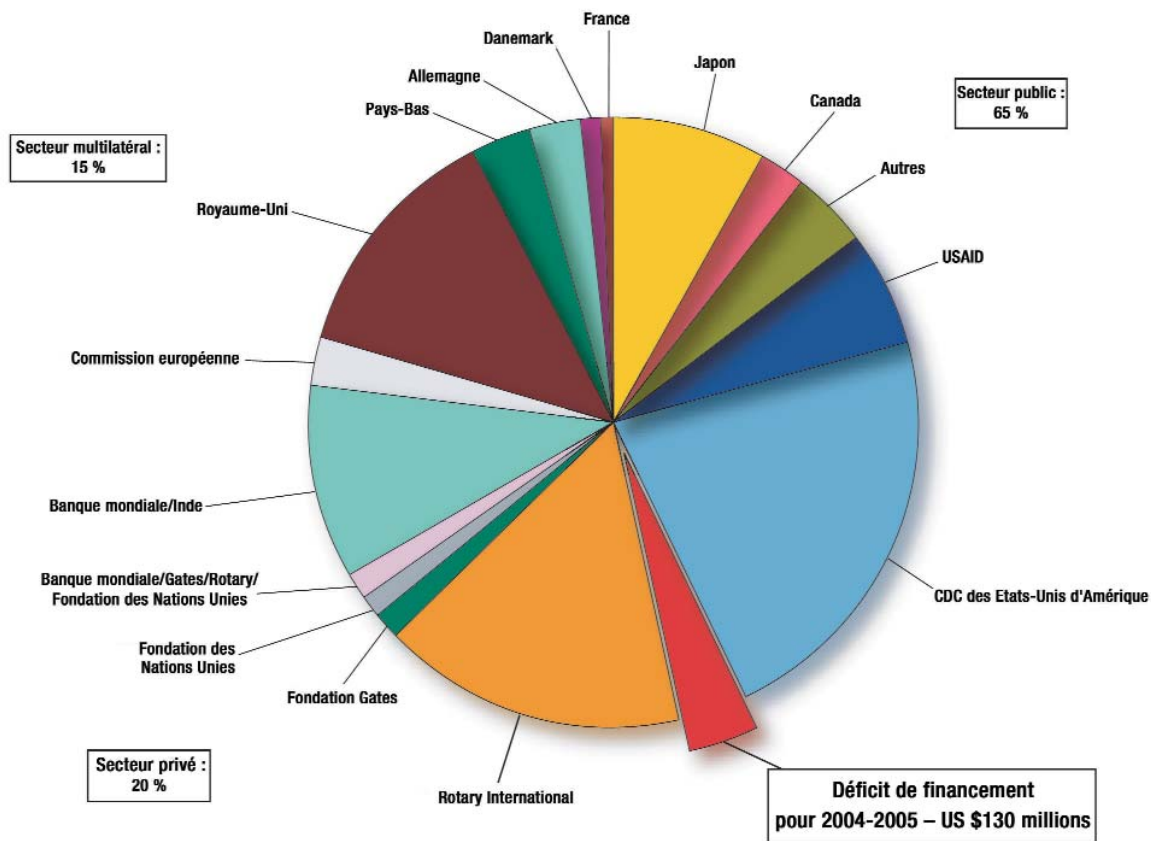
<i>Contributions (en US \$ millions)</i>	<i>Partenaires du secteur public</i>	<i>Banques de développement</i>	<i>Partenaires du secteur privé</i>
> 500	Etats-Unis d'Amérique		Rotary International
250 à 500	Japon, Royaume-Uni		
100 à 249	Pays-Bas	Banque mondiale	
50 à 99	Allemagne, Canada, Commission européenne		Fondation Bill & Melinda Gates
25 à 49	Danemark, budget ordinaire de l'UNICEF		Fondation des Nations Unies
5 à 24	Australie, Belgique, France, Norvège, budget ordinaire de l'OMS	Banque interaméricaine de développement	Aventis Pasteur, FIIM, Comités nationaux pour l'UNICEF
1 à 4	Fédération de Russie, Irlande, Italie, Luxembourg, Suisse		Advantage Trust (HK), De Beers, Pew Charitable Trust, Wyeth

L'action en vue de l'éradication de la poliomyélite bénéficie également de ressources nationales non négligeables, financières ou non monétaires (par exemple le temps consacré par les bénévoles, les agents de santé et les autres personnes pour mener à bien les activités de vaccination supplémentaires). Les fonds apportés par les gouvernements, le secteur privé et les ONG servent à acquitter les dépenses de carburant, celles occasionnées par la mobilisation sociale et la formation et les autres dépenses au niveau national, des Etats, des provinces, des districts et des communautés locales. On estime que le temps consacré par les bénévoles aux activités d'éradication de la poliomyélite aura représenté à lui seul, entre 1988 et 2005, pour les pays d'endémie et ceux touchés par la maladie, une contribution de plus de US \$2,35 milliards.

Le présent document ne concerne que les ressources financières extérieures nécessaires pour 2004-2008. Les budgets ont été établis par l'OMS, les ministères de la santé et l'UNICEF et sont fondés sur les coûts de la mise en œuvre des stratégies d'éradication de la poliomyélite dans les pays et sur les coûts de la gestion de l'Initiative par les institutions spécialisées des Nations Unies chargées de l'exécution (OMS et UNICEF) aux niveaux mondial, régional et des pays. □

Figure 2 : Contributions financières extérieures et déficit de financement, 1988-2005

Interruption de la transmission du poliovirus US \$3 milliards, 1988-2005



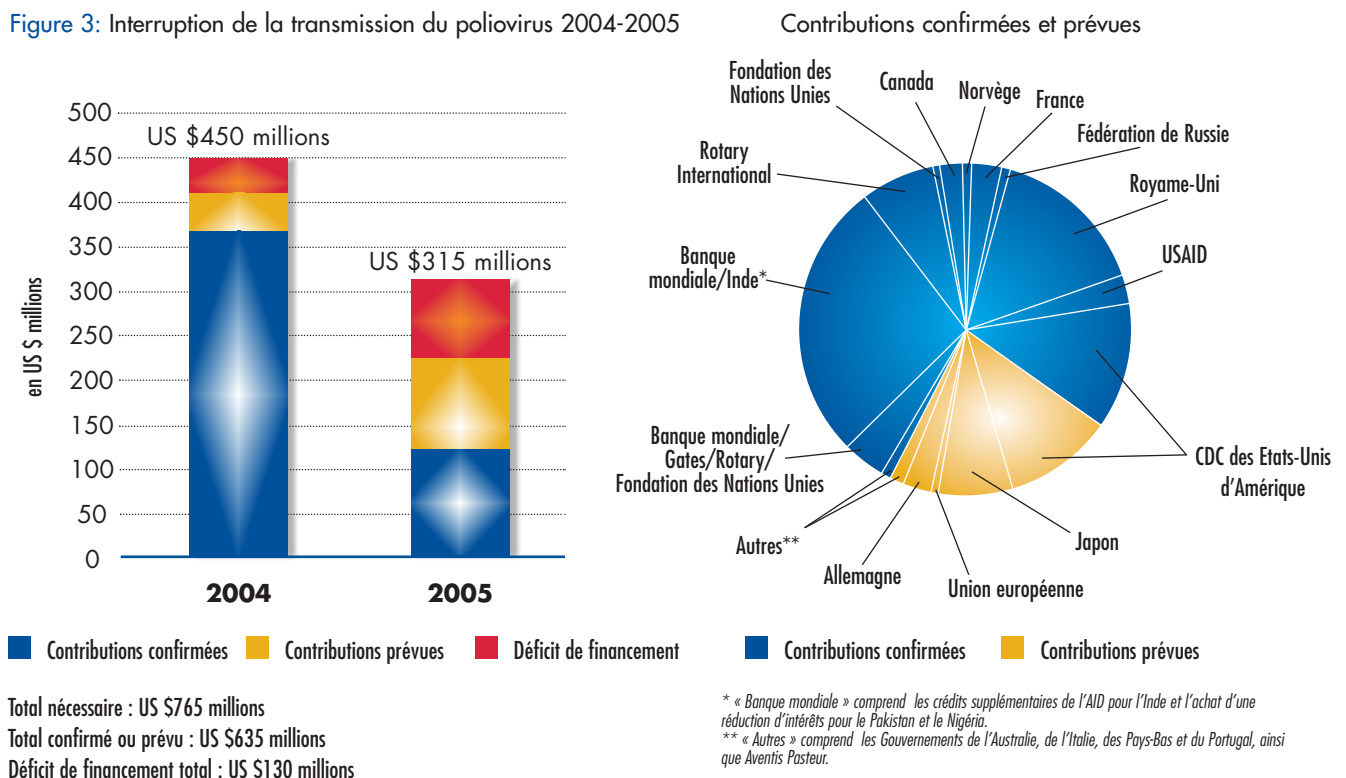
« Autres » comprend les Gouvernements de l'Arabie saoudite, de l'Australie, de la Belgique, des Emirats arabes unis, de la Fédération de Russie, de la Finlande, de l'Irlande, de l'Italie, du Luxembourg, de la Malaisie, de la Norvège, de la Nouvelle-Zélande, d'Oman, de la République de Corée et de la Suisse, ainsi que Aventis, De Beers, la Banque interaméricaine de Développement, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le Millennium Fund, le Programme pétrole contre nourriture, la Fondation de l'OPEP, Smith Kline Biologicals, les comités nationaux pour l'UNICEF, le budget ordinaire de l'UNICEF, la Société du Croissant-Rouge d'Arabie saoudite, la Société du Croissant-Rouge des Emirats arabes unis, le budget ordinaire de l'OMS et Wyeth.

REN SECTION 2 : RESSOURCES FINANCIERES NECESSAIRES POUR 2004-2005

En 2004-2005, la première des priorités de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est l'interruption à brève échéance de la transmission du poliovirus dans les six pays d'endémie restants². En 2003, on a recensé dans trois de ces pays – le Nigéria, l'Inde et le Pakistan –, qui absorberont 65 % des ressources financières nécessaires pour 2004-2005, 95 % des cas de poliomyélite³. Des activités de vaccination supplémentaires sont prévues pour les six pays d'endémie et pour quelques pays où l'endémie est récente ou pour lesquels il existe un risque élevé d'importation de poliovirus.

L'estimation des ressources financières extérieures nécessaires pour la période 2004-2005 s'élève à US \$765 millions ; le total des contributions confirmées ou prévues étant de US \$635 millions, le déficit de financement est, en décembre 2003, de US \$130 millions (figure 3). Ce déficit, revu deux fois par an, dépend des priorités du programme, des nouvelles contributions et de la souplesse des contributions. Des informations plus détaillées sont disponibles sur demande auprès de l'OMS et de l'UNICEF.

Figure 3: Interruption de la transmission du poliovirus 2004-2005



² En 2003, les pays où le poliovirus sauvage autochtone était présent sont, par ordre d'intensité de la transmission, le Nigéria, l'Inde, le Pakistan, le Niger, l'Afghanistan et l'Egypte.

³ Décembre 2003.

Le tableau 3 présente les activités de vaccination supplémentaires – JNV et JLV – prévues pour 2004-2006 (des activités de vaccination supplémentaires sont nécessaires pendant 12 mois au moins après le dernier cas d'infection par un poliovirus pour parvenir à un niveau élevé d'immunité de la population au cours de la période qui doit s'écouler avant que l'interruption de la transmission ne soit confirmée). L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite consacre la plus grande partie des dépenses à ces activités (pour le détail des dépenses prévues par pays pour 2004-2005, voir le tableau 5 à l'annexe 1). Les activités de vaccination supplémentaires sont nécessaires dans les pays d'endémie (voir les pays de la catégorie prioritaire A dans le tableau 3) pour interrompre la transmission du poliovirus sauvage et dans les pays à haut risque et les pays où l'endémie est récente (voir pays de la catégorie prioritaire B dans le tableau 3) pour parvenir à un niveau élevé d'immunité de la population. Dans les pays de la catégorie prioritaire B, il n'y a pas de transmission autochtone, la couverture vaccinale par le VPO est faible et il existe un risque élevé d'importation du virus depuis les pays d'endémie et/ou les pays fortement ou densément peuplés.

Tableau 3 : JNV et JLV nécessaires pour l'éradication de la poliomyélite, 2004-2006 (décembre 2003)*

Priorité	Pays	JNV/JLV		
		2004	2005	2006
A Pays d'endémie	Afghanistan	4/1	2/0	
	Egypte	4/1	2/0	
	Inde	5/1	2/2	2/0
	Niger	4/0	0/2	
	Nigéria	4/2	4/2	2/0
	Pakistan	5/2	2/2	2/0
B Pays à haut risque	<i>Pays à haut risque d'importation depuis le Nigéria</i>			
	Bénin	4/0		
	Burkina Faso	4/0		
	Cameroun	0/5		
	Côte d'Ivoire	2/0		
	Ghana	4/0		
	République centrafricaine	2/2		
	Tchad	2/3		
	Togo	4/0		
	<i>Pays où l'endémie est récente</i>			
	Angola	2/0	0/2	
	Ethiopie	0/2		
	République démocratique du Congo	0/2		
	Somalie	2/2	0/2	
	Soudan	0/2		
	<i>Pays à haut risque d'importation depuis l'Inde</i>			
	Bangladesh	2/0		
	Népal	2/0		

* Note : Dans de nombreuses régions, des campagnes de ratissage à grande échelle seront en outre nécessaires pour interrompre les dernières chaînes de transmission.

Le tableau 3 présente les activités de vaccination supplémentaires minimales nécessaires dans l'hypothèse où la transmission est interrompue fin 2004. Si des campagnes de ratissage d'urgence étaient nécessaires dans un ou deux pays au premier semestre 2005, ces prévisions en seraient considérablement changées.

Bien que la transmission endémique du poliovirus soit maintenant davantage circonscrite géographiquement à l'intérieur des pays, les importations de virus au-delà des frontières se sont poursuivies et ont provoqué des paralysies chez des enfants vivant dans des régions indemnes de poliomyélite. En 2003, le nombre de pays où des cas de poliomyélite dus à des virus importés étaient recensés était pour la première fois plus élevé que le nombre de ceux où la transmission du virus est endémique. Dans ces pays, les activités de riposte d'urgence ont coûté, en 2003, plus de US \$20 millions et ont nécessité la réinstauration de campagnes de vaccination préventive dans certains pays pour 2004-2005. Pour cette période, US \$30 millions supplémentaires ont été prévus au budget pour la riposte d'urgence.

Le tableau 4 présente les dépenses consacrées à la surveillance, aux laboratoires et à l'assistance technique par Régions pour 2004-2005. L'annexe 1 contient des informations plus détaillées.

Tableau 4 : Surveillance, laboratoires et assistance technique par Régions pour 2004-2005 (en US \$ millions).

	2004	2005
Surveillance et laboratoires		
Région africaine	18,16	18,16
Région des Amériques	0,60	0,60
Région de l'Asie du Sud-Est	8,90	8,90
Région européenne	0,64	0,64
Région de la Méditerranée orientale	5,53	5,23
Région du Pacifique occidental	0,37	0,37
Siège de l'OMS	4,67	4,67
Sous-total	38,87	38,57

	2004	2005
Assistance technique		
AFR	21,09	19,01
AMR	10,45	9,66
EMR	0,82	0,82
EUR	10,44	8,51
SEAR	1,80	1,80
WPR	3,00	4,80
Siège de l'OMS	5,97	4,48
Sous-total	53,57	49,08

Plans d'urgence et dépenses associées

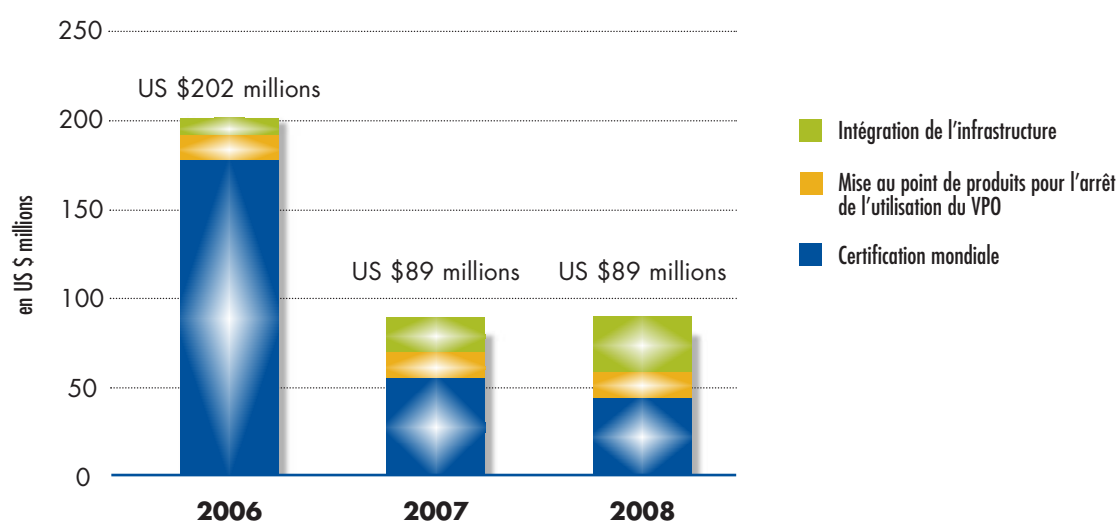
L'estimation des ressources financières extérieures nécessaires pour 2004-2005 est fondée sur deux hypothèses fondamentales (exposées dans le Plan stratégique sous la rubrique traitant des enjeux principaux que pose l'interruption de la transmission du poliovirus), à savoir la transmission du poliovirus sera interrompue au niveau mondial fin 2004 (ou au premier semestre 2005 au plus tard) et les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale resteront rares et ne nécessiteront que des campagnes ponctuelles de ratissage (vaccination par le VPO) pour arrêter la transmission et non pas des campagnes de prévention pour limiter l'émergence des souches.

Si, au deuxième semestre 2005, la transmission du poliovirus se poursuit, de nouvelles activités de vaccination supplémentaires seront nécessaires. Dans le pire des cas, si la transmission perdure dans les six pays d'endémie fin 2004, les activités de vaccination supplémentaires dans les pays d'endémie et dans les pays à haut risque seront reconduites en 2005, puis en 2006, et le Nigéria, l'Inde et le Pakistan effectueront deux cycles supplémentaires de JNV (100 %) au cours de la période 2007-2008. Dans ce cas de figure, les coûts supplémentaires engendrés s'élèveraient à US \$340 millions (US \$128 millions pour 2005 et US \$212 millions pour 2006-2008) en raison de l'intensification des activités.

Si on constate que le risque de poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale est élevé, l'organe de supervision technique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite pourrait recommander à toutes les régions où la couverture vaccinale est faible (par exemple où la couverture par le VPO3 est inférieure à 80 %) d'effectuer deux cycles de JNV ou de JLV, selon le cas, tous les trois ans. Ceci pourrait entraîner des coûts supplémentaires à hauteur de US \$149 millions pour la période 2006-2008. □

On ne pourra exploiter pleinement les bénéfices sur le plan humain et économique que représente l'éradication de la poliomyélite avant d'avoir interrompu la transmission du poliovirus au niveau mondial, mais aussi achevé le processus de certification mondiale, mis fin à l'utilisation du VPO et intégré l'infrastructure ayant servi à l'éradication de la poliomyélite pour renforcer les systèmes de santé et les initiatives de lutte contre d'autres maladies importantes. Pour ces domaines d'activité, les ressources financières nécessaires pour 2006-2008 s'élèvent à US \$380 millions. Pour une ventilation des coûts par catégories d'activité principales, voir le tableau 1.

Figure 4 : Certification de l'éradication de la poliomyélite et intégration de l'infrastructure destinée à l'éradication de la poliomyélite, US \$380 millions, 2006-2008



Pour parvenir à la certification mondiale, il faut s'attaquer aux lacunes persistant en matière de surveillance dans les pays où l'endémie reste présente en établissant des plans nationaux d'action pour réagir rapidement aux importations de poliovirus sauvages et aux poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale et mener à bien le confinement nécessaire du poliovirus, comme exposé en détail dans le *Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire, deuxième édition* (WHO/V&B/03.11).

Pour mettre un terme à l'utilisation du VPO, il faut élaborer une troisième édition du Plan d'action mondial pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire (qui détaille les normes en matière de confinement définitif de l'ensemble des poliovirus), ainsi que mettre au point, homologuer et stocker une série de produits tels que le VPO monovalent et, pour les pays qui choisiraient d'introduire ce vaccin, du VPI préparé à partir de la souche Sabin.

Pour intégrer l'infrastructure servant à l'éradication de la poliomyélite, il faut transférer ou intégrer l'infrastructure, les ressources humaines et le dispositif institutionnel dans d'autres initiatives et intégrer les capacités futures de confinement, de surveillance et de stockage aux mécanismes et aux structures nationaux et internationaux existants visant à maîtriser d'autres agents pathogènes virulents. □

ANNEXE 1 : DETAIL DES DEPENSES PREVUES AU NIVEAU DES PAYS POUR 2004-2005

Tableau 5 : Détail des dépenses prévues dans les pays d'endémie et dans les pays à haut risque, 2004-2005
(en US \$ millions)

<i>Pays</i>	2004			
	JVN/JLV : VPO	JVN/JLV : opérations	Surveillance de la PFA et laboratoires	Dépenses totales 2004
<i>Pays d'endémie</i>				
Afghanistan	3,52	5,31	0,68	9,51
Egypte	0,00	3,05	0,13	3,18
Inde	127,55	90,03	4,50	222,08
Niger	1,77	4,93	0,38	7,09
Nigéria	29,82	26,76	3,60	60,18
Pakistan	30,81	12,53	0,90	44,24
<i>Pays à haut risque</i>				
<i>Pays à haut risque d'importations depuis le Nigéria</i>				
Bénin	1,05	1,48	0,11	2,63
Burkina Faso	1,42	1,92	0,20	3,55
Cameroun	0,97	0,60	0,15	1,72
Côte d'Ivoire	1,06	1,70	0,13	2,89
Ghana	2,57	3,40	0,20	6,17
République centrafricaine	0,20	0,22	0,14	0,56
Tchad	0,82	2,37	0,22	3,41
Togo	0,60	0,97	0,06	1,63
<i>Pays où l'endémie est récente</i>				
Angola	1,26	3,99	1,96	7,21
Ethiopie	1,95	4,32	1,80	8,07
République démocratique du Congo	0,99	3,61	2,40	6,99
Somalie	0,55	1,85	1,02	3,42
Soudan	0,96	2,28	1,19	4,43
<i>Pays à haut risque d'importations depuis l'Inde</i>				
Bangladesh	0,00	0,00	0,44	0,44
Népal	0,00	0,00	0,56	0,56

(en US \$ millions)

<i>Pays</i>	2005			
	JVN/JLV : VPO	JVN/JLV : opérations	Surveillance de la PFA et laboratoires	Dépenses totales 2005
<i>Pays d'endémie</i>				
Afghanistan	1,76	2,53	0,75	5,04
Egypte	0,00	1,62	0,13	1,75
Inde	72,65	55,34	4,50	132,49
Niger	0,48	1,27	0,38	2,13
Nigéria	29,73	27,06	3,60	60,39
Pakistan	20,44	6,19	0,85	27,48
<i>Pays à haut risque</i>				
<i>Pays à haut risque d'importations depuis le Nigéria</i>				
Bénin	0,00	0,00	0,11	0,11
Burkina Faso	0,00	0,00	0,20	0,20
Cameroun	0,00	0,00	0,15	0,15
Côte d'Ivoire	0,00	0,00	0,13	0,13
Ghana	0,00	0,00	0,20	0,20
République centrafricaine	0,00	0,00	0,14	0,14
Tchad	0,00	0,00	0,22	0,22
Togo	0,00	0,00	0,06	0,06
<i>Pays où l'endémie est récente</i>				
Angola	0,41	1,24	1,96	3,60
Ethiopie	0,00	0,00	1,80	1,80
République démocratique du Congo	0,00	0,00	2,40	2,40
Somalie	0,25	0,79	0,86	1,90
Soudan	0,00	0,00	1,04	1,04
<i>Pays à haut risque d'importations depuis l'Inde</i>				
Bangladesh	0,00	0,00	0,44	0,44
Népal	0,00	0,00	0,56	0,56

(en US \$ millions)

Pays	2004-2005			
	JVN/JLV : VPO	JVN/JLV : opérations	Surveillance de la PFA et laboratoires	Dépenses totales 2004-2005
Pays d'endémie				
Afghanistan	5,28	7,84	1,43	14,55
Egypte	0,00	4,67	0,26	4,93
Inde	200,20	145,37	9,00	354,57
Niger	2,25	6,20	0,76	9,22
Nigéria	59,55	53,82	7,20	120,57
Pakistan	51,25	18,73	1,75	71,73
Pays à haut risque				
<i>Pays à haut risque d'importations depuis le Nigéria</i>				
Bénin	1,05	1,48	0,22	2,74
Burkina Faso	1,42	1,92	0,41	3,76
Cameroun	0,97	0,60	0,30	1,87
Côte d'Ivoire	1,06	1,70	0,26	3,01
Ghana	2,57	3,40	0,40	6,37
République centrafricaine	0,00	0,00	0,28	0,28
Tchad	0,82	2,37	0,44	3,63
Togo	0,60	0,97	0,12	1,69
<i>Pays où l'endémie est récente</i>				
Angola	1,66	5,22	3,92	10,81
Ethiopie	1,95	4,32	3,60	9,87
République démocratique du Congo	0,99	3,61	4,80	9,39
Somalie	0,79	2,65	1,88	5,32
Soudan	0,96	2,28	2,23	5,47
<i>Pays à haut risque d'importations depuis l'Inde</i>				
Bangladesh	0,00	0,00	0,89	0,89
Népal	0,00	0,00	1,11	1,11

Notes :

- Les frais relatifs au VPO et les dépenses de fonctionnement au Bangladesh et au Népal pour 2004 ont été financés au quatrième trimestre 2003.
- Les frais relatifs au VPO et les dépenses de fonctionnement pour janvier et février 2004 pour l'Inde ont été financés au quatrième trimestre 2003.
- Pour 2004, au Pakistan, US \$5,1 millions ont été alloués pour les frais relatifs au VPO et US \$2 millions pour les frais de fonctionnement (financés au quatrième trimestre 2003).
- Pour 2004, au Nigéria, US \$11,6 millions ont été alloués au titre des coûts relatifs au VPO et US \$10,5 millions au titre des frais de fonctionnement (financement au quatrième trimestre 2003).
- La surveillance de la PFA et les dépenses de laboratoire n'incluent pas les coûts de personnel.
- « Soudan » inclut les ressources nécessaires pour le nord et pour le sud du Soudan.
- Le montant des dépenses au niveau des pays n'inclut pas les coûts des campagnes de rattrapage. Ces coûts sont estimés au niveau mondial au titre de la « riposte d'urgence ».

Tableau 6 : Dépenses pour la surveillance et les laboratoires par pays et par Régions, 2004-2005 (en US \$ millions)

	2004	2005		2004	2005
AFR			EMR		
Afrique du Sud	0,06	0,06	Afghanistan	0,68	0,75
Algérie	0,07	0,07	Djibouti	0,10	0,10
Angola	1,96	1,96	Egypte	0,13	0,13
Bénin	0,11	0,11	Iraq	0,10	0,10
Botswana	0,08	0,08	Pakistan	1,09	1,03
Burkina Faso	0,20	0,20	Somalie	1,02	0,86
Burundi	0,08	0,08	Soudan	1,19	1,04
Cameroun	0,15	0,15	Yémen	0,18	0,18
Cap-Vert	0,02	0,02	Bureau régional	1,04	1,04
Comores	0,08	0,08	Sous-total EMR	5,53	5,23
Congo	0,14	0,14	EUR		
Côte d'Ivoire	0,13	0,13	Arménie	0,00	0,00
Erythrée	0,10	0,10	Azerbaïdjan	0,01	0,01
Ethiopie	1,80	1,80	Bosnie-Herzégovine	0,01	0,01
Gabon	0,10	0,10	Bulgarie	0,01	0,01
Gambie	0,07	0,07	Fédération de Russie	0,08	0,08
Ghana	0,27	0,27	Géorgie	0,01	0,01
Guinée	0,09	0,09	Kazakhstan	0,06	0,06
Guinée-Bissau	0,06	0,06	Kirghizistan	0,01	0,01
Guinée équatoriale	0,01	0,01	Moldova	0,01	0,01
Kenya	0,40	0,40	Ouzbékistan	0,03	0,03
Lesotho	0,04	0,04	Roumanie	0,01	0,01
Libéria	0,11	0,11	Tadjikistan	0,08	0,08
Madagascar	0,32	0,32	Turkménistan	0,03	0,03
Malawi	0,16	0,16	Turquie	0,05	0,05
Mali	0,13	0,13	Ukraine	0,01	0,01
Maurice	0,06	0,06	Yougoslavie	0,01	0,01
Mauritanie	0,18	0,18	Bureau régional	0,22	0,22
Mozambique	0,76	0,76	Sous-total EUR	0,64	0,64
Namibie	0,09	0,09	SEAR		
Niger	0,38	0,38	Bangladesh	0,44	0,44
Nigéria	3,60	3,60	Bhoutan	0,02	0,02
Ouganda	0,30	0,30	Inde	4,50	4,50
République centrafricaine	0,14	0,14	Indonésie	1,12	1,12
République démocratique du Congo	2,40	2,40	Maldives	0,16	0,16
République-Unie de Tanzanie	0,20	0,20	Myanmar	0,08	0,08
Rwanda	0,09	0,09	Népal	0,56	0,56
Sao Tomé-et-Principe	0,01	0,01	Rép. populaire démocratique de Corée	0,15	0,15
Sénégal	0,20	0,20	Sri Lanka	0,16	0,16
Seychelles	0,01	0,01	Thaïlande	0,14	0,14
Sierra Leone	0,20	0,20	Bureau régional	1,57	1,57
Swaziland	0,04	0,04	Sous-total SEAR	8,90	8,90
Tchad	0,22	0,22	WPR		
Togo	0,06	0,06	Bureau régional	0,37	0,37
Zambie	0,36	0,36	Siège de l'OMS		
Zimbabwe	0,07	0,07	Siège	4,67	4,67
Bureau régional	2,05	2,05	NIVEAU MONDIAL		
Sous-total AFR	18,16	18,16	Total	38,87	38,57
AMR			Bureau régional		
Bureau régional	0,60	0,60			

Note : « Bureau régional » inclut les dépenses des laboratoires pour l'ensemble de la Région. Les chiffres sont arrondis à deux décimales.

Tableau 7 : Assistance technique par pays, 2004 (en US \$ millions)

	2004		2004
AFR		SEAR	
Afrique du Sud	0,06	Bangladesh	1,13
Angola	1,94	Inde	6,90
Bénin	0,16	Indonésie	0,45
Botswana	0,13	Myanmar	0,38
Burkina Faso	0,17	Népal	0,52
Cameroun	0,04	Bureau régional	1,06
Central ICP office	0,42	Sous-total	5,53
Congo	0,22	EMR	
Côte d'Ivoire	0,22	Afghanistan	1,80
Eastern ICP office	0,57	Djibouti	0,00
Erythrée	0,06	Egypte	0,23
Ethiopie	1,02	Iraq	0,17
Gabon	0,14	Liban	0,00
Gambie	0,14	Libye	0,00
Ghana	0,24	Pakistan	3,63
Guinée	0,13	Somalie	1,21
Guinée-Bissau	0,11	Soudan	2,46
Guinée équatoriale	0,02	Yémen	0,12
Kenya	0,23	Bureau régional	0,83
Lesotho	0,02	Sous-total	10,45
Libéria	0,27	EUR	
Madagascar	0,12	Kazakhstan	0,16
Malawi	0,03	Turquie	0,00
Mali	0,21	Bureau régional	0,66
Mauritanie	0,13	Sous-total	0,82
Mozambique	0,24	WPR	
Namibie	0,16	Cambodge	0,14
Niger	0,49	Chine	0,14
Nigéria	5,34	Fidji	0,14
Ouganda	0,10	Laos	0,14
République centrafricaine	0,29	Philippines	0,14
République démocratique du Congo	2,98	Viet Nam	0,28
République-Unie de Tanzanie	0,21	Bureau régional	0,84
Rwanda	0,16	Sous-total	1,80
Sénégal	0,14	Siège de l'OMS	5,97
Sierra Leone	0,14	UNICEF	3,00
Southern ICP office	0,46		
Swaziland	0,10		
Tchad	0,51		
Togo	0,14		
Western ICP office	0,45		
Zambie	0,22		
Zimbabwe	0,02		
Bureau régional	2,14		
Sous-total	21,09		
AMR			
Sous-total	0,00		
			2004
		Total	53,57

Note : L'assistance technique, en 2005, dépendra de la situation épidémiologique du pays fin 2004.

