

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

BUDGET
PROGRAMME
2002-2003

APPRÉCIATION
DE
L'EXÉCUTION

Les appellations employées dans ce document et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat 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.

Imprimé à Genève, 2004

TABLE DES MATIERES

Avant-propos du Directeur général	<i>v</i>
Aperçu des réalisations	<i>1</i>
Problèmes et obstacles rencontrés dans l'exécution du budget programme 2002-2003	<i>3</i>
Mise en oeuvre de la budgétisation fondée sur les résultats dans le contexte du cadre gestionnaire fondé sur les résultats	<i>4</i>
Résumé de l'exécution financière 2002-2003	<i>6</i>
Tableau. Budget programme et dépenses par domaine d'activité pour 2002-2003	<i>6</i>
Figure 1. Dépenses 2002-2003 : par domaine d'activité, tous bureaux confondus	<i>8</i>
Figure 2. Dépenses 2002-2003 : par bureau et source de fonds	<i>9</i>
Figure 3. Dépenses 2002-2003 : par bureau, toutes sources de fonds	<i>9</i>
Appréciation de l'exécution par domaine d'activité	<i>10</i>
Maladies transmissibles : surveillance	<i>10</i>
Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication	<i>16</i>
Maladies transmissibles : recherche et développement	<i>19</i>
Paludisme	<i>23</i>
Tuberculose	<i>27</i>
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles	<i>32</i>
Tabac	<i>38</i>
Promotion de la santé	<i>42</i>
Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation	<i>46</i>
Santé mentale et toxicomanies	<i>51</i>
Santé de l'enfant et de l'adolescent	<i>55</i>
Recherche en santé génésique et élaboration de programmes dans ce domaine	<i>59</i>
Pour une grossesse à moindre risque	<i>64</i>
Santé de la femme	<i>68</i>
VIH/SIDA	<i>73</i>
Développement durable	<i>77</i>
Nutrition	<i>81</i>
Santé et environnement	<i>85</i>
Salubrité des aliments	<i>91</i>
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	<i>96</i>
Médicaments essentiels : accès, qualité et usage rationnel	<i>102</i>
Vaccination et mise au point de vaccins	<i>106</i>
Sécurité transfusionnelle et technologie clinique	<i>112</i>
Bases factuelles à l'appui des politiques de santé	<i>117</i>
Gestion et diffusion de l'information sanitaire	<i>121</i>
Politique de recherche et promotion de la recherche	<i>127</i>
Organisation des services de santé	<i>130</i>
Organes directeurs	<i>134</i>
Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats	<i>137</i>
Budget et réforme administrative	<i>143</i>
Développement des ressources humaines	<i>147</i>
Gestion financière	<i>153</i>
Informatique et infrastructure	<i>157</i>
Bureaux du Directeur général et des Directeurs régionaux (vérification des comptes, surveillance et services juridique compris)	<i>161</i>

AVANT-PROPOS

Le rapport sur le budget programme 2002-2003 – appréciation de l'exécution donne un aperçu de l'exécution à l'échelle de l'Organisation, en tirant des enseignements généraux de l'application du cadre gestionnaire OMS fondé sur les résultats. Pour chaque domaine d'activité, une analyse détaillée des résultats est ainsi effectuée, qui comprend : un résumé des réalisations d'ensemble et des résultats escomptés qui ont été atteints ; un rappel des principaux obstacles rencontrés ; une évaluation de la pertinence et de l'adéquation des résultats escomptés pour la réalisation des objectifs de l'OMS ; des informations sur les dépenses ; et une explication des principaux enseignements tirés. L'appréciation de l'exécution du budget programme 2002-2003 fait partie d'une série de mesures visant à améliorer les résultats techniques et gestionnaires et à accroître la responsabilité comptable.

Le présent rapport nous permet pour la première fois de « visualiser » les résultats que l'Organisation s'est engagée à atteindre dans le budget programme. La période biennale 2002-2003 a vu de nombreuses réalisations importantes : la réaction rapide et efficace face à la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère ; l'élimination de la poliomyélite dans tous les pays sauf six ; l'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac ; l'importance accrue accordée au traitement du VIH/SIDA ; le développement du traitement de brève durée sous surveillance directe contre la tuberculose dans toutes les Régions ; le renforcement des systèmes de santé au niveau des pays ; et la plus large place faite à la santé en tant que facteur de développement durable.

Ces derniers temps, nous nous sommes surtout attachés à améliorer la gestion et à renforcer le dialogue et la collaboration dans toute l'Organisation : nous appliquons désormais des principes de gestion fondés sur les résultats, nous avons entamé un processus de réforme des ressources humaines, et la gestion financière a encore été renforcée ; des améliorations ont également été apportées en matière de planification, définition des cibles et projection des besoins en ressources, mobilisation des ressources, ainsi que dans les activités de surveillance continue et d'évaluation. Une plus grande cohérence entre les domaines d'activité doit cependant être recherchée, et il faut aussi accroître les ressources aux niveaux régional et des pays. C'est dans cet esprit que je me suis engagé à garantir un meilleur équilibre des ressources entre les Régions, les pays et le Siège, et à progresser vers une cible pour 2004-2005 de 70 % pour les Régions et les pays et 30 % pour le Siège.

Nous continuerons à tenir compte des enseignements tirés de l'application du cadre OMS fondé sur les résultats et de la mise en oeuvre du budget programme 2002-2003 dans le processus gestionnaire afin d'améliorer l'exécution des programmes. Ils se sont d'ailleurs déjà révélés extrêmement utiles dans la préparation du projet de budget programme pour 2006-2007.



LEE Jong-wook
Directeur général

Genève, novembre 2004

APERÇU DES RÉALISATIONS

L'OMS a mis en place un cadre gestionnaire fondé sur les résultats qui garantit que les programmes sont élaborés par rapport à un ensemble d'objectifs et de résultats escomptés. Les résultats escomptés, que le Secrétariat s'engage à atteindre au cours de la période biennale, constituent le point de départ pour déterminer les besoins en ressources et justifier l'affectation des ressources dans le budget programme. Les réalisations découlant effectivement de la mise en oeuvre du budget programme sont mesurées au moyen d'indicateurs. Le présent rapport contient une appréciation détaillée des réalisations pour chacun des 34 domaines d'activité. Certaines des réalisations les plus marquantes dans la mise en oeuvre du budget programme 2002-2003 sont décrites ci-après.

En ce qui concerne les *systèmes d'alerte et d'action en cas d'épidémie*, l'OMS a joué un rôle déterminant dans la maîtrise de maladies infectieuses émergentes risquant d'être à l'origine d'épidémies qui constituaient une menace pour la santé publique mondiale. L'Organisation s'est employée activement à recueillir des informations, à coordonner la réaction internationale face aux flambées, à fixer des normes, et à aider les pays à surveiller les maladies et à réagir en cas d'épidémie. Le travail accompli ces dernières années a permis de mettre sur pied rapidement une riposte lors de plusieurs flambées de maladies survenues en 2002 et 2003, la principale ayant été la flambée de *syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)*. Dès le départ, une coopération mondiale sans précédent, coordonnée par l'OMS, a permis aux chercheurs d'identifier le SRAS et de trouver comment l'endiguer. En un mois, un nouveau coronavirus avait été identifié comme étant la cause de la maladie et, au bout de quatre mois, l'OMS était en mesure d'annoncer que la transmission interhumaine du SRAS avait été interrompue partout dans le monde. La coordination par l'OMS de l'action mondiale face au SRAS illustre parfaitement le rôle unique que joue l'Organisation dans ce domaine, conformément au mandat qui lui est confié, à savoir protéger la santé publique mondiale.

Dans la lutte contre la tuberculose, le *traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS)* a considérablement progressé dans toutes les Régions. Vingt-cinq pays supplémentaires ont mis en oeuvre la stratégie DOTS en 2002-2003, ce qui porte à 180 pays sur 210 le nombre total de pays qui l'appliquent. Fin 2002, 69 % de la population mondiale vivaient dans des pays mettant en oeuvre la stratégie DOTS qui, depuis sa mise au point par l'OMS et ses partenaires, a permis de sauver des centaines de milliers de vies. Cette réalisation majeure a été célébrée à l'occasion du lancement du rapport sur la lutte antituberculeuse dans le monde, 2003.¹ Le VIH contribuant à alimenter l'épidémie de tuberculose dans de nombreuses régions du monde, l'OMS a poursuivi son action en renforçant les partenariats aux niveaux régional et des pays, en prodiguant des conseils sur les stratégies et politiques mondiales et en assurant une gestion rationnelle et efficace du partenariat Halte à la tuberculose. Dans le domaine de la lutte contre le *paludisme*, la résistance aux antipaludéens demeure une source d'inquiétude majeure et les réseaux portant sur la résistance aux antipaludéens et les politiques pharmaceutiques ont été élargis dans toutes les Régions, 19 pays supplémentaires ayant adopté les associations à base d'artémisinine en tant que traitement de première ou de deuxième intention contre le paludisme à falciparum.

L'OMS n'a cessé de renforcer sa participation technique aux activités de lutte contre le *VIH/SIDA*. En tant qu'organisme chef de file de l'action du secteur de la santé contre la maladie, l'Organisation a élaboré la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA, adoptée par la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003.² Celle-ci décrit les interventions efficaces du secteur de la santé contre le VIH/SIDA et indique aux Etats Membres comment l'intégrer dans leurs systèmes de santé. La stratégie a également été adaptée dans plusieurs Régions de l'OMS, où elle a inspiré l'élaboration de politiques et de stratégies nationales contre le VIH/SIDA reliant soins et prévention dans 40 pays. La Coalition internationale pour l'accès au traitement du VIH, partenariat destiné à promouvoir un accès élargi aux antirétroviraux, a été lancée, et plus de 140 organisations partenaires l'ont ralliée. Deux éditions de recommandations pour une approche de santé publique des traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées ont par ailleurs été rédigées afin de simplifier l'administration des traitements antirétroviraux et le suivi clinique dans les pays en développement.³ C'est en 2003 qu'a été créée l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », stratégie ambitieuse qui vise à fournir des antirétroviraux à trois millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA d'ici fin 2005. A la fin de la période considérée, 35 pays avaient demandé à participer à l'initiative, soutenus par tous les organismes coparrainants de l'ONUSIDA.

Dans le domaine de la *santé de l'enfant et de l'adolescent*, des étapes importantes ont été franchies au cours de la période biennale. Reconnaissant que près de 40 % de la charge mondiale de morbidité concerne les enfants et les adolescents, la

¹ Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2003 (document WHO/CDS/TB/2003.316).

² Voir résolution WHA56.30.

³ *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 ; *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publique. Révision 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a salué les orientations stratégiques de l'OMS pour améliorer la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent ;¹ celles-ci sont déjà appliquées par plusieurs pays pour élaborer des politiques nationales complètes dans ce domaine. En outre, le cap des 100 pays mettant en oeuvre la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) a été franchi. Sur 73 pays présentant un taux de mortalité infantile de 40 décès ou plus pour 1000 naissances vivantes, 71 ont commencé à mettre en oeuvre la PCIME. Parmi ces pays, 54 l'ont intégrée dans leurs politiques ou plans nationaux de santé. Ces constatations sont d'autant plus intéressantes que les résultats préliminaires d'une évaluation multipays de la PCIME ont montré qu'elles pouvaient réduire les taux de mortalité de l'enfant sans frais supplémentaires. L'adoption de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant par la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2002 a également marqué un progrès.²

Pendant la période biennale, l'*initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite* a réorienté sa stratégie pour se concentrer davantage sur les six pays dans lesquels la transmission de la poliomyélite se poursuit, à savoir l'Afghanistan, l'Égypte, l'Inde, le Niger, le Nigéria et le Pakistan ; trois d'entre eux (l'Inde, le Nigéria et le Pakistan) représentaient plus de 90 % du nombre total de cas. En Inde, l'OMS, l'UNICEF et leurs partenaires ont entamé, en avril 2003, une campagne destinée à vacciner plus de 80 millions d'enfants dans six Etats. Au cours de la période biennale, la Région européenne de l'OMS a été certifiée exempte de poliomyélite. C'était la troisième Région ainsi certifiée après les Régions OMS des Amériques et du Pacifique occidental. Les progrès obtenus, qui nous rapprochent du but de l'éradication de la poliomyélite, témoignent clairement de la volonté résolue de l'ensemble des Etats Membres, de l'OMS et de ses partenaires dans cette entreprise.

La *vaccination* est l'une des interventions les plus rentables qui existent et des progrès importants ont été faits dans ce domaine en 2002-2003 ; ainsi, 85 % des Etats Membres appliquent désormais des stratégies visant à accélérer la lutte contre la rougeole. L'Organisation, en étroite collaboration avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, a continué à collaborer avec les pays afin d'élargir l'utilisation des vaccins nouveaux ou sous-utilisés. La sécurité de la vaccination a augmenté grâce à l'utilisation de vaccins de qualité vérifiée dans 91 % des Etats Membres ; enfin, dans 35 % des pays, les systèmes de surveillance continue et de gestion des manifestations postvaccinales indésirables ont été améliorés.

En mai 2003, la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté à l'unanimité la *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac* – événement qui fera date dans l'histoire de l'Organisation et de la santé publique en général.³ Ce succès illustre la volonté de l'OMS de réduire la consommation de tabac dans le monde ainsi que le nombre de décès liés au tabagisme. Suite à l'adoption de la Convention, des ateliers sous-régionaux de sensibilisation ont été organisés pour 22 pays des Régions de l'Afrique, de l'Europe et de la Méditerranée orientale. Plus de 130 pays ont bénéficié d'un appui de l'OMS pour organiser des campagnes de vaccination et de sensibilisation, et plus de 50 pays ont organisé des activités à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac en 2002 et en 2003.

Les *maladies chroniques*, qui représentent chaque année près de 60 % de la mortalité et 47 % de la charge mondiale de morbidité, prennent de plus en plus d'ampleur dans les pays en développement. Pendant la période biennale, l'OMS a poursuivi ses efforts de sensibilisation dans ce domaine et a continué à élaborer des principes directeurs pour les maladies transmissibles prioritaires et à soutenir des programmes de prévention à base communautaire pour les maladies non transmissibles dans toutes les Régions. Dans le cadre de ces activités, des consultations élargies ont eu lieu sur la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.⁴

Au nombre des réalisations dans le domaine de la *santé mentale* figure l'élaboration d'une stratégie à l'échelle de l'Organisation – le programme d'action mondial pour la santé mentale ; l'OMS a également fourni des données mondiales sur les systèmes de santé mentale à 191 pays. Des groupes chargés de sensibiliser aux troubles mentaux et neurologiques et à l'abus de substances psychotropes ont été créés dans 19 pays.

L'importance de la santé en tant que telle mais également en tant que facteur majeur de développement économique et de lutte contre la pauvreté est désormais plus largement reconnue par les pouvoirs publics et la société civile. La santé a occupé une place prépondérante dans les discussions qui ont eu lieu lors de la Conférence internationale sur le financement du développement (Monterrey, Mexique, 2002), la Quatrième Conférence ministérielle de l'OMC (Doha, 2001) et le Sommet mondial sur le développement durable (Johannesburg, Afrique du Sud, 2002). Il est largement admis que l'OMS a contribué à

¹ Voir résolution WHA56.21.

² Voir résolution WHA55.25.

³ Voir résolution WHA56.1.

⁴ La stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé a, par la suite, été adoptée par la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2004 (voir résolution WHA57.17).

accroître l'importance accordée à la santé dans le *développement durable*. Au cours de la période biennale, les conclusions de la Commission OMS Macroéconomie et Santé, par exemple, ont été largement reproduites dans les médias ainsi que dans les milieux universitaires et décisionnels nationaux ; les matériels destinés à renforcer les capacités en matière de santé ont également été mis au point dans le cadre des documents stratégiques de lutte contre la pauvreté, et en conséquence trois bureaux régionaux ont commencé à définir des cadres politiques régionaux pour la santé et la lutte contre la pauvreté.

Dans le domaine *de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours*, le nombre d'opérations soutenues par l'OMS est passé de 46 à 122 au cours de la période biennale, ce qui témoigne de l'état de préparation accru de l'Organisation. Au cours de la même période, une nouvelle alliance dans le domaine *de la santé et de l'environnement*, Un environnement sain pour les enfants, a été lancée avec plusieurs partenaires nationaux et internationaux de tous secteurs afin d'offrir aux enfants une eau et une alimentation saines, un accès universel à l'assainissement et un air propre.

Les activités concernant les ressources humaines pour la santé se sont poursuivies au cours de la période biennale, et notamment les efforts visant à développer les capacités nationales et les *systèmes de santé* au niveau des pays. Les Bureaux régionaux de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est et la Méditerranée orientale ont soutenu l'amélioration de la qualité des services de santé grâce au perfectionnement professionnel, et un processus d'accréditation a été mis en place dans plusieurs pays. En outre, toutes les Régions ont continué à soutenir le renforcement de *l'information sanitaire* et des registres d'état civil. Dans la Région européenne, la Dixième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes est désormais appliquée par 82 % des pays. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, la majorité des pays ont terminé l'évaluation de leurs systèmes d'information sanitaire en vue de les étayer. En ce qui concerne la *recherche en santé*, le rapport sur la génomique et la santé dans le monde, établi par le Comité consultatif de la Recherche en Santé, a été bien accueilli par la communauté scientifique et sanitaire internationale et largement commenté par les médias internationaux.¹

Afin d'améliorer la gestion de l'Organisation, un processus de *réforme des ressources humaines* a été entamé ; il a débouché sur de nouvelles politiques et de nouvelles procédures, dont un projet de politique de roulement et de mobilité du personnel. Une étude portant sur les membres du personnel employés durablement au titre de contrats à court terme (« personnel temporaire de longue durée ») a également été entreprise. Après cela, le système des engagements de services a été mis en place avec succès. De plus, un système de recrutement électronique a été mis sur pied pour le monde entier, et un cadre fondé sur les compétences a été élaboré pour la classification des postes, le recrutement, l'évaluation du comportement professionnel, l'évaluation des besoins en matière de perfectionnement du personnel et l'élaboration de programmes de formation. Dans le domaine de la *gestion financière*, le rendement des investissements a dépassé les cibles établies compte tenu des paramètres de la politique d'investissement, et les rapports financiers ont rendu compte avec exactitude des transactions telles qu'elles avaient été enregistrées. La volonté de l'Organisation d'institutionnaliser la *gestion fondée sur les résultats* avec l'achèvement d'un cadre intégré fondé sur les résultats et comprenant la planification, la budgétisation, la surveillance continue et l'évaluation a également permis des progrès importants. L'utilisation de la budgétisation fondée sur les résultats dans les Régions a conduit au renforcement des procédures de surveillance et de rétroinformation, et permis d'améliorer la qualité du compte rendu aux organes directeurs. Une étude du Siège a montré que plus de 90 % des produits avaient été évalués dans le cadre du système de gestion des activités – signe d'une meilleure surveillance continue.

PROBLÈMES ET OBSTACLES RENCONTRÉS DANS L'EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME 2002-2003

L'importance des *partenariats* et la nécessité d'associer les principaux intervenants reviennent tout au long du rapport. Même si la nécessité des partenariats était déjà largement reconnue, leur mise sur pied a continué de poser des difficultés au cours de la période considérée. Les obstacles ont été notamment les suivants : ressources humaines limitées ; manque de personnel qualifié ; fragmentation organisationnelle ; procédures opérationnelles mal définies ; et un environnement complexe où coexistent un grand nombre de partenariats dont certains manquent de clarté en ce qui concerne le rôle et les responsabilités de l'OMS. La nécessité d'une collaboration intersectorielle a été reconnue, de même que l'importance du rôle que les organisations non gouvernementales peuvent jouer en facilitant le changement de politiques. Toutefois, on a estimé que l'OMS n'était pas encore suffisamment équipée pour traiter avec ces nouveaux partenaires. Les partenariats sont considérés comme particulièrement importants s'agissant de questions de santé qui peuvent ne pas figurer en bonne place dans tous les programmes d'action nationaux. Il s'agit de domaines comme la promotion de la santé, les traumatismes, la santé mentale, les questions sexospécifiques et les déterminants environnementaux de la santé. Des efforts soutenus de sensibilisation sont cependant nécessaires afin de garantir les engagements, alors même que les ressources humaines limitées demeurent un obstacle.

¹ *Génomique et santé dans le monde. Rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

Le manque de *ressources financières* a représenté un problème majeur dans la réalisation des résultats escomptés. La mise en oeuvre des activités au Siège, dans les Régions et dans les pays a en outre été entravée par les compétences inadéquates des ressources humaines. De nombreux domaines d'activité ont indiqué que les lacunes au niveau des capacités nationales pour mettre en oeuvre des activités de promotion et de prévention et le mauvais fonctionnement des services de santé constituaient également des obstacles majeurs à tout progrès. Les limites des capacités techniques et gestionnaires au niveau national, le taux de renouvellement élevé des professionnels qualifiés (y compris les départs motivés par la recherche de meilleures opportunités) ont également été considérés comme des obstacles. Ces questions ont été jugées extrêmement complexes et exigent l'adoption d'approches transversales souples de même qu'une volonté politique ferme.

MISE EN OEUVRE DE LA BUDGÉTISATION FONDÉE SUR LES RÉSULTATS DANS LE CONTEXTE DU CADRE GESTIONNAIRE FONDÉ SUR LES RÉSULTATS

L'analyse de la performance par domaine d'activité, qui tient compte d'éléments communs à l'action de l'Organisation dans son ensemble, a permis de tirer les enseignements suivants.

Les changements dans le processus de préparation du projet de budget programme, conçus pour encourager une approche plus concertée, se sont traduits par un *dialogue accru entre les différents niveaux de l'Organisation*. Bénéficiant d'une plus large contribution des bureaux de pays, les bureaux régionaux ont collaboré avec le Siège à la rédaction du projet de budget programme. Dans les Régions, les contributions des pays reposaient sur les stratégies et les priorités nationales en matière de santé, ainsi que sur les priorités de l'action de l'OMS telles qu'elles sont définies dans les stratégies de coopération de l'OMS avec les pays ou les processus de planification stratégique équivalents. Les bureaux régionaux ont ensuite opéré la synthèse des contributions individuelles des pays, recherchant des points communs à inclure dans le projet de budget programme. Les étapes successives de ce processus ont permis *une meilleure communication et une meilleure coordination entre les différents niveaux*, tout en respectant les différences nationales et régionales dans le cadre des objectifs et des stratégies définis d'un commun accord à l'échelle de l'Organisation.

Les organes directeurs de l'OMS (y compris les comités régionaux), ainsi que les partenaires et les donateurs, ont félicité l'Organisation d'avoir adopté la budgétisation fondée sur les résultats, dans le cadre plus large d'une gestion fondée sur les résultats. Pour la première fois, aidés par la surveillance de l'exécution, l'évaluation et le compte rendu des résultats escomptés, les organes directeurs ont pu constater les résultats que l'Organisation s'était engagée à atteindre, accroissant ainsi *la transparence et la responsabilité*. En outre, les hauts responsables se sont mis à gérer de plus en plus en termes de résultats, en s'appuyant sur les connaissances acquises au cours de la mise en oeuvre.

La responsabilité partagée de la réalisation des résultats escomptés au niveau de l'Organisation et l'hypothèse selon laquelle les différents niveaux et bureaux mettront en oeuvre les activités nécessaires pour assurer la réussite sont implicites dans le processus de planification collective. Cette hypothèse ne s'est pas révélée exacte pour tous les domaines d'activité : bien que les résultats escomptés soient adoptés par les organes directeurs pour l'Organisation dans son ensemble, les bureaux régionaux et les bureaux de pays donnent parfois la priorité aux besoins définis localement ; au niveau mondial, les engagements de l'Organisation ont parfois été considérés comme synonymes d'activités au Siège. Cette perspective a des répercussions sur la planification conjointe entre les niveaux organiques et sur l'affectation des ressources et l'exécution des programmes. Dans ces cas-là, *les pays et les Régions ne programment pas toujours leurs activités à l'appui des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation*, ni ne rendent compte des efforts contribuant à la réalisation des résultats escomptés au niveau mondial.

Conformément aux principes de la gestion fondée sur les résultats, le budget programme de l'OMS doit indiquer ce que l'Organisation compte accomplir collectivement au cours de la période biennale. La nature de l'Organisation et l'étendue géographique de ses programmes impliquent que les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation doivent être suffisamment larges pour tenir compte des besoins particuliers des Etats Membres, tout en restant suffisamment spécifiques pour faire en sorte que les résultats souhaités soient exprimés clairement et qu'il soit facile d'en rendre compte. Cet équilibre n'est pas facile à trouver et *certains résultats escomptés sont formulés de manière très abstraite*, ce qui ne fournit pas suffisamment d'indications pour l'élaboration des plans de travail et qui rend plus difficile l'évaluation du succès des efforts de l'Organisation.

Le budget programme offre un cadre stratégique et des objectifs communs aux activités de l'OMS. Toutefois, compte tenu des calendriers imposés par le cycle de programmation budgétisation, les bureaux régionaux et de pays établissent parfois leurs plans opérationnels avant la mise au point définitive du projet de budget programme, ou en même temps ; cela peut avoir des répercussions indésirables sur *la cohérence et les liens entre planification stratégique et opérationnelle*.

La difficulté d'assurer cette cohérence ressort également lors de l'allocation des ressources. Les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et le budget intégré pour les domaines d'activité sont de nature verticale, s'étendant sur les trois

niveaux de l'Organisation ; les allocations budgétaires sont encore en partie horizontales : les Régions reçoivent une allocation, qu'elles répartissent à leur discrétion entre les différents domaines d'activité, à leur niveau ; les bureaux de pays, qui reçoivent leur allocation du bureau régional, procèdent de la même façon. La difficulté consiste à *faire en sorte que les allocations effectives aux différents niveaux reflètent les ressources requises pour réaliser la contribution des bureaux régionaux et de pays aux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation* qui ont été définis collectivement.

La gestion fondée sur les résultats telle qu'elle est mise en oeuvre à l'OMS encourage les améliorations suivantes : un plus grand degré d'interdépendance entre les différents niveaux et entre bureaux ; un élément d'uniformité des processus ; une plus grande responsabilité gestionnaire ; et une meilleure acceptation et un plus grand respect des règles de fonctionnement de l'Organisation qu'auparavant. De même, la gestion fondée sur les résultats entraîne également la nécessité d'accroître la responsabilité, de démontrer les résultats et de montrer que l'action est plus ciblée, aussi bien à l'intérieur des programmes que pour l'ensemble des programmes. On s'attend en outre à ce que les programmes adoptent une « culture de la planification, de la surveillance des résultats, de l'évaluation et du compte rendu » qui n'encourage pas la programmation et la mobilisation de ressources à des fins particulières. *Les difficultés inhérentes à l'intégration de ces changements dans la culture institutionnelle* sont bien réelles et restent l'un des facteurs importants à prendre en compte lors de l'introduction et de l'application effective de la gestion fondée sur les résultats pendant la période considérée.

L'avenir

Le compte rendu de la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation a été rendu plus difficile du fait que le choix ou la rédaction de certains indicateurs laissent à désirer ou que certains font appel à des données non disponibles ou incomplètes. *Un grand nombre de cibles n'étaient pas facilement mesurables et des faiblesses dans les données de base pour les indicateurs* ont également été observées. Les indicateurs, les cibles et les données de base ont donc été affinés afin de pouvoir mesurer plus précisément la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation définis dans le budget programme 2004-2005. Un guide pratique détaillé pour l'élaboration des résultats escomptés, des indicateurs, des cibles et des données de base a été rédigé et diffusé dans toute l'Organisation pour éviter les problèmes du même type pendant la préparation du projet de budget programme 2006-2007 ; des cours de formation et des séminaires ont également été organisés à l'intention du personnel du Siège et des bureaux régionaux. Un examen des indicateurs est actuellement effectué dans le cadre du processus de préparation du budget programme, afin d'en vérifier la qualité technique et l'utilité.

Une coordination étroite entre les trois niveaux de l'Organisation est un facteur décisif de réussite dans de nombreux domaines d'activité et indispensable au bon fonctionnement du cadre de gestion OMS fondé sur les résultats et du budget programme intégré sur le principe d'« unité de l'OMS ». On renforce actuellement la coordination en privilégiant une approche commune de la planification, de la surveillance, de l'exécution et de l'évaluation. On s'appuiera davantage sur la stratégie de coopération avec les pays pour accroître au maximum la contribution des pays à la préparation du projet de budget programme 2006-2007. Le processus de planification conjointe permettra de déterminer ce que les pays, les Régions et le Siège doivent faire pour atteindre les résultats escomptés au niveau de l'Organisation et de faire en sorte que les contributions de chaque bureau qui ont été approuvées collectivement soient reflétées dans ses plans de travail.

Pour pouvoir fonctionner en tant qu'instrument unique pour l'ensemble de l'Organisation, *le budget programme doit intégrer effectivement les différentes sources de fonds*. La ventilation entre budget ordinaire et « autres fonds » doit être la base de la mobilisation, de l'établissement des priorités et de l'affectation des fonds par domaine d'activité et par niveau organique. Conformément aux Règles de gestion financières de l'OMS, l'allocation effective du budget ordinaire et des autres fonds entre les différents domaines d'activité sera ajustée et les ressources transférées, si besoin est, tout au long de la période biennale pour faire en sorte que le montant total des coûts prévus par domaine d'activité soit couvert. En entreprenant ces réformes, tout le problème consistera à continuer à inciter les programmes ou les domaines d'activité à mobiliser des fonds provenant d'autres sources.

La gestion fondée sur les résultats exige également *des rôles clairement définis, ainsi qu'un système solide de surveillance de l'exécution, d'assurance de la qualité, d'évaluation et de compte rendu*. Pour cela, les responsabilités spécifiques de l'élaboration et de la mise en oeuvre des instruments de gestion fondés sur les résultats seront définies à chaque niveau de l'Organisation ; le cadre de surveillance de l'exécution et de compte rendu sera également révisé pour offrir aux administrateurs de programme les outils nécessaires à une gestion plus efficace.

Pour garantir une mise en oeuvre efficace de la gestion fondée sur les résultats, il faut améliorer les compétences du personnel. Au-delà de la nécessité d'une formation générale à la gestion fondée sur les résultats pour le personnel de tous niveaux, y compris les responsables, une formation approfondie s'impose en ce qui concerne l'approche du cadre logique, avec référence particulière à la formulation des résultats, des indicateurs et des cibles. Des outils de contrôle de la qualité de la

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

planification opérationnelle et stratégique sont actuellement mis au point pour compléter la formation proposée aux niveaux des pays, des Régions et du Siège.

RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE 2002-2003

Le tableau ci-après récapitule le budget programme 2002-2003 adopté par la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé,¹ qui a ouvert des crédits au budget ordinaire pour un montant de US \$842 654 000 et a prévu un montant de dépenses estimatif de US \$1 380 000 000 à financer à partir d'autres sources. Le tableau fait également apparaître les dépenses, ainsi que le taux d'exécution, qui figure en pourcentage du budget programme par domaine d'activité. Le budget programme constituant un budget unique intégré pour l'Organisation dans son ensemble, aucune distinction n'apparaît par source de fonds au niveau de l'Organisation. Le montant total du budget programme adopté par l'Assemblée de la Santé s'élevait à US \$2 222 654 000 et le montant total des dépenses à US \$2 312 487 000. Le taux moyen d'exécution à l'échelle de l'Organisation s'est élevé à 104 % ; on a cependant enregistré des écarts importants entre domaines d'activité.

Tableau. Budget programme et dépenses par domaine d'activité pour 2002-2003

Domaines d'activité	Budget programme (milliers de US \$)	Dépenses (milliers de US \$)	Taux d'exécution en pourcentage du budget programme (%)
Maladies transmissibles : surveillance	70 743	72 012	101,8
Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication	141 911	144 526	101,8
Maladies transmissibles : recherche et développement	88 876	66 696	75,0
Paludisme	118 212	89 006	75,3
Tuberculose	104 650	78 546	75,1
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles	20 029	22 031	110,0
Tabac	25 208	22 927	91,0
Promotion de la santé	34 739	31 447	90,5
Prévention des incapacités et des traumatismes et réadaptation	12 047	16 726	138,8
Santé mentale et toxicomanies	28 147	16 616	59,0
Santé de l'enfant et de l'adolescent	72 127	44 082	61,1
Recherche en santé génésique et élaboration de programmes dans ce domaine	67 252	53 903	80,2
Pour une grossesse à moindre risque	37 157	13 539	36,4
Santé de la femme	15 524	6 472	41,7
VIH/SIDA	129 812	55 854	43,0
Développement durable	18 419	21 385	116,1
Nutrition	14 475	14 044	97,0
Santé et environnement	50 076	56 560	112,9

¹ Voir résolution WHA54.20.

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

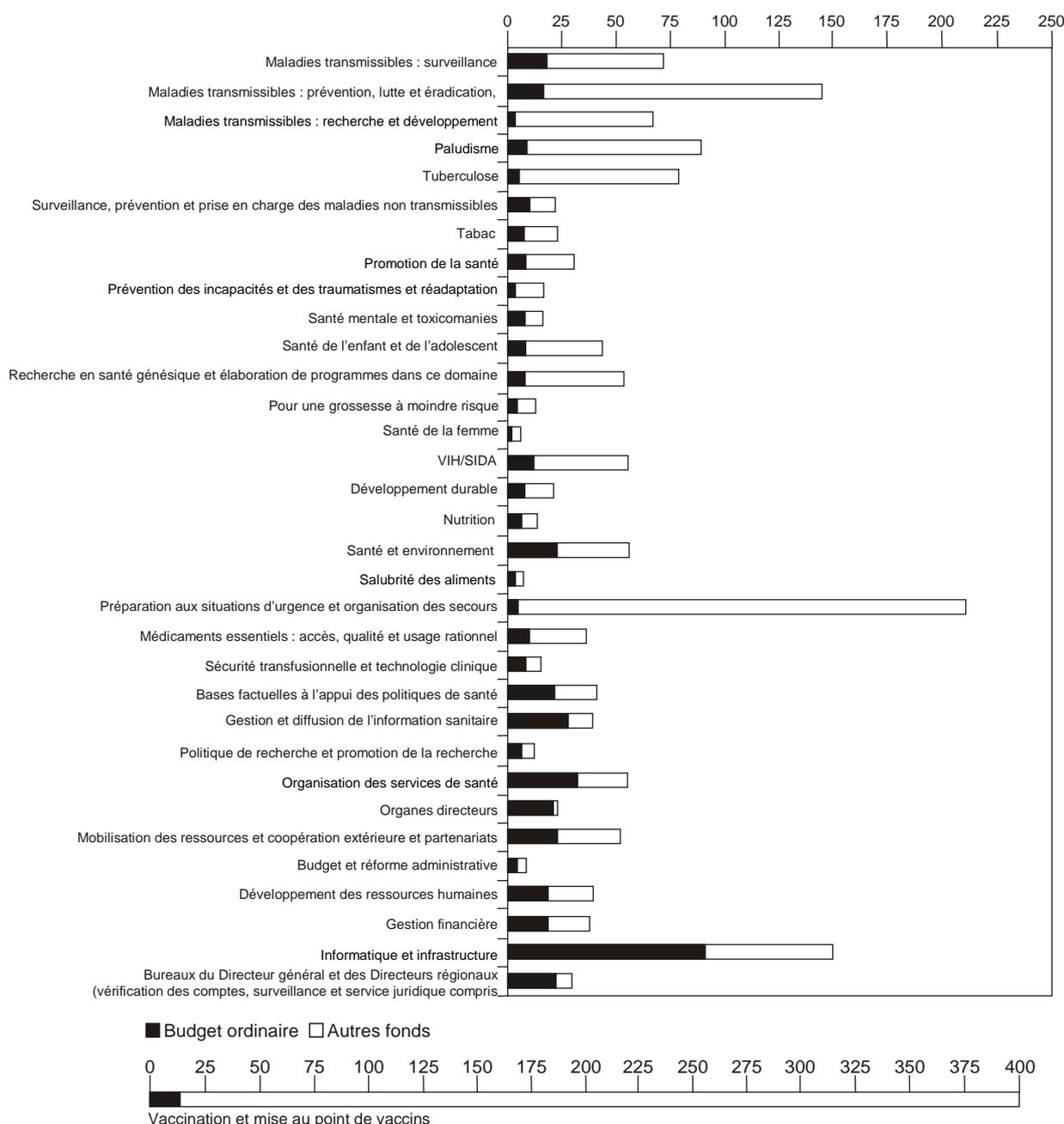
Domaines d'activité	Budget programme (milliers de US \$)	Dépenses (milliers de US \$)	Taux d'exécution en pourcentage du budget programme (%)
Salubrité des aliments	10 399	7 940	76,4
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	46 999	210 983	448,9
Médicaments essentiels : accès, qualité et usage rationnel	42 063	37 015	88,0
Vaccination et mise au point de vaccins	184 692	401 286	217,3
Sécurité transfusionnelle et technologie clinique	25 727	15 748	61,2
Bases factuelles à l'appui des politiques de santé	43 225	41 447	95,9
Gestion et diffusion de l'information sanitaire	46 370	39 506	85,2
Politique de recherche et promotion de la recherche	11 114	12 551	112,9
Organisation des services de santé	57 923	55 725	96,2
Organes directeurs	22 439	23 505	104,8
Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats	35 307	52 316	148,2
Budget et réforme administrative	7 932	9 348	117,9
Développement des ressources humaines	21 678	40 624	187,4
Gestion financière	38 318	38 352	100,1
Informatique et infrastructure	133 531	150 378	112,6
Bureaux du Directeur général et des Directeurs régionaux et fonctions indépendantes	25 028	30 954	80,8
Total – Domaines d'activité	1 801 649	1 994 140	110,7
Programmes de pays	421 005	318 347 ¹	75,6
Total – Budget programme	2 222 654²	2 312 487³	104,0

¹ Le chiffre ne tient compte que des dépenses au titre du budget ordinaire. Les dépenses directes au titre de programmes de pays, d'un montant total de US \$368 963 000 provenant d'autres sources, figurent sous le domaine d'activité pour lequel elles ont été encourues.

² Le budget total, qui tient compte des recettes diverses d'un montant de US \$13 000 000, s'élève à US \$2 236 154 000. Le budget opérationnel total, qui tient compte des divers virements effectués et du solde non alloué de US \$-16 864 000, s'élève à US \$2 219 290 000. Pour plus de précisions, se reporter au Tableau 2 du rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1^{er} janvier 2002-31 décembre 2003 et au rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée mondiale de la Santé (document A57/20).

³ Le montant total des dépenses, qui tient compte des dépenses d'un montant de US \$4 874 000 au titre de recettes diverses, s'élève à US \$2 317 361 000. Pour plus de précisions, se reporter au Tableau 2 du rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1^{er} janvier 2002-31 décembre 2003 et au rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée mondiale de la Santé (ibid.).

Figure 1. Dépenses 2002-2003 : par domaine d'activité, tous bureaux confondus¹
(US \$ millions)



WHO 04.158

La figure ci-dessus fait apparaître les dépenses par domaine d'activité ventilées entre budget ordinaire et autres fonds. Sur le montant total des dépenses, le montant le plus important – 17 % du total – a été consacré à la vaccination, et en particulier à la campagne destinée à achever l'éradication mondiale de la poliomyélite. L'action de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours, dont une grande partie a concerné des activités en Iraq, a représenté 9 % du total.

¹ Source : Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1^{er} janvier 2002-31 décembre 2003.

Figure 2. Dépenses 2002-2003 : par bureau et source de fonds¹

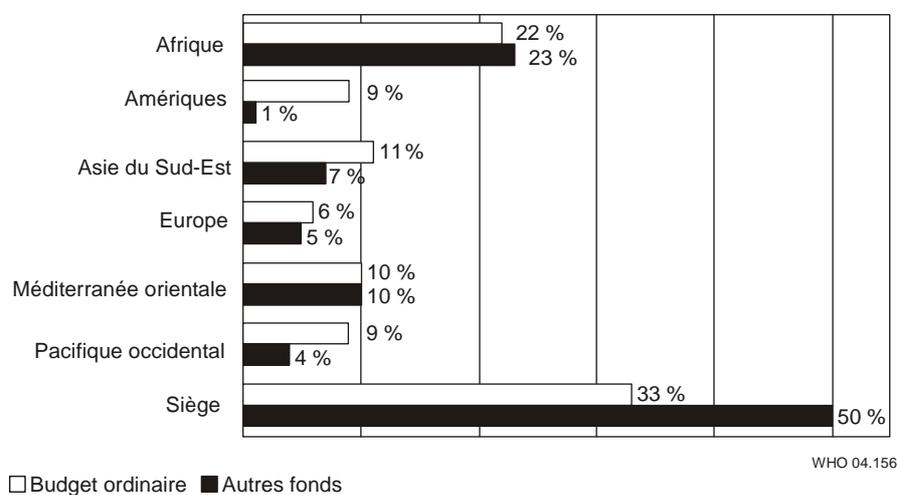
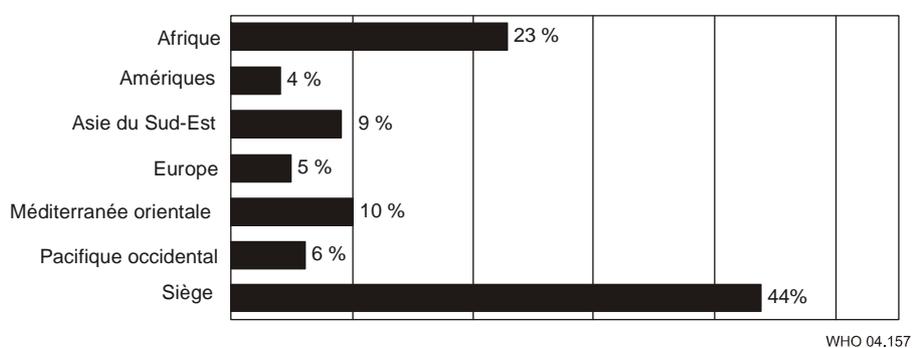


Figure 3. Dépenses 2002-2003 : par bureau, toutes sources de fonds¹



Comme illustré ci-dessus, au cours de la période biennale 2002-2003, le Siège a représenté 44 % des dépenses et les bureaux régionaux et de pays 56 %. Les pourcentages des dépenses pour le Siège et les Régions (pays compris) sont également indiqués pour le budget ordinaire et pour les autres sources de fonds.

¹ Source : Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'exercice 1^{er} janvier 2002-31 décembre 2003 (certifiés le 30 mars 2004) et rapport du Commissaire aux Comptes à l'Assemblée mondiale de la Santé (1^{er} avril 2004), document A57/20.

APPRECIATION DE L'EXECUTION PAR DOMAINE D'ACTIVITE

MALADIES TRANSMISSIBLES : SURVEILLANCE

Objectif(s) de l'OMS

Veiller à ce que les Etats Membres et la communauté internationale soient mieux équipés pour dépister rapidement, définir et combattre les menaces pour la santé publique liées aux maladies transmissibles d'étiologie connue ou non, y compris les maladies émergentes et les zoonoses, et à la résistance aux anti-infectieux ; suivre les tendances et utiliser l'information obtenue pour apporter une riposte efficace.

Résumé des réalisations

- Le niveau d'activité pendant la période biennale et les réalisations enregistrées ont témoigné du rôle unique que joue l'OMS dans la sécurité sanitaire mondiale. Conformément au mandat de l'Organisation en matière de santé, la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté, par exemple, une résolution sur la révision du Règlement sanitaire international.¹
- Les capacités régionales de riposte face aux épidémies, y compris les moyens de laboratoire, ont été renforcées, ce qui a facilité une réaction rapide lors de plusieurs flambées. La flambée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) a été la plus importante puisqu'elle a exigé des efforts concertés à tous les niveaux de l'Organisation et une collaboration sans précédent entre partenaires du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie.
- Parallèlement et sur la base de la stratégie et des principes directeurs de l'OMS, une évaluation des systèmes de surveillance a été effectuée au niveau des pays, favorisant l'élaboration de plans nationaux de surveillance et action intégrées.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est, un groupe spécial de haut niveau constitué par le Directeur régional a comporté un volet surveillance et action dirigé contre plusieurs maladies.
- La flambée de SRAS a soulevé l'intérêt des médias pour la sécurité sanitaire mondiale en général et la riposte en particulier, attirant ainsi une aide financière de la part de divers donateurs, surtout au niveau régional. Dans la Région OMS du Pacifique occidental, ces fonds ont servi non seulement à faire face au SRAS, mais également à développer les capacités dans les Etats Membres.

Réalisation des résultats escomptés

Etablissement d'un dispositif dans le cadre duquel les donateurs bilatéraux, les organisations non gouvernementales, les organisations internationales, le secteur privé et les autres partenaires de l'OMS peuvent collaborer pour renforcer l'action internationale et les appels de fonds afin d'améliorer la surveillance et l'action au niveau des pays.

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles 1) formulant et 2) appliquant des plans nationaux de surveillance et d'action concernant les maladies transmissibles	Non établie	22 pays	22 pays (des Régions OMS de l'Afrique, de l'Europe et de la Méditerranée orientale) ont élaboré des plans nationaux 20 pays ont appliqué leurs plans
Financement total mobilisé pour le renforcement de la surveillance et de l'action concernant les maladies transmissibles	Non établie	Non établie	Cet indicateur n'a pas été mesuré, car il ne s'est pas avéré efficace en raison de doubles emplois avec le rapport financier
Nombre de partenaires contribuant activement à la surveillance et à l'action concernant les maladies transmissibles au niveau mondial	Non établie	Non établie	Cet indicateur n'a pas été mesuré, car il faisait double emploi avec le premier indicateur relatif au troisième résultat escompté

¹ Voir résolution WHA56.28.

Accès rapide à l'information sur les maladies transmissibles, y compris les maladies émergentes qui risquent de provoquer des épidémies, les zoonoses et les poussées d'origine inconnue, ainsi qu'à l'information sur la pharmacorésistance pour faciliter la prise de décision aux niveaux national et international

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Importance du public pouvant utiliser les outils et produits actuels tels que la liste de vérification des flambées, les pages Web, le <i>Relevé épidémiologique hebdomadaire</i> et les rapports	Liste de vérification des flambées		
	Distribuée chaque semaine	Distribuée 53 semaines par an	Distribution en temps voulu ; cible : principaux responsables de la santé publique de toutes les Régions ; distribuée 53 semaines par an
	1000 abonnés mais pas de critères clairs	Réduire le nombre d'abonnés en établissant des critères	Abonnés extérieurs ramenés à 500, choisis parmi les professionnels de la santé publique sur la base de critères agréés
	Lacunes dans la couverture géographique	Etendre la couverture aux six Régions OMS	Six Régions OMS couvertes
	Reçue par 50 % des représentants de l'OMS	Reçue par 100 % des représentants de l'OMS	Reçue par 100 % des représentants de l'OMS
	Pages Web :		
	Pages les plus consultées sur le site de l'OMS	Accroître le public de 20 % sur 2 ans	Capitales pour la diffusion de l'information sur les maladies sujettes aux épidémies (grippe, SRAS, par exemple) ; les pages Web concernant les maladies transmissibles : surveillance et action les plus consultées sur le site de l'OMS, le nombre de consultations ayant été multiplié par 15 entre 2002 et 2003 (plus de 10 millions pendant la flambée de SRAS)
80 % des documents techniques disponibles en ligne	100 % des documents techniques sur les maladies transmissibles (surveillance et action) disponibles en ligne	100 % des documents techniques sur les maladies transmissibles (surveillance et action) disponibles en ligne	
68 articles publiés sur les flambées de maladie	Augmenter la publication d'articles sur les flambées de maladie de 20 %	Augmentation de 30 % de la publication d'articles sur les flambées de maladies ; 96 mises à jour quotidiennes publiées sur le SRAS	

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
	<p><i>Relevé épidémiologique hebdomadaire :</i></p> <p>Publié chaque semaine</p> <p>Bulletin d'alerte électronique avec table des matières envoyé chaque semaine à 6000 abonnés</p>	<p>Rapports sur les flambées de maladies publiés chaque semaine dans tous les numéros et bulletins d'alerte électronique diffusés dans les 24 heures suivant la publication sur le Web</p> <p>Augmenter le nombre d'abonnés au bulletin électronique de 20 %</p>	<p>Distribution dans les délais ; éventail des sujets élargi ; public visé élargi ; publication 52 semaines par an ; rapports sur les flambées dans chaque numéro ; 95 % des flambées faisant l'objet de rapports donnant lieu à un bulletin d'alerte électronique dans les 24 heures suivant la publication sur le Web</p> <p>Augmenter le nombre d'abonnés au bulletin électronique de 35 % (8000)</p>
Proportion de l'information fournie dans les langues officielles du système des Nations Unies autres que l'anglais	L'information n'est pas recueillie systématiquement ; environ 5 % des documents techniques disponibles en espagnol et en français	Accroître la proportion de nouveaux documents disponibles sur les maladies transmissibles (surveillance et lutte) pour passer à 50 % en français, 25 % en espagnol, 5 % en arabe, chinois et russe	<p>La cible n'a pas été pleinement atteinte faute de crédits</p> <p>Sur 25 nouveaux documents techniques sur les maladies transmissibles (surveillance et lutte) publiés en 2002-2003, 10 (40 %) étaient disponibles en français, 4 (16 %) en espagnol et 1 (4 %) en russe</p>

Coordination d'une action internationale efficace et appui à l'action nationale face aux menaces de maladies transmissibles, y compris les maladies émergentes ou celles qui risquent de provoquer des épidémies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de partenaires supplémentaires participant au réseau mondial d'alerte et d'action concernant les épidémies	70 partenaires	30 nouveaux partenaires	60 nouveaux partenaires à la suite de la collaboration accrue pendant la flambée de SRAS
Nombre d'épidémies ayant donné lieu à une action et nombre de pays ayant reçu un soutien sous la forme d'une action internationale	Estimation à 250 événements, dont 46 % ont été vérifiés	Non établie, car l'indicateur n'était pas bien formulé	<p>Sur 400 événements, 71 % ont été vérifiés en 2003</p> <p>Riposte à plus de 80 épidémies différentes dans 70 pays</p>

Mise en place de réseaux, de centres et de laboratoires pour le diagnostic et la surveillance des maladies transmissibles, y compris les maladies émergentes et les zoonoses, et de la pharmacorésistance

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de réseaux supplémentaires pour la surveillance des maladies transmissibles	10 réseaux	3 réseaux supplémentaires	8 réseaux supplémentaires
Nombre de pays et d'établissements supplémentaires participant aux réseaux	100 pays 400 institutions 20 % d'institutions de pays en développement	25 institutions et pays supplémentaires 25 % d'institutions de pays en développement	20 pays supplémentaires 70 institutions supplémentaires 25 % d'institutions de pays en développement

Etablissement de règles, normes, manuels et principes directeurs concernant la surveillance, la prévention et l'endiguement des maladies transmissibles, y compris les zoonoses, et de la pharmacorésistance ; et mise en place de dispositifs permettant aux pays de les appliquer, notamment par des activités de formation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de domaines nouveaux ou révisés concernant les maladies transmissibles pour lesquels des principes directeurs de surveillance et de lutte ont été élaborés	Tous les grands domaines de la surveillance (25 au total) appelant des principes directeurs nouveaux ou actualisés ou autres matériels d'appui et outils	Définir des principes directeurs, des politiques ou des normes et autres matériels techniques et outils pour soutenir la surveillance et la lutte concernant 20 domaines différents de la surveillance	Production de matériels relatifs à la surveillance, à la prévention et à la lutte pour 11 domaines différents ; principes directeurs concernant 2 autres domaines en phase finale de production. La survenue de nombreuses flambées, alliée à la réduction des ressources humaines et financières, a empêché une pleine réalisation de la cible
Nombre de pays cibles intégrant les principes directeurs de surveillance et de lutte de l'OMS concernant les maladies transmissibles dans leurs systèmes de soins de santé	Aucun pays n'avait mis en oeuvre la surveillance intégrée des maladies dans le cadre de son système de soins de santé	Mise en oeuvre de la surveillance intégrée des maladies dans 50 % des pays de la Région africaine	Mise en oeuvre de la surveillance intégrée des maladies dans 6 pays ; 9 pays ont commencé à appliquer des plans d'action et 7 ont élaboré des plans. Plusieurs cours de formation (sur 8 sujets différents) ont été organisés dans divers pays pour renforcer les moyens de surveillance

Etablissement de dispositifs visant à accroître durablement la disponibilité de ressources humaines, de réactifs, de produits pharmaceutiques et de matériels indispensables au dépistage rapide, à la définition et à l'endiguement des menaces pour la santé publique liées aux maladies transmissibles, aux zoonoses et à la pharmacorésistance

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de laboratoires participant aux programmes de renforcement des laboratoires et d'assurance de la qualité	8 laboratoires uniquement dans la Région africaine	22 laboratoires dans les Régions de l'Afrique, de l'Europe et de la Méditerranée orientale	20 laboratoires dans les Régions de l'Afrique, de l'Europe et de la Méditerranée orientale

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles participant à la formation à l'épidémiologie pour les interventions de santé publique	8 pays de la Région africaine	22 pays des Régions de l'Afrique, de l'Europe et de la Méditerranée orientale	22 pays des Régions de l'Afrique, de l'Europe et de la Méditerranée orientale 2 pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et 1 de la Région du Pacifique occidental

Révision du Règlement sanitaire international afin de couvrir toutes les urgences internationales de santé publique. Achèvement et distribution aux Etats Membres du projet à libellé non technique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de projets subsidiaires menés à bien pour la révision du Règlement sanitaire international par des pays partenaires ou des experts techniques dans les délais nécessaires pour être incorporés au projet « non technique »	0	7	7 projets subsidiaires achevés Projet révisé du Règlement sanitaire international établi pour les consultations régionales, traduit dans les six langues officielles de l'OMS et distribué aux Etats Membres ¹ L'étape du projet révisé fait suite à celle du projet « non technique »

Principaux obstacles

Le manque de ressources humaines et financières pour travailler avec l'ensemble des Etats Membres – et en particulier l'absence de fonds au budget ordinaire – a freiné les progrès et le fait d'avoir eu à répondre à des besoins imprévus (par exemple ceux résultant de la flambée de SRAS) a retardé la mise en oeuvre de certaines activités.

Pertinence et adéquation

Les contributions se sont avérées pertinentes pour la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. En outre, la flambée de SRAS a, de façon impromptue, appelé l'attention sur le problème de la riposte face à des urgences de santé publique de portée internationale et sur le rôle unique joué par l'OMS.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le montant total du budget programme pour 2002-2003 s'élevait à US \$70 743 000, dont US \$13 743 000 au titre du budget ordinaire. Le montant total pour les autres fonds s'élevait à US \$57 000 000. Les dépenses totales en 2002-2003 ont représenté 101,8 % du budget programme. Ce taux plus élevé de dépenses s'explique par la réception de fonds supplémentaires provenant d'autres sources au cours de l'épidémie de SRAS en 2003.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	70 743
Domaine d'activité – dépenses	72 012

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
47 669	11 426	1 313	3 026	1 072	1 248	6 258

¹ Voir document IGWG/IHR/Working paper/12.2003.

Enseignements

- La dynamique créée par le rôle de sensibilisation et de soutien technique de l'OMS au cours de la période biennale doit être mise à profit pour aider les Etats Membres à élaborer ou à continuer d'appliquer des plans nationaux de surveillance et action intégrées, rendant ainsi possible une riposte appropriée face à des flambées survenant au niveau national.
- Les principaux intervenants, y compris les administrateurs de programme, les partenaires du développement sanitaire et les représentants au niveau du district doivent être impliqués précocement dans la mise en oeuvre de la surveillance intégrée des maladies afin d'encourager un sentiment d'appropriation.
- Il faudrait rechercher de nouveaux donateurs s'intéressant sur le long terme à l'alerte et à l'action en cas d'épidémie.
- Il faudrait contribuer plus directement, y compris financièrement, au partenariat mondial chargé de coordonner l'alerte et l'action en cas d'épidémie afin d'affirmer l'engagement de l'OMS auprès de ses partenaires dans ce domaine.
- Le réseau mondial OMS des bureaux régionaux et des bureaux dans les pays devrait être utilisé plus efficacement pour l'alerte et l'action en cas d'épidémie.
- La stratégie OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie doit être encore développée et mise en oeuvre dans tous les pays, avec la participation active des bureaux aux niveaux mondial, régional et des pays.
- Les règles et règlements administratifs de l'OMS doivent être conçus pour soutenir une action rapide, souple et efficace face à des situations d'urgence.
- La collaboration interne au Siège ainsi qu'entre le Siège et les bureaux régionaux est la clé de la réussite. Les rôles et les responsabilités aux différents niveaux devraient être clarifiés, en particulier dans le contexte des situations d'urgence mondiales. Un plan à l'échelle de l'Organisation pour l'action en cas d'incidents majeurs pourrait être établi pour fournir le cadre directeur nécessaire.
- La budgétisation fondée sur les résultats s'est avérée utile pour le suivi et l'évaluation et a encouragé l'échange entre le Siège et les bureaux régionaux ainsi qu'entre les bureaux régionaux et les bureaux de pays.

MALADIES TRANSMISSIBLES : PRÉVENTION, LUTTE ET ÉRADICATION

Objectif(s) de l'OMS

Créer un environnement dans lequel les Etats Membres et leurs partenaires de la communauté internationale sont techniquement et institutionnellement mieux équipés pour réduire les décès et les incapacités en combattant et, le cas échéant, en éradiquant ou en éliminant certaines maladies transmissibles.

Résumé des réalisations

- Les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été pour la plupart atteints et la majorité des cibles fixées pour les maladies ont été soit atteintes, soit dépassées. Le financement dans certains domaines clés a cependant été faible.
- On a privilégié le renforcement de la communication et la collaboration avec les Régions afin de maximiser l'utilisation de ressources en diminution, et des synergies plus importantes ont été obtenues entre le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays.
- Une meilleure sensibilisation de la communauté a permis d'atteindre ou de dépasser les cibles dans certaines Régions, en particulier pour certaines maladies. Des séances de planification conjointes organisées régulièrement entre le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays se sont avérées utiles dans le cadre de divers programmes d'élimination et d'éradication.
- L'action de plaider au niveau politique a été améliorée dans les pays, ce qui a contribué à mettre en lumière la charge de morbidité que représentent certaines maladies. Cela a été utile dans le cadre des programmes d'administration de médicaments à grande échelle.
- Bien qu'elle n'ait pas figuré dans les résultats escomptés pour 2002-2003, la prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent a été mise sur pied afin de soutenir l'initiative OMS pour la prise en charge des cas chroniques. Les versions intermédiaires de quatre modules sur la prise en charge intégrée des maladies de l'adulte et de l'adolescent ont été terminées ; les sujets couverts sont les suivants : soins aigus, soins chroniques au moyen d'antirétroviraux pour le VIH/SIDA, principes généraux de bons soins chroniques et soins palliatifs.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Deux milliards de personnes, soit un tiers de la population mondiale, souffrent de parasitoses tels que les géo-helminthiases et la schistosomiase. Depuis 1996, l'OMS fournit une assistance technique au PAM pour ses programmes de nutrition scolaire au Népal, dans le cadre desquels les enseignants sont chargés d'administrer les médicaments nécessaires ; plus de 250 000 enfants d'âge scolaire ont ainsi bénéficié d'un traitement vermifuge. En 2002, le nombre d'enfants infectés avait diminué de 80 % et, suite à ce succès, le Ministère de la Santé a ajouté des traitements anti-helminthiques à son module de prévention type destiné aux femmes enceintes, dont on estimait que 50 % étaient anémiques. D'autres organismes bilatéraux et multilatéraux ont également participé au programme de traitement anti-helminthique. Le partenariat entre l'OMS et le PAM, allié à la collaboration avec d'autres partenaires au Népal, a montré comment, grâce à une stratégie réalisable, des médicaments bon marché et au recours aux infrastructures existantes et aux enseignants pour administrer des services liés à la santé, une étude pilote pouvait se développer jusqu'à devenir un programme national pleinement fonctionnel, l'OMS en assumant la direction technique.
- L'OMS a également aidé le PAM à ajouter les traitements vermifuges à ces programmes de nutrition scolaire dans 30 pays – le dernier lancement ayant eu lieu en Afghanistan. L'Organisation a, par ailleurs, fourni un soutien à plusieurs autres partenaires dans le cadre du partenariat pour la lutte antiparasitaire, y compris à d'autres organismes des Nations Unies et à des organisations non gouvernementales.

Réalisation des résultats escomptés

Elaboration de stratégies probantes de prévention, de lutte ou d'éradication à l'intention des pays d'endémie, mettant l'accent sur l'établissement des principes de lutte contre les maladies transmissibles par l'élargissement de l'action à partir d'initiatives à échelle réduite (par exemple, en ce qui concerne les parasites intestinaux et la schistosomiase) et sur l'intervention dans les zones de conflit et les zones sous-desservies (surtout en ce qui concerne la dracunculose et la lèpre), en tenant compte des effets spécifiques des maladies chez l'homme et chez la femme.

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays où des stratégies efficaces sont utilisées contre les maladies transmissibles pour la lutte, la prévention et l'éradication	Dracunculose : 18 Filariose lymphatique : 22 Lèpre : 15 Schistosomiase et parasites intestinaux : 25 Ulcère de Buruli : 7	Dracunculose : 18 Filariose lymphatique : 35 Lèpre : 15 Schistosomiase et parasites intestinaux : 45 Ulcère de Buruli : 14	Dracunculose : 18 Filariose lymphatique : 38 Lèpre : 15 Schistosomiase et parasites intestinaux : 46 Ulcère de Buruli : 7 (mais avec élargissement dans ces 7 pays)
Proportion des enfants d'âge scolaire exposés au risque de morbidité qui sont régulièrement traités contre les géo-helminthiases et la schistosomiase (couverture cible de 75 % en 2010)	2 % (16, 2 millions sur 800 millions)	4 % (32 millions sur 800 millions)	4,5 % (36 millions sur 800 millions)

Mise au point de technologies et d'outils nouveaux, notamment en ce qui concerne les maladies à transmission vectorielle et l'ulcère de Buruli (prévention et lutte)

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'interventions et d'outils de prévention et de lutte (y compris pesticides) nouveaux et améliorés mis à disposition	0	Schistosomiase et parasites intestinaux : 2 Lutte antivectorielle : 4	Schistosomiase et parasites intestinaux : 2 Lutte antivectorielle : 4
Proportion des pays cibles adoptant des définitions et des systèmes de notification de l'OMS pour l'ulcère de Buruli	3 (19 %)	14 (88 %)	7 (44 %)

Dégagement d'un consensus et renforcement de partenariats relatifs aux maladies à éliminer et à éradiquer ; accélération de la lutte contre la schistosomiase, les parasitoses intestinales et les maladies à transmission vectorielle ; accroissement des ressources destinées à la lutte dans les pays

Surveillance et évaluation de la lutte contre les maladies transmissibles dans les Etats Membres

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence et adéquation pour les pays de plans acceptés par les partenaires pour soutenir les activités de lutte et d'élimination	Dracunculose : 18 Lèpre : 15 Filariose lymphatique : 33 Schistosomiase et parasites intestinaux : 25 Ulcère de Buruli : 7	Dracunculose : 18 Lèpre : 15 Filariose lymphatique : 40 Schistosomiase et parasites intestinaux : 45 Ulcère de Buruli : 14	Dracunculose : 18 Lèpre : 15 Filariose lymphatique : 35 Schistosomiase et parasites intestinaux : 46 Ulcère de Buruli : 7
Proportion de pays cibles mettant en oeuvre des plans pour l'élimination de la lèpre et de la filariose lymphatique et pour l'éradication de la dracunculose	Dracunculose : 100 % Lèpre : 100 % Filariose lymphatique : 50 %	Dracunculose : 100 % Lèpre : 100 % Filariose lymphatique : 100 %	Dracunculose : 100 % Lèpre : 100 % Filariose lymphatique : 100 %

Stratégies de surveillance efficaces mises au point et appliquées dans les autres pays où la dracunculose est en cours d'éradication et la lèpre en cours d'élimination

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Respect des normes approuvées concernant la fréquence et la rapidité de transmission des données à l'OMS	Dracunculose : aucun Lèpre : aucun	Dracunculose : 18 Lèpre : 15	Dracunculose : 18 Lèpre : 15
Proportion des pays d'endémie fournissant des données dans les délais	Dracunculose : aucun Lèpre : aucun	Dracunculose : 18 Lèpre : 15	Dracunculose : 18 Lèpre : 15

Principaux obstacles

Le manque de fonds a représenté le principal obstacle à la réalisation des résultats escomptés. Les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été pour la plupart atteints, compte tenu des indicateurs et des cibles. Toutefois, il aurait été possible de faire beaucoup plus pour réduire la morbidité et la mortalité d'ensemble si l'on avait pu disposer d'un financement suffisant. Le Siège a utilisé un report du budget 2000-2001 pour couvrir en partie le déficit, mais cela a ralenti la mise en oeuvre de certaines activités prévues pour le quatrième trimestre de 2003.

Pertinence et adéquation

Les produits fournis ont été adéquats pour la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Les dépenses exprimées par rapport au budget programme se sont montées à 101,8 %.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	141 911
Domaine d'activité – dépenses	144 526

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
85 972	41 884	6 086	5 731	57	1 819	2 977

Enseignements

- Il faut investir davantage de moyens dans la mobilisation de ressources aux niveaux mondial, régional et des pays. La communication et la collaboration avec les Régions doivent être renforcées, en particulier en ce qui concerne la planification, le suivi et l'évaluation. On pourra ainsi garantir la mise en oeuvre des activités hautement prioritaires à l'échelle de l'Organisation, en mettant à profit les synergies existantes entre secteurs de programme s'occupant des différentes maladies afin d'utiliser au mieux les ressources humaines et financières limitées dont disposent à la fois l'Organisation et les pays.
- Le Siège et les Régions conviennent qu'ils doivent collaborer plus étroitement en matière de mobilisation des ressources. Si les Régions reconnaissent qu'un appui doit être apporté aux pays dans ce domaine, elles-mêmes n'ont pas les ressources humaines et financières nécessaires. Le Siège manque également de ressources humaines au niveau des Départements. Un investissement accru s'impose donc pour améliorer la sensibilisation et la mobilisation des ressources.
- L'exercice d'évaluation pour 2000-2003 a montré la nécessité d'une collaboration accrue en matière d'élaboration des résultats escomptés et des indicateurs à l'échelle de l'Organisation, ainsi que des contributions nécessaires au niveau de chaque bureau pour obtenir ces résultats.
- Il faut élaborer des indicateurs plus précis à l'échelle de l'Organisation pour 2004-2005 et mieux définir les priorités dans les plans opérationnels du Siège pour 2004-2005 en collaboration avec les homologues régionaux.
- Il y a matière à améliorer la façon dont les produits sont définis par rapport aux résultats escomptés, ainsi que la définition des résultats escomptés et des indicateurs.

MALADIES TRANSMISSIBLES : RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT

Objectif(s) de l'OMS

Stimuler les partenariats et créer un environnement permettant de mieux utiliser les outils existants pour prévenir et combattre les maladies infectieuses ; générer de nouveaux outils, connaissances, méthodes d'intervention et stratégies d'application sexospécifiques destinés aux systèmes de santé, en particulier dans les pays en développement ; et renforcer le potentiel de recherche dans les pays en développement.

Résumé des réalisations

- Plus de 600 chercheurs et leurs collaborateurs de par le monde ont été engagés dans ce domaine d'activité par les bureaux régionaux de l'OMS et par le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.
- Les activités entreprises en partenariat ont notamment permis d'obtenir les résultats suivants : l'homologation de deux nouveaux médicaments (miltéfosine pour le traitement de la leishmaniose viscérale et « Lapdap » pour le traitement du paludisme sans complications) ; la prise en compte des résultats de la recherche obtenus par l'initiative Faire reculer le paludisme dans une stratégie de traitement à domicile du paludisme ; l'élaboration et la publication d'un outil qui aidera à déterminer la prévalence de la loase dans les communautés où l'ivermectine est distribuée ; la publication de la séquence du génome d'*Anopheles gambiae*, contribution majeure à la recherche sur la génomique des vecteurs de maladie ; et l'organisation de réunions de groupes de travail scientifiques internationaux chargés de définir les priorités de la recherche mondiale en matière de lèpre et de paludisme pour les 5 à 10 années à venir.
- Le site Web du Programme spécial de l'OMS est devenu une des principales sources d'information internationalement reconnue sur les maladies tropicales et le nombre moyen mensuel de pages consultées a triplé par rapport à la période biennale précédente.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Le Programme spécial et les bureaux régionaux se sont employés, aussi bien individuellement qu'en collaboration, à poursuivre le renforcement du potentiel de recherche dans les pays d'endémie ; cet effort a aussi consisté à octroyer des bourses de formation aux jeunes chercheurs prometteurs et à offrir des possibilités de formation et de recherche à des chercheurs confirmés.
- Plusieurs projets de renforcement des institutions ont été lancés afin de compléter ceux qui avaient été entamés lors des périodes biennales précédentes. Par exemple, l'appui du Programme spécial à l'Universidad del Valle, Cali (Colombie) a permis d'entreprendre un programme international de formation à la recherche sur le paludisme qui a mobilisé un financement important provenant d'autres sources.

Réalisation des résultats escomptés

Mise au point de nouvelles connaissances de base sur les déterminants biomédicaux, sociaux, économiques, sanitaires, comportementaux et sexospécifiques, et d'autres facteurs importants pour lutter efficacement contre les maladies infectieuses, et mise à disposition de celles-ci aux niveaux national et international

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de percées scientifiques significatives et pertinentes pour la lutte contre les maladies tropicales négligées (domaines biomédical, social et économique et domaine des sciences de la santé publique)	379 publications indexées dans MEDLINE (au cours de la dernière période biennale)	250	275

Conception d'outils nouveaux et améliorés pour prévenir et combattre les maladies infectieuses, par exemple médicaments, vaccins, moyens diagnostiques, outils épidémiologiques, outils environnementaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de nouveaux produits potentiels (médicaments, vaccins et moyens diagnostiques) prêts à être mis au point	Non établie	Non établie	3
Nombre d'outils nouveaux et/ou améliorés (médicaments, vaccins et moyens diagnostiques) concernant les maladies tropicales négligées recevant l'approbation d'une autorité de réglementation	0 (au cours de la dernière période biennale)	3	2

Mise au point et validation de méthodes d'intervention nouvelles et améliorées permettant d'appliquer des outils existants et nouveaux aux niveaux clinique et communautaire

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de méthodes d'intervention nouvelles ou améliorées validées pour la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies tropicales négligées, et pour la réadaptation des populations qui y sont exposées	4 (au cours de la dernière période biennale)	2	2

Elaboration et validation de politiques nouvelles et améliorées pour la mise en oeuvre, à grande échelle, de stratégies existantes et nouvelles, de prévention et de lutte ; accès à des conseils pour l'application dans les situations de lutte dans les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de politiques et de stratégies de lutte nouvelles ou améliorées contre les maladies tropicales négligées qui ont été formulées, mises au point et validées	3 (au cours de la dernière période biennale)	2	1
Nombre d'outils nouveaux et améliorés introduits dans la lutte contre les maladies tropicales négligées	3 (au cours de la dernière période biennale)	2	1

Etablissement de partenariats et appui adéquat pour le renforcement du potentiel de recherche et la mise au point de produits dans les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des centres et des experts de pays d'endémie s'adonnant à des activités de recherche et développement pour la mise au point de produits ; proportion des résultats de la recherche qui ont été produits	60 % (experts et centres au cours de la dernière période biennale)	60 %	65 %
	35 % (résultats de la recherche au cours de la dernière période biennale)	40 %	60 %

Accès des partenaires et des usagers dans les pays à des informations techniques, à des principes directeurs, à des instruments de recherche et à des conseils adéquats

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'initiatives de recherche et développement concernant la lutte contre les maladies tropicales négligées qui utilisent les instruments mis au point	Base définie à l'origine inappropriée	Cible définie à l'origine inappropriée	L'indicateur n'a pu être mesuré ; un nouvel indicateur lui a été substitué : « Nombre d'instruments de recherche et de principes directeurs concernant les maladies infectieuses élaborés et publiés » ; 25 produits de ce type ont été élaborés et publiés
Nombre de demandes émanant de pays en développement concernant des pages sur le site Web de l'OMS	Base établie à l'origine inappropriée	Cible établie à l'origine inappropriée	L'indicateur n'a pu être mesuré ; un nouvel indicateur lui a été substitué : « Nombre moyen mensuel de pages consultées sur le site Web de l'OMS/TDR [Programme spécial] ¹ Nombre de pages consultées : 155 121
Nombre de contacts effectifs avec des partenaires de la recherche et développement dans le domaine de la lutte contre les maladies tropicales négligées	Base établie à l'origine inappropriée	Cible établie à l'origine inappropriée	L'indicateur n'a pu être mesuré ; un nouvel indicateur lui a été substitué : « Nombre de demandes non sollicitées de principes directeurs et d'instruments de recherche » 1956 demandes par courrier ou par courrier électronique 185 041 téléchargements de principes directeurs et d'instruments de recherche à partir du site Web

Mobilisation et gestion efficaces de ressources destinées à la recherche, à la mise au point de produits et au renforcement des capacités

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau d'augmentation du financement global et des contributions résultant de la participation de nouveaux groupes de donateurs ²	0 % d'augmentation par rapport à la période biennale précédente	56 %	17 %

Principaux obstacles

Internes : l'augmentation des ressources financières a été moins importante que prévu et exclusivement liée à des fonds à objet désigné. Les fonds à objet non désigné ont continué à baisser, ce qui a rendu plus difficile encore une affectation rationnelle des ressources sur la base de l'évolution des besoins et des possibilités de mise en oeuvre.

Externes : l'environnement dans lequel les activités ont été déployées est devenu de plus en plus complexe en raison de la volatilité de l'intérêt des donateurs et de l'émergence de diverses initiatives très ciblées. De ce fait, il a fallu allouer davantage de moyens à la mobilisation de ressources, à l'établissement de rapports et aux partenariats.

Internes et externes : bien que l'on ait observé une augmentation manifeste, pendant la période biennale, des ressources internationales en faveur de la santé, celles-ci ont été principalement consacrées à des gains à court terme pouvant être dérivés des technologies et paradigmes existants. L'investissement dans la recherche finalisée en vue de produire la prochaine génération d'instruments et de méthodes de lutte contre les maladies transmissibles est resté insuffisant.

¹ Accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.who.int/tdr>.

² L'augmentation du financement a trait exclusivement à de nouveaux groupes de contributeurs privés.

Pertinence et adéquation

Dans l'intérêt des pays d'endémie, une forte présence internationale est encore importante en ce qui concerne les activités suivantes : recherche stratégique novatrice, développement et évaluation des produits, recherche visant à établir des méthodologies d'intervention appropriées et recherche concernant l'optimisation de l'ensemble des outils afin de faciliter l'accès à ceux-ci et l'élargissement de la lutte contre les maladies transmissibles. Cette présence garantit que les intérêts des pays en développement et le renforcement des capacités de recherche feront partie intégrante des activités susmentionnées et que les fruits de la recherche seront intégrés à la lutte contre les maladies en faveur des populations pauvres et marginalisées.

Le délai entre l'investissement initial dans ce domaine d'activité et le moment où les résultats sont produits va de 3 à 10 ans. C'est pourquoi les réalisations découlant des crédits obtenus en 2002-2003 et la réorientation en faveur de la planification et de la gestion axées sur les résultats ne deviendront visibles qu'en 2004-2005 et 2006-2007 si les niveaux de financement se maintiennent.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Les dépenses en pourcentage du budget programme se sont élevées à 75 %. La différence entre le montant du budget programme et le montant des dépenses s'explique en grande partie par l'insuffisance des fonds et la transition de la planification de la gestion axée sur les ressources à celle axée sur les résultats, ainsi que par un intérêt croissant pour le recours à des partenariats légaux pour couvrir une partie du financement à objet désigné.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	88 876
Domaine d'activité – dépenses	66 696

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
65 188	300	946	Sans objet	Sans objet	160	102

Note : La recherche et le développement concernant les maladies transmissibles sont gérés en grande partie à travers un fonds fiduciaire du Programme spécial, géré au Siège, la majorité des opérations intervenant au niveau des pays.

Enseignements

- Le passage à la planification et à la gestion axées sur les résultats permet d'accroître la productivité et la pertinence des résultats. Toutefois, l'abandon théorique d'une planification et d'une gestion axées sur les ressources exige non seulement un changement de pensée et de méthodes de travail, mais également la mise au point de nouveaux outils et compétences gestionnaires.
- Il faudra consentir davantage d'efforts pour pouvoir répondre aux besoins de la recherche sur les maladies transmissibles qui touchent les populations pauvres et marginalisées. Malgré le nombre accru d'organisations intervenant dans ce domaine et une augmentation du financement, de nombreuses lacunes persistent.
- Il existe dans les pays en développement d'importantes capacités de recherche qui ne sont pas pleinement utilisées. Cette sous-utilisation et l'absence de développement de ce potentiel auront à terme des répercussions. A long terme, cela va également exacerber les problèmes des systèmes internationaux de recherche et de lutte contre la maladie.
- L'OMS occupe une position unique pour diriger et faciliter la recherche sur des méthodes nouvelles et améliorées de lutte contre les maladies transmissibles grâce à son expérience et à son vaste réseau de bureaux dans les Régions et les pays, et grâce également à ses partenariats avec l'UNICEF, le PNUD, la Banque mondiale et d'autres instances, à travers le Programme spécial.

PALUDISME

Objectif(s) de l'OMS

Optimiser l'impact du partenariat mondial pour faire reculer le paludisme et assurer l'efficacité de l'OMS et des organismes associés dans ce partenariat ; appuyer et maintenir des partenariats régionaux, nationaux et thématiques pour faire reculer le paludisme ; développer les mesures efficaces à l'intérieur des pays ; renforcer la capacité de donner des conseils techniques réguliers sur la base de données à jour ; suivre les progrès en déterminant la réduction en pourcentage du taux de mortalité lié au paludisme, et évaluer les réalisations.

Résumé des réalisations

- C'est en grande partie grâce aux efforts de sensibilisation menés par le partenariat pour faire reculer le paludisme que le paludisme figure parmi les maladies couvertes par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme créé en 2002. Pendant la période biennale, le Fonds mondial a approuvé des propositions relatives à la lutte antipaludique émanant de 60 pays, pour un montant total de US \$942 000 000 sur cinq ans.
- Le premier rapport sur le paludisme en Afrique a été établi en coopération avec l'UNICEF en 2003,¹ et une base de données mondiale sur le paludisme destinée au Web a été mise au point.
- Les réseaux relatifs aux politiques pharmaceutiques et à la résistance aux antipaludéens ont été renforcés et élargis en Afrique, en Asie et en Amérique du Sud. Dix neuf pays ont adopté le traitement par une association à base d'artémisinine comme traitement de première ou de deuxième intention pour le paludisme à falciparum, portant le total des pays qui l'ont fait à 26.
- Un consensus sur les cadres stratégiques pour le développement de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide et la lutte antipaludique pendant la grossesse s'est dégagé parmi les partenaires.
- Les mécanismes de gouvernance et d'administration du partenariat pour faire reculer le paludisme ont été rendus opérationnels.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Un cadre stratégique global pour 2004-2009 pour le Département Faire reculer le paludisme, assorti de buts et d'indicateurs clairs, a été élaboré et les contributions régionales ont été prises en compte.
- En moyenne 70 à 80 % des pays d'endémie bénéficiant d'un soutien technique de l'OMS pour élaborer et soumettre des propositions au Fonds mondial ont vu leur demande aboutir au cours des trois premières sessions d'octroi de subventions.
- Le groupe de référence pour le suivi et l'évaluation (présidé par l'OMS et l'UNICEF) a été chargé de donner des avis sur l'amélioration des systèmes de suivi et d'évaluation.
- Dans la Région OMS de l'Afrique, des campagnes de réimprégnation des moustiquaires ont été lancées dans plusieurs pays ; au Ghana et en Zambie, des moustiquaires imprégnées d'insecticide ont commencé à être distribuées dans le cadre des activités de vaccination antirougeoleuse.
- Le traitement à domicile des cas de paludisme a été adopté dans cinq pays de la Région africaine.
- Un projet de présélection des associations à base d'artémisinine a été mis en place.

Réalisation des résultats escomptés

Autorités nationales capables de planifier, d'appliquer, de suivre et d'évaluer l'impact de l'action de lutte antipaludique avec l'appui du partenariat mondial pour faire reculer le paludisme

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles dotés d'un système de surveillance et d'évaluation de l'action pour faire reculer le paludisme	100 %	100 %	Tous les pays étaient dotés d'un système de suivi et d'évaluation pour la lutte antipaludique. Au cours de la période biennale, la plupart ont amélioré ces systèmes avec le concours de l'OMS

¹ Rapport sur le paludisme en Afrique, 2003 (document WHO/CDS/MAL/2003.1093).

Maintien durable d'un engagement politique et mobilisation de ressources adéquates par une communication efficace du concept, de la stratégie, de l'approche et des progrès pour faire reculer le paludisme

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Ampleur de l'augmentation des ressources globales disponibles pour faire reculer le paludisme	Estimée à US \$200 millions par an	US \$3 milliards par an	Augmentation estimée à environ US \$200 millions par an correspondant à l'approbation de crédits par le Fonds mondial de US \$942 millions sur cinq ans
Proportion des pays ayant une stratégie nationale de promotion pour faire reculer le paludisme	22 pays sur 75 dans les Régions OMS de l'Afrique, des Amériques et de l'Europe	59 pays sur 75 dans les Régions de l'Afrique, des Amériques et de l'Europe	38 pays sur 75

Etablissement de partenariats au niveau des pays entre les autorités nationales, les partenaires du développement et d'autres groupes à l'appui de la lutte antipaludique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles dotés de partenariats fonctionnels pour faire reculer le paludisme	33 pays sur 102 dans les 6 Régions de l'OMS	92 pays sur 102 dans les 6 Régions de l'OMS	72 pays sur 102 pays bénéficiaires du Fonds mondial (un mécanisme de coordination était la condition pour l'approbation du Fonds mondial)
Proportion des pays cibles ayant élaboré, avec l'appui de partenaires, des plans nationaux fondés sur des bases factuelles pour faire reculer le paludisme	25 pays sur 71 des Régions OMS de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental	66 des 71 pays des Régions OMS de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental	53 pays sur 71 dans les Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental

Renforcement de la capacité nationale de recherche opérationnelle et de prise de décisions fondées sur des bases factuelles par la fourniture de conseils fiables et réguliers et de conseils techniques pour la lutte antipaludique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'activités d'appui technique dont ont bénéficié les pays et les partenaires aux niveaux mondial, régional et des pays	Non établie	Non établie	Environ 600. Ce chiffre, basé en partie sur les données émanant des bureaux régionaux et du Siège et en partie sur des interpolations, recouvrait : des réunions techniques organisées par l'OMS, des missions de soutien aux pays ou des réunions techniques organisées par d'autres partenaires, et les effectifs de personnel national et international de l'OMS dans les pays
Nombre de principes directeurs techniques fournis aux pays et de partenariats établis pour faire reculer le paludisme	8	Non établie	23 nouveaux principes directeurs techniques publiés par le Siège et les bureaux régionaux
Proportion des pays cibles ayant mis au point des stratégies fondées sur des bases factuelles pour faire reculer le paludisme	2 ; le Cambodge : tests de diagnostic rapide et association thérapeutique à base d'artémisinine ; Ethiopie : prise en charge domiciliaire	Non établie	9 en Afrique : Journée nationale d'imprégnation, distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide à l'occasion des vaccinations ; moustiquaires et nécessaires de traitement, dans un même emballage

Validation par la recherche appliquée d'interventions et de produits nouveaux ou modifiés pour faire reculer le paludisme

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'outils nouveaux et d'interventions modifiées validés par la recherche appliquée	2 (association à base d'artémisinine, traitement domiciliaire)	1	2 (évaluation de moustiquaires insecticides longue durée et recommandation provisoire ; systèmes d'alerte précoce en cas d'épidémie de paludisme)
Augmentation en pourcentage des investissements mondiaux consacrés aux activités de recherche et développement pour faire reculer le paludisme	Estimée à 100-200 millions	Non établie	Investissement annuel actuel dans la recherche et le développement sur le paludisme estimé à plus de US \$300 millions

Promotion de stratégies visant à renforcer l'action pour faire reculer le paludisme, notamment par différentes interventions, des politiques, des systèmes de gestion et de prestation, le financement et l'action sociale

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles dotés de stratégies clairement établies, y compris des repères, pour renforcer la prise en charge du paludisme à domicile (diagnostic rapide et traitement précoce)	1 sur 47 (Viet Nam)	10 sur 47 (Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique ; Viet Nam)	6 sur 47 (Bureau régional de l'Afrique ; Viet Nam)
Proportion des pays cibles dotés de stratégies clairement établies, y compris des repères, pour renforcer l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide parmi les groupes cibles	15 sur 84 (toutes Régions)	38 sur 84	32 sur 84
Proportion des pays cibles dotés de stratégies clairement établies, y compris des repères, pour le renforcement de la prévention et du traitement chez la femme enceinte atteinte de paludisme	1 (Malawi)	5 sur 44 (Bureau régional de l'Afrique)	9 sur 44 (Bureau régional de l'Afrique)

Principaux obstacles

Internes : en janvier 2003, le projet Faire reculer le paludisme a été divisé en deux : la lutte antipaludique et le secrétariat du partenariat pour faire reculer le paludisme. Mais, en juillet 2003, ces deux éléments étaient à nouveau réunis pour constituer le Département Faire reculer le paludisme, qui comprend désormais deux domaines fonctionnels : les équipes chargées de l'action de l'OMS à l'appui de la lutte antipaludique au Siège et le secrétariat du partenariat pour faire reculer le paludisme. L'établissement d'une structure pleinement fonctionnelle a demandé à la fois du temps et des efforts et la création du Fonds mondial a entraîné des besoins supplémentaires en ce sens qu'il a fallu aider les pays à élaborer et mettre en oeuvre leurs propositions, activités que l'OMS a dû entreprendre sans ressources supplémentaires.

Externes : malgré la création du Fonds mondial, certains signes laissent apparaître une certaine « fatigue des partenaires ». Les facteurs tels que les situations d'urgence complexes et le commerce de faux médicaments ont aggravé les problèmes posés par le paludisme dans de nombreux pays. Les partenaires ont exprimé la nécessité de renforcer les efforts en matière de diffusion, communication et sensibilisation dans ce domaine.

Internes et externes : un temps et des ressources considérables en personnel ont été consacrés à l'évaluation externe des activités mises en oeuvre pour faire reculer le paludisme, les discussions qui s'en sont suivies et la restructuration du programme.

Pertinence et adéquation

La contribution du Département Faire reculer le paludisme a été tout à fait pertinente compte tenu des résultats escomptés et des indicateurs. Toutefois, en raison des obstacles susmentionnés, l'exécution des plans de travail n'a pas été optimale.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Les dépenses exprimées par rapport au budget programme font apparaître un taux de 75,3 %. Ce taux est jugé excellent compte tenu du fait que 90 % du budget est financé par des contributions volontaires, dont certaines ont été réservées au paiement des traitements du personnel et à la mise en oeuvre d'activités au cours du premier semestre 2004.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	118 212
Domaine d'activité – dépenses	89 006

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
28 700	39 528	1 629	4 186	1 497	7 208	6 258

Enseignements

- Il est important de distinguer entre activités techniques et activités de partenariats.
- L'accent placé désormais sur quelques résultats bien définis au niveau des pays est la meilleure base pour une action efficace à l'échelle de l'Organisation.
- Une présence forte de l'OMS dans les pays, alliée à un personnel à la fois national et international est un élément déterminant de la réussite.
- Les moustiquaires imprégnées d'insecticide doivent être considérées comme un bien public.
- L'application du traitement par une association à base d'artémisinine exige une plus grande participation du secteur privé.

TUBERCULOSE

Objectif(s) de l'OMS

Optimiser l'impact du partenariat mondial Halte à la tuberculose en mettant l'accent sur un appui technique accru aux efforts des pays pour faire barrage à la tuberculose ; superviser la surveillance, le suivi et l'évaluation mondiaux des efforts ; coordonner la mise au point d'interventions, de stratégies et de politiques spécifiques ; et promouvoir la recherche de nouveaux produits diagnostiques, de médicaments et de vaccins, et jouer un rôle de catalyseur à cet égard.

Résumé des réalisations

- Des progrès importants ont été observés dans toutes les Régions en ce qui concerne l'extension de la stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe). Vingt-cinq pays supplémentaires ont appliqué cette stratégie en 2002-2003, portant le total des pays à 180 sur 210. A la fin de 2002, 69 % de la population mondiale vivait dans des pays où la stratégie DOTS était appliquée.
- Le taux mondial de dépistage des cas à frottis positif a été de 37 % en 2002, c'est-à-dire que plus de la moitié du chemin a été fait vers la réalisation de la cible de 70 %, et cette augmentation a été plus rapide que jamais depuis 1995. Le taux de réussite du traitement est passé à 82 %, soit un chiffre très proche de la cible de 85 % fixée pour 2005. A la fin de 2002, 18 pays avaient atteint les cibles pour le dépistage des cas et la guérison.
- Un suivi et une évaluation, qui comprennent l'évaluation de l'incidence aux niveaux national et mondial et l'évaluation de la performance des programmes nationaux, ont été menés et les rapports annuels de l'OMS sur la lutte antituberculeuse dans le monde ont été publiés pour 2002 et 2003¹ : ils rendent compte des progrès des stratégies de lutte et fournissent des données épidémiologiques, financières et de planification.
- Les obstacles à l'extension de la stratégie DOTS ont été répertoriés et une assistance technique a été fournie aux pays en coordination avec les organisations partenaires. Une action de sensibilisation a également été entreprise afin d'accroître l'engagement des gouvernements et leur aide pour la mobilisation de ressources financières en faveur des pays.
- Plusieurs initiatives ont été mises en oeuvre dans les pays, y compris des partenariats public-privé ou public-public, des soins aux tuberculeux dans la communauté, des activités communes contre la tuberculose et le VIH, la stratégie DOTS-Plus pour la tuberculose polypharmacorésistante et l'approche pratique de la santé pulmonaire ; des politiques et des principes directeurs ont été élaborés et distribués, notamment la politique provisoire concernant les activités communes contre la tuberculose et le VIH.²
- Des médicaments antituberculeux de qualité vérifiée ont été distribués à travers le dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et le partenariat Halte à la tuberculose. Fin 2003, 58 demandes avaient été approuvées et devaient bénéficier d'un soutien régulier, 15 d'un soutien d'urgence et 2 étaient en instance. Des médicaments ont été livrés aux 52 bénéficiaires, ce qui a permis de faire passer le nombre de patients traités dans ces pays à 2,3 millions. Un service d'achat direct a été créé et très vite utilisé par 11 pays.
- L'accès aux médicaments de seconde intention pour la tuberculose polypharmacorésistante a encore été élargi grâce au Comité Feu vert, composé de plusieurs institutions et accueilli par l'OMS. Le Comité Feu vert a obtenu une réduction des prix de 95 % à l'issue de négociations avec l'industrie pharmaceutique. Fin 2003, 15 projets pilotes DOTS-Plus avaient été mis en oeuvre dans 12 pays, bénéficiant à plus de 4000 patients atteints de tuberculose polypharmacorésistante. Reconnaisant le rôle clé joué par le Comité Feu vert, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme l'a désigné en tant qu'organe chargé de l'examen, de l'achat et du suivi de toutes les demandes de pays concernant des médicaments de deuxième intention qui lui sont soumises.
- Les partenariats mis en place aux niveaux mondial, régional et des pays ont été renforcés et un réseau pauvreté et tuberculose a été mis sur pied afin de mobiliser davantage la société civile.

¹ Global tuberculosis control: surveillance, planning financing: WHO report 2002 (document WHO/CDS/TB/2002.295) ; Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2003 (document WHO/CDS/TB/2003.316).

² Interim policy on collaborative TB/HIV activities (document WHO/HTM/TB/2004.330 ou WHO/HTM/HIV/2004.1).

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Dans la Région OMS de l'Europe, le Comité régional a adopté, à sa cinquante-deuxième session, une résolution approuvant le plan d'extension de la stratégie DOTS visant à faire barrage à la tuberculose dans la Région européenne en 2002-2006 (résolution EUR/RC52/R8).
- La Région du Pacifique occidental a étendu la couverture de la stratégie DOTS à 77 %, avec un taux de guérison dépassant même l'objectif. Le taux de dépistage des cas a été de 39 %.
- Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, l'Inde a montré l'exemple avec plus du quart de cas supplémentaires bénéficiant du traitement DOTS. A la fin de 2003, la stratégie DOTS avait été étendue à plus de 778 millions de personnes, soit un taux de dépistage des cas de 72 % dans les zones couvertes et un taux de réussite du traitement de 85 %.

Réalisation des résultats escomptés

Etablissement d'un partenariat aux niveaux mondial et national sur la base d'un cadre d'action (le plan mondial d'extension de la stratégie DOTS) comprenant des valeurs et des buts communs et des plans d'action élargis visant à atteindre les cibles nationales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles dotés de plans d'extension de la stratégie DOTS en vue d'atteindre des cibles nationales	16 pays sur 22	22 pays	100 %. Les 22 pays à forte morbidité avaient élaboré un plan global d'extension de la stratégie DOTS avant fin 2003
Proportion des pays cibles ayant établi des partenariats nationaux pour faire barrage à la tuberculose	2 pays	22 pays	82 % ; 18 pays ont établi un partenariat national ; les autres en sont à un stade avancé de préparation

Etablissement et mise en place d'un fonds Halte à la tuberculose destiné à appuyer un dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments antituberculeux qui améliorera l'accès au traitement et à la guérison

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles bénéficiant du dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments	Fonds créé en 2002 Pays ayant présenté une demande : 28 Pays dont la demande a été approuvée : 12 Pays à qui des médicaments ont été livrés : 3	Le nombre de pays dépendait du nombre de demandes reçues, des demandes approuvées et de ressources disponibles	Le nombre de pays et d'organisations non gouvernementales auxquels un financement a été accordé par le dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments antituberculeux est passé à 58 demandes et 49 pays. En ce qui concerne l'achat, 40 pays ont reçu des médicaments antituberculeux et 9 autres devaient les recevoir début 2004

Validation, fourniture et promotion de cadres et d'instruments nouveaux destinés à accroître les capacités nationales de sensibilisation, de mobilisation sociale et de gestion des programmes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays utilisant les outils de l'OMS pour la sensibilisation, la mobilisation sociale et la gestion du programme	Aucun pays n'organisait d'activité pour la Journée mondiale de la tuberculose selon les principes directeurs de l'OMS Fin 2001, 75 organisations partenaires soutenaient les objectifs de l'OMS	50 pays 250 organisations partenaires soutenaient les objectifs de l'OMS	57 pays mettaient en oeuvre des activités pour la Journée mondiale de la tuberculose (114 %) Fin 2003, 278 organisations étaient devenues membres du partenariat et soutenaient les objectifs mondiaux (111 %)

Mise sur pied de systèmes mondiaux de surveillance et d'évaluation pour suivre et évaluer les progrès en vue d'atteindre les cibles mondiales, les allocations spécifiques de ressources à la lutte antituberculeuse et l'impact des efforts de lutte

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Fiabilité et rapidité de l'information produite et notifiée à l'OMS concernant la surveillance et l'évaluation	187 pays	210 pays	201 pays et territoires (96 %) ont déclaré des cas pour 2002 et/ou les résultats du traitement pour les patients enregistrés en 2001. Des rapports ont été reçus des 22 pays à forte morbidité
Proportion des pays cibles évaluant l'impact de la lutte contre la tuberculose	1 pays	Pas de cible fixée, car les méthodes d'évaluation étaient en cours de mise au point	2 pays ont évalué l'impact de la lutte antituberculeuse

Elaboration de politiques et de stratégies nouvelles pour améliorer l'application de la stratégie DOTS, traiter les problèmes liés au VIH et à la tuberculose, à la tuberculose polypharmacorésistante, à la participation de la communauté et des praticiens privés, et améliorer les soins intégrés au niveau périphérique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles mettant en oeuvre des projets pilotes pour lutter contre la tuberculose polypharmacorésistante, adopter de nouvelles politiques contre le VIH et la tuberculose, déterminer le dosage de soins des secteurs public-privé et assurer une bonne santé pulmonaire de l'adulte	Tuberculose polypharmacorésistante : 3 pays Tuberculose/VIH : 0 pays Soins dans la communauté : 4 pays Dosage public-privé : 4 pays Approche pratique de la santé pulmonaire : 1 pays	Tuberculose polypharmacorésistante : 15 pays Tuberculose/VIH : 8 pays Soins dans la communauté : 7 pays Dosage public-privé : 10 pays Approche pratique de la santé pulmonaire : 10 pays	Tuberculose polypharmacorésistante : 15 projets DOTS-Plus dans 12 pays (80 %) Tuberculose/VIH : 5 pays cibles sur 8 mettant en oeuvre des projets pilotes de nouvelles politiques de lutte contre la tuberculose/VIH (63 %) ; 8 pays pilotes supplémentaires pour les activités contre la tuberculose et le VIH Soins dans la communauté dans 7 pays (100 %) 6 pays supplémentaires avaient adopté des projets pilotes public-privé avant fin 2003 (100 %) 12 pays (120 %) ont commencé à mettre en oeuvre des activités dans le cadre de l'approche pratique de la santé pulmonaire

Conception et mise à l'épreuve sur le terrain de nouveaux outils diagnostiques et lancement d'un partenariat entre le secteur public et le secteur privé pour accélérer la mise au point de nouveaux médicaments

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Accès des pays à de nouveaux moyens diagnostiques pour la tuberculose	<p>Microscopie des frottis : un outil très ancien (vieux de plus de 100 ans)</p> <p>Connaissance insuffisante des technologies existantes au niveau mondial pour le diagnostic de la tuberculose et les moyens de laboratoires</p> <p>Manque de compréhension entre les laboratoires mettant au point les outils et les programmes de lutte</p> <p>Fourniture insuffisante de matériels de référence cliniques pour faciliter l'évaluation des tests</p>	<p>Financer les demandes d'amélioration de la microscopie des frottis</p> <p>Création d'un inventaire des services de laboratoire de la tuberculose dans les Etats Membres de l'OMS ; spécifications fondées sur des bases factuelles applicables aux nouveaux outils diagnostiques répondant aux besoins médicaux</p> <p>Lancement d'une nouvelle fondation destinée à accélérer le développement de moyens diagnostiques pour la tuberculose ; coordination des partenaires publics et privés</p> <p>Elargissement des sites en vue de la création d'une banque d'échantillons pour la tuberculose ; création d'une banque de souches pour la tuberculose</p>	<p>La Fondation pour de nouveaux Produits diagnostiques novateurs lancée en mai 2003 ; 5 propositions financées visant à améliorer la microscopie des crachats grâce à la recherche de produits diagnostiques et par la mise en place d'un comité d'orientation du Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ; inventaire des services de laboratoire de la tuberculose établi pour 108 pays dans le monde ; sélection d'une liste restreinte de sites de banques d'échantillons pour examen ; recherche de souches et d'un établissement centralisé pour la création d'une banque de souches</p>
Mise en place d'un partenariat public-privé pour la mise au point de nouveaux médicaments antituberculeux	Non établie	Non établie	Il n'a pas pu être rendu compte de la réalisation de cet indicateur

Principaux obstacles

Internes : au cours de la période biennale, l'OMS a dû constamment aider à mobiliser des ressources supplémentaires, notamment s'agissant de fonds à objet non désigné, afin de contribuer aux activités de soutien technique et de renforcement des capacités au niveau des pays. Plusieurs contributions extrabudgétaires n'ont pu être utilisées qu'à des fins déterminées, ce qui n'a pas permis une réaffectation des fonds pour intensifier l'appui aux pays. De plus, les crédits du budget ordinaire destinés à la tuberculose ont été faibles par rapport à d'autres domaines d'activité comme le paludisme ou le VIH/SIDA. Cela a été perçu par certains partenaires extérieurs comme un signe d'un désengagement de l'Organisation avec, par conséquent, le risque de voir d'autres sources de financement se tarir également en partie. L'appui fourni aux pays pour des activités en rapport avec le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme est également en augmentation même si les fonds supplémentaires disponibles pour ces activités sont restés très modestes. Des ressources humaines limitées au Siège ainsi que dans les bureaux régionaux et de pays sont les principaux obstacles à une mise en oeuvre efficace et rapide des activités, en particulier la fourniture d'un soutien technique intensifié, les donateurs étant souvent réticents à financer des postes de membres du personnel de l'OMS. La lenteur des procédures administratives de recrutement du personnel a également constitué un obstacle important.

Externes : l'absence de personnel qualifié a été considérée comme le principal obstacle à la réalisation des cibles en matière de dépistage des cas et de guérison. L'enregistrement et la notification sont restés faibles dans certains pays. Le manque d'infrastructure de base et des systèmes de soins de santé primaires peu développés a également gêné les efforts nationaux de lutte contre la tuberculose. Un contrôle de qualité insuffisant dans les laboratoires, l'absence de réseau de laboratoire, ou l'accès limité aux services de laboratoire ont également constitué des obstacles. De plus, les dispensateurs privés et publics n'ont pas été suffisamment associés à la promotion de normes de soins adéquates telles que les préconise la stratégie DOTS ; on a également observé un manque de volonté ou de moyens pour mettre en oeuvre la stratégie DOTS dans les services de santé périphériques.

Pertinence et adéquation

La contribution du Siège et des bureaux régionaux et de pays a été pertinente compte tenu des résultats escomptés, mais demande à être intensifiée rapidement si l'on veut surmonter les obstacles susmentionnés.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Si une partie des fonds n'a pas été dépensée, c'est qu'il a fallu constituer le report nécessaire pour couvrir les traitements du personnel au premier trimestre de 2004. De plus, s'agissant de certaines contributions à objet désigné, telles que celles destinées au dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments antituberculeux ou les dons à l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, qui sont généralement reçues à la fin de la période biennale, l'exécution des activités était prévue début 2004. Par ailleurs, certaines contributions auxquelles s'attendait l'OMS ont finalement été acheminées à travers le fonds fiduciaire du secrétariat du partenariat Halte à la tuberculose, qui a son Siège à la Banque mondiale. De ce fait, les recettes effectives n'ont pas atteint le niveau envisagé dans le budget programme 2002-2003.

Des facteurs indépendants de la volonté de l'Organisation, tels que la situation politique dans certains pays cibles, ont également expliqué les retards dans l'utilisation des fonds destinés aux activités de projet aux niveaux régional et des pays. La flambée du syndrome respiratoire aigu sévère dans la Région OMS du Pacifique occidental au premier semestre de 2003, par exemple, a eu de graves répercussions sur de nombreuses activités liées à la tuberculose prévues dans les pays de la Région.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	104 650
Domaine d'activité – dépenses	78 546

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
40 178	5 132	998	16 503	6 794	3 972	4 969

Enseignements

- L'un des facteurs clé de la fourniture d'un soutien efficace aux pays est une action concertée entre le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays, les partenaires et les donateurs.
- Le renforcement des capacités techniques et gestionnaires au niveau des pays est une priorité. Afin de développer les activités dans les pays, l'appui de l'OMS doit être étayé par le recours aux médecins en place et le recours à un plus grand nombre de professionnels et de consultants nationaux. La mise à disposition des fonds dans les délais est également essentielle.
- Il faudrait élaborer des stratégies régionales de renforcement des capacités sur le plan des ressources humaines à tous les niveaux en privilégiant la gestion.
- La participation de la communauté est essentielle pour élargir l'accès, en particulier lorsque les systèmes de santé laissent à désirer.
- L'établissement de partenariats aux niveaux régional et des pays est important pour mobiliser les ressources non exploitées afin d'étendre la stratégie DOTS et de coordonner les activités aux niveaux régional et des pays.
- Une coordination étroite avec les partenaires est déterminante. L'hébergement du secrétariat du partenariat Halte à la tuberculose à l'OMS a facilité l'élaboration de stratégies et de politiques et a également favorisé la diffusion et l'application des politiques grâce à des plans stratégiques nationaux coordonnés et à une harmonisation des stratégies des donateurs ainsi que des plans de travail pour l'assistance technique et la recherche.
- Un appui à la mobilisation sociale et la mise au point d'initiatives et d'approches concertées afin de développer l'accès au traitement et les taux de dépistage des cas sont essentiels. Il faut également soutenir l'action de sensibilisation au niveau des gouvernements nationaux et des autorités locales afin de garantir les ressources nationales qui permettront de pérenniser la lutte antituberculeuse.

SURVEILLANCE, PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Objectif(s) de l'OMS

Créer un environnement dans lequel les Etats Membres et la communauté internationale soient mieux équipés du point de vue technique et institutionnel pour réduire l'exposition aux principaux déterminants et risques associés aux maladies non transmissibles ; évaluer la charge de ces maladies et de leurs complications et des incapacités ; promouvoir des normes pour les soins de santé à apporter aux malades, et veiller à ce que les systèmes de santé s'adaptent à l'évolution de la demande compte tenu des impératifs de coût/efficacité.

Résumé des réalisations

- Pendant la période biennale, le Forum mondial sur la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles a permis d'accroître la sensibilisation, de diffuser des informations, d'échanger des données d'expérience et de promouvoir les réseaux régionaux et mondiaux.
- Des principes directeurs ont été élaborés ou actualisés pour les quatre types de maladies non transmissibles prioritaires (le diabète, les maladies respiratoires chroniques, le cancer et les maladies cardio-vasculaires) ; et davantage de pays ont élaboré des politiques et des programmes pour combattre ces maladies.
- L'InfoBase mondiale de l'OMS pour les maladies non transmissibles a atteint son objectif en publiant le premier rapport sur la surveillance des facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles (*Rapport SuRF 1*) ainsi que l'outil en ligne permettant l'utilisation de l'InfoBase.¹
- Des programmes de prévention des maladies non transmissibles à base communautaire ont été mis en place dans toutes les Régions de l'OMS, à travers notamment l'action concertée pour la réduction multifactorielle des maladies non transmissibles (initiative CARMEN) dans la Région des Amériques et le programme d'intervention intégrée à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) dans la Région européenne. Un protocole d'étude a également été élaboré afin de mesurer l'efficacité de ces programmes à base communautaire.
- Un cadre complet relatif aux soins novateurs pour les affections chroniques a été mis au point et des essais sur le terrain ont commencé dans quatre pays de quatre Régions différentes.
- Quarante-deux Etats Membres ont participé aux réseaux de programmes nationaux, à des projets de démonstration ou à des activités de surveillance, dont un nombre croissant de pays à revenu faible ou moyen.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Une campagne mondiale de sensibilisation a été lancée en collaboration avec la Fédération internationale du Diabète.
- L'approche point par point de l'OMS (STEPwise) pour la surveillance des facteurs de risque de maladies non transmissibles a été mise en oeuvre et des participants de 48 Etats Membres ont reçu une formation.
- Un projet de stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé a été élaboré.²

¹ *Rapport SuRF 1*. Surveillance des facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles : état actuel des données mondiales, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003.

² Adopté ultérieurement par la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé (voir résolution WHA57.17).

Réalisation des résultats escomptés**Etablissement d'une alliance mondiale pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles afin de renforcer la sensibilisation, le développement des capacités et la mobilisation des ressources**

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Structure de coordination (et programme de travail) en vigueur, associant des organisations du système des Nations Unies, des institutions internationales et des organisations non gouvernementales travaillant dans le domaine des maladies non transmissibles	1 vaste réseau de projets d'interventions communautaires dans 2 Régions de l'OMS : CARMEN (Région des Amériques) et CINDI (Région européenne)	2 Régions supplémentaires dotées d'un réseau du type CINDI	Le Forum mondial sur la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles a été établi avec succès et 2 réunions ont été organisées (Beijing, 2002 et Rio de Janeiro, Brésil, 2003). Des projets de création de nouveaux réseaux ont été mis sur pied et plusieurs sont maintenant achevés. Régions de l'OMS concernées : Région africaine, 9 pays ; Région de l'Asie du Sud-Est, 6 pays (surveillance) ; Région de la Méditerranée orientale, 9 pays ; et Région du Pacifique occidental, 14 pays (surveillance)

Elaboration d'une politique complète et d'un cadre stratégique pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles prioritaires ; mise à jour des méthodes de génétique humaine

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles dotés de politiques nationales complètes visant à prévenir et combattre les maladies non transmissibles, mises en oeuvre avec l'appui technique de l'OMS	20 % seulement des pays sont dotés d'un cadre politique organisé pour les maladies non transmissibles	5 pays de chaque Région OMS auront structuré un cadre politique large d'ici fin 2003	Dans la Région de la Méditerranée orientale, 18 Etats Membres ont été associés à la préparation de plans nationaux sur la prévention de l'hypertension et des facteurs de risque en vue d'améliorer les compétences et les connaissances en matière d'épidémiologie, de prévention et de maîtrise des maladies cardio-vasculaires. Dans la Région européenne, un projet de stratégie régionale pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles a été élaboré. Des politiques, des stratégies et des plans d'exécution nationaux pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles ont été élaborés dans la majorité des pays de la Région de l'Asie du Sud-Est. La création de réseaux et de programmes régionaux pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles a été reportée dans la Région du Pacifique occidental suite à l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère
Nombre de nouveaux programmes de démonstration à base communautaire pour la lutte contre les maladies non transmissibles mis sur pied en collaboration avec l'OMS	Non établie	Non établie	4 nouveaux projets mis en place (Chine, Indonésie, Oman et République islamique d'Iran)

Mise sur pied de systèmes de surveillance simplifiés pour les principales maladies non transmissibles et les facteurs de risque afin de mesurer l'efficacité des initiatives de prévention et de prise en charge

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles adoptant le système de surveillance simplifié de l'OMS pour les principales maladies non transmissibles et les facteurs de risque	4 pays dans la Région OMS du Pacifique occidental ont entrepris une formation à l'approche point par point (STEPwise) de l'OMS pour la surveillance des facteurs de risque de maladies non transmissibles en juillet 2001	Mettre en oeuvre l'approche point par point de l'OMS dans 40 Etats Membres avant fin 2003	48 Etats Membres ont adopté l'approche point par point de l'OMS (STEPwise). De plus, l'InfoBase mondiale de l'OMS pour les maladies non transmissibles a atteint son but en publiant le <i>Rapport SuRF 1</i> ainsi que l'outil en ligne de l'InfoBase mondiale ; ¹ 2 Régions OMS (l'Asie du Sud-Est et la Méditerranée orientale) ont reçu une formation concernant l'Infobase, ce qui a accru sensiblement les capacités au niveau régional

Validation et promotion de principes directeurs et de normes de soins de santé fondés sur des bases factuelles pour la prise en charge intégrée des principales maladies non transmissibles et de leurs complications, une attention particulière étant accordée à l'équité hommes-femmes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de maladies non transmissibles prioritaires pour lesquelles des principes directeurs sur le coût/efficacité des interventions de prévention secondaire et tertiaire ont été évalués	Des principes directeurs existent pour 3 types de maladies prioritaires : les maladies respiratoires, les maladies cardio-vasculaires et le diabète	Orienter davantage les principes directeurs sur la prévention et procéder à des mises à jour régulières	Principes directeurs cliniques et préventifs mis à jour pour les 4 types de maladies non transmissibles prioritaires
Proportion des pays cibles intégrant des principes directeurs pour la prise en charge des maladies non transmissibles dans leurs systèmes de soins de santé	20 % des pays utilisent des principes directeurs pour les maladies non transmissibles	Doubler le nombre de pays utilisant au moins 2 principes directeurs pour les maladies non transmissibles dans le cadre de leurs systèmes de santé	Accent mis sur l'élaboration, la mise à jour, l'évaluation et la diffusion de principes directeurs. Même si l'on a l'impression que l'utilisation des principes directeurs existants pour les maladies non transmissibles a augmenté, aucune évaluation officielle n'a été effectuée pour mesurer les progrès

Lancement de programmes types de prévention primaire et secondaire à base communautaire, reliés dans le cadre d'un forum mondial

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de réseaux régionaux additionnels pour les maladies non transmissibles reliés dans le cadre d'un forum mondial	Non établie	Non établie	Réseaux régionaux de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles constitués dans 4 Régions de l'OMS (Afrique, Amériques, Europe et Méditerranée orientale) ; reliés par les réunions annuelles du Forum mondial sur la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles

¹ Accessible à l'adresse suivante : http://www.who.int/ncd_surveillance/infobase/en.

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays participant à chaque réseau régional	Non établie	Non établie	Quelque 82 Etats Membres ont participé aux réseaux de programmes nationaux, à des projets de démonstration ou à des activités de surveillance, dont un nombre croissant de pays à revenu faible et moyen : Région africaine/réseau africain pour les maladies non transmissibles (NANDI), 9 pays ; Région des Amériques/réseau CARMEN, 14 pays ; Région de l'Asie du Sud-Est, 6 pays (surveillance seulement) ; Région européenne/réseau CINDI, 30 pays ; Région de la Méditerranée orientale/réseau de prise en charge des maladies non transmissibles pour la Méditerranée orientale (EMAN), 9 pays ; Région du Pacifique occidental, 14 pays (surveillance seulement)
Proportion des pays cibles mettant sur pied des projets modèles de soins et de prise en charge intégrée des maladies non transmissibles	Non établie	Non établie	Projets modèles visant à développer la prévention primaire et secondaire des maladies cardio-vasculaires mis en place dans 28 pays à revenu faible et moyen, dont 10 – de 5 Régions OMS – ont achevé le bilan des insuffisances en matière de soins de santé pour la prévention secondaire fondée sur des données factuelles des cardiopathies coronariennes et de l'accident vasculaire cérébral ; 5 ont lancé des interventions spécifiques afin de combler les lacunes en matière de traitement au niveau local ; 15 pays de 6 Régions de l'OMS ont commencé à évaluer le module pour la prise en charge des risques de maladies cardio-vasculaires pour la prévention primaire intégrée des maladies cardio-vasculaires, à la fois dans le cadre de projet de démonstration et dans le cadre des soins de santé primaires

Développement des capacités des systèmes de santé de faire face à la double charge de morbidité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de pays intégrant les soins aux malades chroniques dans la réforme des soins de santé et amorçant un changement institutionnel	Non établie	Non établie	L'Algérie, l'Arabie saoudite, la Jordanie, le Liban, l'Oman et la République islamique d'Iran ont exprimé leur volonté de mettre en oeuvre des projets pour la prise en charge novatrice des maladies chroniques avec l'appui de l'OMS
Nombre de pays exécutant des projets pilotes de soins aux malades chroniques	Non établie	Non établie	Cadre complet de soins novateurs pour les affections chroniques élaboré en 2002 ; des essais de terrain ont commencé en Fédération de Russie, au Maroc, au Mexique et au Rwanda

Principaux obstacles

Internes : le fait de devoir aider les pays à élaborer des programmes nationaux de prévention et de lutte sans moyens financiers adéquats a constitué un obstacle majeur. L'absence d'une masse critique de personnel au Siège et les changements continus dans la dotation de personnel ont retardé la finalisation des documents.

Externes : les parties concernées (différents intervenants, organisations non gouvernementales, décideurs et responsables de l'élaboration de politiques) n'ont pas pleinement pris conscience des menaces pour la santé que représentent les maladies non transmissibles. La création de réseaux et de programmes régionaux pour prévenir et combattre les maladies non transmissibles dans la Région OMS du Pacifique occidental a été retardée du fait de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère.

Le principal obstacle à l'élaboration de politiques n'a pas été le manque de politiques fondées sur des bases factuelles concernant les maladies transmissibles, mais plutôt le manque de sensibilisation et de capacités au niveau des pays. Il s'est avéré difficile de mettre au point des méthodes efficaces pour intégrer des principes directeurs fondés sur des données factuelles et les utiliser dans le cadre des services nationaux de santé.

Internes et externes : les investissements financiers et le programme d'action sanitaire en vigueur ne reflètent pas correctement la charge de morbidité due aux maladies non transmissibles. La sensibilisation et la mobilisation de ressources sont restées insuffisantes malgré les efforts déployés.

Pertinence et adéquation

L'alliance mondiale et les réseaux régionaux créés ont été pertinents mais se sont avérés insuffisants pour soutenir des programmes de prévention des maladies non transmissibles aux niveaux régional et des pays. La politique complète et le cadre stratégique étaient bien conçus et bien ciblés et les évaluations ont donné des résultats positifs. Toutes les activités de surveillance prévues étaient à la fois pertinentes et adéquates pour atteindre les cibles. La préparation et l'actualisation de principes directeurs et de normes fondés sur des données factuelles étaient pertinentes pour la fourniture d'informations relatives aux changements requis en matière d'exécution. Toutefois, l'exécution elle-même a pris du retard.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Des dépenses supplémentaires d'un montant de US \$2 000 000 ont été dégagées au titre de sources extrabudgétaires, principalement pour financer la préparation du projet de stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	20 029
Domaine d'activité – dépenses	22 031

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
14 303	2 794	789	426	1 036	1 403	1 280

Enseignements

- En coopération avec les bureaux régionaux, le Forum mondial sur la lutte intégrée contre les maladies non transmissibles a joué un rôle important en rassemblant les réseaux régionaux de programmes nationaux de prévention et de lutte. Il faudrait s'efforcer désormais d'élargir le réseau en y associant des organisations non gouvernementales internationales, des associations professionnelles et d'autres partenaires intéressés. Les efforts devraient être poursuivis à tous les niveaux pour favoriser les partenariats actifs, et la coordination étroite entre le Siège, les bureaux régionaux et les pays, qui a été vitale dans la création du Forum mondial, doit être encore renforcée.

- Il est impératif d'élaborer un plan stratégique avec les Régions et d'associer d'avantage les conseillers régionaux pour les maladies non transmissibles aux activités visant à développer les capacités au niveau des bureaux régionaux et à promouvoir les activités qu'il n'a pas été possible de poursuivre directement avec les pays. Des consultations annuelles entre les trois niveaux de l'Organisation s'imposent pour renforcer les liens et coordonner l'action.
- L'OMS est au premier titre chargée d'adapter les principes directeurs pour les pays moins développés (dans la plupart des cas, il n'est pas possible de mettre en oeuvre dans ces pays les mêmes principes directeurs que dans les pays développés). Les lignes directrices spécifiques à une maladie sont actuellement disponibles en nombre suffisant et ce qu'il faut, désormais, c'est d'élaborer des lignes directrices communes à toutes les maladies non transmissibles. Par ailleurs, il est indispensable de se concentrer sur le renforcement des systèmes de santé pour la prise en charge des maladies non transmissibles plutôt que sur les lignes directrices concernant des maladies particulières.
- Il faudrait sensibiliser davantage à la nécessité de réorienter l'action en faveur de modèles de soins applicables aux maladies chroniques.
- La budgétisation fondée sur les résultats et un budget d'un niveau suffisant devraient permettre d'obtenir un impact accru, et en particulier de mieux équilibrer les ressources prévues et les ressources disponibles.
- En outre, si l'on veut que l'action de l'Organisation au niveau national ait davantage d'impact, les programmes de l'OMS devraient être plus étroitement alignés sur les stratégies et les résolutions à long terme, qu'elles soient mondiales, régionales ou nationales. L'appui de l'OMS est essentiel pour favoriser un consensus national sur les politiques et les stratégies de prévention et de lutte dans le domaine des maladies non transmissibles et pour la constitution de réseaux. Le personnel technique qui participe à l'action de développement a besoin d'une aide plus active de la part des unités chargées de l'appui aux activités pour pouvoir s'acquitter plus efficacement des tâches administratives complexes et dégager davantage de temps pour les activités techniques. Il est essentiel de renforcer les liens et de promouvoir les échanges entre le personnel de l'OMS à tous les niveaux organiques, mais aussi de mettre sur pied des partenariats régionaux et mondiaux pour améliorer l'exécution des programmes techniques.
- La mobilisation de ressources doit être renforcée aux niveaux régional et des pays.

TABAC

Objectif(s) de l'OMS

Veiller à ce que les gouvernements, les organismes internationaux et les autres partenaires soient équipés pour mettre en oeuvre efficacement les moyens nationaux et transnationaux de lutte antitabac.

Résumé des réalisations

- La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a été adoptée à l'unanimité par les Etats Membres de l'Organisation en mai 2003 – événement qui fera date dans l'histoire de l'OMS et celle de la santé publique mondiale.
- Suite à l'adoption de la Convention, des ateliers sous-régionaux de sensibilisation ont été organisés dans les Régions OMS de l'Afrique, de l'Europe et de la Méditerranée orientale à l'intention de 22 pays au total.
- L'OMS a aidé plus de 130 pays à organiser des campagnes d'information et de sensibilisation et plus de 50 pays ont mis sur pied des activités à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac en 2002 et 2003, en utilisant les matériels d'information mis au point par l'initiative Pour un monde sans tabac.
- Fin 2003, 112 pays avaient achevé l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac, instrument destiné à surveiller les tendances de la consommation de tabac parmi les 13-15 ans.
- Des subventions de démarrage au renforcement des capacités nationales ont été versées à plus de 30 pays et plus de 50 organisations non gouvernementales ont reçu le même type de subvention pour des projets de sensibilisation.
- Des recommandations générales concernant les femmes et le tabac, la réglementation des produits du tabac et le sevrage tabagique ont été publiées, ainsi qu'un guide sur le renforcement des moyens législatifs.
- Trois nouveaux projets ont été mis sur pied sous les auspices du groupe de travail spécial interinstitutions des Nations Unies sur la lutte antitabac.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- La Région OMS des Amériques, qui avait concentré ses efforts sur les environnements non fumeurs, est parvenue à inciter plusieurs municipalités, Etats et organismes publics à se déclarer non fumeurs en 2002-2003.
- Dans la Région européenne, la Conférence ministérielle européenne de l'OMS pour une Europe sans tabac (Varsovie, février 2002) a renforcé la volonté politique parmi les Etats Membres de la Région.
- Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, l'Inde a adopté une législation antitabac complète au niveau national.
- Des textes législatifs nouveaux ou actualisés pour la lutte antitabac ont été adoptés dans 16 Etats Membres de la Région du Pacifique occidental.
- Les Etats Membres de la Région africaine se sont exprimés d'une même voix lors des négociations sur la Convention-cadre.

Réalisation des résultats escomptés

Nombre accru d'Etats Membres dotés de politiques complètes de lutte antitabac et de plans d'action nationaux et dans lesquels ils ont été validés et promus

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'Etats Membres dotés d'un plan d'action national précisant en détail les stratégies et programmes de lutte antitabac qu'il est possible de mener à bien	24	48	82 pays ont créé des comités nationaux de lutte antitabac et élaboré des plans d'action
Proportion des Etats Membres cibles ayant mis au point et appliquant des politiques complètes de lutte antitabac	30 %	45 %	Il n'a pas été possible de rendre compte de cet indicateur, car la base et la cible avaient été établies selon l'édition de 2000 de <i>Tobacco control country profiles</i> . La mise à jour de cette publication (deuxième édition), en juillet 2003, contient des catégories statistiques incompatibles

Consensus sur les stratégies plurisectorielles à l'appui de la lutte antitabac entre les différentes branches du système des Nations Unies, les organisations non gouvernementales et les groupes du secteur privé aux niveaux régional et mondial

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de meilleures pratiques de lutte antitabac privilégiant dans un premier temps des interventions auprès des jeunes et les aspects économiques, pour lesquelles on dispose d'une documentation suffisante pour l'utilisation dans les pays et qui tiennent compte de considérations sexospécifiques	0	20	15 études de cas de meilleures pratiques publiées en 2002-2003, couvrant une vaste gamme de sujets
Nombre de nouveaux projets mis en chantier sous l'égide du groupe de travail spécial interinstitutions des Nations Unies sur la lutte antitabac	2	6	3 nouveaux projets mis sur pied en 2002-2003

Utilisation sensiblement accrue des ressources financières et humaines mondiales pour la lutte antitabac

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Volume de ressources humaines et financières directement consacrées à la lutte antitabac par des organisations du système des Nations Unies et par d'autres organisations philanthropiques	US \$15,3 millions	US \$21 millions	Il n'a pas été possible de calculer les chiffres ; la Banque mondiale est restée la seule institution des Nations Unies en dehors de l'OMS à consacrer des ressources fondamentales à la lutte antitabac

Amélioration de la surveillance dans les domaines sanitaire, économique, législatif et comportemental à l'appui de la lutte antitabac

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant mené à bien les enquêtes mondiales sur la consommation de tabac par les jeunes, les professionnels de la santé et le personnel de santé et sur leur comportement face au tabac	73	110	112 pays ont achevé l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac. Une enquête portant sur les professionnels de la santé et les personnels de santé n'a pu être mise en oeuvre faute de fonds
Nombre de pays couverts par le système commun d'information sur le tabac mis en place sur le Web par l'OMS et le Centers for Disease Control and Prevention	196	196	Il n'a pas été possible de calculer cet indicateur ; le système d'information a été interrompu (il doit être remplacé par une base de données mondiale)

Accélération de la recherche de moyens efficaces pour réduire la demande et contrôler l'offre

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Volume d'appui financier fourni par les principaux partenaires pour mettre en oeuvre le programme de recherche antitabac adopté	US \$8 millions	US \$10 millions	Il n'a pas été possible de calculer cet indicateur ; absence de réalisation en grande partie due à l'économie mondiale et au fait que la recherche sur le tabagisme n'est pas considérée comme une priorité par les donateurs
Augmentation du nombre de projets de recherche compatibles avec le programme mondial de recherche antitabac et tenant compte de considérations sexospécifiques	Non établie	Non établie	Cet indicateur n'a pu être calculé, mais une analyse de la situation régionale concernant les femmes et le tabac a été effectuée dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est

Amélioration de la couverture médiatique et des systèmes d'information afin de mieux comprendre l'épidémie mondiale de tabagisme

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays où la campagne antitabac « Ne soyez pas dupe » est en cours d'application	48	111	Plus de 70 pays ont reçu un soutien afin d'organiser des campagnes d'information et de sensibilisation sur le thème « Ne soyez pas dupe » ou autre
Site Web fournissant des informations détaillées sur les ressources consacrées à la lutte antitabac dans des langues officielles du système des Nations Unies	Site Web opérationnel	Site Web bilingue (anglais/français)	Site Web pleinement opérationnel ; ¹ entièrement remanié en 2003 ; de nombreuses pages Web ont été traduites en français

Elaboration, en vue de son adoption par les Etats Membres, de la Convention-cadre pour la lutte antitabac et des protocoles initiaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac par les Etats Membres et accord sur des sujets possibles de protocoles	3 premières sessions de négociations organisées	Adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac et suggestion de thèmes pour les protocoles initiaux	Résultat escompté atteint : la Convention-cadre pour la lutte antitabac a été adoptée à l'unanimité par les Etats Membres de l'OMS en mai 2003

Principaux obstacles

L'initiative Pour un monde sans tabac a reçu une allocation de fonds extrabudgétaires moins importante que prévu, ce qui l'a contrainte à annuler ou à reporter de nombreuses activités. Beaucoup de gouvernements ont continué à n'engager que des ressources très limitées en faveur de la lutte antitabac. Le manque de capacités et la forte influence de l'industrie du tabac dans de nombreux pays ont également constitué des obstacles critiques.

Pertinence et adéquation

Les résultats escomptés ont été pertinents et adéquats et les réalisations ont été compromises par le manque de fonds.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le budget programme s'établit à US \$25 208 000 (US \$5 708 000) pour les crédits du budget ordinaire et US \$19 500 000 pour les autres fonds. Le total des dépenses en 2002-2003 s'établissait à US \$22 927 000.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	25 208
Domaine d'activité – dépenses	22 927

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
13 296	1 988	1 273	1 218	2 268	935	1 949

¹ Informations disponibles en ligne à l'adresse suivante : <http://who.int/tobacco>.

Enseignements

- L'importance de la collaboration intersectorielle est largement reconnue et le groupe de travail spécial interinstitutions des Nations Unies sur la lutte antitabac continuera de jouer un rôle essentiel dans l'action de l'initiative Pour un monde sans tabac en 2004-2005. Toutefois, la collaboration interinstitutions a été insuffisante aux niveaux régional et des pays et le groupe spécial devrait veiller à ce que le siège des institutions concernées explique clairement l'importance de la collaboration en matière de lutte antitabac aux bureaux régionaux et de pays.
- Les organisations non gouvernementales sont des agents importants de changement des politiques. Le processus qui a conduit à l'avènement et à la mise en oeuvre de la Convention-cadre a souligné l'importance qu'il y avait à trouver un juste équilibre entre le rôle de l'OMS en tant qu'organisation intergouvernementale et sa relation avec la société civile.
- L'initiative Pour un monde sans tabac doit faire en sorte que le lien entre tabac et pauvreté soit bien compris par les organismes de développement.
- L'industrie du tabac continue à exercer une puissante influence et à miner les efforts de lutte antitabac dans de nombreux pays. L'initiative Pour un monde sans tabac doit continuer à suivre de près les activités de l'industrie du tabac et à jouer un rôle directeur et de conseil technique aux Etats Membres.
- Il n'est pas réaliste à court terme de préconiser l'adoption de politiques complètes de lutte antitabac dans tous les Etats Membres. Par contre, l'initiative Pour un monde sans tabac doit élaborer des stratégies afin de pouvoir faire inscrire ses préoccupations à l'ordre du jour politique des pouvoirs publics. Au cours de la prochaine période biennale, par exemple, la Région OMS des Amériques se concentrera sur les environnements non fumeurs. Cette approche vise à faire participer la communauté dans son ensemble et pourrait permettre de gagner davantage d'appui en faveur d'un programme élargi de lutte antitabac.
- Les plans de travail de pays et interpays doivent être mieux synchronisés ; une collaboration plus étroite entre les bureaux régionaux et bureaux de pays s'impose donc.
- La dynamique créée par l'adoption de la Convention-cadre doit être maintenue ; l'initiative Pour un monde sans tabac doit maintenant concentrer ses efforts en 2004-2005 sur la concrétisation des dispositions de la Convention au niveau des pays en renforçant les capacités nationales.
- Des efforts soutenus de renforcement des capacités nationales exigent des ressources et un engagement accrus. Une orientation plus ciblée sur les programmes et les projets locaux et de pays est également nécessaire. Il faudra davantage de personnel et de ressources aux niveaux régional et des pays pour assurer le succès à long terme des efforts de lutte antitabac de l'Organisation. L'initiative Pour un monde sans tabac devra par ailleurs renforcer la base de connaissances au niveau des pays, y compris au moyen de données spécifiques aux pays et mieux faire comprendre la charge économique que représentent les maladies liées au tabac.
- Le tabagisme est un facteur de risque majeur pour les maladies non transmissibles et devrait donc faire l'objet de la priorité voulue dans les programmes de prévention.

PROMOTION DE LA SANTÉ

Objectif(s) de l'OMS

Créer un environnement dans lequel les gouvernements et leurs partenaires de la communauté internationale soient mieux armés pour élaborer et mettre en oeuvre des politiques publiques multisectorielles en faveur de la santé et des approches intégrées – tenant compte du sexe et de l'âge – qui favorisent l'émancipation de la communauté et la promotion de la santé, l'autoprise en charge et la protection de la santé pendant toute la durée de la vie.

Résumé des réalisations

- Le Programme mondial sur l'efficacité de la promotion de la santé s'est concentré sur les pays en développement et 25 projets ont bénéficié d'un appui technique et financier dans 15 pays aux ressources limitées.
- Deux séminaires ont été organisés en vue d'élaborer la stratégie de promotion de la santé de la Région africaine – l'un à Cotonou, au Bénin (à l'intention de 8 pays francophones) et l'autre à Harare (à l'intention de 11 pays anglophones).
- Une grande réunion interpays, le Forum sur la prévention de la santé dans les Amériques, s'est tenue à Santiago en octobre 2002 comme suite à la Cinquième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Mexico, juin 2000).
- Le Réseau international des fondations pour la promotion de la santé a organisé deux réunions (à Bangkok en 2002 et à Budapest en 2003). L'Afrique du Sud et la Malaisie ont entamé le processus conduisant à la création de fondations de promotion de la santé ; en novembre 2002, le réseau des 11 pays les plus peuplés a organisé des réunions au cours desquelles l'importance d'une mauvaise alimentation, de la sédentarité et du tabagisme comme facteurs de risque majeurs a été mise en lumière.
- La Journée mondiale de la Santé 2002 avait pour thème « Pour votre santé, bougez ! » et a souligné l'importance de l'exercice physique. Vu le succès de cette initiative, ce thème a été repris et a fait l'objet d'une résolution de l'Assemblée de la Santé, à la suite de quoi une journée sur le thème « Pour votre santé, bougez ! » est organisée chaque année dans un grand nombre de pays.¹
- La Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le Vieillessement (Madrid, avril 2002) a lancé le plan d'action international sur le vieillissement 2002 auquel l'OMS a largement contribué.
- L'OMS, en collaboration avec l'UNESCO, l'UNICEF et l'ONUSIDA, a lancé le système mondial de surveillance de la santé à l'école, qui s'appuie sur des méthodes d'enquête pour suivre la prévalence des principaux facteurs de risque pour la santé et facteurs protecteurs parmi les élèves de 13 à 15 ans.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Une résolution intitulée « Promotion de la santé : une stratégie pour la Région africaine » a été adoptée par le Comité régional de l'Afrique et des principes directeurs ont été élaborés pour sa mise en oeuvre.²
- La Région OMS des Amériques a créé trois groupes de pays pour développer la promotion de la santé en privilégiant les cadres de vie et les municipalités-santé.
- La Région européenne a créé un centre pour l'investissement dans la santé et le développement (à Venise, en Italie) ; la Région est également dotée d'un réseau interpays actif.
- La Région de l'Asie du Sud-Est a organisé un atelier interrégional sur le renforcement des capacités pour la promotion de la santé.
- La Région du Pacifique occidental a publié *The regional agenda for capacity building in health promotion 2002-2005*.³ Elle a également mis au point de nombreux matériels d'information dont un catalogue sur les matériels d'enseignement et d'apprentissage, ainsi qu'un document sur les possibilités de financement dans la Région du Pacifique occidental.⁴
- Plusieurs pays, dont l'Afrique du Sud et le Soudan, ont également commencé à élaborer des politiques et des stratégies nationales de promotion de la santé.

¹ Voir résolution WHA55.23.

² Voir résolution AFR/RC51/R4.

³ *The regional agenda for capacity building in health promotion 2002-2005*. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2003.

⁴ *Health promotion financing opportunities in the Western Pacific Region*. Manille, Bureau régional OMS du Pacifique occidental, 2003.

Réalisation des résultats escomptés

Elaboration et promotion de conseils adaptés afin de concevoir et de mettre en oeuvre des approches multisectorielles à l'appui de la promotion de la santé pendant toute la durée de la vie, compte tenu en particulier de la proportion croissante de personnes âgées

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Structures mises en place pour coordonner et appuyer les multiples partenaires (organisations intergouvernementales, organisations non gouvernementales, établissements universitaires et secteur privé) qui s'attachent à promouvoir les recommandations de l'OMS sur la santé de groupes de population spécifiques	1 organisation non gouvernementale internationale (l'Union internationale pour la Promotion de la Santé et l'Education pour la Santé)	Réseaux de promotion de la santé dans toutes les Régions à l'appui des réseaux nationaux	Réseau international des fondations de promotion de la santé, approbation de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (portant sur divers sujets dont l'établissement de réseaux)
Proportion des pays cibles qui ont mis au point ou mis à jour des politiques multisectorielles pour prévenir et combattre les facteurs de risque majeurs de maladies non transmissibles et s'attaquer aux causes des inégalités en matière de santé (appartenance ethnique, âge, sexe, revenu, etc.)	Groupe spécial de promotion de la santé (6 organisations non gouvernementales) Réseaux régionaux et 3 réseaux sous-régionaux (Région OMS des Amériques)		

Conseils concernant l'élaboration de stratégies de sensibilisation et de plans d'action visant à développer les connaissances sur les principaux déterminants de la santé, à en faire prendre conscience et à mieux faire comprendre l'impact différent qu'ils peuvent avoir sur les hommes et sur les femmes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays qui utilisent les principes directeurs de l'OMS pour promouvoir et appliquer des mesures propres à influencer les principaux déterminants de la santé	Non établie	Stratégies régionales de promotion de la santé dans 2 Régions élaborées et approuvées. Un projet pilote dans un pays (Afrique du Sud)	N'est pas connue pour l'instant, le nombre de pays devant être établi à travers la cartographie de la promotion de la santé ; un projet pilote de développement des capacités dans certaines provinces d'Afrique du Sud et une stratégie de promotion de la santé pour la Région africaine ont été mis au point par le Bureau régional de l'Afrique

Validation de projets de démonstration à base communautaire, notamment au moyen de méthodes et d'outils de mesure des processus et des résultats concernant les groupes vulnérables, y compris les personnes âgées

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de projets de démonstration à base communautaire planifiés, appliqués et évalués dans les pays cibles	Non établie	Renforcer les réseaux et échanger des informations afin d'étudier les principaux facteurs et les tendances qui ont des incidences sur la santé dans le monde	N'est pas connue pour l'instant, le nombre de pays devant être établi à travers la cartographie de la promotion de la santé ; création du réseau OMS de promotion de la santé dans les très grands pays reliant les 11 pays les plus peuplés ; action ciblée sur les points suivants : trois facteurs de risque (mauvaise alimentation, sédentarité et tabagisme), la santé à l'école, la surveillance et le renforcement des capacités pour la promotion de la santé

Définition et promotion d'activités visant à améliorer la formation sanitaire dans les groupes de population cibles

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles qui adoptent les recommandations de l'OMS pour permettre aux hommes, aux femmes et aux enfants pauvres et marginalisés d'acquérir les connaissances, les comportements, les valeurs, les compétences essentielles et les services nécessaires pour faire des choix raisonnables en matière de santé	Non établie	Non établie	Ce résultat a été annulé à la suite d'une importante restructuration. Toutefois, un rapport sur les connaissances en matière de santé a été publié dans <i>Health Promotion International</i> ¹

Réalisation d'études portant sur les déterminants de la santé, et mise en place de mécanismes qui renforcent les capacités d'utilisation des résultats de ces travaux pour la conception et la mise en oeuvre d'interventions susceptibles de promouvoir la santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Réseaux et alliances visant à renforcer l'action nationale et internationale de promotion de la santé mis en place. Dispositifs d'appui technique et de renforcement des capacités de planification et d'évaluation des interventions de prévention primaire et de promotion de la santé en vigueur, et notamment des instruments d'analyse des différences d'impact de celles-ci sur les hommes et sur les femmes	Non établie	Non établie	Ce résultat escompté a également été supprimé en raison d'une restructuration

Principaux obstacles

La promotion de la santé n'a pas toujours été considérée comme une priorité, même si plusieurs résolutions de l'Assemblée de la Santé et des comités régionaux ont plaidé récemment dans ce sens. Au cours de la période biennale, ce problème a encore été aggravé par le manque de fonds extrabudgétaires dû en partie à un accès limité à la communauté des donateurs. Néanmoins, la promotion de la santé est parvenue à attirer des fonds extrabudgétaires considérables, dont une grande partie a été affectée à des domaines importants. Le principal obstacle au progrès et au succès de la promotion de la santé découle de l'absence actuelle de département spécifiquement chargé de la promotion de la santé au Siège et de la moindre importance qui lui est apparemment accordée dans certains bureaux régionaux, ce qui n'adresse pas un message positif aux pays ou aux donateurs potentiels.

La promotion de la santé vise à infléchir les politiques de santé, les milieux de vie, les comportements et les styles de vie à travers des processus complexes qui permettent aux gens d'améliorer leur comportement en matière de santé et de mieux maîtriser les déterminants et les facteurs qui ont des répercussions sur l'état de santé et les conditions de vie ; toutefois, elle ne doit pas être confondue avec la santé publique, ce qui est une erreur commune.

Pertinence et adéquation

En raison de la restructuration susmentionnée, le budget programme 2002-2003 n'a pas fourni les orientations voulues à l'origine.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

La différence entre les dépenses et le budget programme s'explique par la réception tardive des fonds extrabudgétaires, qui n'avaient toujours pas été dépensés à la fin de l'année.

¹ Kickbusch IS. Health Literacy: a search for new categories. *Health promotion International*, 2002, 17(1): 1-2.

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	34 739
Domaine d'activité – dépenses	31 447

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
24 313	1 071	1 477	659	1 516	1 153	1 258

Enseignements

- Les bureaux régionaux ont apporté une contribution essentielle sur le plan de la direction et sur le plan technique et, dans une moindre mesure, un appui financier.
- Une collaboration étroite entre les bureaux régionaux et les bureaux de pays s'est également avérée très importante.
- L'orientation résolue sur le développement des capacités au niveau des pays – directement ou à travers des réseaux – aide l'Organisation dans ses relations avec les Etats Membres.
- Des ressources humaine et financière limitées ainsi que les changements intervenus dans le programme, son orientation, les intitulés et les responsabilités entraînent une certaine confusion, notamment au niveau des pays.
- Une plus grande cohérence dans l'orientation du programme, ainsi que davantage de clarté dans les allocations budgétaires et la dotation en personnel sont nécessaires pour soutenir les efforts ; le maintien de la cohérence des structures et de la direction est essentiel pour l'Organisation.
- Le doute au sujet des ressources du budget ordinaire et des fonds extrabudgétaires, y compris s'agissant des budgets prévus, rend difficile toute planification prospective.

PRÉVENTION DES INCAPACITÉS ET DES TRAUMATISMES ET RÉADAPTATION

Objectif(s) de l'OMS

Doter les gouvernements et leurs partenaires de la communauté internationale des moyens d'élaborer et de mettre en oeuvre des stratégies rentables et sexospécifiques pour prévenir et atténuer les conséquences de la violence, des traumatismes involontaires et des incapacités.

Résumé des réalisations

- Face à l'inquiétude croissante suscitée par les accidents de la circulation, au cours de la période biennale, l'OMS et la Banque mondiale ont commencé à rédiger un rapport sur la prévention de ceux-ci.¹ Une assistance technique a également été fournie à plusieurs pays afin de développer la collecte des données et les efforts de prévention et des principes directeurs ont été élaborés pour renforcer les services aux victimes de traumatismes et d'actes de violence.
- Des programmes de réadaptation à base communautaire ont été mis en oeuvre dans 90 pays. L'OMS a effectué une évaluation de l'impact au Ghana, au Guyana et au Népal en collaboration avec l'Association des Organisations suédoises d'Aide internationale aux Personnes handicapées afin de savoir en quoi les programmes de réadaptation à base communautaire améliorent la qualité de la vie des personnes handicapées. L'OMS, en collaboration avec une organisation non gouvernementale italienne, l'Association italienne des Amis de Raoul Follereau, a également organisé le premier cours de formation international à l'intention de 16 administrateurs travaillant dans le domaine de la réadaptation à base communautaire.
- Une consultation internationale sur la réadaptation à base communautaire a été organisée à Helsinki en 2003. Cette consultation a encouragé à privilégier, dans ce type de réadaptation, l'approche multisectorielle, la lutte contre la pauvreté et l'appropriation par la communauté. Le rapport de la consultation internationale chargée d'examiner la réadaptation à base communautaire a été publié à l'occasion de la Journée internationale des personnes handicapées 2003.² Six rapports régionaux sur la situation des pays en ce qui concerne l'application des Règles de l'Organisation des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés – dans la mesure où elles ont trait à la santé – ont été rédigés et affichés sur le site Web de l'OMS.³
- Vision 2020, une initiative mondiale pour l'élimination de la cécité évitable, a été lancée par l'OMS en partenariat avec des organisations internationales de la société civile et le secteur privé. L'OMS a joué un rôle important dans la planification et la coordination mondiales ainsi que l'avait demandé la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé,⁴ ce qui a abouti à l'élaboration de plans d'action nationaux. La coopération technique avec les Etats Membres a porté notamment sur l'évaluation de la qualité des services et la coordination des activités de lutte contre la maladie concernant le trachome et l'onchocercose. La production de principes directeurs OMS concernant les appareils auditifs et les services connexes dans les pays en développement a débouché sur la création d'une initiative mondiale coordonnée par l'OMS destinée à fournir des appareils auditifs d'un coût abordable aux pays en développement.⁵ Un module de formation sur les soins otologiques et auditifs primaires, destiné à faire partie des programmes de soins de santé primaires, a également été rédigé.⁶

¹ Publié à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé 2004. *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

² Report of International Consultation to Review Community-Based Rehabilitation (document WHO/DAR/03.2).

³ Documents WHO/DAR/01.3-8. Disponibles sur le site Web de l'OMS à l'adresse suivante : <http://www.who.int/ncd/disability/publications.htm>.

⁴ Voir résolution WHA56.26.

⁵ Guidelines for hearing aids and services for developing countries (document PBD/PDH/01.1).

⁶ *Primary ear and hearing care training resource: intermediate level*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- En octobre 2002, l'OMS a lancé le premier rapport mondial complet sur la violence et la santé¹ et avec lui une campagne mondiale pour la prévention de la violence. De plus, la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur la mise en oeuvre des recommandations du rapport.²
- Des documents de politique générale sur la violence et la santé ont été adoptés par l'Union africaine, la Commission des Droits de l'Homme de l'ONU, l'Association médicale mondiale et les Comités régionaux OMS de l'Afrique et des Amériques. Les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS, de même que le Siège, ont collaboré afin de faire en sorte que les recommandations du rapport se traduisent par des activités concrètes.
- Dans le cadre des efforts entamés en décembre 2003, plus de 40 pays ont démarré des activités comprenant notamment : la tenue de discussions portant sur la politique nationale, l'élaboration de plans d'action nationaux pour la prévention de la violence et/ou de rapports nationaux sur la violence et la santé, et la collecte de données pour les programmes de prévention. Quinze pays supplémentaires ont indiqué qu'ils étaient en train d'élaborer des plans d'action nationaux sur la base du rapport, qui a fait l'objet d'une importante couverture médiatique mondiale. Le vaste processus de consultation et la collaboration aux niveaux régional et des pays ont été couronnés de succès et le rapport comme la campagne ont confirmé l'importance du rôle directeur de l'Organisation dans le domaine de la prévention de la violence.

Réalisation des résultats escomptés

Validation et promotion de systèmes de surveillance des principaux déterminants, causes et effets de la violence et des traumatismes involontaires, y compris les accidents de la circulation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui utilisent les principes directeurs de l'OMS pour la collecte des données et des modules de formation pour la surveillance des tendances	0	7 pays	7 pays

Diffusion de recommandations adéquates portant sur des interventions multisectorielles visant à promouvoir la sécurité et à prévenir la violence

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles dotés de plans nationaux et de mécanismes d'exécution concernant la prévention de la violence et des traumatismes involontaires	2 pays	5 pays	5 pays

Mise à disposition des systèmes de santé de stratégies visant à renforcer la prise en charge des traumatismes et de la violence ainsi que de leurs conséquences sociales et de santé publique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui prévoient une formation à la prise en charge de la violence et des traumatismes dans les programmes des études de médecine et de soins infirmiers	0	3 pays	Indicateur non mesuré. Accent mis initialement sur les points suivants : élaboration d'un programme d'études qui permette aux écoles de santé publique d'enseigner la prévention des traumatismes et de la violence ; préparation de principes directeurs destinés aux services médico-légaux concernant les victimes de la violence sexuelle ³

¹ Krug EG et al., eds. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

² Voir résolution WHA56.24.

³ *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Validation de stratégies visant à intégrer les services de réadaptation dans les soins de santé primaires, et notamment de principes directeurs pour le dépistage précoce et la prise en charge des incapacités chez l'enfant

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays mettant en oeuvre des stratégies d'intégration des services de réadaptation dans les soins de santé primaires, y compris des services de dépistage précoce des incapacités chez l'enfant	65,5 % sur 84 pays où il existe des services de réadaptation au niveau communautaire	120 pays mettent en oeuvre des activités de réadaptation à base communautaire	Mise en oeuvre couronnée de succès dans quelque 120 pays. En outre, plusieurs documents ont été élaborés concernant le renforcement des services nationaux de réadaptation, y compris un instrument pour le dépistage précoce des incapacités chez l'enfant, ¹ expérimenté sur le terrain

Surveillance mondiale de l'application de certaines règles des Nations Unies concernant les handicapés ; appui à la définition de politiques ou de prises de position dans ce domaine

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles ayant a) présenté des rapports sur l'application de certaines règles des Nations Unies et b) défini des politiques ou des prises de position concernant ces règles	Questionnaire adressé à 191 pays concernant la mise en oeuvre des règles 2, 3, 4 et 19 115 réponses reçues Exécution : 81 %	Tous les pays appliquent les Règles des Nations Unies Tous les pays sont dotés de politiques en rapport avec les Règles des Nations Unies	Indicateur non mesuré. Compte rendu des réponses concernant la mise en oeuvre des quatre Règles des Nations Unies liées à la santé Rapport affiché sur le site Web de l'OMS. Réponses des gouvernements et des organisations non gouvernementales

Elaboration et validation de stratégies de lutte contre la cécité, la surdité et les déficiences auditives

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Etendue de l'application dans les pays des stratégies pertinentes de l'OMS	Application extrêmement limitée des stratégies disponibles	Elaborer et lancer les stratégies et principes directeurs suivants : Appareils/services auditifs Soins otologiques et auditifs primaires Elimination du trachome cécitant	La stratégie concernant les appareils auditifs a été mise au point et lancée. Une initiative mondiale concernant l'audition et une initiative pour la Région de l'Asie du Sud-Est ont été mises sur pied Un module de formation concernant les soins otologiques et auditifs primaires a été mis au point et mis à l'essai Des buts d'intervention ultimes pour l'élimination du trachome cécitant ont été fixés pour tous les pays où la maladie est endémique

¹ Rehabilitation for persons with traumatic brain injury (document WHO/DAR/01.9). Un document intitulé « The rehabilitation of people with amputations » est accessible en version électronique à l'adresse : <http://www.einstein.edu/e3front.dll?durki=8104>. Un document OIT/OMS/UNESCO intitulé « Joint position paper on community-based rehabilitation: a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities » est en préparation.

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
		Cadre mondial pour le suivi de Vision 2020	La stratégie Vision 2020 a été officiellement adoptée dans 56 pays (Région africaine, 12 ; Région des Amériques, 11 ; Région de l'Asie du Sud-Est, 8 ; Région européenne, 5 ; Région de la Méditerranée orientale, 11 ; Région du Pacifique occidental, 9) Les indicateurs pour le suivi mondial de Vision 2020 ont été testés sur le terrain et mis au point (une base de données de profils de pays concernant divers indicateurs sera disponible prochainement sur le site Web de l'OMS)

Surveillance régulière au niveau mondial de la charge représentée par les déficiences visuelles et auditives et mise en oeuvre de programmes connexes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles fournissant des données adéquates sur la charge des déficiences visuelles et auditives	Aucun système de suivi disponible dans les pays cibles Enquêtes dans la population disponibles dans un nombre limité de pays	Actualiser des données concernant la charge régionale et mondiale des déficiences visuelles et auditives	Banque de données mondiales sur la cécité mise à jour. Données fiables disponibles pour 68 pays Protocole d'étude OMS sur les troubles de l'audition mis en oeuvre dans 10 pays ¹ Evaluation rapide de l'ensemble de services de chirurgie de la cataracte utilisée dans 11 pays ²

Principaux obstacles

Internes : le financement insuffisant au titre du budget ordinaire et l'absence de clarté concernant les règles pour la répartition des ressources extrabudgétaires ont rendu difficile la prévision des ressources financières.

Externes : la prévention des incapacités et la réadaptation en général et la prévention des traumatismes et de la violence en particulier sont nouveaux dans le domaine de la santé publique. De ce fait, il y a un manque de sensibilisation quant à l'étendue du problème et au rôle de la santé publique dans la prévention.

Pertinence et adéquation

La politique de l'OMS en matière de prévention des incapacités et de réadaptation, ainsi que son action de sensibilisation et ses produits techniques, ont bénéficié d'un solide soutien et d'une adhésion des Etats Membres, d'autres membres de la famille des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et des associations professionnelles, ce qui en confirme la pertinence. En fait, la demande, au niveau des Régions et des pays, d'une aide et d'un suivi de l'OMS pour la mise en oeuvre de certaines de ces politiques et de ces produits risque de dépasser les capacités actuelles de l'Organisation. Cela soulève des questions quant à l'adéquation des réalisations et quant aux fonds disponibles pour l'appui aux pays et autres activités de suivi.

¹ WHO ear and hearing disorders survey, protocol for a population-based survey of prevalence and causes of deafness and hearing impairment and other ear diseases (document WHO/PBD/PDH/99.8(1)).

² Cataract surgical services, a package for data entry and analysis form population-based rapid assessment (document WHO/PBL/01.84).

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Les dépenses ont dépassé le montant du budget programme car des fonds ont été mobilisés auprès d'autres sources au-delà du montant initialement prévu. Il importe donc d'augmenter les ressources financières à allouer pour prendre en compte l'importance croissante de ce domaine d'activité.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	12 047
Domaine d'activité – dépenses	16 726

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
13 605	1 443	320	838	11	399	110

Enseignements

- L'incapacité et la réadaptation recouvrent un large éventail de problèmes sociaux et de santé publique, et il faut en tenir compte.
- L'engagement et la compétence du personnel et les partenariats, favorisés aussi bien au sein de l'OMS qu'à l'extérieur, sont des facteurs essentiels à la réussite de l'action.
- Des efforts doivent être faits pour renforcer les compétences aux niveaux du Siège et des Régions ; la constitution de réseaux et d'alliances entre l'OMS et des partenaires extérieurs ayant les mêmes objectifs doit également être encouragée.
- L'action de sensibilisation a été relativement efficace et a permis de faire prendre conscience de la dimension de santé publique de la violence et des traumatismes ; cependant, il faudrait s'efforcer de mobiliser davantage de ressources afin de satisfaire les demandes des pays en matière d'appui à l'élaboration de politiques et à leur mise en oeuvre.
- Des difficultés ont été rencontrées dans l'administration du domaine d'activité, car les unités concernées sont réparties à travers différents Départements. Il a donc été proposé de rattacher l'unité chargée des incapacités de la réadaptation au Département Prévention de la violence et des traumatismes.
- Des partenariats actifs doivent être recherchés et encouragés à tous les niveaux. Une coordination étroite entre le Siège et les bureaux régionaux, ainsi qu'entre les bureaux régionaux et les bureaux de pays a été déterminante dans les succès obtenus. Afin d'encourager une collaboration étroite entre les trois niveaux de l'Organisation, le Département Prévention de la violence et des traumatismes a entamé des consultations annuelles entre les points focaux au Siège et dans les Régions. De plus, la participation à ce domaine d'activité au niveau des pays est en augmentation grâce à une enquête mondiale sur les capacités des pays en matière de prévention des traumatismes et de la violence.
- Le domaine d'activité, en particulier en ce qui concerne la prévention de la violence et des traumatismes, est relativement nouveau dans le champ de la santé publique internationale. Des efforts soutenus de l'OMS et de ses partenaires s'imposent donc pour consolider sa place au nombre des préoccupations internationales de santé publique et garantir des liens et une collaboration étroits entre les différents organismes et au sein même des gouvernements.

SANTÉ MENTALE ET TOXICOMANIES

Objectif(s) de l'OMS

Faire en sorte que les gouvernements et leurs partenaires de la communauté internationale placent la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies au nombre de leurs priorités en matière de santé et de développement pour que soient élaborées et mises en oeuvre des mesures rentables de lutte contre les troubles mentaux et les toxicomanies.

Résumé des réalisations

- Pendant la période biennale, le Programme d'action mondial de l'OMS pour la santé mentale a été mis en place. Les principales réalisations du Programme sont d'être parvenu à sensibiliser davantage aux troubles mentaux, neurologiques et liés aux toxicomanies et d'avoir fourni aux Etats Membres un certain nombre de ressources pratiques, à savoir : une base d'informations pour l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques et des plans, des instruments et des principes directeurs pour la formation des professionnels de santé aux interventions efficaces (en particulier, au niveau des soins de santé primaires), et la formation et l'information des professionnels de santé dans le domaine de l'alcool et des drogues illicites.
- Une attention spéciale a été accordée à des problèmes particuliers comme les comportements suicidaires, l'alcoolisme, l'abus de substances psychoactives chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA, et l'épilepsie. Outre le traitement de ces problèmes, la démarche générale a consisté à infléchir les politiques, les organisations de services et, dans certains cas, a contribué à l'amélioration de la législation.
- Des bases de données mondiales sur les ressources en santé mentale, le suicide et l'alcoolisme ont été créées afin de pouvoir fournir aux Etats Membres des informations à jour.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Des informations essentielles ont été obtenues sur les systèmes de santé mentale dans 191 pays ; la base de données mondiale sur l'alcoolisme est la source d'informations la plus complète sur la consommation d'alcool et les politiques connexes dans le monde ; les modules sur l'organisation des services et les politiques de santé mentale ont été adoptés par toutes les Régions, et la campagne mondiale contre l'épilepsie, initiative conjointe de la Ligue internationale contre l'épilepsie, du Bureau international de l'épilepsie et de l'OMS, s'est implantée dans toutes les Régions et a désormais été adoptée dans plus de 60 pays.
- Les activités entreprises par la Région OMS des Amériques ont contribué à la mise en oeuvre de politiques de santé mentale novatrices dans 12 pays de la Région (Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Chili, El Salvador, Guatemala, Mexique, Paraguay, Pérou, Sainte-Lucie et Uruguay). Le Bureau régional de l'Afrique a fourni un soutien intensif à cinq pays afin d'améliorer l'accès au traitement des épileptiques (Kenya, Ouganda, Sénégal, Togo et Zimbabwe).
- De nombreux pays ont entrepris des activités locales pour améliorer les systèmes de santé mentale même dans des situations difficiles ; en Albanie, par exemple, des progrès ont été faits dans la planification et l'organisation des services, débouchant sur une réorientation des soins de santé mentale au détriment des grandes institutions et en faveur de services à base communautaire.
- En Cisjordanie et dans la Bande de Gaza, des progrès substantiels ont été faits en matière de santé mentale en collaboration avec le secteur public, les organisations non gouvernementales locales et les principaux donateurs.

Réalisation des résultats escomptés

Sensibilisation accrue des décideurs, des professionnels et du grand public à l'importance d'une action face au problème des troubles mentaux et neurologiques et des toxicomanies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays de chaque Région qui ont organisé, en consultation avec l'OMS, des manifestations importantes pour sensibiliser l'opinion	Non établie	31 pays	61 pays. Le succès qu'ont connu les manifestations visant à sensibiliser l'opinion a conduit à élargir la cible. Certains pays dans lesquels de telles manifestations avaient été organisées ont, par la suite, fourni une assistance technique pour l'élaboration de politiques

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
			Dans de nombreux pays, les activités de sensibilisation ont pris pour thèmes différents problèmes de santé mentale, y compris la prévention du suicide, l'alcoolisme, l'épilepsie et la prévention des toxicomanies
Proportion des pays cibles dans lesquels au moins un groupe de sensibilisation a été créé	0	10 pays	19 pays. De nombreux pays ont appliqué avec succès l'expérience acquise en matière de création de groupes de sensibilisation pour créer d'autres groupes avec un minimum d'apports de l'OMS

Constitution et diffusion d'une base d'informations pour l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de plans de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies ; utilisation dans les pays soutenue à travers la coopération technique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles de chaque Région pour lesquels les informations ou les données ont été adaptées en fonction des besoins des pays	0	30 pays	27 pays. De nombreux pays ont utilisé la base d'informations fournie par l'OMS pour des cours de formation ou des missions ponctuelles
Proportion des pays cibles de chaque Région pouvant témoigner de l'utilisation de la base d'informations pour l'établissement de politiques et de plans	0	20 pays	16 pays. En 2003, 8 modules techniques sur des thèmes clés de santé mentale ont été distribués aux représentants de la santé mentale dans les pays et adaptés pour être utilisés dans le cadre de programmes de formation, de stratégies de sensibilisation et de la préparation de diplômes et de titres

Création et mise en oeuvre d'initiatives régionales et mondiales de recherche et d'élaboration de politiques en matière d'alcoolisme

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles ayant adapté les recommandations en matière de politiques de lutte contre l'alcoolisme à leurs besoins propres	0	Mondiale	Le Secrétariat de l'OMS est sur le point d'achever la mise en place d'une base de données mondiale sur l'alcoolisme rassemblant des informations mondiales sur la consommation d'alcool et des informations sur les politiques des pays afin de pouvoir collaborer avec les Etats Membres dans le cadre d'initiatives ponctuelles axées sur les pays
Proportion des pays cibles ayant entrepris des recherches sur des sujets liés à l'alcool conformément aux recommandations de l'OMS	0	52 pays	49 pays

Instruments, principes directeurs et modules de formation disponibles pour évaluer les interventions efficaces pour lutter contre les troubles mentaux et neurologiques et les toxicomanies ; utilisation de ceux-ci dans les pays soutenue à travers la coopération technique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui ont incorporé des outils et des matériels OMS pour l'évaluation et la prise en charge des situations et des besoins cliniques, ainsi que pour le développement du personnel, dans les services de santé nationaux	0	35 pays	35 pays. Divers instruments et principes directeurs ont été mis à disposition pour traiter les 3 catégories de problèmes couvertes par le domaine d'activité (troubles mentaux et neurologiques et toxicomanies)

Accès à des données épidémiologiques et à des informations plus fiables afin de mesurer plus précisément la charge de morbidité attribuable aux troubles mentaux et neurologiques et aux toxicomanies et d'élaborer des politiques et des programmes adaptés, notamment en ce qui concerne la prévention de ces troubles

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre (et représentation régionale) de pays figurant dans des bases de données épidémiologiques et générales	0	Tous les pays	Base de données mondiale de l'étude OMS sur les ressources en santé mentale (projet ATLAS) et banque de données sur la mortalité par suicide largement adoptées ; de nombreux pays les utilisent à des fins de planification
Proportion des pays cibles témoignant de l'utilisation de ces bases de données pour l'élaboration de politiques et de programmes, notamment pour la prévention des troubles mentaux et neurologiques et des toxicomanies	0	12 pays	12 pays. Un système de suivi plus sophistiqué a été mis à l'essai avec succès dans 12 pays (et sera élargi au cours de la prochaine période biennale)

Appui politique et technique fourni sur la base de données factuelles afin d'évaluer la part de l'infection à VIH liée à la toxicomanie et d'y faire face

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles participant à des études internationales de l'OMS sur les déterminants des toxicomanies et les dommages qui leur sont associés	0	18 pays	18 pays. La cible a été atteinte grâce à 2 grandes études internationales : l'étude OMS sur la toxicomanie par l'injection et le projet de recherche concertée de l'OMS sur le traitement de la pharmacodépendance et le VIH/SIDA
Proportion des pays cibles mieux équipés pour évaluer la part de l'infection à VIH liée à la toxicomanie et y faire face	0	20 pays	24 pays. Cible dépassée grâce à une étude supplémentaire sur les comportements sexuels à risque associés à l'abus de substances psychoactives entreprise dans 5 pays

Principaux obstacles

Internes : les ressources humaines et financières consacrées à la santé mentale et aux toxicomanies n'ont pas été suffisantes pour traiter le large éventail de troubles en cause et une demande croissante d'appui émanant des Etats Membres. Le Siège et la majorité des Etats Membres regroupent généralement les activités et les programmes consacrés à la santé mentale et aux toxicomanies ; certaines Régions, cependant, séparent les problèmes, ce qui est un obstacle au progrès. Enfin, le coût élevé de la traduction des documents pertinents dans les langues officielles a empêché certains Etats Membres de recevoir des informations importantes.

Externes : dans de nombreux pays, la santé mentale fait l'objet d'un rang de priorité peu élevé ; ce qui fait que l'affectation de ressources financières a été insuffisante et a freiné les progrès.

Internes et externes : la collaboration entre les trois échelons de l'Organisation et les autorités sanitaires nationales n'a pas toujours été optimale et la définition des priorités n'a donc pas toujours été systématique.

Pertinence et adéquation

La réaction des pays et leur participation ont été positives, ce qui est révélateur de la pertinence et de l'adéquation des activités dans ce domaine.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

La différence entre le budget programme et les dépenses totales est due à un déficit au titre d'autres sources tout au long de la période biennale, qui a entraîné une diminution significative des fonds alloués aux activités aux niveaux mondial, régional et des pays.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	28 147
Domaine d'activité – dépenses	16 616

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
10 749	1 119	942	832	1 816	478	680

Enseignements

- Les responsabilités du Siège et des bureaux régionaux devraient être plus clairement définies afin d'améliorer l'impact des activités normatives et de pays.
- On dispose désormais de suffisamment de données accumulées pour mettre en oeuvre des interventions en commençant par une phase intensive au niveau des pays. Toutefois, sans une exécution rapide, la dynamique créée au cours des dernières années sera perdue.
- La traduction et l'adaptation des matériels sont essentielles pour mettre en oeuvre efficacement les activités aux niveaux régional et des pays, or les activités dans ce domaine ont été jusqu'ici insuffisantes.
- L'alcoolisme, l'abus de substances psychoactives et la santé mentale dans les situations d'urgence sont des questions qui présentent une importance croissante pour l'Organisation et auxquelles elle doit s'attaquer.

SANTÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Objectif(s) de l'OMS

Permettre aux pays d'appliquer des stratégies fondées sur des bases factuelles afin de réduire les risques pour la santé, de promouvoir la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent et de créer des dispositifs permettant de mesurer l'impact de ces stratégies.

Résumé des réalisations

- Une résolution sur la stratégie de l'OMS pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent a été adoptée par la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé et l'on a commencé à mettre au point un cadre afin d'aider les pays dans leurs efforts pour élaborer des politiques fondées sur cette stratégie.¹ En 2002, la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a en outre adopté la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.²
- La mise en oeuvre de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant a atteint l'objectif des 100 pays, dont près de la moitié sont en phase d'expansion et un tiers couvrent plus de 25 % des districts.
- La recherche et le développement visant à améliorer la survie de l'enfant a donné lieu à des études sur divers sujets, dont l'impact de la supplémentation en zinc,³ et les interventions visant à : améliorer la survie du nouveau-né,⁴ réduire la résistance aux antimicrobiens,⁵ améliorer l'alimentation du nouveau-né,⁶ promouvoir la prise en charge de la pneumonie dans la communauté,⁷ et améliorer les compétences pédagogiques des enseignants en médecine et soins infirmiers⁸
- Une stratégie concernant le VIH chez les jeunes a été élaborée ; des principes directeurs ont également été publiés sur la façon de rendre les services de santé accessibles et adaptés aux adolescents et sur la définition des facteurs de risque et de protection pour un développement sain des adolescents.⁹

¹ Voir résolution WHA56.21.

² Voir résolution WHA55.25.

³ Bhatnagar S et al. Zinc with oral rehydration therapy reduces stool output and duration of diarrhea in hospitalized children: a randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 2004, 38: 34-40; Abdullah Brooks W et al. Zinc for severe pneumonia in very young children: double-blind placebo-controlled trial. *The Lancet*, 2004, 363: 1683-1688.

⁴ Jones G et al. and the Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*, 2003, 362: 65-71; The Bellagio Child Survival Study Group. Knowledge into action for child survival. *The Lancet*, 2003, 362: 323-327.

⁵ Pakistan Multicentre Amoxicillin Short-Course Therapy (MASCOT) pneumonia study group. Clinical efficacy of 3 days versus 5 days of oral amoxicillin for treatment of childhood pneumonia: a multicentre double-blind trial. *The Lancet*, 2002, 360: 835-841; Consultative meeting to review evidence and research priorities in the management of acute respiratory infections (ARI). Genève, 29 septembre-1^{er} octobre 2003 (document WHO/FCH/CAH/04.02).

⁶ Daelmans B, Martines J, Saadeh R. Conclusions of the Global Consultation on Complementary Feedings. In: Special Issue on a World Health Organization Expert Consultation on Complementary Feeding. *Food and Nutrition Bulletin*, 2003, 24(1): 126-129; Daelmans B, Saadeh R. Global initiatives to improve complementary feeding. *SCN News*, 2003, 27: 10-18.

⁷ Evidence base for community management of pneumonia. Report from a WHO/UNICEF/Karolinska Institute meeting of experts, Stockholm, 11-12 June 2002 (document WHO/FCH/CAH/02.23).

⁸ Un manuel de référence intitulé « Effective teaching: a guide for educating healthcare providers » a été publié dans une version expérimentale.

⁹ Adolescent friendly health services: an agenda for change (document WHO/FCH/CAH/02.14); Young people and HIV/AIDS: opportunity in crisis. Ce rapport conjoint OMS/UNICEF/ONUSIDA est disponible en version électronique à l'adresse : http://www.who.int/pub/prev_care/youngpeople/en; Broadening the horizon: balancing protection and risk for adolescents (document WHO/FCH/CAH/01.20).

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Des études multisites réalisées à Delhi, en Inde, et à Zanzibar, en République-Unie de Tanzanie, ont montré que la supplémentation en zinc réduisait la durée et la gravité des épisodes diarrhéiques. Ces constatations pourraient bien s'avérer aussi révolutionnaires que la mise en évidence des avantages de la supplémentation en vitamine A.
- On a entrepris de traduire la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en politiques et mesures nationales, et des réunions régionales et nationales sur ce thème ont été organisées dans toutes les Régions de l'OMS.
- La mortalité pendant la période néonatale représente une proportion importante de la mortalité de l'enfant en général. Conscients de cela, des pays des six Régions de l'OMS ont adapté des directives nationales sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant pour y inclure les soins aux nouveau-nés pendant la première semaine de vie. La Région européenne a mis en oeuvre son programme consistant à promouvoir des soins périnataux efficaces dans 12 pays, et la Région de l'Asie du Sud-Est a élaboré une stratégie régionale visant à améliorer la santé du nouveau-né.
- Les données provenant de 53 pays et territoires ont montré que les adolescents qui entretiennent des relations positives avec leurs parents et qui se sentent attachés à leur école ont moins de chances d'adopter des comportements à risque pour la santé, y compris une activité sexuelle précoce et la toxicomanie.
- Trente-quatre pays de la Région africaine et neuf pays de la Région de l'Asie du Sud-Est ont inscrit la santé et le développement de l'adolescent dans leurs plans d'action.
- Des pays des six Régions de l'OMS ont élaboré et testé de nouvelles approches de la formation des agents de santé à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ; il s'agissait notamment de cours de plus brève durée, de formation en cours d'emploi ou de téléenseignement.
- Les résultats préliminaires de l'évaluation multipays (portant sur le Bangladesh, le Brésil, l'Ouganda, le Pérou et la République-Unie de Tanzanie) ont montré que la formation concernant la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant améliorerait l'efficacité des agents de santé et pouvait réduire la mortalité de l'enfant sans frais supplémentaires.

Réalisation des résultats escomptés

Appui technique et politique adéquat à un nombre accru de pays pour donner effet aux articles de la Convention relative aux droits de l'enfant qui concernent la santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays qui ont commencé à mettre en oeuvre les recommandations liées à la santé de l'enfant et de l'adolescent suite à l'appui apporté par l'OMS au processus de notification prévu par la Convention relative aux droits de l'enfant	Aucun pays n'avait entamé la mise en oeuvre au début de la période biennale	15 pays sur un nombre estimé de 50 à 55 pays notifiant des données au Comité des droits de l'enfant (ONU) pendant la période biennale	12 pays (il est difficile de vérifier les progrès étant donné que la majorité des pays concernés commencent seulement à réfléchir au suivi des observations et recommandations de la Convention)

Appui à la recherche conduisant à une amélioration des politiques, stratégies, règles et normes de protection de l'adolescent face à la maladie et au comportement à risque

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de projets de recherche appuyés par l'OMS qui ont abouti à l'élaboration de normes et de règles stratégiques applicables dans les pays en développement pour protéger les adolescents contre les principaux comportements à risque et maladies qui les concernent	10 projets de recherche avaient été soutenus au cours de la période biennale précédente	Démarrage de 20 nouveaux projets de recherche pendant la période biennale	18 nouveaux projets de recherche mis en route avec l'appui de l'OMS

Validation et promotion dans les pays prioritaires de principes directeurs, d'approches et d'outils permettant une meilleure application de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et la surveillance des progrès

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays où les taux de mortalité infantile sont égaux ou supérieurs à 40 pour 1000 qui ont incorporé la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant à leur politique nationale de santé de l'enfant	40 pays au début de la période biennale	58 pays	Sur 73 pays enregistrant un taux de mortalité infantile de 40 ou plus, 71 ont commencé à mettre en oeuvre la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (8 : introduction ; 31 : mise en oeuvre précoce ; 32 : expansion). 54 de ces pays ont incorporé la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans leurs politiques ou plans nationaux de santé
Proportion des pays appliquant la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et utilisant l'information sur les progrès accomplis comme base de la replanification au niveau national	Non établie	Non établie	Pratiquement tous les pays qui ont adopté la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ont utilisé les informations sur les progrès comme point de départ pour la replanification au niveau national (environ 90 %)

Consensus sur la définition de buts mondiaux pour élever des enfants en bonne santé et des adolescents confiants et compétents et contribution à leur réalisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Accord sur un programme mondial d'action pour la santé des enfants et des adolescents, questions sexospécifiques incluses, et cadre d'application dans les pays	Il n'y avait pas de programme d'action mondial, ni de cibles mondiales pour la santé et le développement de l'adolescent	Programme d'action mondial et cibles établies	La stratégie OMS pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent a été adoptée par la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé ¹ Des buts et des cibles ont été convenus au niveau international lors de manifestations telles que la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée aux enfants L'engagement international en faveur de la santé de l'enfant et de l'adolescent a été confirmé lors de la Consultation mondiale OMS/UNICEF sur la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent (Stockholm, 2002)

Principaux obstacles

Internes : les ressources financières ont été moins importantes que prévu, en particulier en ce qui concerne les fonds à objet non désigné ; de ce fait, certaines activités ont été reportées ou annulées, des effectifs ont été réduits et l'on a observé une diminution importante des fonds alloués aux activités régionales et de pays.

Externes : la plupart des activités régionales et de pays, tant pour la santé de l'enfant et de l'adolescent que pour la Convention relative aux droits de l'enfant, dépendent d'une collaboration étroite entre institutions et au sein des gouvernements, collaboration que ne maîtrise pas entièrement l'OMS.

¹ Voir résolution WHA56.21.

Pertinence et adéquation

Les résultats escomptés ont gagné en pertinence suite aux mesures prises pour réduire la mortalité néonatale, qui n'avait pas baissé aussi rapidement que la mortalité de l'enfant. L'adéquation des réalisations est en revanche discutable du fait de la pénurie de fonds enregistrée au cours de la période biennale.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Les dépenses ont représenté 61,1 % du budget programme total (US \$72 127 000). La différence entre le montant total du budget programme et le montant total des dépenses s'explique par la pénurie de fonds extrabudgétaires tout au long de la période biennale, qui a entraîné une diminution significative des fonds destinés aux activités régionales et de pays ainsi qu'au programme de recherche. Au niveau régional, des besoins non satisfaits assez importants ont été constatés dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	72 127
Domaine d'activité – dépenses	44 082

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
25 875	10 451	1 282	2 196	1 773	1 104	1 401

Enseignements

- L'action de sensibilisation a été relativement efficace en contribuant à améliorer la visibilité de la santé et du développement de l'adolescent ; toutefois, il reste encore beaucoup à faire pour accroître l'importance accordée à la survie de l'enfant dans l'action de santé publique au niveau national et international.
- Les plans de travail des Régions et du Siège pour 2004-2005 ont été modifiés pour y inclure des activités d'information, d'éducation et de communication destinées à sensibiliser les gouvernements aux effets possibles des mesures prises pour promouvoir la survie de l'enfant.
- Il existe un besoin manifeste et urgent de mettre au point des stratégies qui permettent de développer les activités au niveau des pays aussi bien en ce qui concerne la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant que la santé et le développement de l'adolescent. Les éléments « communauté » et « systèmes de santé » de la prise en charge intégrée devraient faire l'objet d'une attention accrue.
- Compte tenu de ces observations, une série d'activités a été ajoutée au plan de travail du Siège pour 2004-2005 afin d'aider les Régions et les pays à élaborer de telles stratégies.
- Des partenariats actifs devraient être recherchés et encouragés à tous les niveaux. Une coordination étroite entre le Siège et les bureaux régionaux, ainsi qu'entre les bureaux régionaux et les pays, est un facteur essentiel de réussite dans ce domaine d'activité. Afin de poursuivre et de renforcer cette collaboration, un exercice intensif de planification conjointe a été entrepris dans le cadre du processus de programmation budgétisation pour 2006-2007. En outre, une série de consultations annuelles entre les trois niveaux de l'Organisation est prévue dans les plans opérationnels du Siège pour 2004-2005.
- Les fonds dont dispose le Département au Siège et ses dépenses devraient être contrôlés de plus près.

RECHERCHE EN SANTÉ GÉNÉSIQUE ET ÉLABORATION DE PROGRAMMES DANS CE DOMAINE

Objectif(s) de l'OMS

Par la recherche et l'appui, contribuer à une réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la santé sexuelle et génésique et à la mise en oeuvre de services de santé génésique accessibles, équitables et de haute qualité dans les pays.

Résumé des réalisations

- L'OMS a employé avec succès un certain nombre de moyens pour réaliser des avancées importantes en matière de santé sexuelle et génésique : appui à la recherche et au développement des capacités de recherche, élaboration de normes et d'outils fondés sur des bases factuelles, fourniture aux pays d'un appui technique et au plan des politiques, et contribution à la mise en place de partenariats en matière de santé sexuelle et génésique.
- Trois nouvelles initiatives mondiales ont été lancées : un projet mondial de collaboration sur la recherche fondamentale et clinique pour la prévention et le traitement de la pré-éclampsie, l'enquête mondiale de l'OMS pour la surveillance de la santé maternelle et périnatale (qui, une fois terminée, aura recueilli des données sur plus de 400 000 accouchements dans plus de 1000 établissements de 56 pays) ; et une nouvelle initiative sur la santé maternelle et néonatale et la pauvreté.
- Un système de recherche continue des données scientifiques a été mis en oeuvre pour faire en sorte que les conseils donnés par l'OMS en matière de planification familiale reposent sur les meilleures données factuelles disponibles. Ce système comprend un processus continu et complet de recherche, d'appréciation critique et de synthèse des données nouvelles dès qu'elles sont disponibles.
- Une étude destinée à valider un nouvel instrument de politique générale a été menée à bien en 2003. Cet outil aidera les pays à répertorier et à traiter les problèmes et les lacunes de l'environnement juridique, politique et normatif en matière de santé et de services de santé maternelle et néonatale.
- Un document conceptuel a été publié à la demande de grands organismes internationaux sollicitant des orientations pour l'élaboration de leurs propres stratégies institutionnelles dans le domaine de la nutrition maternelle et périnatale ;¹ un document similaire sur l'avenir de la recherche en santé maternelle et périnatale a été rédigé à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire du Service national d'épidémiologie périnatale du Royaume-Uni.
- Une stratégie mondiale actualisée pour la lutte contre les infections sexuellement transmissibles a été rédigée en tenant compte des données factuelles et de l'expérience accumulées aux niveaux national, régional et mondial concernant la lutte contre ces infections et l'impact de celles-ci sur l'épidémie de VIH.
- Le document *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*,² a été publié et distribué au Ministère de la Santé à travers les bureaux régionaux de l'OMS ; il est actuellement traduit en espagnol, français, polonais, portugais et russe.
- Une étude systématique de la morbidité et de la mortalité maternelles pour 1997-2003, fondée sur l'examen de plus de 60 000 rapports et la prise en compte d'environ 2500, a été menée à bien.³ Les estimations mondiales, régionales et locales de la proportion d'accouchements pratiqués par un personnel de santé qualifié ont été mises à jour, et les estimations de la mortalité maternelle dans le monde pour 2000 ont été publiées.⁴

¹ Le document se présente sous la forme de trois articles parus dans *The Journal of Nutrition*: Villar et al. Nutritional interventions during pregnancy for the prevention or treatment of maternal morbidity and preterm delivery ; an overview of randomized controlled trials. *J Nutr.*, 2003, 133: 16065-16255; Meriardi M et al. Nutritional interventions during pregnancy for the prevention treatment of impaired fetal growth: an overview of randomized controlled trials. *J. Nutr.*, 2003, 133: 16265-16315; Villar J et al. Characteristics of randomized controlled trials included in systematic reviews of nutritional interventions reporting maternal morbidity, mortality, preterm delivery, intrauterine growth restriction and small for gestational age and birth weight outcomes. *J. Nutr.*, 2003, 133: 16325-16395.

² *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (version française en préparation).

³ Gülmezoglu AM et al. Who systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss). *Reproductive health*, 2004, 1:3. Version électronique disponible à l'adresse suivante : <http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3>.

⁴ *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

- Une base de données comprenant 17 indicateurs de santé génésique sélectionnés pour la surveillance mondiale – et fournissant des informations aux niveaux mondial, régional et national – a été créée et placée sur le site Web de l'Organisation début 2003.¹

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Quatre guides cliniques pour la prise en charge des femmes enceintes infectées par le VIH ont été publiés.² Un appui technique a été fourni dans ce domaine aux pays suivants : Ethiopie, Kenya, Lesotho, Mozambique, Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.
- Des ateliers nationaux sur l'éthique de la recherche en santé génésique ont bénéficié d'un appui en Oman et au Pakistan, et une réunion interpays sur l'application des meilleures pratiques pour améliorer la santé génésique a été organisée en Egypte.
- Des changements des politiques et des textes législatifs visant à développer l'accès aux services de santé génésique ont été introduits en collaboration avec les 10 pays suivants de la Région OMS des Amériques : Argentine, Barbade, Bolivie, Brésil, Colombie, Guatemala, Jamaïque, Pérou, Trinité-et-Tobago, et Uruguay.
- Les 11 pays de la Région de l'Asie du Sud-Est ont reçu un appui technique adapté à leurs besoins et à leur situation afin d'améliorer les services de santé génésique. Les activités suivantes ont été entreprises : appui aux pays pour l'actualisation et la mise au point de leur profil de santé génésique (Bangladesh, Bhoutan, Inde, Indonésie, Myanmar, Népal, Sri Lanka et Thaïlande) ; organisation d'une réunion pour les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, avec des représentants de 17 pays, afin de rassembler des commentaires sur le projet de stratégie mondiale de santé génésique ; et organisation d'un atelier sur la bibliothèque OMS de santé génésique, auquel ont participé six pays.
- L'OMS a collaboré à l'analyse des résultats d'une évaluation rapide de la santé génésique au Kirghizistan et au Tadjikistan, ainsi qu'à la mise sur pied et à la mise en oeuvre de programmes nationaux de dépistage du col de l'utérus au Kazakhstan, au Kirghizistan et en République de Moldova.

Réalisation des résultats escomptés

Achèvement de diverses études fournissant des éléments factuels sur des questions sociocomportementales, cliniques, épidémiologiques et politiques essentielles en santé génésique, plus particulièrement en ce qui concerne la régulation de la fécondité, la maternité sans risque et les infections sexuellement transmissibles, et sur des questions qui touchent à plusieurs domaines comme la participation des femmes et des hommes à la santé génésique et des droits en matière de santé génésique ; promotion de l'utilisation des résultats par des stratégies appropriées de diffusion de l'information

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'études sur des problèmes prioritaires de santé génésique dans les pays en développement menées à bien, dont les résultats ont été diffusés, et qu'il est prévu d'incorporer aux politiques et aux recommandations techniques selon le cas	Non établie	30 études	45 études, dont 13 études systématiques et 8 études et protocoles fondés sur des données factuelles réalisées par la Cochrane Collaboration ont été effectuées, et les résultats en ont été publiés dans des revues possédant un comité de lecture, présentés lors de réunions ou publiés sous forme de dossiers d'information. Résultats de la recherche incorporés dans les documents normatifs pertinents, le cas échéant, et dans des publications concernant les meilleures pratiques, ou utilisés lors d'ateliers fondés sur des données factuelles.

¹ Version électronique disponible à l'adresse : http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/database.html.

² Clinical guides for the management of pregnant women with HIV infection: voluntary counselling and testing (document WHO/RHR/01.23), antenatal care for HIV-infected women (document WHO/RHR/01.24), labour and delivery care for HIV-infected women (document WHO/RHR/01-25), post-pregnancy care for HIV-related women (document WHO/RHR/01.26).

Application et validation, par des travaux de recherche opérationnelle dans les pays, d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité visant à améliorer la santé génésique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'études de recherche opérationnelle évaluant des approches nouvelles ou améliorées de la fourniture de soins de santé génésique menées à bien et dont les résultats ont été diffusés	Non établie	15 études	37 études évaluant des approches nouvelles ou améliorées de la prestation de services de santé génésique menées à bien

Validation et diffusion d'un ensemble de lignes directrices politiques, techniques et gestionnaires et de normes fondées sur des bases factuelles pour des soins de santé génésique de bonne qualité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence d'une stratégie de prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement	Non établie	Mise à disposition	Cible atteinte. Une stratégie pour une grossesse à moindre risque a été élaborée, qui comprend l'introduction d'une prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement dans les pays
Nombre de pays cibles dans lesquels la stratégie de prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement est introduite et adaptée	Non établie	20 pays	10 pays pionniers pour une grossesse à moindre risque, et au moins 10 autres pays
Existence de guides sur les soins essentiels pour la planification familiale et les infections génitales	Non établie	Mise à disposition	Cible atteinte. Des guides ont été rédigés sur les soins essentiels pour la planification familiale, et notamment la troisième édition d'une étude des critères médicaux applicables à l'utilisation des contraceptifs. ¹ Des guides sur des infections génitales ont été rédigés pour expérimentation sur le terrain
Nombre de pays cibles ayant commencé à utiliser les guides sur les soins essentiels pour la planification familiale et les infections génitales	Non établie	5 pays	Au moins 5 pays appliquent les outils pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles et des infections génitales ; au moins 7 pays appliquent les outils de planification familiale. De nombreux autres pays et organisations appliquent ces outils sans l'appui de l'OMS

Appui adéquat fourni aux pays prioritaires pour l'élaboration ou la mise à jour, l'application, la surveillance et l'évaluation de plans visant à renforcer l'accès à des soins de santé génésique de bonne qualité ainsi que l'offre de soins

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays recevant un appui pour élaborer et appliquer des plans visant à renforcer l'accès à des soins de santé génésique de qualité ainsi que l'offre de soins	Non établie	25 pays	38 pays ont reçu un appui pour élaborer et appliquer des plans visant à renforcer l'accès à des soins de santé génésique de haute qualité ainsi que l'offre de soins
Nombre de pays recevant un appui qui définissent des politiques et des programmes visant à renforcer les soins de santé génésique	Non établie	Non établie	Pas de détails précis. Toutefois, on sait qu'une importante proportion des pays susmentionnés ont incorporé cet appui dans leurs programmes

¹ *Medical eligibility criteria for contraceptive use*, 3rd ed. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2004, sous presse.

Fourniture d'un appui adéquat aux pays prioritaires concernant l'adaptation et l'adoption d'articles d'instruments juridiques existants, de conventions et de documents internationaux de consensus liés à la santé génésique et aux droits dans ce domaine

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays recevant un appui pour incorporer des approches fondées sur les droits aux politiques, programmes ou services de santé génésique	Non établie	5 pays	5 pays ont reçu un appui (Brésil, Kazakhstan, Mozambique, Myanmar et Soudan)
Nombre de pays recevant un appui qui incorporent des approches fondées sur les droits aux politiques, programmes ou services de santé génésique	Non établie	Non établie	2 pays sur 5 (le Mozambique et le Kazakhstan) appliquent une approche fondée sur les droits dans leurs politiques et programmes de santé génésique

Principaux obstacles

Internes : bien que la santé génésique soit une priorité tant au plan mondial que régional, elle n'a pas bénéficié de fonds ni de ressources humaines suffisantes, ce qui a empêché ou retardé la réalisation des résultats escomptés.

Il n'existe pas de point focal pour la santé génésique et la santé de la femme dans de nombreux bureaux de l'OMS dans les pays prioritaires. De ce fait, il est difficile pour l'OMS de jouer un rôle directeur dans la fourniture d'un soutien technique aux gouvernements qui s'efforcent d'atteindre leurs objectifs de santé génésique. Le renouvellement rapide du personnel qualifié dans les pays a également contribué à des retards ou à des reculs dans l'exécution des programmes.

Externes : dans certains cas, les gouvernements, qui gèrent souvent avec d'autres organismes internationaux des projets bénéficiant d'un niveau de financement plus élevé que les fonds mis à disposition par l'OMS, accordent à la santé génésique un rang plus faible de priorité. La pénurie de crédits et de professionnels qualifiés au niveau local est également un obstacle à la réalisation des objectifs. En outre, la santé génésique est une question sensible et complexe ; des facteurs politiques et culturels peuvent gêner la mise en oeuvre des programmes. Enfin, on se heurte, dans l'élaboration de programmes de santé génésique, à des problèmes majeurs dans les pays où le concept de soins de santé génésique intégrés n'a été que partiellement mis en pratique.

Internes et externes : le manque de collaboration entre les instituts de recherche nationaux, les secteurs gouvernementaux compétents et les organisations non gouvernementales, ainsi qu'entre les chercheurs eux-mêmes en ce qui concerne l'application des résultats de la recherche, rend difficile l'utilisation des données liées à la santé sexuelle et génésique pour le suivi et l'évaluation des programmes.

Pertinence et adéquation

La réalisation des résultats escomptés a été jugée pertinente et adéquate, comme en témoigne le niveau toujours élevé, de la part d'un nombre croissant de gouvernements et d'autres partenaires, des demandes de soutien technique pour des recherches sur des matériels normatifs d'orientation et leur élaboration, leur adaptation et leur introduction, ainsi que pour l'élaboration de politiques et de programmes. Une évaluation externe effectuée au cours de la période biennale¹ a jugé satisfaisants la recherche et le renforcement des capacités de recherche menés à bien par l'Organisation en matière de santé sexuelle et génésique dans le cadre du Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine. Toutefois, le cadre des résultats escomptés ne reflète pas de façon satisfaisante les principales réalisations de l'Organisation dans certains domaines, à savoir les pratiques individuelles, familiales et communautaires liées à la santé génésique et qui ont des répercussions sur celles-ci ; et la création de partenariats dans le domaine de la santé génésique. Lors du prochain cycle de planification, des résultats escomptés visant à combler cette lacune seront définis.

¹ Evaluation externe 1990-2002 : résumé d'orientation (document WHO/RHR/HRP/03.14).

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le montant total des dépenses pour 2002-2003, budget ordinaire et autres fonds compris, a été de US \$53 903 000. La différence entre le montant du budget programme et les dépenses enregistrées est due au déficit de fonds extrabudgétaires, les recettes n'ayant atteint que US \$54 000 000. Le déficit, environ US \$13 000 000 s'est traduit par une diminution significative des fonds alloués aux activités aux niveaux mondial, régional et des pays ; il a en particulier eu des incidences sur la mise en oeuvre des activités de recherche du Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	67 252
Domaine d'activité – dépenses	53 903

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
42 881	4 395	626	1 269	354	706	3 672

Enseignements

- Malgré de graves déficits de financement, l'Organisation s'est efforcée d'honorer ses engagements et de fournir un appui technique et sur le plan des politiques aux Etats Membres. Les produits et les activités qui n'ont pu être mis en oeuvre en raison du manque de fonds comprenaient des projets de recherche, des activités de renforcement des capacités de recherche au niveau national ainsi que des activités normatives.
- Lorsqu'une approche globale de la santé génésique sera adoptée, l'action de sensibilisation devra être poursuivie de façon à renforcer et développer les programmes nationaux. La question de la santé sexuelle apparaît comme une priorité émergente dans les programmes de santé génésique, ce qui exigera des interventions intégrées de la part d'agents de santé qualifiés et des systèmes d'orientation-recours opérationnels, ainsi qu'un appui au plan juridique, des politiques et de la réglementation.
- La recherche est considérée comme une priorité stratégique en vue d'améliorer l'exécution des programmes de santé génésique. Toutefois, une collaboration plus étroite entre instituts nationaux de recherche, secteurs gouvernementaux pertinents, organisations non gouvernementales et chercheurs dans l'application des résultats de leurs études est indispensable pour permettre une meilleure utilisation des données liées à la santé génésique pour le suivi et l'évaluation des programmes.
- Plusieurs Etats Membres subissent les effets indésirables de l'instabilité politique, de conflits intérieurs, des sanctions économiques ou de la récession. Alliés à la diminution des ressources financières, ces problèmes entraînent une double charge qui doit être prise en considération lors de la planification de l'action de santé publique, et notamment de la santé génésique tout au long de la vie.
- Pour réussir, il est indispensable d'élaborer des plans conjointement aux niveaux mondial, régional et des pays.

POUR UNE GROSSESSE À MOINDRE RISQUE

Objectif(s) de l'OMS

Donner aux Etats Membres et à la communauté internationale les moyens de concrétiser de manière efficace la stratégie du secteur de la santé pour une grossesse à moindre risque par des plans d'action fondés sur des interventions d'un bon rapport coût/efficacité et des stratégies de santé maternelle de qualité

Résumé des réalisations

- Une stratégie mondiale pour une grossesse à moindre risque a été élaborée en collaboration avec les bureaux régionaux, qui constitue une étape clé sur la voie de la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement consistant à améliorer la santé maternelle et la cible connexe consistant à réduire le taux de mortalité maternelle des trois quarts d'ici 2015.
- On a commencé à élaborer des documents stratégiques régionaux pour une grossesse à moindre risque. Le Bureau régional OMS des Amériques a terminé l'élaboration d'un document stratégique de consensus pour la réduction de la mortalité maternelle, et le Bureau régional de l'Afrique a commencé la préparation d'une feuille de route fondée sur les résultats afin d'accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé de la mère et du nouveau-né en Afrique.
- Avec la contribution de l'OMS, le Conseil de l'Europe a établi un document recommandant que tous les pays de la Région mettent en oeuvre la stratégie pour une grossesse à moindre risque.
- Un site OMS Pour une grossesse à moindre risque a été créé sur le Web (<http://www.who.int/reproductive-health/MNBH/index.htm>).
- Sept modules de la série OMS pour la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement ont été mis au point et traduits.¹ Plusieurs de ces modules ont été utilisés pour la révision des politiques nationales et des normes de soins.
- L'initiative Pour une grossesse à moindre risque a développé son soutien technique et au plan des politiques pour permettre aux pays de revoir leurs modules essentiels de services de santé maternelle et néonatale et de définir des normes nationales concernant les soins cliniques et les besoins connexes des systèmes de santé.
- Des domaines de collaboration et de coordination plus étroites avec d'autres organisations des Nations Unies et des partenaires aux niveaux mondial, régional et des pays ont été répertoriés. Au niveau régional, de nouveaux partenariats ont été mis sur pied avec la Banque mondiale, l'UNICEF, le FNUAP et l'AID des Etats-Unis d'Amérique, notamment ; des efforts conjoints de sensibilisation ont également été entrepris afin de garantir que la maternité sans risque conserve un rang de priorité élevé dans l'action en faveur de la santé et du développement.
- Afin de promouvoir une information fondée sur des données factuelles pour une prise de décision efficace, les estimations de la mortalité maternelle en 2000 ont été mises au point et publiées par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP, et une base de données contenant des indicateurs essentiels de santé maternelle et néonatale sélectionnés pour la surveillance mondiale a été publiée sur le site Web de l'OMS.²

¹ *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. *Managing newborn problems: a guide for doctors, nurses, and midwives*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003. *Kangaroo mother care: a practical guide*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (version française en préparation). Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health (document WHO/FCH/RHR/03.11) ; Making pregnancy safer: global action for skilled attendants for pregnant women (document WHO/RHR/02.17) ; *Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities – an analysis of trends, levels and differentials, 1990–2001*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

² *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004. Base de données disponible à l'adresse : http://www.who.int/reproductive-health/global_monitoring/RHRxmls/RHRmainpage.htm.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Au cours de la Vingt-Sixième Conférence sanitaire panaméricaine, tous les Etats Membres de la Région OMS des Amériques ont adopté une résolution sur la réduction de la mortalité maternelle (voir résolution CSP26.R13).
- Le modèle de sensibilisation intitulé « REDUCE » a été mis au point par le Bureau régional de l'Afrique afin de mieux faire prendre conscience des questions de santé maternelle et néonatale dans la Région. A la fin de la période considérée, l'Ethiopie, la Mauritanie, le Mozambique, le Nigéria et l'Ouganda avaient adapté et appliquaient le modèle.
- Parmi les changements au niveau des politiques intervenus en Ouzbékistan, avec l'appui de l'OMS, figure la création d'un cadre juridique général pour la santé de la mère et du nouveau-né destiné à remplacer des lois dépassées qui constituaient un obstacle à la fourniture de soins fondée sur des bases factuelles.
- Le Gouvernement indien a lancé en collaboration avec l'OMS une « Journée nationale de la maternité sans risque » le 11 avril 2003, imprimant ainsi une dynamique au programme de maternité sans risque dans tout le pays.
- Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a créé une base de données sur la recherche opérationnelle en santé de la mère et du nouveau-né, permettant un accès aux données utiles et leur échange entre pays de la Région.
- Le Bureau régional du Pacifique occidental s'est efforcé de sensibiliser davantage à la santé de la femme et aux questions sexospécifiques, y compris les problèmes liés à la violence domestique en République de Corée, et le suicide des femmes ainsi que la violence dirigée contre des femmes enceintes en Chine.

Réalisation des résultats escomptés

Appui adéquat aux pays pour préparer et mettre en oeuvre des plans coordonnés pour une grossesse à moindre risque, y compris en matière de surveillance et d'évaluation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays recevant un appui pour l'élaboration et l'application de plans visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales	Non établie	20	Appui technique fourni à 47 pays et au niveau régional afin d'appliquer la stratégie nationale et régionale pour une grossesse à moindre risque et de réduire la morbidité et la mortalité maternelles
Nombre de pays recevant un appui qui se dotent de politiques et de programmes complets de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales	Non établie	20	Les cibles ont été atteintes dans 25 pays. Un appui plus important est nécessaire pour faire en sorte que les politiques et les programmes de santé maternelle et néonatale soient complets et convenablement coordonnés

Elaboration de principes directeurs fondés sur des bases factuelles et mise au point d'instruments appropriés permettant d'établir ou d'adapter la politique et les normes nationales concernant les soins à la mère et au nouveau-né (y compris les soins après un avortement), la planification familiale et les soins liés à l'avortement médicalisé (lorsque la législation nationale l'autorise), et de veiller à ce que ces politiques et normes soient correctement appliquées et que des mesures de réglementation soient en place

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays recevant un appui qui adaptent et adoptent les politiques et les normes fondées sur des bases factuelles recommandées par l'OMS pour les soins à la mère et au nouveau-né	0	20	Un appui efficace a été fourni pour l'adaptation et l'adoption des normes OMS dans les politiques nationales et les protocoles cliniques dans 30 pays. (Un ensemble de principes cliniques essentiels mis au point et traduit en 8 langues). L'adoption d'autres outils pour la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement se poursuivra au cours de la prochaine période biennale dès que de nouvelles lignes directrices auront été mises au point et traduites

Conception d'un cadre approprié pour l'élaboration et l'application de messages et d'interventions à domicile ou aux niveaux familial et communautaire visant à promouvoir la santé de la mère et du nouveau-né et la régulation de la fécondité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays recevant un appui pour l'élaboration d'interventions dans la communauté visant à promouvoir la santé de la mère et du nouveau-né et la régulation de la fécondité	0	5	3 Régions ont élaboré des cadres régionaux pour mieux aider les pays. 2 Régions ont organisé des ateliers régionaux auxquels ont participé au total 20 pays. Une stratégie mondiale sur l'action avec les particuliers, les familles et les communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale a été élaborée et traduite en espagnol et en français
Nombre de pays recevant un appui qui ont commencé à appliquer les interventions mises au point			L'application du cadre n'a pas été possible essentiellement faute de crédits

Principaux obstacles

Internes : ce domaine d'activité n'a pas bénéficié de fonds ni de ressources humaines suffisants, ce qui a rendu impossible ou retardé la réalisation des résultats escomptés et un suivi adéquat de ceux-ci. Il faudrait désigner des points focaux chargés des programmes Pour une grossesse à moindre risque dans les bureaux de l'OMS dans les pays, en particulier les pays prioritaires, et étoffer les effectifs des bureaux régionaux. De plus, la plupart des membres du personnel OMS des programmes Pour une grossesse à moindre risque sont engagés à court terme, situation qui menace la stabilité et la continuité des investissements et des projets. Faute des ressources humaines nécessaires, il est difficile pour l'OMS de jouer son rôle directeur technique et d'apporter un appui aux gouvernements pour la réalisation des buts et objectifs en santé maternelle et néonatale.

Externes : le drainage des cerveaux actuel et le taux de renouvellement des professionnels qualifiés sont des obstacles importants. Le nombre limité de professionnels possédant des compétences en soins obstétricaux et néonataux explique en partie de sérieuses difficultés dans la mise en oeuvre du programme. Parmi les autres obstacles externes figure la pauvreté ou l'absence de systèmes de santé fonctionnels. Outre une pénurie de personnel qualifié, on constate un manque général de matériel, de fournitures et de médicaments, l'absence ou la mauvaise qualité des routes, des transports et des hôpitaux de référence, nécessaires pour les soins d'urgence ; la volonté politique a également fait défaut et l'on déplore l'absence de systèmes de gestion solides et d'encadrement régulier et efficace.

Bien que les contributions des donateurs aux programmes pour la maternité sans risque aient légèrement augmenté depuis 1987, elles restent bien en dessous des niveaux requis pour obtenir des réductions sensibles des taux de mortalité maternelle et infantile. De plus, l'absence de coordination et d'information a favorisé la persistance d'interventions inefficaces, ce qui s'est traduit par des doubles emplois et un gaspillage de ressources.

Internes et externes : au fil des ans, de nombreuses interventions ont été mises en place afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale, dont beaucoup se sont avérées inefficaces. Ce n'est que récemment que de nouvelles données ont montré que la mortalité maternelle pouvait être réduite moyennant des interventions rentables applicables dans les milieux défavorisés. Il est donc impératif que les principes directeurs de l'OMS soient diffusés de façon adéquate et mis en place pour assurer la mise en oeuvre d'interventions efficaces, fondées sur des bases factuelles.

Il faut privilégier les besoins particuliers des groupes vulnérables tels que les pauvres, les adolescents et les femmes célibataires, les migrants et les femmes vivant dans des situations de conflit. Des travaux de recherche opérationnelle sont nécessaires pour étudier les causes de la mortalité maternelle et néonatale et les solutions à apporter aux problèmes, notamment dans ces groupes particuliers. Les causes de la mortalité et de la morbidité sont multiples et les solutions exigent des efforts coordonnés qui tiennent compte de facteurs économiques, sociaux, culturels et médicaux.

Pertinence et adéquation

La réalisation des résultats escomptés est demeurée tout à fait pertinente puisque de nouveaux pays continuent de solliciter l'appui de l'OMS afin de mettre en oeuvre la stratégie Pour une grossesse à moindre risque. En outre, la stratégie OMS est un élément crucial dans les efforts visant à accélérer la réalisation des cibles et des objectifs du Millénaire pour le développement

relatifs à la santé maternelle et à la réduction de la mortalité de l'enfant. L'adéquation des réalisations de l'OMS au cours de la période biennale est en revanche discutable en raison de la pénurie de ressources humaines et financières.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le montant total des dépenses, budget ordinaire et autres fonds confondus, pour 2002-2003, s'est élevé à US \$13 500 000, soit 36 % du budget programme total (US \$37 200 000). La différence entre le budget programme total et les dépenses totales s'explique par la pénurie de fonds extrabudgétaires disponibles tout au long de la période biennale. Ce déficit a entraîné une diminution sensible des fonds alloués aux activités aux niveaux mondial, régional et des pays. Il a, par ailleurs, eu un impact important sur la mise au point définitive des normes et des outils prévus, ainsi que sur la fourniture d'un appui technique aux pays hautement prioritaires.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	37 157
Domaine d'activité – dépenses	13 539

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
8 772	2 062	127	706	812	517	543

Enseignements

- L'approche fondée sur des bases factuelles qu'a choisi de privilégier l'OMS avec la stratégie Pour une grossesse à moindre risque moyennant une continuité des soins – du domicile à l'hôpital de référence – est une stratégie gagnante ; il faut néanmoins du temps pour qu'elle puisse être présentée pleinement à tous les décideurs et aux dispensateurs de soins et qu'elle soit intégrée aux programmes de formation. On facilitera ainsi une meilleure compréhension et l'adoption des manuels, normes, recommandations et données scientifiques actualisés.
- Une augmentation des crédits aux niveaux national et international et une amélioration de la coordination des efforts et des ressources sont nécessaires si l'on veut atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement concernant la santé maternelle et néonatale. Le rôle de coordination de l'OMS sera crucial à cet égard.
- L'élément déterminant pour réduire la mortalité de la mère et du nouveau-né est la garantie d'une continuité des soins. Les facteurs essentiels suivants sont également nécessaires pour compléter et renforcer cette approche : un engagement social et politique résolu (en particulier pour l'affectation et l'utilisation de personnel qualifié et d'établissements de soins capables de prendre en charge les complications obstétricales et néonatales), un système d'orientation-recours efficace et l'accessibilité des services aux segments les plus pauvres de la communauté.
- Il serait préférable pour l'OMS d'abandonner le cycle de planification de deux ans au profit d'un cycle de cinq ou dix ans afin de garantir la continuité et la pérennité des activités nécessaires, et de pouvoir mobiliser des fonds qui correspondent au rang élevé de priorité conféré à l'initiative au sein de l'Organisation.
- Des méthodes de travail plus efficaces devraient être établies entre les différents niveaux de l'Organisation pour assurer un soutien rapide, adéquat et durable aux pays prioritaires. Cela doit comprendre un cadre de surveillance continue, un suivi rapide et des mises à jour régulières concernant les nouveaux outils techniques et les différents problèmes.
- Une planification conjointe plus poussée et une rationalisation des relations entre le Siège, les Régions et les pays doivent être mises en place pour faciliter la surveillance du programme.
- La collaboration précoce avec les gouvernements des pays où des activités sont prévues doit être évaluée afin d'éviter que les programmes ne traînent en longueur. Lorsque de nouvelles techniques sont mises en oeuvre au niveau de la communauté, il conviendrait de documenter la recherche opérationnelle afin d'obtenir de nouvelles données pour faciliter la prise de décision.
- De meilleurs partenariats doivent être établis avec des partenaires compétents, les départements de la santé, les associations professionnelles médicales, les maternités des hôpitaux, aussi bien dans les secteurs publics que non gouvernementaux, afin d'utiliser au maximum les ressources disponibles et d'éviter les doubles emplois.

SANTÉ DE LA FEMME

Objectif(s) de l'OMS

Favoriser l'élaboration de politiques, de stratégies et d'interventions qui répondent de manière efficace aux besoins sanitaires prioritaires ou négligés des femmes tout au long de l'existence, et améliorer l'accès des femmes à une information pour la santé et à des soins de qualité.

Résumé des réalisations

- Des données concernant l'impact des différences et des inégalités entre les sexes sur la santé, les systèmes et les services de santé ont été réunies et exploitées.
- Des normes et des interventions destinées à lutter contre la discrimination sexuelle et ses conséquences ont été élaborées, expérimentées et évaluées. Il s'agissait notamment de principes directeurs pour l'intégration des questions sexospécifiques dans les programmes VIH/SIDA, de recherches destinées à étudier les obstacles sexospécifiques à l'accès aux soins et de principes éthiques et de sécurité à appliquer lorsque l'on interroge des femmes qui ont été victimes de la traite ou aux fins de recherches sur la violence domestique.¹
- Les questions d'égalité entre hommes et femmes ont été davantage intégrées dans les activités de l'OMS suite à la mise au point et à la diffusion de la politique OMS en matière de « genre » en mars 2002.² Cette publication a été immédiatement suivie de la création d'une équipe et d'un groupe spécial chargés respectivement de faciliter et de superviser l'application de la politique tant au Siège qu'au niveau régional.
- Un effort de collaboration et de sensibilisation auprès des Etats Membres, de l'Organisation des Nations Unies et d'autres organisations internationales a été entrepris afin d'intégrer les questions sexospécifiques dans les politiques, les programmes et la recherche en matière de santé, et de mettre sur pied les réseaux et partenariats nécessaires pour veiller à ce que les systèmes de santé prennent suffisamment en compte les besoins spécifiques des hommes et des femmes.
- Le premier projet d'indicateur sexospécifique a été mis au point avec la contribution de tous les bureaux régionaux.
- Des fiches d'information sur « genre et santé » ont été établies et diffusées à propos du vieillissement, de la cécité, des catastrophes, du VIH/SIDA, de la santé mentale, des accidents de la circulation, du tabac et de la tuberculose, de même que plusieurs études sur la pertinence de l'intégration d'une perspective sexospécifique dans différents domaines (le VIH/SIDA, par exemple).³

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- La collecte des données a été achevée dans huit pays cibles en vue d'une étude multipays concernant l'ampleur et l'impact, sur la santé de la femme, de la violence dont elle est victime (étude OMS multipays sur la santé de la femme et la violence domestique à l'égard des femmes). Des rapports sur la situation en Namibie, au Pérou et en Thaïlande ont également été diffusés.
- Une initiative pilote a été élaborée dans la Région OMS des Amériques concernant l'intégration de l'équité entre les sexes dans les politiques de réforme du secteur de la santé ; le projet bénéficie d'une participation active de toutes les parties prenantes à chaque étape.
- Plus de 500 agents humanitaires travaillant dans des camps de réfugiés et de personnes déplacées en Guinée ont été formés aux techniques de conseil de base pour la prévention et la prise en charge de la violence sexuelle et sexiste.

¹ WHO *ethical and safety recommendations for interviewing trafficked women*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

² Version électronique disponible sur le site Web de l'OMS à l'adresse suivante : <http://www.who.int/gender/documents/policy/en>.

³ Version électronique disponible sur le site Web de l'OMS à l'adresse suivante : <http://www.who.int/gender/documents/fact/en>.

Réalisation des résultats escomptés

Accès des différentes parties intéressées aux études ou travaux de recherche et à l'information sur certaines questions concernant la santé de la femme, et notamment certains problèmes sexospécifiques en pleine évolution

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'études, de travaux de recherche ou d'éléments d'information sur la santé de la femme achevés et diffusés dans les Régions et les pays par divers moyens : ateliers, publications techniques et conviviales, et diffusion sur le Web	0	<p>Un module d'information sur les femmes et la santé assorti de 10 fiches d'information sur les questions sexospécifiques et divers problèmes de santé (en collaboration avec les départements compétents à l'OMS)</p> <p>Création d'un site Web</p> <p>Au moins 4 rapports de pays dans le cadre de l'étude OMS multipays sur la santé de la femme et la violence domestique à l'égard des femmes publiés et diffusés dans les pays</p> <p>Stratégie de diffusion des informations sur les femmes et la santé mise au point et mise en oeuvre</p>	<p>8 fiches d'information mises au point et diffusées en anglais et 4 en français</p> <p>Site Web opérationnel et utilisé (36 % des représentants de l'OMS et 225 000 consultations en 12 mois)</p> <p>Rapports de pays concernant la Namibie, le Pérou et la Thaïlande lancés et diffusés</p> <p>Site Web conçu, chargé et inauguré ; librairie virtuelle mise au point et inaugurée dans la Région des Amériques : portail d'information GenSalud sur les femmes et la santé ; fiches d'information et modules de sensibilisation GenSalud préparés (Région des Amériques)</p>

Elaboration, mise à jour et utilisation de normes, modules de formation et principes directeurs sur la santé de la femme dans des domaines particuliers pour aider les Régions et les pays à élaborer ou mettre en oeuvre des politiques et des programmes visant à améliorer l'offre et l'utilisation d'une information, de soins, de services et de traitements plus particulièrement adaptés aux besoins des femmes, en privilégiant les problèmes jugés prioritaires ou ceux qui ont été négligés jusqu'ici

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de documents pertinents (normes, modules de formation, principes directeurs) produits	0	Principes directeurs OMS pour l'intégration des questions sexospécifiques dans les programmes VIH/SIDA mis au point	Projet de principes directeurs examiné avec les bureaux régionaux et le personnel de terrain

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de Régions et de pays qui ont utilisé ou adapté ces normes, modules de formation ou principes directeurs pour l'élaboration ou la mise en oeuvre de politiques ou de programmes	0	Principes directeurs de l'OMS pour la prise en charge médico-légale des victimes de la violence sexuelle	Principes directeurs disponibles et mis à l'essai dans les pays (avec 3 bureaux régionaux) Principes directeurs pour la recherche sur la violence à l'égard des femmes disponibles dans trois langues et principes directeurs applicables lorsque l'on interroge des femmes victimes de la traite disponibles et diffusés
	1	Principes directeurs en matière d'éthique et de sécurité pour la recherche sur la violence à l'égard des femmes (traduits en 2 langues) Principes directeurs élaborés en vue d'améliorer les connaissances et les compétences du personnel de santé en matière de mutilations sexuelles féminines	Traduction en arabe, mise au point définitive d'un guide de l'enseignant, d'un manuel de l'étudiant et de principes directeurs (Région OMS de la Méditerranée orientale) Matériel d'information, d'éducation et de communication concernant les mutilations sexuelles féminines diffusé dans 27 pays de la Région africaine

Mise au point et validation de dispositifs permettant de surveiller les progrès accomplis en matière de santé de la femme et d'une série d'indicateurs de base tenant dûment compte des considérations sexospécifiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de Régions et de pays collaborant avec l'OMS afin d'élaborer et d'utiliser une série d'indicateurs de base sur la santé de la femme	0	Elaboration et mise à l'essai d'un ensemble d'indicateurs sanitaires de base tenant compte de considérations sexospécifiques	Premier projet d'un ensemble d'indicateurs sanitaires sexospécifiques mis au point et affiché sur le Web avec la contribution de tous les bureaux régionaux. Les bureaux régionaux ont entamé l'adaptation d'un ensemble d'indicateurs de base à tester dans les pays

Appui technique adéquat fourni à toutes les Régions et à certains pays pour qu'ils puissent utiliser le processus de notification établi pour la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes¹ afin de renforcer la surveillance de la santé de la femme et les mesures visant à résoudre les problèmes recensés

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays rendant compte au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes qui font figurer la santé de la femme dans leurs rapports (sur la base des recommandations établies par l'OMS)	Non établie	Non établie	Il n'a pas été possible de rendre compte des progrès pour cet indicateur
Nombre de pays qui s'attaquent aux problèmes recensés			Il n'a pas été possible de rendre compte des progrès pour cet indicateur

¹ Obligation de tous les Etats ratifiant la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

Elaboration et application à l'échelle de l'OMS d'outils et de principes directeurs, et développement des capacités pour que soient systématiquement prises en compte des considérations sexospécifiques dans les activités de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'instruments et de principes directeurs produits	0	Examen des outils existants d'analyse sexospécifique afin de déterminer s'ils sont applicables à la santé	Objectif atteint
Augmentation du volume de ressources financières et humaines destinées à fournir un soutien technique pour la prise en compte des considérations sexospécifiques dans les activités		Principes directeurs de l'OMS pour l'analyse sexospécifique en matière de santé achevés et utilisés par le personnel de l'OMS et d'autres	Projet de principes directeurs disponible et testé auprès du personnel de différents Départements au Siège, dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays ¹
Nombre de programmes de l'OMS utilisant les instruments mis au point et tenant systématiquement compte de considérations sexospécifiques dans leurs activités		Tous les Départements ou Groupes OMS appelés à désigner des points focaux pour les questions sexospécifiques Intégration d'une perspective sexospécifique dans les objectifs du Millénaire pour le développement	Des points focaux ont été désignés et se sont réunis chaque mois entre juillet 2002 et juillet 2003 Document sur l'intégration d'une perspective sexospécifique dans les objectifs du Millénaire pour le développement publié ²

Principaux obstacles

Internes : les restrictions financières et en matière de ressources humaines ont retardé certaines activités et limité l'impact des efforts déployés pour intégrer les considérations sexospécifiques dans les activités de l'Organisation. Dans certaines Régions, les activités portant sur la santé de la femme dans les pays sont fragmentées, ne sont pas assorties de critères bien définis et ne reposent pas sur un consensus régional ou mondial.

Externes : on a constaté un manque de compréhension parmi certains Etats Membres et partenaires de l'OMS quant aux possibilités d'améliorer l'impact sur la santé de l'analyse sexospécifique appliquée aux systèmes de santé ainsi qu'à la recherche et aux interventions en matière de santé.

Pertinence et adéquation

Les activités menées au Siège ont été pertinentes pour la réalisation des résultats escomptés au niveau mondial, mais n'ont pas été mises en oeuvre de manière adéquate en raison de restrictions financières et en matière de ressources humaines. Certains bureaux régionaux ont toutefois déclaré que les activités menées au niveau des pays manquaient d'orientation stratégique et n'étaient pas directement pertinentes ou adéquates pour la réalisation des résultats escomptés au niveau mondial.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Les fonds mis à disposition au cours de la période biennale ont été inférieurs de moitié au montant de US \$15 524 000 approuvé par l'Assemblée de la Santé, ce qui a considérablement restreint l'attitude des différents bureaux à contribuer à la réalisation des objectifs mondiaux en matière de santé de la femme. Ce déficit, dû en grande partie à un déficit de fonds extrabudgétaires, explique la différence importante entre le montant inscrit au budget et le montant des dépenses de US \$6 472 000.

¹ Disponible sur le site Web de l'OMS à l'adresse : <http://www.who.int/gender/documents/indicators/en/>.

² « En-gendering » the millenium development goals (MDGs) on health (document WHO/FCH/GWH/03.1).

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	15 524
Domaine d'activité – dépenses	6 472

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
4 591	1 027	122	554	143	30	5

Enseignements

- La consultation et la planification conjointe entre le Siège, les Régions et les pays, entamées au cours de la présente période biennale, devront être renforcées si l'on veut que les activités entreprises à tous les niveaux de l'Organisation contribuent à l'amélioration de la santé de la femme dans les pays.
- La sensibilisation aux activités en matière de santé de la femme et aux questions sexospécifiques devra être renforcée, en particulier au sein même de l'Organisation.
- Une planification conjointe et des discussions régulières avec les points focaux pour ce domaine d'activité dans les bureaux régionaux sont nécessaires si l'on veut renforcer l'impact dans les pays.
- Un cadre conceptuel clair et une stratégie de l'OMS pour la santé de la femme et les questions sexospécifiques en tant que domaine d'activité doivent être élaborés pour mieux définir un programme d'action commun que les pays, les Régions et le Siège pourront utiliser tout en tenant compte des différences régionales.

VIH/SIDA

Objectif(s) de l'OMS

Fournir un appui aux pays pour leur permettre d'élaborer des interventions efficaces dans le cadre du secteur de la santé pour faire face au VIH/SIDA, en s'efforçant notamment de renforcer le rôle directeur des pouvoirs publics, les capacités de planification et de gestion, et les bases financières du secteur public de la santé, mais aussi la capacité de ce secteur de mettre en place des interventions de prévention et de soins fondées sur des bases factuelles et sexospécifiques, et notamment des solutions pour l'accès aux traitements antirétroviraux dans les milieux défavorisés.

Résumé des réalisations

- La Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA,¹ qui décrit les interventions efficaces du secteur de la santé contre le VIH/SIDA et fournit aux Etats Membres des conseils pour intégrer celles-ci dans les systèmes de santé. Elle contient également des recommandations sur un certain nombre d'autres sujets concernant la réaction à l'épidémie de VIH/SIDA : renforcement du rôle directeur du secteur de la santé, de la planification, de la coordination, des partenariats et de la mobilisation de ressources.
- De grandes orientations en matière de politique générale ont été fournies dans des secteurs d'intervention clés définis dans la stratégie du secteur de la santé, y compris le dépistage du VIH et le conseil, la prévention du VIH chez le nouveau-né, l'alimentation du nouveau-né, la prévention du VIH dans les populations vulnérables (jeunes, toxicomanes par voie intraveineuse et professionnels du sexe, par exemple) ainsi que le traitement et les soins (y compris une politique et des orientations stratégiques pour lutter contre la co-infection par le VIH/et la tuberculose).
- La Coalition internationale pour l'accès au traitement du VIH a été lancée en tant que partenariat pour promouvoir un accès élargi aux antirétroviraux. Plus de 140 organisations partenaires l'ont rejointe.
- Plusieurs initiatives, outils et matériels de formation nouveaux ont été employés pour renforcer la surveillance de deuxième génération du VIH/SIDA au niveau des pays.
- Des manifestations d'intérêt ont été reçues de plus de 80 pays souhaitant participer à l'initiative visant à accélérer l'accès au traitement, à laquelle participent l'OMS, l'ONUSIDA et d'autres organismes des Nations Unies, ainsi que cinq laboratoires pharmaceutiques. Les négociations entreprises dans le cadre de l'initiative ont abouti aux premières réductions majeures des prix pour des antirétroviraux issus de la recherche dans les pays en développement.
- Dix antirétroviraux supplémentaires ont été ajoutés à la liste modèle OMS des médicaments essentiels.
- Deux éditions des principes directeurs pour une approche de santé publique du traitement antirétroviral dans les milieux défavorisés ont été publiées, ce qui simplifie considérablement l'administration de ce traitement et le suivi clinique dans les pays en développement.²
- Le service SIDA : Médicaments et moyens diagnostiques a été mis sur pied pour fournir un soutien technique accru aux pays pour l'achat et la gestion des approvisionnements en produits liés au VIH.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

L'OMS et l'ONUSIDA ont déclaré que l'insuffisance des traitements au niveau mondial était une urgence de santé publique, et l'OMS a lancé un effort de grande envergure pour étendre l'accès aux antirétroviraux à au moins 3 millions de personnes d'ici 2005. Au moment de l'établissement du présent rapport, 35 pays avaient demandé à participer à l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », qui prévoit également des contributions techniques importantes dans les domaines suivants : formation et renforcement des capacités, promotion des partenariats, surveillance et suivi et évaluation. Au moins 80 % des fonds mobilisés pour financer l'initiative ont été affectés au renforcement des moyens des bureaux régionaux et de pays.

¹ Voir résolution WHA56.30.

² *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publique*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 ; *Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : recommandations pour une approche de santé publique. Révision 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

Réalisation des résultats escomptés**Mise au point définitive de la stratégie mondiale du secteur de la santé et élaboration et mise en oeuvre de stratégies nationales avec l'appui de l'OMS**

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles ayant adopté et adapté la stratégie mondiale pour l'appliquer localement	Non établie	Non établie	La stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA a été élaborée puis adoptée par l'Assemblée de la Santé en mai 2003 ; 40 pays élaborent actuellement des plans nationaux reliant soins et prévention dans le cadre de la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA. Près de 35 demandes officielles de participation à l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » émanant de pays ont été reçues

Fourniture aux pays d'un soutien adéquat pour qu'ils puissent mettre en oeuvre des modules de prévention et de soins essentiels, fondés sur des bases factuelles et sexospécifiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles ayant adopté – et adapté pour les utiliser localement – les modules de prévention et de soins essentiels mis au point par l'OMS	Non établie	Non établie	Au moins 26 Etats Membres utilisent la nouvelle version des principes directeurs simplifiés pour le traitement antirétroviral
Nombre de pays cibles mettant en oeuvre des stratégies appropriées d'un bon rapport coût/efficacité pour appliquer les interventions prioritaires définies pour le secteur de la santé, telles que le conseil et le dépistage volontaire, la prévention de la transmission mère-enfant et la réduction des rapports sexuels non protégés chez les adolescents	Non établie	Non établie	Dans les bureaux régionaux et de pays, l'OMS a soutenu 30 pays dans le cadre de l'initiative pour l'accélération de l'accès aux antirétroviraux et a fourni un soutien technique à plus de 20 pays pour l'élaboration de propositions à soumettre au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Au moins 50 pays ont appliqué des stratégies rentables pour réduire les rapports sexuels non protégés chez les adolescents
Nombre de pays cibles ayant intégré les interventions pour la prévention et les soins du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles dans les services de santé existants	Non établie	Non établie	Plus de 70 pays se sont dotés de politiques de prévention de la transmission mère-enfant conformes aux recommandations de l'OMS
Nombre de pays cibles utilisant les instruments et les principes directeurs de l'OMS pour le traitement des affections liées au VIH et l'administration des médicaments antirétroviraux	Non établie	Non établie	Au moins 70 pays ont intégré la prévention et le traitement du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles dans les services de santé existants

Mise au point et large diffusion d'instruments de surveillance sexospécifiques et d'une base de données sur les activités de l'OMS contribuant à l'action mondiale contre le VIH/SIDA

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles ayant exécuté au moins une étude de surveillance dans les sous-groupes de population jugés prioritaires	Non établie	Non établie	Analyse de la qualité des systèmes de surveillance dans 132 pays ; 88 sont maintenant dotés de systèmes de surveillance du VIH fournissant des interventions de base permettant de suivre l'évolution de l'épidémie de VIH/SIDA

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de Régions et de pays cibles sur lesquels des informations complètes sont disponibles dans la base de données sur les activités de l'OMS contribuant à l'action mondiale de lutte contre le VIH/SIDA	Non établie	Non établie	Base de données contenant des informations stratégiques sur l'utilisation des ressources créée et rendue opérationnelle aux fins de la planification

Mise en place d'outils de recherche et de mécanismes pour la mise au point et la mise à l'épreuve de nouveaux vaccins et microbicides anti-VIH, et passage des résultats de la recherche à des interventions pratiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'activités liées à la vaccination en cours, par exemple établissement de plans nationaux, essais de vaccin et études nationales destinées à évaluer l'efficacité de la prophylaxie contre des agents bactériens pathogènes	Non établie	Non établie	14 pays ont mis en oeuvre des plans nationaux pour un vaccin anti-SIDA ainsi que des protocoles pour 4 essais de vaccin, dont 1 essai international de phase III de grande envergure Pour les microbicides, les capacités de recherche institutionnelle ont été renforcées dans 5 pays et des essais cliniques coordonnés et supervisés dans 3 pays

Principaux obstacles

Internes : des crédits limités ont été mis à la disposition des bureaux de l'OMS dans les pays et le personnel s'est vu confronté aux besoins à la fois des activités en cours et des nouvelles initiatives créées. Tant au niveau des Régions qu'au niveau des pays, la présence de personnel supplémentaire permettrait d'accroître considérablement les moyens dont disposent les bureaux régionaux pour faire face aux besoins des pays. Les ressources humaines et financières insuffisantes ont empêché le recrutement des points focaux nécessaires au niveau régional pour assurer les éléments essentiels des programmes et créer les équipes chargées de blocs sous-régionaux.

Externes : les ministères de la santé sont fortement sollicités pour jouer un rôle directeur dans l'action du secteur de la santé face au VIH/SIDA tout en mobilisant et en soutenant l'action des autres secteurs. Le manque de temps pour une plus large promotion et mise en oeuvre des interventions au niveau des pays représente également un obstacle. En outre, la diffusion et l'utilisation des normes et les activités normatives exigent des délais raisonnables. Les activités du Département à cet égard ont commencé il y a deux ans, ce qui n'a laissé que peu de temps, surtout si l'on considère qu'il a fallu mettre en oeuvre des plans d'action en cooptant beaucoup d'autres partenaires des secteurs public et privé, avec la gamme de priorités divergentes que cela suppose.

Pertinence et adéquation

Le budget destiné au développement des activités normatives mondiales était pertinent et adéquat. Toutefois, la diffusion active de principes et d'outils normatifs et la promotion des meilleures pratiques exigent une augmentation substantielle des ressources humaines et des moyens techniques dans les bureaux régionaux et surtout dans les bureaux de pays. Le fait d'atteindre la cible pour la mobilisation des ressources de US \$129 000 000 améliorerait considérablement l'aptitude de l'Organisation à fournir un appui utile aux pays. Fin 2003, l'OMS n'avait mobilisé que 60 % de ce montant et l'exécution au niveau des pays en a donc été compromise.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

En raison de la mobilisation accrue de ressources contre le VIH partout dans le monde et de la sensibilisation obtenue à la suite de la session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/SIDA en juin 2001, le niveau du budget programme se montait à plus de deux fois celui de la période biennale précédente. Néanmoins, il n'a pas été possible de mobiliser plus de US \$80 000 000, ce qui s'est répercuté sur le niveau des dépenses.

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	129 812
Domaine d'activité – dépenses	55 854

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
21 455	19 544	1 022	3 071	3 659	3 018	4 085

Enseignements

- Il faudrait, au cours de la préparation du budget programme, fixer des bases et des cibles utiles et réalistes. Pour cela, une planification systématique, cohérente et complète supposant une participation conjointe du Siège et des bureaux régionaux et de pays s'impose.
- Les possibilités d'une collaboration accrue entre les Régions devraient être exploitées.
- Une action de sensibilisation bien ciblée est essentielle à la mise en oeuvre des activités de prévention et de soins pour le VIH/SIDA au niveau des pays.
- Une plus forte participation technique de l'OMS à la préparation des propositions soumises au Fonds mondial permettrait de dégager davantage de ressources au niveau des pays.
- Les bureaux de pays doivent être renforcés afin d'acquérir les compétences essentielles nécessaires pour faire face de manière adéquate à l'épidémie de VIH/SIDA.

DÉVELOPPEMENT DURABLE

Objectif(s) de l'OMS

Doter les gouvernements et la société civile des connaissances et des compétences voulues pour relever les défis, nouveaux et émergents, liés à la santé dans le développement dans des domaines clés, à savoir la lutte contre la pauvreté, la mondialisation, l'action intersectorielle et les droits de l'homme, l'accent étant mis sur les populations autochtones et l'équité entre hommes et femmes.

Résumé des réalisations

- Il est largement admis que l'action de l'OMS a contribué pour beaucoup à mieux faire comprendre la place de la santé dans le développement durable. C'est ainsi que l'importance d'une amélioration de la santé est maintenant plus largement prise en compte par les gouvernements et par la société civile partout dans le monde, non seulement comme une fin en soi mais comme un facteur majeur de développement économique et de réduction de la pauvreté. Les données qui l'attestent ne manquent pas, depuis les déclarations des pouvoirs publics jusqu'aux délibérations de l'Organisation des Nations Unies visant à accroître l'aide au développement en faveur de la santé et la place de la santé dans les négociations commerciales et en matière de sécurité.
- L'OMS a mis au point une base théorique et analytique largement acceptée reliant pauvreté et morbidité et examiné le rôle de la santé dans les stratégies nationales de lutte contre la pauvreté. L'Organisation s'est par ailleurs employée à montrer les liens entre la santé publique et les accords commerciaux et en quoi les droits de l'homme – et en particulier le droit à la santé – pouvaient contribuer à promouvoir les questions liées à la santé et à la pauvreté. L'Organisation, de même que les gouvernements et d'autres organismes de développement, a mis à profit cette somme d'informations pour définir leurs positions en matière de politique générale et de sensibilisation. Le défi consistera à l'avenir à garantir une collaboration plus étroite avec les Etats Membres afin de développer des capacités d'action dans ce domaine.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- La santé a occupé une place prépondérante dans les accords conclus lors de la Conférence internationale sur le financement du développement (Monterrey, Mexique, 2002), la Conférence ministérielle de l'OMC (Doha, 2001) et le Sommet mondial sur le développement durable (Johannesburg, Afrique du Sud, 2002).
- Les conclusions de la Commission OMS Macroéconomie et Santé ont été largement reprises dans les principaux médias, ainsi que dans les milieux universitaires et au niveau de l'élaboration des politiques nationales.
- Au moins trois bureaux régionaux ont commencé à définir des cadres politiques régionaux pour la santé et la lutte contre la pauvreté.
- L'Alliance en faveur d'un environnement sain pour les enfants a été lancée au niveau mondial.
- Des matériels de développement des capacités portant sur les cadres stratégiques pour la réduction de la pauvreté et les accords commerciaux et la santé ont été mis au point et des données d'expérience recueillies.
- Un guide sur le commerce et la santé publique a été publié en collaboration avec l'OMC sous le titre : Les accords de l'OMC et la santé publique : étude conjointe de l'OMS et du Secrétariat de l'OMC.

Réalisation des résultats escomptés

Influence sensible sur les programmes nationaux et internationaux de développement et octroi d'une place plus importante à la santé publique dans le contexte plus général du développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Augmentation du nombre de recommandations de politique générale et de prises de position de l'OMS liées aux grands axes de la politique de développement	Non établie	Non établie	L'engagement de l'OMS a eu pour résultat direct de faire figurer la santé en bonne place lors de grandes conférences internationales, et notamment dans les travaux de la Commission Macroéconomie et Santé de l'OMS, largement citée par les médias nationaux et internationaux suite à son lancement au début de la période biennale puis lors de son suivi dans plusieurs pays

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Augmentation du nombre des déclarations, recommandations de politique générale et rapports émanant des grandes manifestations internationales faisant ressortir les questions liées à la santé dans le développement	Non établie	Non établie	Santé et pauvreté ont bénéficié d'une attention considérable au sein des comités régionaux et dans de nombreux pays. Un cadre régional pour l'action en matière de santé et de pauvreté a été élaboré dans la Région OMS de la Méditerranée orientale. Dans la Région africaine, une stratégie régionale sur la santé et la lutte contre la pauvreté a été élaborée par le Programme pauvreté et morbidité, qui constituera le point de départ d'une action ultérieure. Un soutien technique a également été fourni aux pays pour l'élaboration et l'amélioration de la composante Santé de leurs cadres stratégiques respectifs de lutte contre la pauvreté

Amélioration et élargissement des banques de connaissances mondiales sur la santé dans le développement et sur la santé et les droits de l'homme, et communication de celles-ci aux responsables politiques et décisionnels

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Etablissement d'un programme de recherche et d'une stratégie internationaux	Non établie	Non établie	Un travail considérable a été effectué dans les domaines suivants : impact sur la santé de la mondialisation, contenu sanitaire des cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté, accords commerciaux internationaux et santé, impact du commerce sur la santé, politique et planification intersectorielles, appui en faveur de la santé et des droits de l'homme, et suivi des travaux de la Commission Macroéconomie et Santé, avec des initiatives lancées au niveau régional et des commissions nationales créées au Bangladesh, en Inde, au Myanmar et à Sri Lanka
Augmentation du nombre d'activités scientifiques produisant des résultats pertinents	Non établie	Non établie	Dans tous les domaines, des activités sont allées au-delà de la simple production de connaissances pour envisager leur application dans différents contextes. Les travaux en vue d'une étude sur la santé des enfants autochtones ont commencé – conjointement avec le Programme environnement et promotion de la santé, en voie de finalisation
Création d'un site Web et accès accru à l'information pour les responsables politiques et les décideurs	Non établie	Non établie	Site Web créé pour le Sommet mondial sur le développement durable, sur lequel figurent toutes les activités préparatoires de l'OMS, les documents et les annonces de manifestations relatives à la santé et au développement durable lors du Sommet mondial

Elargissement des partenariats de l'OMS avec les organismes de développement, les institutions financières, les universités et la société civile

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Augmentation du nombre de partenaires participant activement aux initiatives et actions coparrainées et communes	Non établie	Non établie	Une attention accrue a été portée à la santé en tant qu'élément de la lutte contre la pauvreté par les donateurs grâce au partenariat établi avec le Comité d'Aide au Développement de l'OCDE ; des ateliers de formation sur la santé et la lutte contre la pauvreté ont été organisés avec la Banque mondiale et l'Université de Harvard. L'OMS a contribué à la création et à la conception du nouveau partenariat public-privé : le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mise en place de plusieurs réseaux multidisciplinaires nouveaux ou élargis	Non établie	Non établie	L'OMS a créé une nouvelle initiative de la société civile ; elle a acquis une expérience auprès d'un large éventail de réseaux nationaux de villes-santé ; un appui a été fourni à l'Instance permanente de l'ONU sur les questions autochtones ; l'initiative en faveur d'un environnement sain pour les enfants a été lancée lors du Sommet mondial du développement durable. Au moins une relation de travail officielle a été établie avec un institut de formation et de recherche dans le cadre de programmes pour la santé et le développement durable. Un accord a été signé à Kisumu, au Kenya, avec le Tropical Institute of Community Health and Development in Africa pour le développement sanitaire dans la Région

Renforcement des moyens propres à mettre en valeur les ressources humaines et institutionnelles

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Accroissement des activités propres à renforcer les capacités telles que diffusion de matériels destinés à l'orientation, à l'information et à la formation	Non établie	Non établie	Large éventail de matériels produits (comme mentionné ci-dessus) ; l'OMS a également mis à profit ces matériels pour l'organisation de cours et d'ateliers de formation, portant notamment sur la santé comme élément des cadres stratégiques de réduction de la pauvreté, et sur la santé et les accords commerciaux ; des mesures importantes ont été prises en vue de renforcer les capacités régionales, ainsi que dans le domaine de la santé et des droits de l'homme ; une contribution a été apportée au lancement d'un nouveau module sur la pauvreté et la santé dans le cadre d'un atelier sur les bases factuelles et l'information à l'appui des politiques et de la formation ¹

Principaux obstacles

Internes : l'élargissement de l'action de l'OMS dans des domaines comme le commerce, les droits de l'homme et le développement économique exige de faire appel à un plus large éventail de compétences et un travail intensif pour définir des positions cohérentes à l'échelle de l'Organisation.

Externes : malgré les progrès importants observés à la fin de la période considérée, la place de la santé dans le développement n'est toujours pas assurée. Des efforts de sensibilisation suivis et renforcés sont encore nécessaires pour obtenir des engagements durables. L'action concertée et la constitution de partenariats demandent du temps et des effectifs importants.

Pertinence et adéquation

Tant l'objectif de l'OMS que les résultats escomptés étaient mal formulés pour ce domaine d'activité et la réalisation des résultats escomptés n'aurait pas nécessairement conduit à la réalisation de l'objectif de l'OMS.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le montant des dépenses de US \$21 385 000 a dépassé de 16 % le montant inscrit au budget programme de US \$18 419 000. Ce dépassement s'explique principalement par l'inclusion de fonds versés à la Commission Macroéconomie et Santé, qui est activement attachée à infléchir les programmes d'action nationaux et internationaux pour le développement, à faire en sorte que la priorité soit donnée à l'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé et à l'accroissement des affectations internes de ressources en faveur de la santé.

¹ Il n'est pas possible de mesurer ces processus à l'aide d'indicateurs quantitatifs du fait de leur nature qualitative et orientée sur les politiques.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	18 419
Domaine d'activité – dépenses	21 385

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
8 098	6 099	790	1 236	3 559	1 394	209

Enseignements

- L'action menée dans plusieurs Régions de l'OMS et les mesures prises pour donner suite aux travaux de la Commission Macroéconomie et Santé ont appelé l'attention sur la nécessité d'un engagement accru en faveur de l'aide au développement si l'on veut que les pays élaborent des plans d'investissement réalistes en faveur de la santé s'inscrivant dans des cadres de lutte contre la pauvreté.
- Dans la Région OMS de l'Europe, l'approche villes-santé s'est avérée être un moyen efficace d'intégrer la santé dans les stratégies et les activités d'Action 21.
- L'expérience tirée du suivi des travaux de la Commission Macroéconomie et Santé montre que les pays présentent des programmes d'action pour le développement sanitaire plus complexes que ceux qui avaient été définis à l'origine dans le rapport.
- La coordination de l'action globale en faveur de la santé et du développement a été limitée par la fragmentation organisationnelle à l'OMS ; de plus en plus, une collaboration interunités et interdivisions s'impose, en particulier s'agissant des activités en rapport avec la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.
- La création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, par exemple, a fortement sollicité, et de manière imprévue, les ressources de l'OMS à tous les niveaux. L'Organisation doit donc adopter une approche plus souple et plus globale pour lui permettre de s'adapter plus facilement à de telles éventualités.

NUTRITION

Objectif(s) de l'OMS

Donner aux Etats Membres et à la communauté internationale des avis techniques autorisés et collaborer avec eux afin qu'ils soient mieux à même de déceler, de prévenir, de surveiller et de combattre la malnutrition et les problèmes liés à l'alimentation.

Résumé des réalisations

- L'OMS a élaboré avec succès des principes de traitement et des modules d'enseignement conviviaux faisant autorité pour la prise en charge de la malnutrition sévère¹. Les centres qui appliquent ces principes auraient ramené les taux de létalité parmi les sujets hospitalisés d'un niveau de 20 à 50 % avant formation à un niveau de 8 à 15 % après formation.
- Compte tenu des recommandations formulées par l'OMS suite à une consultation technique sur les besoins en nutriments des personnes vivant avec le VIH/SIDA tenue en mai 2003, de nombreux gouvernements, organisations du système des Nations Unies, organisations internationales et organisations non gouvernementales révisent leurs principes directeurs. Cela a favorisé une prise de conscience accrue quant au rôle central de la nutrition dans les modules de soins et de soutien destinés aux personnes séropositives.
- La Consultation mixte FAO/OMS d'experts de l'alimentation, de la nutrition et de la prévention des maladies chroniques a examiné les données scientifiques les plus récentes concernant six maladies chroniques majeures liées à l'alimentation – la surcharge pondérale/l'obésité, le diabète de type 2, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies dentaires et l'ostéoporose – et mis à jour les travaux de 1989 d'un groupe d'étude de l'OMS sur les objectifs concernant les apports en nutriments dans la population. Le rapport de la Consultation d'experts était important, car il comprenait un examen des incidences probables des recommandations nutritionnelles et des principes diététiques pour l'approvisionnement et la production alimentaires. Il recommandait également l'activité physique, estimant que pour obtenir les meilleurs résultats dans la prévention des maladies chroniques, les stratégies et les politiques devaient reconnaître pleinement le rôle essentiel de l'alimentation, de la nutrition et de l'exercice physique. Le rapport, appliquant une approche sur la durée de la vie, reconnaissait que tant la sous-alimentation que la suralimentation jouent un rôle dans l'apparition des maladies chroniques et que les maladies chroniques de l'adulte sont le reflet d'expositions différentes et cumulatives la vie durant à divers facteurs environnementaux préjudiciables.
- Les Etats Membres et la communauté internationale ont bénéficié de directives techniques faisant autorité et d'une collaboration, ce qui leur a permis d'améliorer leur efficacité et de mieux repérer, prévenir, surveiller et combattre la malnutrition et les problèmes liés à l'alimentation.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- La collaboration technique entre le Siège de l'OMS et l'Oman (l'un des six pays participants) a été renforcée dans le cadre de l'étude multicentrique de l'OMS sur la référence de croissance.
- La collaboration technique avec les pays concernant la prise en charge à l'hôpital de la malnutrition sévère a été améliorée. L'objectif était de réduire la mortalité liée à la malnutrition, en particulier dans les pays où l'on enregistre un taux d'émaciation de 10 % ou plus (taille de l'enfant par rapport à son poids, comparée à la population de référence) et une mortalité de 15 % et plus (taux de létalité des sujets hospitalisés) chez les enfants de moins de cinq ans.
- Un appui technique, et dans certains cas financier, a été fourni par le personnel du Département Nutrition, santé et développement du Siège aux pays suivants : Afghanistan, Bhoutan, Bolivie, Inde, Lesotho, Myanmar, Swaziland et Zambie.
- Moins d'un an après l'élaboration conjointe par l'OMS et neuf organisations du système des Nations Unies du cadre d'action prioritaire sur le VIH et l'alimentation du nourrisson, neuf pays d'Afrique subsaharienne l'ont utilisé pour élaborer leurs plans de travail et commencer la mise en oeuvre. La plupart de ces pays ont également utilisé le cadre pour réviser leurs politiques sur le VIH et l'alimentation du nourrisson.
- Une série de cours de formation régionaux destinés à aider à renforcer et à mettre en oeuvre les plans et politiques nationaux en matière d'alimentation et de nutrition ont été organisés dans les Régions OMS de l'Afrique, de l'Europe et du Pacifique occidental au moyen des modules de formation mis au point par l'OMS, qui intègrent des outils et des matériels de

¹ Cours de formation à la prise en charge de la malnutrition sévère (document WHO/NHD/02.4).

qualité élaborés par divers organismes pour faire face aux problèmes émergents en matière d'alimentation et de nutrition, et notamment : la famine dans toute l'Afrique australe et le manque de systèmes de surveillance fiables ; l'épidémie de VIH/SIDA ; la confusion au sujet du rôle et de l'innocuité des aliments génétiquement modifiés ; les crises en matière de sécurité sanitaire des aliments ; la mondialisation de l'alimentation et du commerce, et en particulier la formation d'organes de gouvernance mondiaux tels que l'OMC ; et l'augmentation rapide de l'obésité et autres maladies chroniques liées à l'alimentation.

Réalisation des résultats escomptés

Elaboration et promotion de politiques, stratégies et actions de sensibilisation dans le domaine de la nutrition

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre et proportion de pays cibles (aux niveaux régional et mondial) qui ont élaboré des politiques, des stratégies et des déclarations nationales en matière de nutrition	0	12 pays auront révisé et renforcé leurs plans et politiques nationaux en matière de nutrition	Objectif atteint. 12 pays ont révisé et actualisé leurs plans et politiques nationaux. Au moment de l'établissement du rapport, 146 pays s'étaient dotés de plans et de politiques nationaux intersectoriels en matière de nutrition

Elargissement des bases de données nutritionnelles mondiales – sur la malnutrition protéino-énergétique, les troubles liés à la carence en iode, l'avitaminose A, l'anémie, l'obésité, l'allaitement au sein et les plans nutritionnels nationaux – et développement de l'accès à celle-ci aux fins de la surveillance nutritionnelle nationale et mondiale

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Données quantitatives et qualitatives concernant la couverture et le fonctionnement des bases de données mondiales sur la nutrition aux fins de la surveillance mondiale et nationale	La couverture des 7 bases de données va de 0 à 185 pays et territoires	Les cibles sont comprises entre 92 et 187 pays et territoires	92 des 187 pays et territoires ont été couverts. Chaque base de données contient environ 400 à 796 enquêtes.

Fourniture d'un soutien adéquat aux Etats Membres pour leur permettre de renforcer et d'appliquer des politiques et plans nutritionnels nationaux durables

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre et proportion de pays (aux niveaux régional et mondial) recevant un appui technique et/ou financier qui ont élaboré et renforcé leurs politiques, programmes et plans nationaux de nutrition	0	75 pays (39 %) appelés à recevoir un appui technique et/ou financier	75 pays

Elaboration et diffusion de normes, lignes directrices, manuels de formation, méthodologies et critères permettant d'évaluer, de prévenir et de gérer les principales formes de malnutrition au niveau mondial

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre et nature des normes, principes directeurs, méthodologies et manuels de formation sur la nutrition qui ont été produits	0	47 normes, principes directeurs, méthodologies et manuels de formation en matière de nutrition devront être produits	40 ont été produits ; 7 ont été retardés ou annulés faute de fonds ou de personnel

Fourniture d'un soutien aux pays pour satisfaire les besoins particuliers des groupes vulnérables sur le plan nutritionnel et qui ne bénéficient pas de la sécurité alimentaire, notamment grâce à une collaboration technique avec le Programme alimentaire mondial et les projets de développement bénéficiant d'une aide alimentaire, et adoption de mesures visant à améliorer l'état nutritionnel des groupes vulnérables, dont les nouveau-nés et les jeunes enfants, et des populations touchées par les catastrophes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Fourniture de données quantitatives et qualitatives relatives à l'appui technique, en particulier par l'intermédiaire du Programme alimentaire mondial, pour renforcer l'action en première ligne destinée aux populations touchées ou exposées à l'insécurité alimentaire ou touchées par des catastrophes	0	Nombre d'interventions : par l'intermédiaire du PAM : 14 autres : 8	Nombre d'interventions : par l'intermédiaire du PAM : 15 autres : 6 (Un soutien a été fourni aux pays suivants ; Afghanistan, Afrique du Sud, Cambodge, Cap-Vert, Chine, Ethiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Libéria, Mauritanie, Myanmar, Niger, Sierra Leone et autres)

Principaux obstacles

Internes : pénurie ou arrivée tardive des fonds prévus et modifications imprévues dans les politiques de l'OMS qui se sont parfois traduites par des retards ou des annulations d'activités, notamment en ce qui concerne l'accès aux compétences techniques adéquates.

Externes : le manque de capacité nationale pour mettre en oeuvre les programmes de nutrition a constitué un obstacle dans certaines Régions.

Pertinence et adéquation

Les résultats escomptés étaient généralement pertinents et adéquats et ont été atteints malgré les problèmes de financement.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Les dépenses ont représenté pratiquement 100 % du budget programme. Il y a eu également un report de fonds provenant d'autres sources, ce qui a permis d'assurer la continuité des activités en cours.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	14 475
Domaine d'activité – dépenses	14 044

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
8 380	963	1 234	595	644	1 307	921

Enseignements

- Une action de sensibilisation s'impose afin d'accroître l'engagement des Etats Membres en faveur des politiques nutritionnelles et de garantir ainsi que la nutrition occupe un rang de priorité plus élevé dans les préoccupations politiques. Les comités régionaux et les réunions nationales et internationales représentent autant d'occasions d'accroître la sensibilisation.

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION
--

- Des efforts et des fonds particuliers sont nécessaires pour les activités relatives aux banques de données, notamment pour améliorer les données relatives à la morbidité et à la mortalité liées aux troubles nutritionnels. Ces efforts s'imposent en raison de la demande croissante de données émanant non seulement des organisations internationales et non gouvernementales mais aussi des Etats Membres. De plus, il faut pouvoir disposer de données de qualité pour repérer les problèmes émergents, évaluer les stratégies et mobiliser les autorités de la santé publique et la communauté des donateurs.
- Les sites Web et autres outils informatiques se sont avérés très utiles pour diffuser l'information et devraient être encore développés.
- On ne saurait trop insister sur l'importance de la collaboration et de la communication entre les homologues nationaux, les bureaux de pays, les bureaux régionaux et le Siège, qui devrait devenir une priorité pour tout le personnel dans ce domaine d'activité.
- L'élaboration des plans de travail et l'exécution du suivi et de l'évaluation ont été très utiles pour repérer les points forts et les points faibles dans la mise en oeuvre et l'efficacité des activités.

SANTÉ ET ENVIRONNEMENT

Objectif(s) de l'OMS

Faciliter l'incorporation d'éléments sanitaires utiles dans les politiques régionales et mondiales relatives à la santé et à l'environnement et dans les politiques de développement et les plans d'action nationaux en faveur de l'environnement et de la santé, y compris les cadres juridiques et réglementaires régissant la gestion de l'environnement humain.

Résumé des réalisations

- Au cours de la période biennale, l'Organisation a fourni des principes directeurs normatifs, effectué des évaluations de l'impact sur la santé des risques professionnels et environnementaux et des politiques connexes, des évaluations économiques des interventions dans le domaine de la salubrité de l'environnement et de l'hygiène du travail, et mis à disposition des matériels et des outils favorisant les bonnes pratiques en matière de gestion des risques environnementaux et professionnels.
- Les services de proximité ont été améliorés et un appui a été fourni à plusieurs Etats Membres pour traiter divers aspects de la médecine du travail et de la salubrité de l'environnement.
- Le suivi des progrès, en particulier dans le domaine de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, a été couronné de succès.
- L'Alliance en faveur d'un environnement sain pour les enfants a été lancée avec plusieurs partenaires nationaux et internationaux de tous les secteurs.
- L'approche fondée sur des cadres de vie sains est demeurée un outil essentiel pour mettre en oeuvre des politiques de promotion de la salubrité de l'environnement et de la médecine du travail dans toutes les Régions de l'OMS.
- Les activités relatives à la prévention des urgences environnementales, à la préparation à celles-ci et à l'intervention ont été renforcées.
- L'action de l'Organisation a été soutenue par des réseaux de centres d'excellence.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- L'effort conjoint OMS/OIT concernant la santé et la sécurité au travail en Afrique a été lancé.
- Les directives pour la qualité de l'eau de boisson ont été mises au point sous forme définitive et une aide a été apportée aux pays pour les mettre en oeuvre.¹
- Une importante étude sur l'impact des changements climatiques sur la santé a été effectuée et un ouvrage publié en collaboration avec le PNUE et l'OMM.²

¹ *Guidelines for drinking-water quality*. Vol. 1, 3rd ed. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (sous presse). Version disponible en ligne à l'adresse http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/gdwq3/en/.

² Campbell-Lendrum DH et al. *Climate change and human health: risks and responses*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Réalisation des résultats escomptés

Elaboration de cadres généraux d'orientation et de sensibilisation à partir de données factuelles pour favoriser le recours aux bonnes pratiques dans la gestion des priorités relatives à l'hygiène du milieu et aux nouvelles menaces liées à l'environnement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Utilisation accrue des conseils pratiques de l'OMS par des secteurs autres que la santé chargés de la gestion de l'environnement	Non établie	Non établie	Des lignes directrices ciblées ont été fournies dans les domaines suivants : rayonnement ultraviolet ; uranium appauvri ; riposte en cas d'incidents chimiques et nucléaires ; santé et sécurité au travail (l'accent étant mis sur la promotion de la santé sur le lieu de travail) ; agents de santé et systèmes nationaux (en particulier en Afrique), des plans d'action nationaux ayant été promus dans 43 pays ; élimination de la silicose ; changement climatique et santé (dont une contribution au Millennium Ecosystem Assessment). L'OMS a également participé activement à l'établissement de rapports sur l'eau et l'assainissement pour la Commission du Développement durable de l'ONU, a présidé le Groupe de l'Eau, et a participé à l'initiative sur le paludisme et l'agriculture à l'échelle du système. L'OMS a également contribué à la rédaction de la composante Santé d'un projet de document sur le droit à l'eau

Mise en place et tenue à jour de systèmes d'information permettant l'évaluation des risques et la communication, ainsi que la fourniture d'avis pour la prise de décisions relatives à la salubrité de l'environnement, à partir de données factuelles tirées de la recherche et de la surveillance de la situation et des tendances dans des domaines intéressant le monde entier ou les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mesure dans laquelle l'information fournie couvre les facteurs de risque pour la salubrité de l'environnement existants ou émergents	Non établie	Non établie	Des mesures ciblées fondées sur des données factuelles ont été entreprises ou menées à bien dans les domaines suivants : uranium appauvri, champs électromagnétiques, rayonnements ultraviolets, effets thermiques des champs de radiofréquence, couverture par les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, déchets sanitaires, 25 produits chimiques, un grand nombre de produits chimiques présents dans l'alimentation, des questions relatives à la santé au travail (y compris l'exposition aux pesticides, le stress, le harcèlement psychologique, les troubles musculo-squelettiques, les blessures par piqûre d'aiguille et la silicose), l'utilisation des combustibles de la biomasse à l'intérieur des habitations, et les changements climatiques, ainsi que les mesures visant à promouvoir des environnements sains (écoles-santé, environnement sain pour les enfants)
Eléments attestant de l'utilisation de l'information par les secteurs public et privé dans les Etats Membres	Non établie	Non établie	Nouveau système d'information électronique sur un environnement sain pour les enfants mis en place. Le réseau mondial des centres collaborateurs de l'OMS pour la santé au travail a été mis sur pied, et publie régulièrement un bulletin d'information. Un réseau de centres antipoison et un réseau d'information sur les incidents chimiques ont également été mis en place

Fourniture d'un soutien adéquat aux Etats Membres pour la mise en place et le renforcement des moyens des institutions nationales et locales, afin qu'elles puissent appliquer efficacement des plans d'action nationaux environnement et santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de plans d'action nationaux environnement et santé mis au point	Non établie	Non établie	Un plan pour l'Afrique subsaharienne a été élaboré. En coopération avec les bureaux régionaux OMS pour l'Afrique et la Méditerranée orientale, l'effort conjoint OMS/OIT sur la santé et la sécurité au travail en Afrique a été lancé et des activités ont été mises en place dans les pays des deux Régions OMS. Un effort conjoint a été entrepris en Asie avec les bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Une aide a été apportée pour l'établissement de plans nationaux portant sur la gestion des déchets (9 pays), la sécurité et la santé au travail (5 pays), les changements climatiques et la santé dans les petits Etats insulaires, la salubrité de l'environnement des enfants, la gestion des eaux usées (9 pays) et la sécurité chimique (8 pays)
Proportion des pays cibles de chaque Région surveillant l'application de plans d'action environnement et santé ou faisant rapport sur cette application	Non établie	Non établie	On ne dispose pas d'informations sur les progrès accomplis dans les pays

Renforcement des moyens des institutions responsables, aux niveaux local et national, de la prévention des accidents chimiques et des intoxications, des accidents radiologiques et autres situations d'urgence technologique ou catastrophes écologiques, et riposte à ceux-ci

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Accès des pays à des conseils et à la coopération technique dans des situations d'urgence naturelles ou dues à l'homme	Non établie	Non établie	Mécanisme d'intervention face aux menaces biologiques, chimiques et radiologiques mis en place. Création de 8 nouveaux centres antipoisons, renforcement de 6 et création de 17 en cours. Lignes directrices fournies et réseaux d'action créés ou renforcés dans les domaines de la sécurité chimique, de l'eau et de l'assainissement, et des rayonnements

Mise à disposition de données factuelles sur l'émergence d'effets sur la santé imputables à différents secteurs socio-économiques (énergie, agriculture, transport) ainsi que de changements à long terme sur le plan du climat, de la biodiversité, des ressources hydriques et de l'habitat des vecteurs de maladies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mesure dans laquelle les questions liées à la santé et à l'environnement sont prises en compte	Non établie	Non établie	Activité élargie dans les domaines suivants : rayonnements (gaz radon, champs électromagnétiques), biodiversité (élaboration d'un programme de recherche pour l'Afrique), maladies d'origine hydrique (schistosomiase), maladies transmises par des vecteurs liées à l'eau et à l'assainissement, changements climatiques et autres problèmes liés aux changements mondiaux. Parmi les nouvelles questions couvertes figurent les rayonnements ultraviolets, le développement des ressources hydriques, les énergies domestiques et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations ainsi que les contributions sanitaires au Millennium Ecosystem Assessment

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'études d'impact des facteurs environnementaux sur la santé réalisées	Non établie	Non établie	9 études d'impact des facteurs environnementaux sur la santé achevées et principes directeurs pour l'évaluation nationale de l'impact des facteurs environnementaux sur la santé élaborés ¹

Conclusion d'alliances internationales et constitution de réseaux d'institutions scientifiques et de formation pour évaluer les risques en matière de salubrité de l'environnement et formuler des avis sur les politiques environnementales comportant un aspect sanitaire, ainsi que les problèmes de salubrité de l'environnement touchant spécifiquement les enfants

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'organismes et d'associations intergouvernementaux coopérant sur des questions de santé et d'environnement	Non établie	Non établie	12 organismes, alliances et associations ont coopéré avec l'OMS sur différents aspects des rayonnements, de l'hygiène du travail, de la sécurité chimique, du traitement et de la conservation hygiénique de l'eau domestique, de l'environnement sain pour les enfants et de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations
Bases factuelles concernant les aspects santé et développement effectivement incorporées dans les politiques et les programmes de gestion de l'environnement	Non établie	Non établie	Cet indicateur a été supprimé au cours de l'examen à mi-parcours de la période biennale étant donné que les résultats étaient déjà compris dans le premier indicateur

Evaluation générale de l'impact sanitaire des risques professionnels et environnementaux, concrétisée par des directives reposant sur des données factuelles en tant que point de départ scientifique de l'instauration de normes, de classifications, de termes et de réglementations harmonisés en matière de salubrité de l'environnement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des risques liés à l'environnement étudiés et qui ont une dimension sanitaire importante	16 catégories de risques environnementaux pour la santé	9 nouveaux principes directeurs sur des questions de salubrité de l'environnement mis au point et/ou publiés	Avant l'élaboration de principes directeurs, réalisation d'évaluations de la charge de morbidité due à l'environnement portant sur 6 facteurs de risque environnementaux et 5 facteurs de risque professionnels, ainsi que sur les rayonnements ionisants et ultraviolets. Réalisation d'évaluations des risques pour la santé du gaz radon, de l'uranium appauvri, des champs électromagnétiques et des champs de radiofréquence
Nombre d'instruments juridiques et réglementaires nationaux et internationaux qui utilisent les critères d'hygiène de l'environnement et les principes directeurs de l'OMS	Dans 6 domaines, les principes directeurs de l'OMS sont utilisés comme point de départ scientifique pour l'élaboration d'une législation ou d'une réglementation	3 applications supplémentaires des principes directeurs de l'OMS	Les principes directeurs portant sur la qualité de l'eau de boisson, la qualité de l'air, les eaux de baignade, les rayonnements ultraviolets, les champs électromagnétiques, la protection des agents de santé, les additifs et contaminants alimentaires, les résidus de pesticides et de médicaments vétérinaires ont continué de constituer le point de départ de l'établissement de normes nationales et internationales. Parmi les faits nouveaux figurent l'adoption d'un indice du rayonnement UV total pour plusieurs pays, l'utilisation de l'uranium appauvri comme base pour l'évaluation des risques pour la santé dans plusieurs enquêtes consécutives à un conflit, et la promotion de normes harmonisées pour les champs électromagnétiques.

¹ Disponible en ligne à l'adresse <http://www.who.int/hia/about/guides/en>.

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
			Parmi les lignes directrices en cours d'élaboration pour servir de base aux textes législatifs, figurent celles sur la prévention des blessures par piqûre d'aiguille pour les agents de santé et celles relatives à la gestion des déchets sanitaires

Conception d'outils et d'instruments indispensables aux bonnes pratiques de gestion de l'environnement à partir d'approches novatrices visant à réduire les risques sanitaires dus à l'exposition à des agents environnementaux dangereux, à des changements environnementaux nocifs, aux risques professionnels et aux progrès technologiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Accès des responsables nationaux de l'environnement aux documents et aux publications fournissant des conseils sur la réduction des risques pour la santé, sur support électronique ou sur support papier	Non établie	Non établie	Un portail Web convivial sur le thème santé et environnement a été mis au point, de même que de nouveaux sites Web pour la plupart des domaines d'activité
Utilisation accrue des conseils de l'OMS concernant la protection de la santé dans la gestion de l'environnement aux niveaux régional, national et local	Non établie	Non établie	Personnel spécialisé dans la santé et l'environnement fourni à plusieurs pays (7 dans la Région OMS de la Méditerranée orientale). Appui fourni à des pays (par exemple le Cambodge) pour établir des normes de qualité de l'eau, à 14 pays pour renforcer la surveillance de l'eau de boisson, et à 2 pays pour mettre en place des programmes de surveillance de la qualité de l'air

Principaux obstacles

Internes : le manque de ressources a freiné les travaux dans certains domaines et les procédures administratives doivent être encore rationalisées, en particulier en ce qui concerne le budget et les finances, la mobilisation de ressources et les relations avec les donateurs. Les ressources aux niveaux régional et des pays ont été généralement insuffisantes et les procédures de gestion budgétaire trop complexes dans certains bureaux régionaux.

Externes : l'utilisation effective des résultats par d'autres secteurs n'est pas du ressort de ce domaine d'activité, alors que les données concernant les risques émergents sont par nature peu nombreuses ; le fait de devoir compter sur des contributions bénévoles de spécialistes scientifiques a entraîné des retards dans la finalisation des évaluations scientifiques ; la constitution d'alliances et la collaboration avec des partenaires extérieurs exigent des procédures opérationnelles mieux définies ; la situation en matière de sécurité dans certaines Régions et l'urgence de traiter les problèmes aigus ont détourné l'intérêt des déterminants environnementaux dans certains pays. D'une manière générale, la prévention n'est pas toujours traitée comme une question prioritaire.

Internes et externes : malgré une action intersectorielle améliorée (par exemple en matière d'assainissement de base), la santé et l'environnement doivent être mieux intégrés dans l'action de santé publique ; l'importance des déterminants environnementaux de la santé n'est pas pleinement prise en compte dans le secteur de la santé.

Pertinence et adéquation

Les résultats escomptés sont restés pertinents. Si l'action normative s'est avérée totalement adéquate, la promotion de son utilisation aux niveaux régional et des pays n'a pas été optimale. Une meilleure intégration s'impose afin d'adapter l'action normative et scientifique aux besoins réels des Etats Membres et d'améliorer l'accessibilité et l'application de l'information disponible.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

La différence entre les dépenses totales et le budget programme est due aux activités de collecte de fonds supplémentaires et à l'affectation de fonds à l'Alliance en faveur d'un environnement sain pour les enfants à sa création.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	50 076
Domaine d'activité – dépenses	56 560

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
30 272	2 499	1 802	2 056	12 943	4 436	2 552

Enseignements

- Une orientation plus claire sur les principales mesures et sur l'amélioration de la coordination avec d'autres acteurs clés s'impose pour définir le rôle particulier de l'OMS dans ce domaine.
- Les résultats escomptés ont été trop fragmentés et se chevauchaient parfois et les indicateurs n'étaient pas facilement quantifiables. Une meilleure approche a été suivie pour 2004-2005 et les indicateurs ont été révisés. De nouvelles améliorations sont prévues pour 2006-2007.
- L'action devrait être mieux coordonnée avec les bureaux régionaux et de pays. Lors de la planification de la période biennale 2004-2005, un processus de consultations plus étroit et davantage fondé sur la participation a été suivi et des consultations régulières sur des approches communes de l'application des plans de travail opérationnels ont été entamées.
- La planification du programme aurait à gagner d'un cycle mieux coordonné, ce qui permettrait aux bureaux régionaux et de pays de définir d'abord les priorités, le Siège pouvant ensuite définir sa contribution sur cette base.
- La réaction des bureaux de pays constituera une source d'informations majeure pour l'élaboration du budget programme 2006-2007.
- Des partenariats actifs seront encore recherchés à tous les niveaux. Des approches stratégiques applicables à la mobilisation des ressources et aux partenariats seront mises au point et la répartition des ressources s'effectuera selon une approche plus stratégique. Une meilleure promotion de l'application des principes normatifs de l'OMS s'impose également. Cela nécessitera une participation active des bureaux régionaux et de pays.
- Des activités plus nombreuses dans les pays dans le domaine de la santé et de l'environnement seront entreprises dès le début de la prochaine période biennale et il sera fait davantage recours aux centres collaborateurs de l'OMS et autres centres d'excellence.
- La coordination avec des partenaires pourrait être améliorée à tous les niveaux, en particulier la coordination intersectorielle.

SALUBRITÉ DES ALIMENTS

Objectif(s) de l'OMS

Créer un environnement qui permette au secteur de la santé, en coopération avec d'autres secteurs et partenaires, d'évaluer et de prendre en charge les maladies d'origine alimentaire et d'informer le public au sujet de celles-ci, le tout de manière efficace et rapide.

Résumé des réalisations

- Les Régions de l'OMS sont désormais guidées dans leur action, outre par le projet de stratégie mondiale de l'OMS pour la salubrité des aliments, approuvé par le Conseil exécutif à sa cent neuvième session,¹ soit par des stratégies régionales (Régions des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental), soit par les résolutions sur la salubrité des aliments adoptées par les comités régionaux (Régions africaine et européenne).
- Plusieurs principes directeurs ont été élaborés en collaboration avec des partenaires clés tels que la FAO et le Codex afin d'aider des pays à évaluer les risques et à manipuler les nouveaux produits issus de la biotechnologie.²
- Un certain nombre de mécanismes de surveillance mondiaux, y compris le Système mondial de surveillance continue de l'environnement/Programme conjoint de surveillance et d'évaluation de la contamination alimentaire (GEMS/Food), le Programme mondial OMS de surveillance des salmonelles et le réseau FAO/OMS concernant l'acrylamide dans les aliments, ont été mis en place ou renforcés au cours de la période biennale. Des ateliers, des activités de formation et des études ont été organisés dans les pays et au niveau régional pour améliorer la contribution à ces dispositifs et leur mise en oeuvre.
- Les premières évaluations internationales des risques microbiologiques concernant les salmonelles ont été effectuées au moyen de données provenant de 32 pays.
- Le Forum mondial FAO/OMS des responsables de la réglementation de la sécurité alimentaire a été organisé à Marrakech, au Maroc, en 2002, dans le but de faciliter l'échange d'informations et de données d'expérience.
- Des stratégies de pays comportant des changements structurels destinés à tenir compte des nouvelles formes de réflexion fondées sur le risque ont été élaborées pour améliorer la sécurité sanitaire des aliments.
- Les initiatives nouvelles visant à promouvoir des interventions fondées sur les risques dans les pays se sont inspirées des nouvelles lignes directrices mondiales pour l'évaluation des risques pour les questions relatives aux risques microbiologiques et à la biotechnologie dans l'alimentation.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Dans le cadre de la stratégie mondiale de l'OMS pour la salubrité des aliments, l'OMS a préconisé un examen approfondi et une amélioration du fonctionnement du système de normes alimentaires du Codex Alimentarius en collaboration avec la FAO, un groupe d'évaluation extérieure et un groupe d'experts indépendants. Le processus d'examen complet, comprenant une consultation approfondie entre les Etats Membres, a été mené à bien dans un délai relativement court (huit mois). L'examen a conclu que la santé et la participation des pays en développement étaient les grandes priorités du Codex. Les activités de l'OMS en rapport avec le Codex ont été approuvées par la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.³
- Le fonds fiduciaire pour une participation accrue au Codex, mis en place en consultation avec des Etats Membres ainsi qu'à travers les délibérations de la Commission du Codex Alimentarius et de l'Assemblée de la Santé, a été lancé en 2003.
- Les directives FAO/OMS pour le renforcement des systèmes nationaux de contrôle alimentaire ont été élaborées et publiées conjointement en 2002-2003,⁴ en tenant compte des derniers développements intervenus en matière de sécurité sanitaire des aliments et en entérinant une approche « de la ferme à la fourchette » fondée sur le risque pour traiter les dangers en matière alimentaire.

¹ Voir document EB109/2002/REC/2, procès-verbal de la quatrième séance.

² Version électronique disponible à l'adresse suivante : <http://www.who.int/foodsafety/en>.

³ Voir résolution WHA56.23.

⁴ Version électronique disponible à l'adresse http://www.who.int/foodsafety/publications/capacity/en/English_Guidelines_Food_Control.pdf.

Réalisation des résultats escomptés

Instauration d'un consensus international sur les règles relatives à l'évaluation des risques et à la manipulation des denrées alimentaires, y compris celles qui sont issues de la biotechnologie

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles adoptant des règles pour l'évaluation des risques et de la salubrité des aliments conformes à celles de l'OMS	0 pour les évaluations des risques microbiologiques	10 pays	Non déterminée
Proportion des nouveaux textes du Codex Alimentarius compatibles avec les politiques et procédures établies de l'OMS pour l'évaluation des risques et de la salubrité des aliments	Non établie	Non établie	Le Codex a mis au point 36 normes, dont 18 reposent sur des méthodes d'évaluation des risques OMS/FAO. A la fin de la période considérée, le Codex n'avait toujours pas élaboré de nouveaux documents prenant en compte les résultats des évaluations des risques microbiologiques effectuées par la FAO et l'OMS

Conclusion d'un accord international sur les risques alimentaires et la surveillance des maladies afin de permettre aux Etats Membres de fournir les informations voulues concernant l'évaluation des risques au niveau national et la fixation de normes internationales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de dispositifs de surveillance établis et acceptés au niveau international pour les risques alimentaires et des maladies spécifiques	La base de données GEMS/Food existe depuis plusieurs années. Le réseau mondial de surveillance des salmonelles existe depuis 2000. Aucun autre mécanisme international de surveillance n'existait au début de la période biennale. En tant que nouvelle discipline scientifique, la base serait donc 0	Nombre de pays participant à la surveillance mondiale	Données disponibles pour 42 pays dans la base de données GEMS/Food
Nombre de pays qui recueillent systématiquement des informations complémentaires nécessaires pour évaluer les risques microbiologiques dans les cas de maladies d'origine alimentaire		Augmentation significative (>20) du nombre de pays fournissant des données pouvant être utilisées pour l'évaluation des risques microbiologiques	Le réseau mondial de surveillance des salmonelles compte désormais plus de 800 membres dans 140 pays et accueille des cours de formation dans toutes les Régions de l'OMS Le réseau FAO/OMS concernant l'acrylamide dans les aliments facilite la mise en commun des données Une évaluation internationale des risques terminée et publiée concernant les salmonelles, ¹ utilisant des données provenant de 32 pays

¹ *Risk assessments for salmonella in eggs and broiler chickens*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002 (série Evaluation des risques microbiologiques, N° 2).

Amélioration d'un réseau permettant de communiquer les informations sur la salubrité des aliments et de partager les méthodes et les données relatives à l'évaluation des risques, y compris les informations en cas d'urgence

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'évaluations nouvelles des risques entreprises conformément à la méthodologie d'évaluation des risques fournie par l'OMS	Non établie	Atteindre les cibles informelles dans au moins 120 Etats Membres	Non déterminée. Toutefois, la liste d'adresses de destinataires du Bulletin de l'OMS, intitulé <i>Sécurité sanitaire des aliments</i> , qui fournit des informations sur l'évaluation des risques, contient désormais 1800 contacts informels dans 162 pays. Des cours de formation à l'évaluation des risques microbiologiques visant à développer les capacités en matière de collecte des données et de modélisation des risques ont été mis au point et organisés. Les 2 premiers cours organisés à Beijing et au Caire l'ont été à l'intention de 21 pays en développement
Nombre de pays ayant des établissements qui participent au programme de surveillance et d'évaluation de la contamination alimentaire du Système mondial de surveillance continue de l'environnement (GEMS/Food)	35 pays	Accroissement de la participation des pays au GEMS/Food	Le nombre de pays fournissant des données au GEMS/Food est passé de 35 à 42

Elargissement de la participation des comités de la Commission du Codex Alimentarius s'intéressant aux questions sanitaires, et incorporation, dans les législations nationales, des normes du Codex Alimentarius

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'Etats Membres qui ont incorporé des normes choisies du Codex Alimentarius à la législation nationale	Non établie	Non établie	Non déterminée. Toutefois, une étude sur la participation des Etats Membres aux travaux du Codex a montré que 127 pays avaient participé à un total de 40 réunions pendant la période 2000-2002 – dont 93 pays en développement et 34 pays développés

Constitution d'un réseau d'institutions de recherche chargé de fournir des données et des méthodes relatives à l'évaluation des risques microbiologiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'établissements cibles participant à un réseau OMS de fourniture de données et de méthodes pertinentes pour l'évaluation des risques microbiologiques	Un tel réseau n'existait pas au début de la période biennale	Mise en route d'activités avec les centres collaborateurs	Désignation à nouveau de 4 centres collaborateurs OMS engagés dans des travaux liés à l'évaluation des risques microbiologiques, témoignant d'une nouvelle orientation sur l'appui aux activités de l'OMS dans ce domaine. 8 établissements compétents de 7 Etats Membres ont été retenus comme centres collaborateurs éventuels dans ce domaine

Communication aux Etats Membres et au système du Codex Alimentarius d'évaluations des risques examinées par des experts internationaux en ce qui concerne les principaux agents pathogènes microbiologiques présents dans les aliments afin de définir les choix en matière de gestion propres à réduire les maladies d'origine alimentaire

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'évaluations des risques microbiologiques menées à bien et fournies à la Commission du Codex Alimentarius et aux Etats Membres	La valeur de base est 0 puisque ce n'était que le début de cette activité	Il est prévu d'entamer 1 à 3 évaluations complètes des risques microbiologiques par période biennale	Principes directeurs généraux sur l'évaluation des risques microbiologiques élaborés, fournissant des indications descriptives sur la façon de conduire une évaluation des risques dans divers contextes en utilisant divers outils et techniques. Des principes directeurs sur la caractérisation des risques pour les agents pathogènes présents dans des aliments et dans l'eau ont été publiés ¹ Une évaluation des risques microbiologiques a été entamée dans certains pays, et des experts de plus de 20 pays ont participé à ce travail au niveau international

Elaboration des recommandations sur l'évaluation et l'utilisation des techniques propres à prévenir les maladies d'origine alimentaire

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de recommandations de l'OMS et de recommandations communes OMS/FAO disponibles sur l'évaluation et l'utilisation des technologies pour prévenir les maladies d'origine alimentaire	Non établie	Non établie	3 recommandations principales mises à disposition Consultation sur l'évaluation de la sécurité des aliments dérivés d'animaux génétiquement modifiés, y compris le poisson. Principes du Codex pour l'analyse des risques des aliments dérivés de la biotechnologie et principes directeurs du Codex pour la conduite d'évaluations de la sécurité des aliments dérivés de plantes et de micro-organismes obtenus par génie génétique adoptés par la Commission conjointe FAO/OMS du Codex Alimentarius en juillet 2003
Nombre d'additifs alimentaires, de pesticides et de résidus de médicaments vétérinaires et de contaminants évalués par des organismes consultatifs d'experts de l'OMS	De 20 à 60 évaluations effectuées pour chaque période biennale	Maintenir le niveau des évaluations dans la fourchette indiquée comme base	Le nombre d'évaluations pour la période biennale se décompose comme suit : additifs alimentaires : 27 ; pesticides : 26 ; résidus de médicaments vétérinaires : 7 ; et contaminants : 5

¹ *Hazard characterization for pathogens in food and water: guidelines*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (série Evaluation des risques microbiologiques, N° 3).

Principaux obstacles

Internes : les ressources aux niveaux régional et des pays ont été d'une manière générale insuffisantes ; ce n'est que récemment que toutes les Régions ont affecté du personnel spécialisé à la salubrité des aliments. En outre, le Département Salubrité des aliments n'ayant été créé au Siège qu'en novembre 2002, les procédures budgétaires et administratives sont nouvelles et pourraient être améliorées.

Externes : les données sur les maladies d'origine alimentaire ainsi que les informations sur les risques émergents sont peu nombreuses, tant dans les pays développés que dans les pays en développement. Le fait de devoir compter sur les contributions volontaires d'experts scientifiques a entraîné des retards dans la réalisation des évaluations scientifiques. La collaboration avec la FAO s'est considérablement améliorée, mais il reste encore à améliorer la collaboration transversale entre la santé et l'agriculture au niveau national dans la plupart des pays.

Pertinence et adéquation

Les résultats escomptés pour 2002-2003 ont été mis au point en collaboration avec les Régions OMS. Les activités normatives ont été sensiblement renforcées, notamment dans les domaines de la microbiologie et de la biotechnologie.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le montant total du budget adopté par l'Assemblée de la Santé pour la période biennale était de US \$10 399 000, dont US \$7 940 000 ont été enregistrés comme dépenses. Le gros des fonds non utilisés concerne des dons au fonds fiduciaire du Codex, qui ne deviendra opérationnel qu'en 2004.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	10 399
Domaine d'activité – dépenses	7 940

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale
5 837	241	460	151	332	135	784

Enseignements

- La coordination de l'action des quatre principaux intervenants au Siège de l'OMS s'impose, de même que le renforcement continu de la planification conjointe avec les Régions OMS.
- Les résultats escomptés n'étaient pas optimaux et, dans certains cas, les indicateurs n'étaient pas facilement quantifiables ou n'étaient pas directement pertinents. Le processus de planification des programmes pourrait être amélioré si le cycle de planification était mieux compris et coordonné entre les bureaux de pays, les Régions et le Siège. Au cours de la période biennale, ces cycles n'ont pas été coordonnés et, dans la plupart des cas, il n'y a pas eu de communication entre les différents niveaux.
- Même si une approche stratégique de la mobilisation des ressources a été élaborée, elle demande à être encore renforcée. Des activités plus larges de collecte de fonds devront être poursuivies en 2004 et 2005.
- Un effort d'ouverture particulier en faveur des bureaux de pays est nécessaire. Il faudra s'efforcer au cours de la période biennale de développer les activités dans les pays dans le domaine de la communication, de la formation et de la production de données.
- Il conviendrait d'accroître sensiblement les efforts visant à promouvoir l'utilisation des activités normatives au niveau régional et des pays.
- De meilleurs systèmes d'interaction avec les autorités chargées de la salubrité des aliments et les diverses parties prenantes dans les pays sont nécessaires. Il faudrait également pouvoir disposer de meilleures données et d'un accès amélioré aux experts de pays en développement.

PRÉPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE ET ORGANISATION DES SECOURS

Objectif(s) de l'OMS

Veiller à ce que les Etats Membres soient mieux équipés pour prévenir les catastrophes, s'y préparer et en atténuer les conséquences sanitaires, et créer une synergie entre les mesures d'urgence et le développement sanitaire durable grâce à des mécanismes de coordination et des mesures d'urgence appropriés.

Résumé des réalisations

- Plusieurs initiatives prises au niveau régional, et notamment la résolution adoptée en 2002 par le Comité régional de l'OMS de la Méditerranée orientale,¹ ont confirmé l'importance du rôle de l'OMS dans la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours. Des documents d'information sur ce sujet étaient également inscrits à l'ordre du jour des réunions des Comités régionaux de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est tenues au cours de la période biennale. Dans la Région du Pacifique occidental, une collaboration accrue avec des partenaires extérieurs a conduit à mieux faire reconnaître le rôle de l'Organisation dans ce domaine et débouché sur une demande accrue d'interventions de l'OMS.
- A travers le Département Action sanitaire en situation de crise et d'autres Départements compétents, l'OMS a accru sa participation et sa contribution technique à des instances interinstitutions telles que le Comité exécutif pour les Affaires humanitaires et le Comité permanent interorganisations, afin de renforcer la coordination de l'aide humanitaire. Pendant la période considérée, l'OMS a été représentée au sein d'une bonne trentaine de mécanismes et d'initiatives interinstitutions s'occupant de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours.
- L'OMS a développé ses activités dans ce domaine aux niveaux régional, sous-régional et des pays. Le nombre de points focaux chargés des situations d'urgence et de l'action humanitaire a augmenté de 28 %. La présence de l'OMS a encore été renforcée par l'ouverture de bureaux sous-régionaux pour l'Afrique de l'Ouest, l'Afrique australe, la région des Grands lacs, la Corne de l'Afrique.
- Le nombre d'opérations d'organisation de secours d'urgence soutenues par l'OMS a sensiblement augmenté au cours de la période biennale, passant de 46 en 2002 à 122 en 2003.
- L'Organisation a consacré des ressources accrues à aider les pays à adopter des politiques et des systèmes destinés à mieux les préparer à faire face aux situations d'urgence.
- La collaboration interne avec les départements techniques au niveau des Régions et du Siège a été développée dans plusieurs domaines, y compris la formation, la rédaction de principes directeurs techniques et l'élaboration de politiques.
- L'OMS a élargi ses activités de formation et sa collaboration avec les partenaires pour l'élaboration, la révision et la mise à disposition de matériels destinés aux programmes de formation internationaux, notamment le cours sur l'aide aux populations dans les situations d'urgence, l'équipe des Nations Unies pour l'évaluation et la coordination en cas de catastrophes et la formation à la coordination des secours d'urgence sur le terrain.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Trois bureaux humanitaires de l'OMS dans les Balkans ont été regroupés avec succès en un seul bureau OMS, alliant activités de développement et activités humanitaires. Sur un total de 28 documents énonçant les besoins sanitaires au titre de la stratégie de pays et accords de collaboration biennaux, 12 incluaient la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours comme priorité stratégique. Une analyse des stratégies de coopération avec les pays établie par l'OMS a montré que sur un total de 46 documents analysés, 18 mentionnaient expressément la santé dans les situations d'urgence et l'action humanitaire parmi leurs préoccupations.
- Sept pays de la Région de la Méditerranée orientale ont reçu un soutien pour des activités de développement des capacités en matière de préparation aux situations d'urgence et d'atténuation de leurs effets. Les moyens d'intervention de l'Organisation dans les situations d'urgence ont été renforcés, comme en témoignent les interventions de l'OMS dans les grandes crises humanitaires en Afghanistan, en République islamique d'Iran, en Iraq, en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza.
- Les départements techniques et les représentants de l'OMS dans la Région OMS des Amériques ont continué à intégrer la gestion des catastrophes dans leur plan de travail, et les bureaux de pays du Brésil, de la Colombie, de Cuba, du Guatemala et du Nicaragua ont attribué des fonds de pays à la gestion des catastrophes dans tous les domaines techniques.

¹ Comité régional de la Méditerranée orientale, résolution EM/RC49/R.7.

- Un groupe spécial de gestion des situations d'urgence a été créé au Bureau régional du Pacifique occidental en 2002.
- Parmi les exemples de réalisations interrégionales figurent : la mise sur pied par les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental d'un programme de formation sur le thème santé publique et gestion des situations d'urgence pour l'Asie et le Pacifique, mis en oeuvre en collaboration avec d'autres partenaires extérieurs ; et une collaboration entre le Bureau régional des Amériques et le Bureau régional du Pacifique occidental en matière de formation au système de gestion des secours.

Réalisation des résultats escomptés

Promotion dans les instances appropriées et auprès des publics pertinents de positions en matière de politique générale et de sensibilisation visant à faire de la santé à la fois l'objet de l'action humanitaire et un élément de mesure de celle-ci

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Adoption par les pays de nouvelles politiques conformes à la position de l'OMS	La production de documents énonçant les stratégies de coopération avec les pays a commencé sous forme de projet pilote en 2000 et n'a été institutionnalisée qu'en 2001 ¹	Augmenter le nombre de documents énonçant des stratégies de coopération avec les pays, et notamment des composantes Secours d'urgence et Action humanitaire.	Sur 46 documents de stratégie de coopération avec les pays analysés, 18 mentionnaient la santé dans les situations d'urgence et l'action humanitaire parmi leurs préoccupations. Dans la Région européenne de l'OMS, sur 28 documents énonçant les besoins sanitaires au titre de la stratégie de pays et accords de collaboration biennaux, 12 comprenaient la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours comme priorité stratégique de collaboration. Dans la Région de la Méditerranée orientale, 7 pays ont établi des stratégies de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours
Production d'un certain nombre de documents de politique générale par les comités et conférences internationaux sur la santé et l'action humanitaire auxquels l'OMS a participé. ²	2 documents de politique générale présentés au Conseil économique et social (ECOSOC) ; contribution régulière à des documents de politique générale pour le Comité exécutif pour les Affaires humanitaires (CEAH) et le Comité permanent interorganisations (IASC) ; contribution régulière au rapport annuel du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.	Accroître la participation de l'OMS à l'établissement de documents de politique générale sur la santé et l'action humanitaire	4 documents de politique générale présentés au débat sur les affaires humanitaires de l'ECOSOC ; contribution à l'examen IASC, au lancement de la procédure d'appel global interorganisations et à l'étude sur les personnes déplacées à l'intérieur d'un même pays ; contribution régulière aux documents de politique générale du CEAH et de l'IASC ; contribution régulière au rapport annuel du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies.

¹ La stratégie de coopération avec les pays est considérée comme un indicateur, car elle est examinée au niveau ministériel. Jusqu'ici, la plupart des documents énonçant une stratégie de coopération avec les pays concernent les Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental.

² Seuls les documents de politique générale au niveau mondial sont pris en considération ; de nombreux autres documents sont produits et présentés lors de ces instances régionales.

Elaboration et promotion d'outils d'information sur la santé publique et de systèmes de gestion de bonne qualité accompagnant des directives à la fois techniques et opérationnelles, sur lesquels l'OMS pourra s'appuyer pour améliorer la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours et réduire la vulnérabilité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de profils de pays cibles comprenant des informations aux fins de la préparation aux situations d'urgence et de la réduction de la vulnérabilité	Informations sur 67 pays disponibles sur le site Web de l'OMS sous la rubrique Action sanitaire en situation de crise ; 1124 documents pertinents ont été affichés sur le site (dont 1118 de sources OMS)	Nombre de documents pertinents affichés sur le site Web de l'OMS au titre de l'action sanitaire en situation de crise	Information sur 70 pays disponibles sur le site Web de l'OMS au titre de l'action sanitaire en situation de crise ; 2957 documents affichés (dont 1957 de sources OMS)
Allocation des budgets de pays de l'OMS en fonction de la vulnérabilité	La production des documents énonçant les stratégies de coopération avec les pays a commencé comme projet pilote en 2000 et n'a été institutionnalisée qu'en 2001	Accroître le nombre de documents énonçant une stratégie de coopération avec les pays, y compris les allocations budgétaires en faveur de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours	Sur un total de 46 documents énonçant une stratégie de coopération avec les pays analysés, 10 comprenaient une allocation budgétaire pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours. ¹ Dans la Région européenne, sur 28 documents énonçant les besoins sanitaires au titre de la stratégie de pays et accords de collaboration biennaux, 12 comprendront un financement pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours. Dans la Région des Amériques, 5 bureaux de pays ont attribué des fonds de pays aux activités en cas de catastrophes

Fourniture d'un soutien politique et technique adéquat aux points focaux institutionnalisés dans les Etats Membres et auprès des partenaires afin qu'ils puissent se préparer aux situations d'urgence et réagir en tant que de besoin

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pertinence de la présence des points focaux dans les bureaux de l'OMS et des résultats obtenus	52 points focaux OMS formés à la gestion des situations d'urgence et à l'action humanitaire ; 54 opérations de secours d'urgence soutenues par le Siège	Doubler le nombre de personnel formé	73 points focaux OMS formés à la gestion des situations d'urgence et à l'action humanitaire. 122 opérations de secours d'urgence soutenues par le Siège
Existence de mémorandums d'accord relatifs à l'exécution de projets communs avec les partenaires au niveau des pays	5 mémorandums d'accord avant la période biennale et plusieurs accords de mise en oeuvre conjointe aux niveaux régional et des pays	Accroître le nombre de mémorandums d'accord et d'accords avec des institutions des Nations Unies et des partenaires	3 nouveaux mémorandums d'accord et un certain nombre d'accords d'exécution conjointe de projets spécifiques signés aux niveaux régional et des pays

¹ Tous les documents énonçant une stratégie de coopération avec les pays ne contiennent pas de ventilation budgétaire détaillée.

Renforcement des partenariats internationaux et mobilisation des ressources afin de faire face aux priorités sanitaires des populations exposées aux catastrophes naturelles et situations d'urgence complexes ou affectées par celles-ci

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de procédures d'appel global comprenant une composante OMS	100 % des procédures d'appel global comprenaient une composante OMS en 2001	100 % des procédures d'appel global comprenant une composante OMS	100 % des procédures d'appel global comprenaient une composante OMS en 2003
Niveau de la mobilisation de ressources extérieures à l'appui des priorités définies par l'OMS	Niveau de financement atteint en 2001, 14,8 % du total de l'appel	Faire passer le niveau de financement de 25 % à 30 % du total de l'appel	Niveau de financement atteint en 2003 : 29,1 % du total de l'appel

Renforcement de la capacité de l'OMS de contribuer efficacement à la prévention des catastrophes en améliorant les systèmes de gestion à l'intention du personnel et des programmes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Répartition des experts en catastrophes agréés par l'OMS en fonction de la vulnérabilité des pays	52 membres du personnel de l'OMS formé à la prévention des catastrophes dans 6 bureaux régionaux, 11 bureaux sous-régionaux et 30 bureaux de pays début 2002	Doubler le nombre de membres de personnel de l'OMS formé aux niveaux régional et des pays	73 membres du personnel de l'OMS formés à la prévention des catastrophes dans 6 bureaux régionaux, 11 bureaux sous-régionaux et 51 bureaux de pays fin 2003
Proportion de bureaux régionaux et de pays répondant aux exigences minimales de fonctionnement	Aucune norme minimale de fonctionnement n'a été établie	Réalisation d'un accord au sujet des normes de fonctionnement	On n'est parvenu à aucun accord, mais les consultations ont été réactivées avec les bureaux régionaux et de pays afin de définir des normes et des niveaux de prestations à fournir. Le Bureau régional OMS du Pacifique occidental a élaboré des normes régionales

Définition ou actualisation des meilleures pratiques de santé publique à appliquer dans des situations d'urgence et diffusion de ces pratiques par l'intermédiaire de publications et de programmes de formation approuvés

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Diffusion de lignes directrices et de publications à la fois sous forme électronique sur le site Web dédié de l'OMS et sur papier	Bibliothèque virtuelle sur la santé et les catastrophes (HELID) contenant 350 publications et documents relatifs à la santé en situation d'urgence – 2344 exemplaires distribués en 2001 ; 44 bibliothèques de secours pour les situations d'urgence sanitaire (EHLK) distribuées en 2000-2001 ; la première version de la brochure « Essentials for Emergencies » rédigée en décembre 2001	Accroître de 20 % le nombre de publications et de principes directeurs disponibles dans la bibliothèque HELID ; accroître la distribution de la bibliothèque des HELID, EHLK et de la brochure « Essentials for Emergencies »	Bibliothèque HELID contenant 520 publications et documents de référence (augmentation de 32 %) ; 7553 exemplaires distribués à la demande (2000 à des organisations non gouvernementales, des universités et des partenaires), 47 EHLK distribuées au cours de la période biennale ; 2900 exemplaires de la brochure « Essentials for Emergencies » distribués pendant la période biennale

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pertinence de l'appui de l'OMS en vue de modifications des meilleures pratiques	2 exercices sur la base de l'expérience acquise effectués lors de la précédente période biennale avec l'appui du Siège et plusieurs évaluations effectuées au niveau régional	8 exercices sur la base de l'expérience acquise effectués pendant la période biennale, 4 chaque année	4 exercices sur la base de l'expérience acquise soutenus par le Siège et au moins 3 autres présentés au niveau régional

Principaux obstacles

Internes : les procédures administratives ont entraîné un retard dans la recherche d'un consensus à l'échelle de l'Organisation quant au niveau de prestations à fournir par l'OMS en matière de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours. De plus, le nombre de membres du personnel disponibles pour travailler dans ce domaine, surtout au niveau des pays, était très faible par rapport à l'étendue des activités à entreprendre.

Externes : les crédits du budget ordinaire étaient très limités pour les activités concernant l'action sanitaire en situation de crise. De ce fait, l'Organisation s'est largement reposée sur des fonds extrabudgétaires, en grande partie réservés pour des activités dans le cadre de crises particulières. Le programme de trois ans devrait surmonter ces obstacles grâce à une aide et une alliance avec des partenaires clés qui lui fourniront un financement de base substantiel.

Internes et externes : la formulation d'une stratégie et d'un plan d'action clairs pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours n'a pas été considérée comme une priorité par de nombreux ministères de la santé : il faut donc s'employer davantage à changer cette perception.

Pertinence et adéquation

Les produits, les services et les activités établis dans le budget programme étaient pertinents en vue de la réalisation des résultats escomptés au niveau mondial ; certains des résultats escomptés n'ont pourtant pas été pleinement atteints, en grande partie faute d'un financement et de ressources humaines stables et prévisibles. Pour surmonter ce problème, un processus de planification stratégique avec les Régions a été mis en place afin de rationaliser les fonctions, les niveaux de prestation et les procédures types pour les activités de l'OMS dans ce domaine.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le montant total des dépenses (budget ordinaire et autres sources) pour 2002-2003 s'élevait à US \$210 983 000, tandis que le budget programme pour 2002-2003 se montait à US \$46 999 000. La différence significative entre les dépenses prévues et les dépenses effectives était principalement due à deux facteurs. Premièrement, lorsque le budget programme a été élaboré en 2000-2001, les estimations concernant les objectifs réalisables avaient été très prudentes, basées sur les résultats des périodes biennales précédentes sans anticiper les fonds qui pourraient être reçus pour faire face à des crises majeures, notamment en Afghanistan et en Iraq. Deuxièmement, le Département Action sanitaire en situation de crise a été prié de gérer le programme Pétrole contre nourriture pour l'Iraq, ce qui ne faisait pas partie du plan de travail.

Malgré un niveau de dépenses apparemment élevé, il convient de noter que les fonds d'urgence reçus étaient en grande partie réservés à des actions dans des pays particuliers et limités dans le temps, tandis que le niveau des fonds stables du budget ordinaire pour les activités de préparation aux situations d'urgence et les fonctions essentielles est resté faible, rendant difficile d'assurer la continuité des opérations et d'établir des programmes à long terme.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	46 999
Domaine d'activité – dépenses	210 983

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
118 719	16 622	573	8 698	15 950	49 296	1 125

Enseignements

- La nomination du représentant du Directeur général pour l'action sanitaire en situation de crise a témoigné d'un engagement plus résolu envers ce domaine d'activité. Au cours de la prochaine période biennale, des efforts devront être faits pour accroître la visibilité de l'Organisation comme partenaire fiable de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours et pour renforcer les partenariats avec les organisations des Nations Unies, les donateurs, les organisations non gouvernementales et la société civile.
- Le processus de planification stratégique entamé en 2003 sera achevé et le plan qui en résultera sera mis en oeuvre avec la participation de tous les niveaux de l'Organisation. Il faut s'employer davantage à consolider la stratégie d'action sanitaire en situation de crise à tous les niveaux avec les départements techniques, les bureaux régionaux et les bureaux de pays, et de rationaliser les stratégies et les activités en général pour permettre à l'OMS de jouer un rôle directeur dans ce domaine. Les mécanismes d'exécution des projets, compte tenu des résultats escomptés, doivent être renforcés aux niveaux régional et des pays.
- La préparation étant un processus qui demande une planification ainsi qu'un engagement de l'Organisation et des pays, des investissements préalables seront nécessaires pour préparer l'Organisation et ses partenaires du secteur de la santé si l'on veut que l'action de l'OMS au niveau des pays soit totalement efficace. Des plans devront donc être élaborés afin de sensibiliser des donateurs et de mobiliser des fonds supplémentaires.
- La phase d'organisation précoce des secours dans toute situation d'urgence doit être traitée comme une priorité et pour ce faire des filières et des mécanismes préférentiels doivent être établis au sein de l'Organisation pour éviter dans la mesure du possible les lenteurs des procédures administratives.
- Afin d'assurer une transition harmonieuse entre la phase d'action rapide et la phase consécutive à la situation d'urgence, les phases de récupération et de relèvement, il importe de veiller aux activités de développement durable au cours de la phase consécutive à la situation d'urgence.
- La circulation et l'utilisation en temps opportun de l'information pour faciliter la prise de décision et à des fins de sensibilisation doivent être renforcées afin d'accroître l'avantage comparé de l'OMS en tant que fournisseur d'informations de santé publique objectives, fondées sur des bases factuelles.
- Les partenariats avec d'autres organismes des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et d'autres partenaires sont actuellement renforcés et institutionnalisés à travers des mémorandums d'accords et autres types d'accords. Sur le terrain, les bureaux régionaux et les bureaux de pays seront également encouragés à élargir les partenariats.
- Il faut s'employer davantage à définir des indicateurs qui tiennent compte des priorités régionales tout en maintenant une perspective mondiale, de sorte que l'on puisse rendre compte des progrès par rapport aux indicateurs de manière globale.

MÉDICAMENTS ESSENTIELS : ACCÈS, QUALITÉ ET USAGE RATIONNEL

Objectif(s) de l'OMS

Créer un environnement qui permette aux pays d'améliorer de manière significative l'accès aux médicaments essentiels en établissant, appliquant et assurant le suivi de politiques pharmaceutiques nationales et de programmes durables de médicaments essentiels garantissant l'équité d'accès aux médicaments essentiels ; la qualité, l'efficacité et l'innocuité des médicaments ; et l'usage rationnel des médicaments par les professionnels de la santé et les consommateurs ; et de se concentrer sur les problèmes de santé prioritaires et les groupes touchés par la pauvreté. Veiller à une intégration appropriée de la médecine traditionnelle dans les services de santé.

Résumé des réalisations

- La stratégie pharmaceutique de l'OMS pour 2000-2003 a été actualisée pour la période 2004-2007 à travers un vaste processus de consultations, auxquelles ont été associés le personnel du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays, et une bonne centaine de partenaires extérieurs clés.
- Un nouveau programme de présélection pour les médicaments prioritaires a été étendu aux médicaments antituberculeux et antipaludiques, ainsi qu'aux médicaments contre le VIH/SIDA ; les bases normatives de la présélection des agents chargés de l'achat et des laboratoires de contrôle de la qualité ont été instituées et approuvées par le comité d'experts compétent.
- Une stratégie destinée à favoriser l'usage éclairé et sans danger des médecines traditionnelles et parallèles et à protéger la somme de connaissances concernant les médicaments traditionnels a été lancée, et des progrès significatifs ont été observés dans les Régions OMS de l'Afrique, des Amériques et du Pacifique occidental.
- Un système mondial a été mis en oeuvre pour le suivi des progrès dans les pays à travers la collecte des données et la formation aux niveaux national et régional (notamment par l'utilisation d'enquêtes domiciliaires) afin d'évaluer le coût, la disponibilité, la source, et l'usage approprié des médicaments.
- Des principes directeurs complets ont été fournis aux niveaux mondial, régional et national concernant les accords commerciaux internationaux, et notamment les répercussions de la Déclaration de Doha sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et la santé publique.
- Une campagne de sensibilisation aux dangers des médicaments contrefaits et ne répondant pas aux normes a été lancée et un appui a été fourni aux pays pour combattre ce problème.
- La liste des médicaments essentiels a été révisée de façon à garantir un processus plus transparent, plus indépendant et davantage fondé sur des données factuelles.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Un réseau de 13 conseillers pharmaceutiques en poste dans les bureaux de pays, y compris 11 dans la Région africaine, a été mis sur pied pour desservir les bureaux de pays de l'OMS dans le domaine des médicaments essentiels.
- Des programmes de formation complets ont été mis en oeuvre dans toutes les Régions sur les thèmes suivants : bonnes pratiques de fabrication, assurance de la qualité et homologation des médicaments essentiels (en particulier les agents antirétroviraux), usage rationnel des médicaments par les professionnels et la communauté, approvisionnement en médicaments, économie pharmaceutique, et médicaments et thérapeutique.
- Les services d'information sur les prix comparés des médicaments ont été élargis au monde entier et une nouvelle méthodologie d'enquête a été lancée et est désormais appliquée dans de nombreux pays.¹

¹ Medicine prices: a new approach to measurement, 2003 ed. (document WHO/EDM/PAR/2003.2).

Réalisation des résultats escomptés**Promotion d'un cadre et de modèles adéquats pour appliquer les politiques pharmaceutiques nationales et en surveiller l'impact**

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui ont établi ou mis à jour au cours des cinq dernières années un plan d'application des politiques pharmaceutiques nationales	41 pays sur 106 (39 %) ayant fait rapport	43 %	49 pays sur 103 (48 %) ayant fait rapport

Validation de stratégies et d'approches fondées sur des bases factuelles visant à promouvoir l'accès aux médicaments à un prix abordable et le financement par des fonds publics et autres

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dont les dépenses publiques annuelles consacrées aux produits pharmaceutiques sont inférieures à US \$2 par habitant	38 pays sur 103 (37 %) ayant fait rapport	35 %	24 pays sur 80 (30 %) ayant fait rapport
Nombre de pays qui autorisent les pharmacies privées à remplacer des produits de marque par un équivalent générique	83 pays sur 135 (61 %) ayant fait rapport	75 %	99 pays sur 132 (75 %) ayant fait rapport

Validation et promotion de systèmes efficaces de gestion de l'approvisionnement pharmaceutique et des médicaments traditionnels dans les secteurs public et privé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dont les achats du secteur public sont fondés sur une liste de médicaments essentiels	71 pays sur 133 (53 %) ayant fait rapport	60 %	84 pays sur 127 (66 %) ayant fait rapport

Promotion et diffusion de lignes directrices techniques et d'informations appropriées fondées sur des normes mondiales pour la sécurité d'emploi des produits pharmaceutiques et des médicaments traditionnels

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays participant au système OMS de certification de la qualité des produits pharmaceutiques entrant dans le commerce international	Non établie	Non établie	87 pays sur 135 (64 %) ayant fait rapport

Validation et promotion d'instruments de coopération avec les pays pour créer des systèmes efficaces de réglementation pharmaceutique et d'assurance de la qualité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui ont mis sur pied un système de réglementation pharmaceutique de base	70 pays sur 138 (51 %) ayant fait rapport	56 %	90 pays sur 130 (69 %) ayant fait rapport
Nombre de pays dotés de procédures d'assurance de la qualité de base	95 pays sur 122 (78 %) ayant fait rapport	80 %	111 pays sur 137 (81 %) ayant fait rapport
Nombre de pays dotés de lois et de réglementations couvrant les médicaments à base de plantes	48 pays	Non établie	82 pays sur 127 (65 %) ayant fait rapport

Accès à des conseils et à des informations sur la lutte contre les substances psychotropes et les stupéfiants ainsi que sur leur utilisation aux niveaux national et international

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de substances examinées et recommandées en vue d'une classification aux fins du contrôle international	2 sur 3 substances (66 %)	Non établie	5 sur 5 substances (100 %)

Promotion d'un cadre pour la mise en oeuvre d'une stratégie nationale visant à encourager, parmi les professionnels et les consommateurs, l'usage rationnel et l'utilisation économique de médicaments présentant des qualités thérapeutiques, y compris des médicaments traditionnels

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays disposant d'un système de base pour la réglementation de la promotion des médicaments	92 pays sur 132 (70 %) ayant fait rapport	80 %	83 pays sur 113 (73 %) ayant fait rapport
Nombre de pays qui ont mis à jour des principes directeurs pour le traitement au cours des cinq dernières années	60 pays sur 90 (67 %) ayant fait rapport	70 %	47 pays sur 76 (62 %) ayant fait rapport

Principaux obstacles

Internes : l'action au niveau des politiques générales, à forte intensité de personnel (par exemple Bibliothèque OMS des médicaments essentiels et Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme), a retardé d'autres activités pratiques. Une dotation mal adaptée en personnel dans certains domaines a entraîné des problèmes dans la prestation de services – par exemple, les effectifs étaient trop peu nombreux pour l'appui aux pays. La diminution des fonds au titre du budget ordinaire a entraîné une réduction de certaines activités normatives et un nombre croissant de membres du personnel ont été transférés du budget ordinaire ou de fonds à objet non désigné sur des sources de fonds à objet désigné. Le moindre rang de priorité accordé au niveau central aux publications normatives et l'absence de recettes provenant des ventes ont coûté au Département, selon les estimations, US \$500 000 supplémentaires pour la production, l'édition et l'impression de documents. Le système de gestion des activités n'est pas un instrument de planification et les instruments de compte rendu financier utilisés au Siège sont inadéquats pour répondre aux besoins en matière de gestion et d'établissement de rapports.

Externes : les pressions exercées par certains éléments de l'industrie pharmaceutique pour promouvoir des intérêts commerciaux ont entraîné la mise en circulation d'informations contradictoires dans les milieux décisionnels à l'OMS, compromettant ainsi la mission de l'Organisation, qui est d'améliorer la santé publique. La participation de certains Etats Membres aurait pu être plus suivie. Les expériences menées en matière de coopération et de constitution de réseaux ou d'alliances n'ont pas toutes été couronnées de succès. Le nombre important d'intervenants en cause rend la coordination de plus en plus complexe et coûteuse. Plusieurs bureaux régionaux, qui dépendent totalement du Siège pour les fonds extrabudgétaires, ou qui attendent des fonds qui leur ont été promis mais qui ne se sont pas matérialisés, ont dû réduire leurs activités.

Pertinence et adéquation

La réalisation des résultats escomptés demeure pertinente, le Département élargissant son action en tenant compte d'un environnement politique et économique mondial dynamique. Certains résultats escomptés ont toutefois été réajustés pour 2004-2005. La stratégie pharmaceutique OMS 2004-2007 ainsi que le nouveau budget programme 2004-2005 sont désormais complètement harmonisés. L'action du Département est tout à fait pertinente eu égard à la mise en oeuvre de la stratégie « 3 millions d'ici 2005 ».

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

La différence entre le budget programme total et le montant total des dépenses est due à la pénurie à la fois de crédits du budget ordinaire et de fonds extrabudgétaires et à la nécessité de constituer un report de fonds pour la mise en oeuvre immédiate d'activités au début de la nouvelle période biennale (50 % pour les traitements et 25 % pour les activités). La plupart des activités dans ce domaine restent sous-financées, en particulier les activités normatives (telles que la mise à jour de la liste modèle OMS des médicaments essentiels et l'élaboration de recommandations concernant les spécifications pharmaceutiques), la gestion du projet de présélection, la fourniture de lignes directrices concernant l'impact des accords commerciaux internationaux sur l'accès aux médicaments essentiels, la promotion de la sécurité d'emploi des médicaments et la mise en oeuvre d'activités d'appui général aux niveaux des Régions et des pays.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	42 063
Domaine d'activité – dépenses	37 015

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
25 095	4 856	2 087	1 026	1 770	763	1 508

Enseignements

- Les fonctions normatives essentielles dans le domaine pharmaceutique exigent davantage de sensibilisation aux plans interne et externe, mais également une meilleure compréhension du domaine d'activité par la direction de l'OMS.
- Les contacts réguliers et les réunions avec les bureaux régionaux (à travers, par exemple, le conseil mondial des médicaments), ainsi qu'avec des partenaires à l'extérieur de l'OMS (autres organisations du système des Nations Unies et organisations non gouvernementales), sont vitaux pour une collaboration solide et efficace.
- La dotation conjointe en personnel s'est avérée un moyen efficace de promouvoir la collaboration inter-Groupes.
- La création d'un réseau d'administrateurs de programmes nationaux dans le domaine des médicaments exige un suivi et un renforcement réguliers des capacités ; elle peut cependant s'avérer très efficace pour atteindre des résultats supplémentaires au niveau des pays.
- Un système mixte impliquant le Siège et les bureaux régionaux s'impose pour suivre la mise en oeuvre des projets régionaux et de pays.

VACCINATION ET MISE AU POINT DE VACCINS

Objectif(s) de l'OMS

Réaliser des progrès substantiels pour assurer la mise à disposition de nouveaux vaccins et produits biologiques, ainsi que de stratégies et de technologies liées à la vaccination permettant de réduire la charge des maladies qui revêtent une importance pour la santé publique ; renforcer l'impact des services de vaccination en tant que composante des systèmes de prestations sanitaires ; et combattre, éliminer et éradiquer les maladies prioritaires.

Résumé des réalisations

- Le Programme africain pour un vaccin anti-SIDA a été mis sur pied avec l'ONUSIDA pour promouvoir la recherche d'un vaccin contre le VIH et son évaluation, la collaboration régionale et internationale et l'élaboration de plans nationaux dans le même domaine. L'Organisation a joué un rôle central dans la mise sur pied d'un plan de mise au point et d'introduction accélérées pour assurer un accès rapide des pays aux vaccins antipneumococcique et antirotavirus. Le projet de vaccin antirougeoleux administré sous forme d'aérosol visant à mettre au point et à faire homologuer un vaccin et un appareil permettant de l'administrer a également été lancé avec succès.
- Avec les partenaires de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, l'OMS a travaillé avec les pays afin d'élargir l'emploi des vaccins nouveaux ou sous-utilisés et 28 pays ont bénéficié d'une aide pour l'élaboration de plans financiers destinés à maintenir les progrès accomplis.
- Le nombre d'Etats Membres utilisant des vaccins de qualité vérifiée a été porté à 174 (91 %) à la fin de la période biennale. Fin 2003, 35 % des Etats Membres (67) étaient dotés d'un système de suivi et de gestion permettant de repérer et de traiter les manifestations postvaccinales indésirables. Ces systèmes couvrent 62 % de la population mondiale des moins de cinq ans. Parmi les pays en développement, 62 % (102) utilisent des seringues autobloquantes pour les vaccinations systématiques. Dans la Région africaine, 76 % des Etats Membres les utilisent.
- La stratégie visant à atteindre tous les districts permet d'améliorer l'accès aux services de vaccination et de renforcer les capacités gestionnaires au niveau du district.
- Fin 2003, la poliomyélite avait été éliminée dans tous les pays sauf six. Les pays où la maladie demeure endémique sont l'Afghanistan, l'Egypte, l'Inde, le Niger, le Nigéria et le Pakistan (l'Inde, le Nigéria et le Pakistan représentant à eux seuls plus de 90 % des cas). L'une des principales réalisations au cours de la période biennale a été la certification de la Région européenne de l'OMS comme étant exempte de poliomyélite. C'était la troisième Région à être ainsi certifiée après la Région des Amériques et celle du Pacifique occidental. Le Programme OMS d'éradication de la poliomyélite a publié l'*initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : plan stratégique 2004-2008*.¹
- Une réduction de la mortalité par rougeole a été constatée dans pratiquement toutes les Régions, la Région de la Méditerranée orientale faisant état d'une diminution de 32 %, la Région africaine de 21 %, la Région de l'Asie du Sud-Est de 14 % et la Région du Pacifique occidental de 10 %. La transmission autochtone de la rougeole a été éliminée dans la Région des Amériques. Les pays des Régions de l'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental ont établi des objectifs régionaux en matière d'élimination de la rougeole.
- On continue de progresser sur la voie de l'élimination du tétanos maternel et néonatal. Sur 57 pays qui n'étaient pas encore parvenus à l'élimination, 5 l'avaient fait provisoirement à la fin de la période biennale et 29 avaient mis en oeuvre l'approche en fonction du risque visant à accélérer l'élimination.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

La quasi-éradication de la poliomyélite témoigne de la détermination de tous les Etats Membres, des bureaux régionaux de l'OMS et de ses partenaires dans cet effort. En outre, l'adoption d'objectifs en matière de réduction de la mortalité par rougeole atteste de la capacité accrue des pays et des Régions à réduire la mortalité de l'enfant. Le Programme africain pour la mise au point d'un vaccin anti-SIDA a été mis sur pied afin de promouvoir la recherche d'un vaccin contre le VIH par le renforcement des capacités et la collaboration à tous les niveaux.

¹ *Plan stratégique de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, 2004-2008*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Réalisation des résultats escomptés

Finalisation des travaux de recherche de phase préclinique pour les nouveaux vaccins prioritaires ou les systèmes d'administration novateurs

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de vaccins candidats et de systèmes d'administration visés revêtant une importance pour la santé publique qui sont parvenus aux essais cliniques de phase I	4 pour le vaccin contre la dengue ; 4 pour l'encéphalite japonaise ; 2 pour le virus respiratoire syncytial ; 30 pour le VIH ; 2 pour le choléra ; 1 pour <i>Shigella</i> ; 1 pour les rotavirus	Essais de phase I/II terminés pour la tuberculose, la dengue (vaccin chimérique), la rougeole (aérosol) et <i>Shigella</i> (ribosomal) ; pour l'encéphalite japonaise, un essai de vaccin (chimérique) a été lancé dans un pays en développement	5 pour le vaccin contre la dengue (y compris un vaccin candidat contre le virus chimérique ; 4 pour l'encéphalite japonaise (y compris un vaccin contre le virus chimérique en essai de phase II) ; 3 pour le virus respiratoire syncytial ; 47 pour le VIH ; 2 pour le choléra ; 1 pour <i>Shigella</i> ; 1 pour les rotavirus ; 2 pour la tuberculose ; 1 pour la rougeole (aérosol) ; 1 pour le paludisme

Recommandation de mesures appropriées visant à incorporer des vaccins conjugués antipneumococcique et antiméningococcique et d'autres vaccins dans les programmes de vaccination sur la base des essais d'efficacité clinique dans les pays en développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de vaccins cibles parvenus aux essais d'efficacité (phase III) dans un pays en développement où la maladie est endémique	3 vaccins antipneumococciques ; 1 vaccin dirigé contre <i>Escherichia coli</i> entérotoxigène (ECET) ; 1 pour le choléra ; 2 pour les rotavirus ; 1 pour le papillomavirus humain ; 1 pour le VIH ; 1 pour <i>Shigella</i>	Essais de phase III achevés pour ECET (inactivé buccal), <i>Shigella</i> (buccal vivant), choléra (Peru-15), et les rotavirus (vaccins de deuxième génération) ; commencés pour le VIH (induction-rappel)	3 vaccins antipneumococciques ; 1 pour ECET (buccal inactivé) ; 1 pour le choléra (Peru-15) ; 1 pour les rotavirus (y compris un vaccin de deuxième génération) ; 1 pour le papillomavirus humain ; 3 pour le VIH (y compris un vaccin induction-rappel associé) ; 1 pour <i>Shigella</i> ; 1 pour le virus respiratoire syncytial (vaccin sous-unité)

Promotion de stratégies appropriées et appui en vue de l'introduction accélérée de vaccins sous-utilisés, en particulier contre l'hépatite B et *Haemophilus influenzae* type b

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays ayant introduit le vaccin anti-hépatite B	116 pays sur 191 (61 %) ont introduit le vaccin anti-hépatite B	Vaccin anti-hépatite B introduit dans 190 pays sur 192 (99 %)	141 pays sur 192 (73 %) ont introduit le vaccin anti-hépatite B
Proportion des pays qui ont introduit le vaccin anti-Hib	72 pays sur 191 (38 %) ont introduit le vaccin anti-Hib	Non établie	84 pays sur 192 (44 %) ont introduit le vaccin anti-Hib

Essais cliniques de vaccins potentiels contre le VIH facilités, y compris au moins un essai d'efficacité de phase III ; élaboration de plans stratégiques pour l'utilisation des vaccins

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays en développement qui ont établi des plans et des stratégies nationaux de vaccination contre le SIDA	3 Etats Membres en développement sur 164 (2 %) étaient dotés de plans nationaux	3 pays africains supplémentaires élaboreront des plans nationaux dans le cadre du Programme africain pour la mise au point d'un vaccin anti-SIDA	15 Etats Membres en développement sur 165 (9 %) sont dotés de plans nationaux ; le Programme africain pour la mise au point d'un vaccin anti-SIDA a été lancé

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'essais de vaccins candidats anti-VIH effectués dans des pays en développement	17 essais effectués dans 8 pays en développement	3 essais supplémentaires entamés	27 essais effectués dans 12 pays en développement (y compris l'essai d'un vaccin induction-rappel associé commencé en Thaïlande et 1 essai dans les forces armées d'un pays où la maladie est endémique)

Elaboration et promotion de lignes directrices nouvelles ou actualisées concernant la standardisation et le contrôle des substances biologiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de produits biologiques pour lesquels les recommandations en matière de production et de contrôle sont conformes aux dernières données scientifiques	Une recherche en matière de réglementation était en cours pour 3 produits biologiques sur 13	Achever la recherche en matière de réglementation pour 13 produits biologiques prioritaires d'ici 2005	Recherche en matière de réglementation en cours pour 11 produits biologiques sur 13
Nombre de substances biologiques internationales de référence utilisées	Recommandations nouvelles ou révisées pour 1 substance biologique sur 14	Achever des recommandations nouvelles ou révisées pour 14 substances biologiques prioritaires d'ici 2005	Recommandations en voie d'élaboration pour 10 substances biologiques sur 14

Appui adéquat à l'élaboration de politiques et au développement des capacités afin d'assurer la qualité de l'ensemble des vaccins fournis par les services nationaux de vaccination

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays utilisant des vaccins de qualité assurée (selon la définition donnée par l'OMS dans ses recommandations)	160 pays sur 191 (83 %) utilisaient des vaccins de qualité assurée	192 pays (100 %) utilisant des vaccins de qualité assurée	174 pays sur 192 (91 %) utilisent des vaccins de qualité assurée
Proportion des pays utilisant des vaccins munis de pastilles de contrôle lorsque celles-ci s'imposent	82 pays sur 164 (50 %) à qui l'OMS avait recommandé de le faire utilisaient des pastilles de contrôle pour le vaccin antipoliomyélique buccal	165 pays (100 %) à qui l'OMS a recommandé de le faire utilisant des pastilles de contrôle	82 pays sur 165 (50 %) à qui l'OMS avait recommandé de le faire utilisent des pastilles de contrôle. Outre le vaccin antipoliomyélique buccal, des pastilles sont recommandées pour le vaccin BCG contre la tuberculose, le vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux, le vaccin par l'anatoxine tétanique, le vaccin antirougeoleux, le vaccin anti-amaril et le vaccin anti-hépatite B

Fourniture d'un appui adéquat pour le renforcement des capacités dans les pays prioritaires en vue de la mise en oeuvre d'un système complet destiné à assurer la sécurité des injections

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles appliquant des pratiques satisfaisantes en matière de sécurité des injections conformément à la définition de l'enquête normalisée de l'OMS	Pratiques sûres en matière d'injection dans 36 Etats Membres à revenu moyen et faible sur 164 (22 %)	Pratiques sûres en matière d'injection dans 132 sur 165 Etats Membres à revenu moyen et faible (80 %)	Pratiques sûres en matière d'injection dans 37 pays cibles sur 165 (22 %)

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage des pays cibles surveillant la collecte et la destruction, dans de bonnes conditions de sécurité, des seringues utilisées pour la vaccination	Non établie	165 Etats Membres à revenu moyen et faible sur 165 (100 %) utilisant des seringues autobloquantes	102 pays cibles sur 165 (62 %) utilisent des seringues autobloquantes. Meilleures estimations obtenues grâce à la collaboration avec l'UNICEF (les données ne peuvent être comparées aux données de base, en raison de différences d'estimation)

Fourniture d'un appui technique et politique aux pays prioritaires afin de renforcer les fonctions clés en matière de vaccination et la capacité gestionnaire en santé publique aux niveaux national et des districts

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage des districts des pays prioritaires dont la couverture par une triple dose de vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux atteint au moins 80 %	26 Etats Membres en développement sur 164 (16 %) faisaient état dans l'ensemble des districts d'une couverture d'au moins 80 % par une triple dose de vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC-3)	41 Etats Membres en développement sur 165 (25 %) dont l'ensemble des districts présentent une couverture d'au moins 80 % par le DTC-3	43 Etats Membres en développement sur 165 (26 %) dont l'ensemble des districts présentent une couverture d'au moins 80 % par le DTC-3

Coordination et appui efficaces en vue de l'éradication de la poliomyélite et de la certification de toutes les Régions OMS comme exemptes de poliomyélite

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de Régions de l'OMS certifiées exemptes de poliomyélite	2 Régions sur 6 certifiées exemptes de poliomyélite	Les 6 Régions de l'OMS certifiées exemptes de poliomyélite d'ici 2005 La Région européenne certifiée exempte de poliomyélite en 2002	3 Régions OMS sur 6 (dont la Région européenne) certifiées exemptes de poliomyélite La poliomyélite a été éliminée dans tous les pays au monde sauf 6

Fourniture d'un appui adéquat au renforcement de la capacité d'application des stratégies permettant de combattre et d'éliminer les principales maladies évitables par la vaccination dans les pays prioritaires

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage des pays appliquant l'approche en fonction du risque pour l'accélération de l'élimination du tétanos maternel et néonatal	15 pays sur 57 (26 %) qui n'avaient pas atteint l'objectif de l'élimination du tétanos maternel et néonatal mettaient en oeuvre l'approche en fonction du risque	7 pays sur 57 (12 %) ayant atteint provisoirement l'objectif de l'élimination du tétanos maternel et néonatal	5 pays sur 57 (9 %) ont provisoirement atteint l'objectif de l'élimination du tétanos maternel et néonatal ; 29 sur 57 (51 %) qui n'ont pas atteint l'objectif mettent en oeuvre l'approche en fonction du risque
Pourcentage des pays appliquant des stratégies de lutte antirougeoleuse accélérée	140 pays sur 191 (73 %) offraient une seconde chance de vaccination	192 pays (100 %) mettent en oeuvre des stratégies de lutte antirougeoleuse accélérée	163 pays sur 192 (85 %) offrent une seconde chance de vaccination antirougeoleuse

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage des pays où la carence en vitamine A représente un problème de santé publique qui ont intégré la supplémentation en vitamine A dans les services de vaccination	76 pays sur 135 (56 %) où il existe une carence en vitamine A avaient intégré la supplémentation en vitamine A dans les services de vaccination	L'objectif de l'élimination de la carence en vitamine A atteint d'ici 2010. D'ici là, les 136 pays cibles devront avoir intégré la supplémentation en vitamine A dans leurs services de vaccination	80 pays sur 136 (59 %) où il existe une carence en vitamine A ont intégré la supplémentation en vitamine A dans les services de vaccination

Principaux obstacles

Externes : l'établissement de partenariats aux niveaux mondial, régional et des pays est essentiel pour faire en sorte que les pays qui en ont le plus besoin fassent l'objet d'un soutien accru. Une crise financière aiguë début 2003 a entraîné une révision totale de l'approche tactique de l'éradication de la poliomyélite, au-delà des limites des plans d'intervention conçus à l'origine, en exposant le programme à un risque substantiel.

Internes et externes : le personnel de terrain manquait d'une formation et d'un soutien financier adéquats, ce qui a compromis les efforts déployés pour développer des capacités gestionnaires au niveau du district. L'absence de volonté politique en faveur de la décentralisation dans les pays s'est répercutée de manière négative sur l'action de l'OMS en vue d'assurer la prestation de services de vaccination en toute sécurité en améliorant la performance des programmes. Cela a été particulièrement vrai pour les efforts d'éradication de la poliomyélite. Les pénuries de vaccins ont gravement compromis les efforts visant à accroître la couverture vaccinale. Des systèmes insuffisants de surveillance de la maladie et l'absence de bons systèmes d'information gestionnaire ont retardé non seulement l'introduction de nouveaux vaccins mais également l'amélioration des processus de prise de décision. Le manque de fonds pour aider les pays est demeuré un obstacle important à la réalisation de l'objectif de l'éradication de la poliomyélite.

Pertinence et adéquation

La pertinence des résultats escomptés dans ce domaine d'activité a été mise en lumière par les succès suivants : progrès accomplis, puisque l'on est très près de l'éradication de la poliomyélite ; réduction obtenue dans la mortalité par rougeole ; progrès accomplis dans la prestation de services de vaccination ; progrès mondiaux dans l'utilisation de vaccins de qualité assurée ; et introduction de nouveaux vaccins issus de la recherche fondamentale.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le budget établi au début de la période biennale s'élevait à US \$184 692 000. Au cours de la première phase d'exécution, ce budget a été porté à US \$419 424 000, sur la base des ressources effectivement disponibles. Le montant total des dépenses pour la période biennale s'est élevé à US \$401 286 000.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	184 692
Domaine d'activité – dépenses	401 286

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale
82 083	172 139	3 148	57 141	9 109	64 557	13 109

Enseignements

- Il est capital de maintenir le niveau d'excellence technique de l'OMS pour établir des politiques, des règles et des normes, et pour orienter l'action des partenariats à l'appui des objectifs de vaccination. C'est pourquoi il est essentiel que les bureaux régionaux bénéficient d'un soutien afin d'améliorer leur capacité de surveillance des progrès.
- Une collaboration étroite avec les bureaux régionaux, les pays et les partenaires s'impose pour permettre à l'Organisation de réagir de façon appropriée en cas d'événements imprévus.
- La bonne exécution au niveau des pays exige des plans d'action nationaux annuels détaillés assortis d'un budget adéquat pour l'exécution des activités, le maintien d'une couverture vaccinale élevée dans tous les districts et la gestion des événements imprévus.
- L'augmentation des capacités nationales afin de tirer parti de l'innovation et des nouvelles technologies en matière de vaccination exigera un soutien technique de qualité et constant de la part de l'OMS.
- Pour accroître l'impact aux niveaux des pays et des districts, il convient d'accroître la participation des communautés à la promotion et à l'exécution des programmes.

SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET TECHNOLOGIE CLINIQUE

Objectif(s) de l'OMS

Veiller à ce que les Etats Membres soient équipés pour améliorer l'accès de la population à du sang et à des produits sanguins non contaminés ainsi qu'aux technologies de soins de santé, et promouvoir des services de santé de bonne qualité reposant sur des technologies sûres et d'un bon rapport coût/efficacité.

Résumé des réalisations

- Un appui approprié a été fourni afin de permettre aux pays de mettre sur pied des programmes nationaux de sécurité transfusionnelle en utilisant la base de données mondiale sur la sécurité transfusionnelle, 2000-2001. La collaboration et les partenariats avec des organisations travaillant dans le domaine de la sécurité transfusionnelle au niveau mondial ont été renforcés et les moyens des systèmes de gestion de la qualité des services de transfusion sanguine ont été développés aux niveaux national et régional.
- De nouvelles normes biologiques ont été préparées pour les technologies existantes, nouvelles et émergentes. Parmi celles-ci, la mise au point de catégories d'infectiosité des tissus – humains et animaux – susceptibles de contenir des prions. Ces catégories font figure d'outil essentiel dans la réglementation de l'évaluation des risques des produits pharmaceutiques et biologiques faisant intervenir des produits d'origine humaine ou bovine.
- L'appui au diagnostic et à la prise en charge de l'infection à VIH a été amélioré, et la qualité et la sécurité des services d'imagerie diagnostique en général ont été renforcées.
- Plusieurs projets concernant le matériel de chaîne du froid, la sécurité des injections et la réglementation des appareils médicaux ont été intégrés en une stratégie globale.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Des progrès importants ont été faits en ce qui concerne le renforcement de la collaboration et des partenariats en matière de sécurité transfusionnelle au niveau mondial. Le forum convoqué par l'OMS, la Collaboration mondiale pour la sécurité des dons de sang, a tenu ses troisième et quatrième réunions avec la participation de toutes les parties prenantes.
- Le développement des capacités institutionnelles et des ressources humaines a été soutenu par la désignation et le renforcement de centres de formation régionaux de qualité et l'organisation de cours de formation structurés. Dans le cadre du Programme mondial de gestion de la qualité pour la sécurité des transfusions sanguines, des cours de formation de 18 jours ont continué d'être organisés pendant toute la période biennale dans les Régions OMS, avec l'appui des services nationaux de transfusion sanguine.
- Dans certains pays cibles, y compris le Burkina Faso, la Chine et Sri Lanka, un appui approprié a été fourni pour la création de programmes nationaux de sécurité transfusionnelle.

Réalisation des résultats escomptés

Mise sur pied d'une collaboration mondiale aboutissant à un consensus sur des stratégies efficaces pour améliorer l'accès à des transfusions et injections sûres

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Déclarations de consensus fondées sur des bases techniques solides concernant la sécurité transfusionnelle mondiale, grâce à une collaboration mondiale dans ce domaine	Déclaration de consensus sur les bonnes pratiques générales et les services de transfusion sanguine issue d'une collaboration bilatérale et multilatérale ainsi que de partenariats avec plusieurs organisations et institutions travaillant dans le domaine de la sécurité transfusionnelle mondiale	Elaborer des déclarations de consensus et concernant toutes les questions pertinentes afin de permettre aux pays d'améliorer leurs politiques et leurs pratiques à travers des partenariats de coopération, et de traiter les problèmes de la sécurité transfusionnelle mondiale	Projet de déclaration de consensus élaboré concernant les bonnes pratiques générales ; projet d'exigences minimales concernant les services de transfusion sanguine Sensibilisation accrue au niveau mondial aux questions de sécurité transfusionnelle et choix de la sécurité transfusionnelle comme question prioritaire pour les pays grâce à une collaboration mondiale renforcée

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles appliquant des politiques et des plans efficaces pour l'utilisation sûre et appropriée des injections	23 pays avaient effectué une évaluation initiale au moyen des nouvelles méthodes OMS	60 pays ayant achevé l'évaluation initiale ; 6 ayant organisé des ateliers de planification ; 14 mettant en oeuvre des activités	63 pays ont achevé une évaluation initiale ; 11 ont organisé des ateliers de planification ; 14 mettent en oeuvre des activités

Conseils et modèles permettant d'établir des systèmes qui améliorent l'accès et l'utilisation dans les domaines de la transfusion, de l'imagerie diagnostique, des services de laboratoire clinique et des appareils médicaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles où l'accès ininterrompu à des transfusions sanguines sûres existe dans tous les grands hôpitaux	Les estimations de 1999 indiquent que 120 pays sur 180 (66 %) garantissent la sécurité transfusionnelle	Création des programmes de sécurité transfusionnelle dans tous les pays (100 %)	Politiques et plans nationaux de transfusion sanguine établis dans 145 pays sur 178 (81 %)
Proportion des pays cibles dotés de bonnes pratiques radiologiques et de laboratoire, d'une gestion satisfaisante du matériel et d'une évacuation satisfaisante des déchets sanitaires	<p>Prix des nécessaires d'épreuves catalogués</p> <p>Accès amélioré à des produits diagnostiques de qualité grâce à des prix négociés</p> <p>Recommandation de l'OMS concernant les techniques de laboratoire de base, les services d'imagerie diagnostique et certains aspects particuliers de laboratoire touchant le VIH/SIDA (y compris la biosécurité, l'assurance de la qualité et l'entretien du matériel)</p> <p>Manque de personnel médical qualifié, en particulier dans les petites et moyennes structures hospitalières dans les lieux isolés des pays en situation économique précaire</p>	<p>Système d'achat en gros de l'OMS élargi aux tests concernant le VIH et les hépatites B et C afin de réduire les coûts d'au moins 30 %</p> <p>Deuxième édition du <i>Manuel des techniques de base pour le laboratoire médical</i> imprimée en décembre 2003 dans sa version anglaise¹</p> <p>2 nouveaux manuels médicaux</p>	<p>Coûts des tests diagnostiques réduits en moyenne de 40 %. 32 pays et 4 organismes des Nations Unies utilisent le système</p> <p>Deuxième édition du <i>Manuel des techniques de base pour le laboratoire médical</i> disponible par l'intermédiaire de l'OMS dans sa version anglaise</p> <p>Manuel d'imagerie diagnostique de l'OMS publié²</p> <p>Manuscrit sur l'entretien préventif et systématique du matériel radiographique mis au point</p> <p>CD-ROM sur une série de conférences de l'OMS concernant la radiologie et les ultrasons adapté aux besoins des pays en développement</p> <p>Centre d'excellence pour l'enseignement continu de l'imagerie diagnostique créé à Fidji</p>

¹ *Manual of basic techniques for a health laboratory*, 2nd ed. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

² Sandström S. *The WHO manual of diagnostic imaging: radiographic technique and projections*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
	Recommandations générales de l'OMS sur les appareils médicaux	Soutien fourni à 2 pays concernant le logiciel de technologie essentielle des soins de santé	Soutien fourni à l'Afrique du Sud et au Mozambique ; première évaluation effectuée en Chine

Production de normes, règles et préparations biologiques de référence validées, et accès à des systèmes extérieurs d'évaluation de la qualité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de préparations biologiques internationales de référence, de principes directeurs et de recommandations produits et disponibles comme indiqué par le Comité d'experts de la Standardisation biologique	<p>Application des substances de référence à la standardisation des produits sanguins et aux méthodes de diagnostic biologique in vitro, selon les indications du catalogue OMS des substances biologiques de référence</p> <p>Adoption par le Comité d'experts de la Standardisation biologique de 4 principes directeurs OMS appliqués aux produits sanguins et aux méthodes de diagnostic biologique in vitro</p> <p>2 aide-mémoire publiés sur les autorités nationales de réglementation et sur la qualité et la sécurité des produits sanguins, de même que 2 fiches d'information pour les établissements de fractionnement du plasma sous contrat (et concernant les responsabilités des autorités nationales de réglementation à cet égard)</p>	<p>Etablissement de 10 à 20 substances de référence et de 1 ou 2 principes directeurs</p> <p>Recherche, mise au point et évaluation de nouvelles technologies et méthodes</p>	<p>18 substances de référence mises au point et établies par le Comité OMS d'experts de la Standardisation biologique</p> <p>Une nouvelle directive adoptée concernant les encéphalopathies spongiformes transmissibles (concernant les produits dérivés du sang et autres produits pharmaceutiques)</p>
Nombre et performance des institutions participant aux systèmes OMS d'évaluation externe de la qualité	Plusieurs systèmes d'évaluation externe de la qualité couvrant différentes disciplines, y compris les maladies infectieuses, l'immuno-phénotypage, l'hématologie, la sérodétermination des groupes sanguins, la coagulation, la biochimie et la parasitologie	Selon le système, de 1 à 6 distributions publiées par an, et aide fournie à l'établissement et/ou au renforcement des systèmes nationaux. Le taux d'efficacité visé pour chacun des systèmes devrait être d'au moins 80 %	Les systèmes OMS comptaient plus de 700 participants. Les taux d'efficacité variaient considérablement entre les systèmes, de 48 % (parasitologie) à 97 % (sérologie du VIH) ; 5 systèmes nationaux d'évaluation externe de la qualité établis et/ou renforcés

Matériel et modèles validés pour améliorer les connaissances et les compétences concernant la médecine transfusionnelle et la technologie clinique afin de réduire le risque associé dans les populations cibles

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Utilisation accrue des matériels de formation, des principes directeurs et des recommandations de l'OMS visant à réduire les risques associés aux transfusions	Appui technique fourni à plusieurs pays pour la mise sur pied de programmes nationaux de sécurité transfusionnelle	Mise sur pied et mise en service de services de transfusion sanguine coordonnés au niveau national et dotés de systèmes de qualité	Outils et mécanisme efficaces mis au point pour aider les pays à élaborer des normes et à planifier, mettre en oeuvre et évaluer leurs programmes de transfusion sanguine
Proportion des pays cibles ayant reçu des conseils et un appui adéquats pour l'évaluation et le contrôle des produits sanguins et des substances biologiques connexes	Assistance technique fournie à toutes les autorités de réglementation des Etats Membres ainsi qu'aux bureaux régionaux de l'OMS sollicitant un soutien (Bureaux régionaux des Amériques, de l'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental) Un atelier sur la sécurité des produits sanguins organisé pour 50 pays représentant les 6 Régions de l'OMS	Mise sur pied et mise en service de systèmes nationaux de qualité	Principes directeurs, recommandations et substances internationales de référence mis à la disposition des pays

Principaux obstacles

Internes : le manque de ressources humaines et financières a limité les activités. Par exemple, il y avait une demande de soutien concernant les systèmes de réglementation des produits sanguins et des appareils médicaux, mais seule une action limitée a pu être menée.

Externes : manque d'approches coordonnées au plan national pour la surveillance et la fourniture de technologies sanitaires, y compris la transfusion sanguine.

Pertinence et adéquation

Les résultats escomptés pour ce domaine d'activité ont été adéquats compte tenu de la réalisation de l'objectif de l'OMS, témoignant d'une solide orientation sur le renforcement des capacités de sécurité transfusionnelle dans les pays.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le montant total des dépenses encourues en 2002-2003 aussi bien au titre du budget ordinaire que d'autres sources s'est élevé à US \$15 748 000, alors que le montant du budget programme était pour la même période de US \$25 727 000.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	25 727
Domaine d'activité – dépenses	15 748

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
10 494	1 624	502	1 159	443	570	956

Enseignements

- Les résultats escomptés ont été atteints lorsqu'ils étaient fondés sur les besoins des pays. Ce fut en particulier le cas de l'élargissement des activités pour couvrir davantage de technologies sanitaires. Les deux principaux problèmes consisteront à clarifier les rôles respectifs du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays, et à mettre sur pied un réseau solide regroupant l'ensemble des bureaux de l'OMS afin d'atteindre les résultats souhaités.
- L'engagement des pouvoirs publics a une influence déterminante sur les efforts déployés pour atteindre certains résultats escomptés. Les autorités nationales devraient donc être associées au processus dès le départ.
- Il faudrait d'urgence former des réseaux de réglementation régionaux afin d'assurer l'application de bonnes pratiques de fabrication et d'autres systèmes de réglementation pour protéger la qualité et la sécurité des produits sanguins et des produits biologiques connexes.
- Le nombre de donneurs de sang suscite une inquiétude croissante, de même que la nécessité de préserver une base stable de donneurs réguliers, volontaires et non rémunérés ; des stratégies de recherche et de fidélisation des donneurs de sang à faible risque doivent donc être élaborées d'urgence. Le renforcement de la coordination nationale est également important pour de nombreux services de transfusion sanguine, ce qui exige des initiatives gestionnaires et un engagement politique de haut niveau.
- Il faut travailler avec les départements opérationnels compétents des pays afin d'améliorer la viabilité et l'impact à long terme et garantir la collaboration d'autres institutions, tant au plan international que local.
- L'orientation résolue sur la sécurité transfusionnelle s'est, dans une certaine mesure, faite aux dépens d'autres technologies sanitaires. Le bon fonctionnement des systèmes de santé dépend de l'équilibre trouvé entre l'ensemble des technologies.

BASES FACTUELLES À L'APPUI DES POLITIQUES DE SANTÉ

Objectif(s) de l'OMS

Améliorer la performance des systèmes de santé en générant et en diffusant des données factuelles et soutenir le dialogue sur la politique de santé aux niveaux national et international.

Résumé des réalisations

- Le cadre pour l'évaluation du développement des systèmes de santé a encore été amélioré grâce aux travaux d'un groupe d'examen collégial scientifique. Une attention considérable a été accordée à l'évaluation des fonctions essentielles des systèmes de santé et à la façon dont elles peuvent être utilisées pour améliorer les résultats, en particulier à des fins d'administration générale et de financement.
- Des cadres et des méthodes ont été élaborés pour analyser, aux niveaux mondial, régional et national, la charge de morbidité, établir les coûts et le rapport coût/efficacité, et mesurer aussi bien la réactivité du système de santé que l'impact du système de financement sur les frais catastrophiques et la pauvreté.
- Des réseaux formels ont été établis dans trois Régions de l'OMS en ce qui concerne les comptes nationaux de la santé, et un guide a été publié en collaboration avec la Banque mondiale et l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique.¹ Un appui a été apporté à travers les ateliers régionaux pour permettre aux pays d'établir des comptes nationaux de la santé.
- L'instrument relatif à l'enquête mondiale sur la santé a été mis au point sous forme définitive et appliqué par 73 Etats Membres après une mise à l'essai et une révision approfondie.
- Des modules de formation ont été mis au point suite à l'approbation de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF). La CIF figure désormais au programme des centres de formation et de référence pour la famille OMS des classifications internationales.
- Des études sur la charge de morbidité dans les pays ont été entreprises dans les Etats du Golfe et dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est : de plus, des études de coût ont été entreprises pour plus de 14 pays et des tests coût-efficacité portant sur un instrument particulier ont été effectués dans un pays. Les pays ont reçu un appui pour l'élaboration de politiques en matière de financement de la santé, d'assurance sociale et à base communautaire et d'établissement de contrats. Pour la première fois, des équipes nationales ont été formées à l'analyse des données et à l'élaboration de politiques dans le domaine de la santé et de la pauvreté.
- Cinq pays ont sollicité et reçu un appui afin de procéder à des évaluations de la performance du système de santé au niveau local. Au Kirghizistan, le cadre OMS a été adapté et utilisé pour l'organisation de rapports au Gouvernement et aux donateurs sur la performance du système de santé et les effets des réformes.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Toutes les Régions ont continué de fournir un appui en vue du renforcement de l'information sanitaire et des systèmes de statistiques d'état civil. Ainsi, dans la Région européenne, la mise en oeuvre de la Dixième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes (CIM-10) a été étendue à 6 pays supplémentaires (couvrant 82 % de la Région).
- Dans la Région de la Méditerranée orientale, un appui a été fourni à deux pays pour la révision de leurs systèmes d'information sanitaire, et à deux autres pays pour développer l'utilisation de la CIM-10 ; un soutien technique visant à renforcer les statistiques sanitaires a été fourni à un autre pays, et un atelier inter pays sur l'utilisation des outils informatiques dans les systèmes d'information sanitaire a été organisé. La plupart des pays de la Région de l'Asie du Sud-Est ont terminé des évaluations de leurs systèmes d'information sanitaire dans le but de les développer.

¹ *Guide to producing national health accounts: with special applications for low-income and middle-income countries.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Réalisation des résultats escomptés**Recommandation d'une politique cohérente, éthique et factuelle sur le financement des soins de santé, les approches sectorielles et intersectorielles du développement sanitaire et les dosages efficaces d'interventions**

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Utilisation dans les pays et les Régions des recommandations générales de l'OMS concernant le financement des soins de santé, les approches sectorielles et intersectorielles du développement sanitaire et le dosage des interventions	Non établie	Non établie	Au moins 14 pays ont effectué des études de coût afin d'évaluer les différents dosages d'interventions ; 20 autres ont reçu des informations concernant les options en matière de financement et les méthodes de lutte contre la pauvreté 18 profils de pays sur les systèmes de soins de santé dans les pays en transition ont été établis

Disponibilité de mécanismes opérationnels et d'outils validés pour actualiser régulièrement les informations et faciliter l'analyse systématique de la performance des systèmes de santé ; formulation de stratégies et de politiques pour améliorer la performance des systèmes de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Disponibilité d'outils prétestés pour l'évaluation systématique de la performance des systèmes de santé	Non établie	Non établie	Outils prétestés mis à disposition concernant les comptes nationaux de la santé, l'évaluation de la charge de morbidité, l'établissement des coûts et le rapport coût/efficacité ; instruments d'enquête mis au point ; nouvel outil à l'intention des décideurs élaboré et mis en place, à savoir le projet de réseau sur les données sanitaires en rapide évolution dans la Région européenne, qui fournit aux responsables de l'élaboration des politiques des réponses à leurs questions concernant les interventions de santé publique
Méthodes permettant de mesurer et d'améliorer la performance définies dans certains pays, en collaboration avec les bureaux régionaux	Non établie	Non établie	Evaluation de la performance au niveau local entamée dans 4 pays. Plus de 100 autres ont introduit certaines composantes du cadre

Elaboration d'un cadre validé, basé sur des méthodes et des indicateurs convenus, pour améliorer la capacité d'obtenir, d'analyser et d'utiliser des informations clés, y compris sur la santé de la population, l'évaluation de l'état de santé, les facteurs de risque, l'analyse coût-efficacité et l'analyse du coût économique de la maladie

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Disponibilité d'indicateurs et de méthodes visant à obtenir des informations clés pour la santé publique sur la base du cadre de l'OMS	Non établie	Non établie	Méthodes élaborées concernant les outils susmentionnés ainsi que pour le financement de la santé, la génération de ressources et les fonctions d'administration générale
Cadre adapté à l'élaboration des politiques de santé dans certains pays sur la base d'une collaboration à l'échelle de l'Organisation	Non établie	Non établie	Cadre adapté de façon à privilégier les fonctions des systèmes de santé à la suite de consultations dans chaque Région et des délibérations du groupe d'examen collégial scientifique d'experts extérieurs des six Régions de l'OMS Certaines Régions continuent d'établir des rapports réguliers sur la situation sanitaire (par exemple <i>les rapports sur la santé en Europe</i> qui paraissent tous les trois ans)

Utilisation de réseaux et de partenariats pour les estimations et les méthodes épidémiologiques, les analyses économiques, l'analyse de la politique à mener, la mesure de la performance du système de santé (buts et fonctions), l'analyse des problèmes propres à chaque sexe et l'éthique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Représentation des Régions et des institutions nationales en vue de mettre en place des réseaux pour définir des méthodes d'estimation concernant les principaux paramètres de la politique de santé	Non établie	Non établie	<p>Réseaux mis en place avec la participation des Régions et des pays pour ce qui concerne l'évaluation de la charge de morbidité, le rapport coût/efficacité et les comptes nationaux de la santé. La collaboration internationale s'est poursuivie en matière de classifications internationales, avec le concours des centres collaborateurs et de certaines Régions</p> <p>Des données et des informations sanitaires actualisées en provenance de la base de données européenne sur la santé pour tous du Bureau régional de l'Europe et des profils sanitaires de pays de la Région de l'Asie du Sud-Est ont favorisé une collaboration fructueuse avec les pays et offert la possibilité de procéder à des comparaisons internationales.</p> <p>Un pays de la Région de l'Asie du Sud-Est a effectué une évaluation de la performance du système de santé au niveau local</p>

Définition et validation de normes, d'une terminologie et de méthodes concernant des questions clés, y compris la santé de la population et la façon de la mesurer, l'analyse de l'efficacité économique, les coûts économiques, les incidences éthiques de l'allocation des ressources et la comptabilité sanitaire nationale dans les pays en développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Disponibilité – et utilisation dans certains pays – de règles, de normes, d'une terminologie et de méthodes déterminées visant à satisfaire les besoins prioritaires des pays et des Régions pour produire des bases factuelles à l'appui de la politique de santé	Non établie	Non établie	<p>Elaboration pour usage interne à l'Organisation de principes directeurs pour l'établissement de principes cliniques ; mise au point définitive de lignes directrices concernant le rapport coût/efficacité ;¹ publication de normes pour l'établissement des comptes nationaux de la santé dans un guide pratique, ainsi que de normes pour mesurer et interpréter les frais catastrophiques ; élaboration et publication d'instruments communs pour réaliser des enquêtes sanitaires par questionnaire dans la Région européenne²</p>

Conception et validation d'outils pratiques à l'usage des décideurs dans des domaines clés, y compris l'analyse de la charge de morbidité et les projections, la formulation de recommandations sur les meilleures pratiques reposant sur des données factuelles, l'évaluation d'autres moyens d'améliorer la performance des systèmes de santé et la gestion du changement dans les systèmes de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Disponibilité d'outils pratiques déterminés que les responsables pourront utiliser dans la planification nationale des politiques dans le cadre fixé par l'OMS	Non établie	Non établie	<p>Outils pratiques mis à disposition pour l'établissement des coûts, l'analyse du rapport coût/efficacité, l'évaluation de la charge de morbidité, les comptes nationaux de la santé et les classifications internationales comme la CIF et la CIM-10. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a mis à l'essai les outils pour obtenir un échantillon adéquat de certifications de la cause de décès</p>

¹ *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

² Gudex C, Nossikov A, eds. *EUROHIS: developing common instruments for health surveys*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2003.

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Incorporation de ces outils à l'élaboration de la politique sanitaire dans différents pays sur la base d'une collaboration à l'échelle de l'Organisation	Non établie	Non établie	Ateliers régionaux organisés et soutien technique fourni aux pays pour les questions suivantes : coûts, évaluation de la charge de morbidité, évaluation de la performance, comptes nationaux de la santé, et utilisation de la CIM-10

Principaux obstacles

Internes : les restrictions financières ont freiné la mise en oeuvre des plans de travail dans certaines Régions. Dans d'autres, des pénuries de personnel ont été signalées. Certains donateurs bilatéraux ont considéré que le domaine relevait des fonctions essentielles de l'OMS et ne devait donc pas bénéficier d'un financement extrabudgétaire particulier.

Externes : certains pays ont souhaité avancer, sur des questions clés relevant de ce domaine d'activité, plus rapidement que ne pouvait le faire l'OMS aux niveaux des pays, des Régions ou du Siège.

Pertinence et adéquation

Le domaine d'activité est essentiel pour le développement des systèmes de santé, or les réalisations ont été limitées faute de personnel technique qualifié.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Les dépenses ont représenté 95,9 % du budget programme.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	43 225
Domaine d'activité – dépenses	41 447

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
25 620	1 065	1 336	1 349	9 669	945	1 463

Enseignements

- Les bases factuelles à l'appui des politiques de santé sont essentielles pour le développement de systèmes de santé adaptés, dont le bon fonctionnement est lui-même vital pour la réussite des programmes dirigés contre des maladies particulières.
- L'information doit être adaptée aux besoins et aux capacités des pays.
- Si l'on veut que des activités de pays répondent aux besoins prioritaires, une planification et une coordination étroites entre le Siège et les Régions s'imposent pour garantir une approche cohérente.
- Le soutien organisationnel et les moyens destinés au développement des systèmes d'information sanitaire doivent être renforcés tant à l'OMS que dans les pays.
- Il est difficile de mobiliser des contributions extrabudgétaires à objet désigné pour cette activité, car de nombreux donateurs considèrent qu'il s'agit d'une activité essentielle de l'OMS. Il faudra donc encourager les donateurs à investir davantage dans ce bien public international, car la participation d'experts de qualité est directement liée au niveau des budgets opérationnels.

GESTION ET DIFFUSION DE L'INFORMATION SANITAIRE

Objectif(s) de l'OMS

Faciliter l'accès des gouvernements, des partenaires de l'OMS dans le domaine de la santé et du développement, et des personnels à des informations sanitaires fiables et à jour qui reposent sur des données factuelles et donnent les indications nécessaires pour l'élaboration des politiques de santé et de la pratique sanitaire aux niveaux national et international.

Résumé des réalisations

- Au titre des contributions substantielles apportées à l'échelle de l'Organisation à la réalisation des résultats escomptés, l'accès aux informations publiées a été élargi aux niveaux régional et des pays tant par des moyens électroniques que classiques.
- Des normes, des règles et des politiques ont été établies pour l'ensemble du travail touchant le Web à l'échelle de l'Organisation.
- L'initiative mondiale pour l'information en texte intégral a été présentée à l'ensemble du personnel de l'OMS.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Pour la première fois, le personnel de l'OMS au Siège, dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays a accès à plus de 1000 revues scientifiques et grandes bases de données.
- Deux réunions interrégionales ont été organisées rassemblant des spécialistes de la publication et de la bibliothéconomie de toute l'Organisation.

Réalisation des résultats escomptés

Mise en oeuvre de la stratégie et de la politique d'information sanitaire à l'échelle de l'Organisation pour guider le travail du personnel

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Impact de la stratégie et de la politique d'information sanitaire à l'échelle de l'Organisation sur l'orientation du travail du personnel	En 2002-2003, le bureau des publications au Siège a continué de promouvoir, en consultation avec les bureaux régionaux, des normes de rédaction dans toute l'Organisation en élaborant, mettant à jour et diffusant des directives concernant la rédaction et la mise en forme rédactionnelle (édition)	Mondiale	<p>Le « WHO style guide » a été mis au point sous forme définitive et publié¹</p> <p>Des directives sur l'externalisation du travail d'édition et sur ce travail lui-même ont été mises au point et mises à disposition sous forme électronique sur le réseau interne de l'Organisation</p> <p>Les directives concernant la rédaction et l'édition placées sur l'Intranet ont été mises à jour et restructurées pour rendre le site plus convivial ; des liens pertinents ont été ajoutés</p> <p>Le rôle consultatif en matière de rédaction et d'édition a été élargi par le recours tant aux consultations personnelles qu'à des séances d'information du personnel</p> <p>Des séances d'information sur les règles de rédaction et d'édition propres à l'Organisation et sur l'externalisation du travail d'édition ont été présentées à quelque 200 membres du personnel</p> <p>Des avis ont été fournis concernant les qualifications des éditeurs, rédacteurs, correcteurs d'épreuves et indexeurs indépendants s'agissant de produits d'information particuliers</p>

¹ WHO style guide (document WHO/IMD/PUB/04.1).

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
			Un effort majeur a été fait pour élargir la liste des éditeurs, rédacteurs, correcteurs d'épreuves et indexeurs indépendants établie par le Département Gestion et diffusion de l'information sanitaire, et fournir des avis connexes

Meilleure définition des publics cibles et de leurs besoins, et diffusion plus efficace des informations pertinentes dans plusieurs langues et sous différentes formes dans divers médias

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Utilisation accrue par les publics cibles du site Web de l'OMS	En 2003, en moyenne 3 250 000 visiteurs ont consulté chaque mois le site Web de l'OMS	Mondiale	Progrès enregistrés dans les principaux domaines suivants : mise en forme rédactionnelle, conception, service et aide aux clients, et publication. Des outils, des normes, des règles et des politiques ont été établis pour l'ensemble des travaux touchant au Web à l'échelle de l'Organisation
Fréquence et volume des demandes d'utilisation du matériel protégé par le droit d'auteur de l'OMS	Selon les estimations, 750 000 exemplaires des versions linguistiques de matériels d'information de l'OMS produits dans 66 langues	Mondiale	Le groupe chargé des droits d'auteur et des autorisations a conclu au total 381 contrats pour la publication de traductions de matériels d'information de l'OMS et 39 accords de réimpression d'ouvrages OMS, ce qui représente au total quelque 35 000 exemplaires. Des dispositions ont été prises avec 3 maisons d'édition spécialisées pour la commercialisation conjointe de livres en anglais Près de 5000 demandes de reproduction d'extraits de revues, ouvrages, documents et de pages Web de l'OMS ont été traitées Un accord a été conclu avec le Copyright Clearance Center des Etats-Unis d'Amérique et des discussions sont en cours avec les représentants de l'International Federation of Reproduction Rights Organisations

Amélioration des processus et des mécanismes pour la planification, l'élaboration et la diffusion des produits d'information sanitaire, y compris la mise en place d'un système de gestion des documents et des évaluations et affinements périodiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Accès dans l'ensemble de l'OMS à des informations bien organisées sur les matériels d'information sanitaire, en particulier sous forme électronique	Un ensemble d'outils électroniques destinés à faciliter la circulation de l'information, la gestion du contenu institutionnel et l'établissement de rapports a été mis au point pour donner effet au processus unique de planification, élaboration, production, diffusion et évaluation de l'ensemble des produits d'information sanitaire (restructuré en 1999-2000)	Mondiale	Afin d'aider le personnel de l'OMS à diffuser des informations sanitaires exactes, de qualité et en temps opportun, deux sites ont été créés sur l'Intranet à l'appui de ce processus et de la prestation de services : http://intranet.who.int/homes/pps pour l'appui au processus de publication et http://intranet.who.int/homes/imd pour la gestion et la diffusion de l'information sanitaire Des améliorations ont été apportées continuellement dans la nouvelle génération d'outils de promotion pour la commercialisation et la diffusion, et les fonctionnalités du site Web des publications ont été améliorées afin d'y inclure le commerce électronique ; la présentation multilingue de l'information a été assurée ; un système associant tant des produits gratuits que des produits en vente à été mis en place ; et des améliorations continues ont été apportées aux opérations telles que le « livre du mois »

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
			<p>Les publications OMS ont été exposées lors de foires du livre, de réunions et de congrès professionnels partout dans le monde</p> <p>Des mesures ont été prises pour poursuivre l'introduction d'une stratégie commune de diffusion de l'information et de communication malgré des ressources financières limitées</p>

Promotion, commercialisation et diffusion dans les langues appropriées de certains produits d'information prioritaires, dont le *Rapport sur la santé dans le monde*, le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, et des revues régionales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Disponibilité de produits d'information déterminés dans différentes langues dans les pays prioritaires	<p>Le <i>Rapport sur la santé dans le monde, 2002</i> a été publié en anglais, espagnol et français.¹</p> <p>Des versions résumées en arabe, chinois et russe ont été publiées simultanément sur le site Web de l'OMS²</p> <p>Le <i>Rapport sur la santé dans le monde, 2003</i> a été publié en anglais, espagnol et français.³</p> <p>Une édition arabe a été produite par le Bureau régional de la Méditerranée orientale⁴</p> <p>Deux volumes du <i>Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé</i> comportant 24 numéros ont été publiés sur support papier et en ligne⁵</p>	Mondiale	<p>Le <i>Rapport sur la santé dans le monde, 2002</i> a été l'un des plus importants projets de recherche jamais coordonné par l'OMS, répertoriant les 20 principaux facteurs de risque responsables de près de la moitié de la mortalité mondiale totale et évaluant le rapport coût/efficacité des mesures prises pour les combattre</p> <p>Le <i>Rapport sur la santé dans le monde, 2003</i> était complété par des matériels d'appui, notamment un CD-ROM comportant une présentation PowerPoint très complète. Elle était destinée en particulier aux représentants de l'OMS dans les pays, et a été très appréciée puisque plusieurs l'ont utilisée pour lancer le rapport dans leur pays</p> <p>Le facteur d'impact du <i>Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé</i> a pratiquement doublé ces dernières années passant de 1,43 en 1998 à 2,69 en 2002. On a également observé une augmentation significative du taux de citation (nombre total de citations en 2003 : 4265). A la fin de la période biennale, le <i>Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé</i> se situait parmi les dix principales revues de santé publique dans les deux catégories</p>

¹ *Rapport sur la santé dans le monde, 2002 – Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève Organisation mondiale de la Santé, 2002.

² Disponibles à l'adresse <http://www.who.int/whr/2003/en>.

³ *Rapport sur la santé dans le monde, 2003 – Façonner l'avenir*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

⁴ *Rapport sur la santé dans le monde, 2003 – Façonner l'avenir* (version arabe). Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

⁵ *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 2002, 80 ; Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 2003, 81*.

Amélioration de la gestion et de l'échange de l'information dans toute l'Organisation, y compris de l'information à diffuser à l'extérieur de l'Organisation ; amélioration de l'accès des personnels, quelle que soit leur situation géographique, aux informations dont ils ont besoin pour effectuer efficacement leur travail

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Satisfaction des personnels dans différentes situations géographiques concernant l'information dont ils ont besoin pour effectuer leur travail	La base de données de la bibliothèque de l'OMS, WHOLIS, va continuer à constituer la base de la mémoire collective de l'Organisation en enregistrant tout le matériel produit dans l'Organisation et en y donnant accès en texte intégral	Mondiale	<p>WHOLIS a accéléré le mouvement entamé en vue de relier, en texte intégral, les fichiers des publications, des documents techniques et des publications épuisées et est passé d'archives bibliographiques à un système d'archives en intégral destiné à des utilisateurs partout dans le monde</p> <p>L'initiative mondiale de l'OMS pour l'information en texte intégral a été présentée à l'ensemble du personnel comme un service disponible à l'échelle de l'Organisation</p> <p>Pour la première fois, le personnel de l'OMS en poste dans les bureaux régionaux, les bureaux de pays et au Siège a accès à plus de 1000 revues scientifiques et grandes bases de données grâce à un logiciel négocié par le Département Bibliothèque et réseaux d'information à l'appui des connaissances pour le compte de l'ensemble de l'Organisation ; la bibliothèque du Siège a également fourni les listes de sujets touchant à la santé pour le site Web de l'OMS, et se charge du catalogage de toutes les monographies OMS publiées</p> <p>La bibliothèque OMS a élargi ses services essentiels à la prestation de services individuels de recherche approfondie pour les unités techniques et à la fourniture instantanée de matériels de documentation scientifique aux équipes travaillant sur le syndrome respiratoire aigu sévère et la grippe aviaire</p> <p>Des séances de formation sont organisées quotidiennement ou de façon hebdomadaire pour le personnel de l'OMS, et des modules de formation sont également disponibles sur CD-ROM pour les bureaux régionaux</p>

Fonctionnement du site Web reflétant l'unité de l'OMS et permettant d'accéder, par un système de navigation facilitée, à des informations fiables et actuelles répondant aux besoins des usagers dans les pays industrialisés et les pays en développement, et utilisant au mieux la technologie existante

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage accru de l'information OMS sur le site Web reflétant l'unité de l'OMS, site généré à partir d'une série type de modèles qui remplissent les critères politiques de l'information sanitaire	Normes, règles et politiques établies pour l'ensemble de l'activité Web dans toute l'Organisation		Lancement en juillet 2002 d'un projet visant à remanier entièrement l'architecture du site Web pour l'améliorer, et mise en place d'outils sophistiqués de gestion du contenu permettant aux Départements d'élaborer et de publier leur propre contenu dans le cadre général du site Web de l'OMS

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
			En décembre 2002, un programme de formation complet a été mis à la disposition de tous les membres du personnel, couvrant de nombreux aspects de la publication sur le Web. A ce jour, plus de 250 utilisateurs ont été formés sans frais pour les unités ou pour les intéressés
Fréquence accrue des mises à jour du contenu du site Web de l'OMS, sans solution de continuité	Le nombre de fournisseurs de contenu au Siège a plus que triplé à la suite des importants programmes de formation mis en place et des services aux clients	Mondiale	Il y a actuellement plusieurs grands projets en cours pour préparer des changements fondamentaux dans la façon dont l'information est organisée et publiée sur le site, et visant également à élargir le contenu disponible et à augmenter le nombre de langues dans lesquelles l'information est diffusée

Principaux obstacles

Internes : l'obstacle de loin le plus important a été le manque de crédits aussi bien au Siège que dans les bureaux régionaux, qui s'est traduit par le report ou l'annulation de certaines activités. Au Siège, cette pénurie était due en partie au fait que le Département Gestion et diffusion de l'information sanitaire était en train de mettre sur pied de nouveaux domaines ne faisant pas encore l'objet d'un financement.

Externes : le manque d'intérêt des bailleurs de fonds extérieurs pour la prestation d'un service essentiel au plan interne.

Internes et externes : l'installation des outils de gestion des connaissances à l'OMS dans un cadre plus intégré et plus dynamique exigeait un changement de culture institutionnelle.

Pertinence et adéquation

La demande de services a été forte dans les Régions et dans les pays – ce qui montre clairement la pertinence et l'adéquation des activités dans ce domaine à l'échelle de l'Organisation.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	46 370
Domaine d'activité – dépenses	39 506

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
23 782	4 195	2 068	1 173	4 804	1 968	1 516

Enseignements

- La planification opérationnelle devrait être étroitement rattachée à la planification des ressources humaines et financières ; or le processus de planification a été entravé par les incertitudes budgétaires au début de la période biennale.
- L'OMS ne possède pas de mécanisme efficace permettant de financer et de gérer des activités transversales qui ne sont pas d'ordre purement administratif.

- Le processus de sélection officiel à l'OMS, qui passe par l'appel d'offres et est axé sur des offres à prix fixes, peut nuire à long terme à une sous-traitance efficace des projets de génie logiciel, car il n'y a pas de moyen facile de gérer une activité itérative – et donc un modèle de coût itératif – à grande échelle, même si c'est ce dont on a, en fait, le plus besoin. Si le mécanisme d'évaluation des offres ne peut être modernisé pour ce type d'activité, il serait préférable de publier d'abord une demande d'information puis d'effectuer l'analyse, le développement et l'assurance de la qualité en interne.

POLITIQUE DE RECHERCHE ET PROMOTION DE LA RECHERCHE

Objectif(s) de l'OMS

Encourager la recherche, qu'elle soit destinée à bénéficier aux pays en développement ou qu'elle soit menée en collaboration avec, ou par, des pays en développement, en déterminant les tendances qui se font jour dans les connaissances scientifiques et sont susceptibles d'améliorer la santé ; en incitant la communauté mondiale de la recherche à se pencher sur les problèmes de santé prioritaires ; et en lançant des initiatives pour renforcer les capacités de recherche dans les pays en développement et faire reconnaître la recherche comme le fondement des politiques de santé.

Résumé des réalisations

- Le comité d'examen éthique de l'OMS concernant la recherche sur des sujets humains a rationalisé et systématisé le processus qui garantit le respect des normes éthiques dans les travaux de recherche parrainés par l'OMS.
- L'administration du réseau mondial des centres collaborateurs de l'OMS a été améliorée, normalisée et rendue plus efficace grâce à une base de données complète.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Un rapport important sur la génomique et la santé dans le monde, rédigé par le Comité consultatif OMS de la Recherche en Santé (CCRS), a été publié pour mettre en lumière une grande tendance qui se dégage dans la connaissance scientifique et qui est susceptible d'améliorer la santé.¹ Le rapport a été bien accueilli par la communauté sanitaire et scientifique, et a fait l'objet d'une excellente couverture dans les médias internationaux. Ses principales recommandations ont été soumises au Conseil exécutif à sa cent onzième session en janvier 2003,² et ont été examinées par le Conseil à sa cent douzième session en mai 2003,³ contribuant ainsi à sensibiliser aux incidences de la génomique pour la santé publique.
- Une initiative importante sur l'analyse des systèmes de recherche en santé a été lancée en 2002. Elle a soutenu les travaux des bureaux régionaux et des pays en matière d'analyse des systèmes nationaux de recherche en santé en vue de faciliter l'application de la recherche à l'élaboration des politiques de santé.

Réalisation des résultats escomptés

Actualisation de la politique de recherche de l'OMS compte tenu des tendances émergentes, des progrès scientifiques contemporains intéressant la santé, des lacunes dans les connaissances et des aspects éthiques de la recherche, afin de rationaliser la prise de décision concernant les priorités de la recherche

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mesure dans laquelle les positions en matière de politique de recherche de l'OMS reflètent les tendances actuelles et les progrès des connaissances ainsi que des normes éthiques d'un haut niveau	Il n'existait pas de position claire de l'OMS concernant le potentiel offert par la génomique pour la santé ; l'examen éthique à l'OMS était ponctuel et n'était pas systématisé	Un grand rapport sur la génomique et la santé dans le monde ; des normes éthiques d'un bon niveau appliquées à l'OMS pour l'examen des travaux de recherche parrainés par l'Organisation	Le rapport sur la génomique et la santé dans le monde a été publié ; il a contribué à mieux faire connaître au niveau mondial les répercussions de la génomique pour la santé publique, et à mieux sensibiliser à ses incidences éthiques, juridiques et sociales. Un examen éthique efficace de la recherche à l'OMS a été mis en place.
Niveau d'importance et présence de la politique de recherche de l'OMS dans le Programme mondial de recherche en santé			

¹ *Génomique et santé dans le monde : rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (à paraître).

² Document EB111/12.

³ Document EB112/2003/REC/1, procès-verbal de la première séance, section 4.

Mise en oeuvre de mécanismes pour l'établissement de réseaux et de partenariats destinés à améliorer la coopération internationale en matière de recherche en santé, y compris des mécanismes de collaboration pratique et durables entre les CCRS mondial et régionaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de CCRS régionaux entretenant des liens opérationnels et administratifs avec le CCRS mondial	3 CCRS régionaux entretiennent des liens étroits avec le CCRS mondial	6 CCRS régionaux entretenant des liens étroits avec le CCRS mondial ; coordination étroite des dates des réunions	6 CCRS régionaux entretiennent des liens étroits avec le CCRS mondial. Dialogue et coordination étroits entre les niveaux régionaux et mondial pour les problèmes et priorités de recherche

Mise en oeuvre d'un cadre pour la fourniture d'un soutien général et technique destiné à renforcer les capacités de recherche en santé des pays en développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de bureaux régionaux, de bureaux de pays et de centres collaborateurs OMS disposant d'un accès au Web en temps réel pour consulter les principales bases de données mondiales d'information scientifique et politique intéressant la recherche en santé et les autres bases de données liées aux activités de recherche de l'OMS, aux tableaux d'experts et aux centres collaborateurs de l'OMS	Quelques bureaux de pays et centres collaborateurs de l'OMS avaient un accès satisfaisant aux bases de données Aucune information n'était disponible pour les bureaux régionaux	Accès par Internet et par Intranet aux bases de données des centres collaborateurs et tableaux d'experts ; accès à des bases de données et à une documentation scientifique	Environ 10 à 20 % de l'objectif atteint faute de ressources et en raison de problèmes d'accès. Les bases de données des centres collaborateurs OMS et des tableaux d'experts sont désormais accessibles à la fois par Internet et par Intranet dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays.

Fourniture d'un soutien et de conseils à l'intérieur de l'OMS pour les activités liées à la recherche

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Importance donnée aux problèmes de recherche en santé dans les documents et les communiqués de presse de l'OMS	Mention limitée des questions de recherche en santé dans la documentation et les rapports de l'OMS	Intégration de la recherche en santé dans tous les domaines d'activité de l'OMS et non pas uniquement dans ceux qui sont traditionnellement engagés dans la recherche	Objectif en partie atteint, plusieurs rapports et déclarations soulignant le rôle de la recherche (par exemple en santé mentale, ou concernant la violence et les traumatismes)

Renforcement de la capacité des centres collaborateurs de l'OMS de participer aux recherches prioritaires

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Participation accrue des centres collaborateurs de l'OMS aux domaines de recherche prioritaires dans le cadre de réseaux intercentres nationaux ou régionaux	Nombre limité de réseaux dans les domaines prioritaires, les centres travaillant souvent isolément	Réseaux solides dans les domaines prioritaires	Réseaux constitués (par exemple pour la salubrité de l'environnement et la classification des maladies), mais la création et la coordination de réseaux supplémentaires a été limitée faute de personnel technique
Soutien financier fourni aux centres collaborateurs de l'OMS pour les activités liées à la recherche dans les domaines prioritaires	Aucun soutien financier pour la recherche conduite par les centres collaborateurs de l'OMS	Soutien financier aux centres collaborateurs de l'OMS pour les activités de recherche	Un soutien financier n'a pu être fourni aux activités de recherche des centres collaborateurs faute de moyens

Principaux obstacles

Internes : l'ensemble de compétences nécessaires n'était pas toujours en place et le niveau de soutien à la recherche a varié selon les Régions.

Externes : les environnements propices à la recherche en santé faisaient défaut, de même que les capacités de recherche sur les systèmes de santé dans les pays. Une mauvaise coordination parmi les principales institutions et un manque de ressources financières ont également été signalés.

Pertinence et adéquation

La réalisation des résultats escomptés est restée pertinente compte tenu de l'objectif d'ensemble de l'OMS, qui est de promouvoir la recherche en matière d'élaboration des politiques de santé, pertinence encore accrue par l'inclusion d'activités liées à l'éthique de la recherche en santé. Les réalisations ont toutefois été insuffisantes par manque de ressources et de moyens techniques.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le montant total des dépenses, crédits du budget ordinaire et fonds extrabudgétaires compris, pour 2002-2003 s'est élevé à US \$12 551 000, soit 112,9 % du montant total du budget programme (US \$11 114 000).

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	11 114
Domaine d'activité – dépenses	12 551

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
5 894	306	654	1 448	2 507	1 446	296

Enseignements

- Le processus de développement du programme devrait, dès le départ, reposer sur une coordination étroite afin de recenser des domaines d'intérêt communs entre le Siège et les bureaux régionaux, ainsi que des domaines intéressants spécifiquement des Régions.
- Le développement des capacités de recherche sur les systèmes de santé au niveau national devrait faire l'objet d'une attention accrue de même que l'établissement d'un réseau regroupant les différents experts engagés dans la recherche en santé, afin d'améliorer la coordination des activités.
- Il convient de mieux utiliser les centres collaborateurs ainsi que le système du CCRS pour fournir un appui aux pays pour l'élaboration de politiques de recherche en santé et de plans stratégiques, mettre en place des mécanismes nationaux de coordination de la recherche en santé ainsi que des comités d'examen scientifique et bioéthique.
- Le développement de trop nombreux produits dilue l'impact au niveau des pays et devrait être évité.
- Les pays continuent à se tourner vers l'OMS dont ils attendent qu'elle joue un rôle directeur et leur donne des orientations concernant les domaines émergents et potentiellement controversés comme la génomique. L'OMS est perçue comme un organisme indépendant et objectif, bien placé pour conseiller les pays. La crédibilité internationale de l'Organisation devrait donc servir de base aux activités futures.

ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Objectif(s) de l'OMS

Travailler avec les ministères de la santé afin de renforcer la capacité des pays à fournir des services de santé de qualité, d'un coût abordable, efficaces et équitables à leurs populations, et notamment aux groupes les plus vulnérables, en mettant en place et en renforçant les systèmes de planification et de prestation de services, et en réunissant des données et élaborant des outils susceptibles de favoriser une prise de décision éclairée et l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques fondées sur la participation.

Résumé des réalisations

- De nouveaux partenariats ont été mis en place avec de nombreuses institutions, dont l'Union africaine, l'OIT et l'Organisation internationale pour les Migrations.
- Une collaboration accrue a été établie avec des institutions multilatérales telles que la Banque mondiale, le Conseil de l'Europe, l'Union européenne, la Banque interaméricaine de Développement et la Banque asiatique de Développement.
- Des documents d'orientation ont été élaborés dans de nombreux domaines essentiels et communiqués aux pays. Parmi les sujets couverts figuraient l'administration générale, le rôle des hôpitaux, l'accréditation, la passation de contrats et la gestion de district.
- Chaque Région a effectué un examen des activités en matière de soins de santé primaires au cours de la période biennale ; le Siège a également rédigé un document succinct et organisé une réunion technique sur le même sujet.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Dans la Région OMS de l'Europe, le cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé a été adapté à la situation des pays en partenariat avec plusieurs parties prenantes.
- Dans les pays d'Europe du Sud et de l'Est, l'OMS a participé en qualité de partenaire à l'amélioration des services médicaux d'urgence.
- Le Bureau régional des Amériques a fait des efforts considérables pour mettre en oeuvre les fonctions essentielles de santé publique avec les ministères de la santé et renforcer leur capacité d'administration générale.
- Les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont soutenu l'amélioration de la qualité des services de santé par le développement professionnel continu ; un processus d'accréditation a également été introduit dans plusieurs pays. Les Bureaux régionaux de l'Afrique et du Pacifique occidental ont soutenu l'élaboration de politiques nationales des ressources humaines pour la santé, et le Bureau régional des Amériques a mis en place un observatoire des ressources humaines pour la santé ainsi qu'une « université virtuelle » de santé publique.
- Comme l'a indiqué le Bureau régional du Pacifique occidental et comme cela est préconisé dans l'ensemble de l'Organisation, une meilleure collaboration et une meilleure coordination entre tous les partenaires et l'engagement des homologues nationaux ont facilité la mise en oeuvre, même si des progrès restent à faire.

Réalisation des résultats escomptés

Validation et promotion de données factuelles et des meilleures pratiques afin de définir les orientations qui s'offrent aux pays en ce qui concerne la prestation de services de santé, le développement des ressources humaines et l'administration générale

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Utilisation des grandes orientations élaborées par l'OMS	Très peu de pays en développement sont dotés de politiques de ressources humaines pour la santé	10 pays appliquent les grandes orientations de l'OMS	6 pays ont procédé à des examens approfondis des ressources humaines pour la santé en utilisant les outils OMS. Au moins 4 autres ont élaboré des plans de ressources humaines pour la santé ; 6 pays ont reçu un soutien pour élaborer des politiques en matière de services hospitaliers

Analyse et promotion de différents modèles de prestation de services de santé à tous les niveaux du système de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Accès des pays à différents modèles de prestation de services	Tous les pays sont dotés de modèles de prestation de services et beaucoup ont été révisés	7 pays mettant en oeuvre à titre expérimental des modèles d'intervention et de prestation de services	Si l'on ignore le nombre de pays concernés, un examen global des soins de santé primaires a indiqué que des pays comme le Bénin, le Brésil, le Canada, la Malaisie et la Nouvelle-Zélande étaient en train d'adapter les soins de santé primaires à leur environnement actuel. D'autres mettent en place des démarches novatrices pour atteindre les populations pauvres et défavorisées (le Bangladesh, par exemple)

Validation des cadres à utiliser par les pays pour la collecte et l'analyse de données concernant la réforme du système de santé et son impact sur la prestation de services, et pour le renforcement de leur capacité d'élaboration et de mise en oeuvre des politiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'études de cas en cours dans les pays visés après mise à l'essai de cadres d'évaluation	Tous les pays en développement ont des besoins à cet égard	Non établie	Nombre d'études non précisé. Toutefois, un cadre pour l'évaluation rapide des systèmes de santé et la planification a été mis au point, de même que des orientations pour l'évaluation rapide de l'organisation et de la performance du système de santé dans les pays. Un cadre pour l'évaluation de la performance locale a été appliqué à 4 pays Un bilan des méthodes d'évaluation de la performance gestionnaire a été effectué. Une stratégie de développement de la gestion a été testée et appliquée à 2 pays

Constitution et actualisation de la base de données réunissant les meilleures pratiques et de réseaux opérationnels afin de soutenir la mise en oeuvre des fonctions du système de santé dans les pays et de renforcer les partenariats

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Actualisation de la base de données concernant les meilleures pratiques	Non établie	Non établie	Bien que cette activité ait été lancée, elle n'a pas progressé de la même façon dans toutes les Régions. La base de données n'a donc pas été constituée
Proportion des pays visés de chaque Région faisant partie de réseaux utilisant la base de données			

Elaboration de stratégies, de méthodes, de principes directeurs et d'outils qui permettent aux pays d'améliorer la qualité des services de santé dispensés aux individus et aux populations ; définition de repères en collaboration avec les Etats Membres et les partenaires

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays visés appliquant des stratégies, des méthodes, des principes directeurs et des outils OMS pour améliorer la prestation et la qualité des services	Non établie	Au moins 10 pays à contacter pour les inciter à utiliser les outils et à suivre les résultats obtenus	Des outils n'ont été mis au point que dans la dernière partie de la période biennale Mise au point d'une méthode permettant d'utiliser les données hospitalières de routine pour évaluer la qualité

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
			Compréhension commune des concepts et des termes, et élaboration d'une taxonomie pour la sécurité des patients

Elaboration de méthodes, principes directeurs et outils pour la planification, l'éducation, la gestion et l'amélioration de la performance des personnels de santé, l'harmonisation de la participation du secteur privé à la réalisation des buts nationaux, et l'évaluation et l'application de modèles de prestation de services de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Utilisation dans les pays visés des méthodes, principes directeurs et outils mis au point par l'OMS pour améliorer la performance des personnels de santé et la prestation de services	Non établie	D'ici fin 2003, le module technologie essentielle des soins de santé (EHTP) aura été mis à l'épreuve dans 6 pays et au moins 2 pays d'Afrique seront capables d'en soutenir l'application	6 pays. EHTP testé en Afrique du Sud, en Chine, au Kirghizistan, au Mozambique, en Namibie et en Ukraine. L'Afrique du Sud, le Kirghizistan, le Mozambique et la Namibie ont inscrit le module dans leur processus de planification stratégique

Fourniture aux pays d'avis techniques et généraux fondés sur des connaissances factuelles et les meilleures pratiques afin d'améliorer la prestation de services de santé et les investissements dans les ressources humaines et matérielles, et l'utilisation de celles-ci

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Système OMS efficace pour répondre aux besoins des pays	Non établie	Mise en place d'un système de traçabilité pour les demandes de renseignements, les comptes rendus et le suivi, et d'un mécanisme simple pour juger de la satisfaction des clients	Système de traçabilité pour les demandes et les rapports mis au point
Mise en place de mécanismes permettant d'évaluer le recours aux avis techniques et généraux			Le mécanisme destiné à apprécier la satisfaction du client n'a pas encore été mis au point

Principaux obstacles

Les contributions volontaires ne sont pas arrivées comme prévu, ce qui a retardé la mise en oeuvre et fait que l'on a davantage insisté sur la mise au point de données quantitatives plutôt que sur les activités qualitatives basées dans les pays.

Pertinence et adéquation

La réalisation des résultats escomptés est demeurée pertinente. La capacité des systèmes de santé à fournir les services appropriés est toujours un problème important. C'est un aspect particulièrement critique en ce qui concerne la prévention et le traitement du VIH/SIDA ou d'autres problèmes qui se posent aux systèmes de santé. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2003* a clairement établi la nécessité de ce domaine d'activité¹; toutefois, ce domaine d'activité demande à être plus étroitement rattaché au Département Médicaments essentiels et à d'autres domaines d'activité pertinents.

¹ *Rapport sur la santé dans le monde, 2003 – Façonner l'avenir*. Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé**Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)**

Domaine d'activité – budget programme	57 923
Domaine d'activité – dépenses	55 725

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
20 166	10 563	4 516	2 791	4 905	7 217	5 567

Enseignements

- Il faudrait accorder davantage d'attention à la définition de bases et de cibles réalisables. Bien qu'il soit difficile d'établir des bases en matière de systèmes de santé, une solution doit être trouvée avec les Régions.
- Il faudrait s'efforcer, dans les plans de travail pour la période 2004-2005, de fixer des cibles et des indicateurs plus précis.
- Une collaboration accrue entre partenaires à l'intérieur comme à l'extérieur de l'OMS s'impose pour ce domaine d'activité ; c'est là-dessus que devraient porter principalement les efforts en 2004-2005.

ORGANES DIRECTEURS

Objectif(s) de l'OMS

Fournir un appui aux organes directeurs aux niveaux régional et mondial sous la forme d'une préparation et d'une conduite efficaces de leurs sessions, notamment par la diffusion d'une documentation facilement accessible, lisible et de haute qualité destinée à l'élaboration des politiques.

Résumé des réalisations

- Au cours de la période biennale, chacun des comités régionaux s'est réuni deux fois, et généralement un ou plusieurs comités permanents ou sous-comités ont effectué le travail préparatoire.
- Les réunions des organes directeurs se sont tenues comme prévu, conformément aux exigences d'accessibilité, de lisibilité et de qualité reconnue énoncées dans les objectifs de l'OMS.
- Parmi les principales réalisations figurent l'adoption de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et la fin de l'examen des méthodes de travail du Conseil exécutif. Des réunions se sont tenues dans les langues officielles voulues, et une documentation a été établie dans les langues prescrites par le règlement intérieur de chaque organe directeur ou, dans le cas des comités subsidiaires, de l'organe directeur responsable.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Au niveau mondial, outre l'Assemblée de la Santé et les deux sessions du Conseil exécutif organisées chaque année, les réunions subsidiaires suivantes ont eu lieu : les trois dernières sessions de l'organe intergouvernemental de négociation de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, six réunions d'un groupe de travail spécial intergouvernemental à composition non limitée chargé d'examiner les méthodes de travail du Conseil exécutif, deux réunions du Comité de Développement du Programme, quatre réunions du Comité de l'Administration, du Budget et des Finances, et quatre réunions de la Commission de Vérification des Comptes.
- Les comités régionaux ont axé leurs travaux sur des questions mondiales autant que régionales. Par exemple, les travaux préparatoires sur la lutte antitabac menés au niveau régional se sont avérés très utiles en vue de l'élaboration du texte final de la Convention-cadre pour la lutte antitabac.

Réalisation des résultats escomptés

Adoption de résolutions axées sur des questions de politique générale et de stratégie donnant des orientations claires aux Etats Membres et au Secrétariat de l'OMS concernant leur mise en oeuvre et leur suivi

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de résolutions adoptées concernant la politique générale et qui sont applicables aux niveaux mondial et local	Examen des résolutions en cours de mise en oeuvre. Base non établie	Non établie	L'accent est surtout mis sur des cadres réalistes pour l'établissement de rapports : 13 résolutions de l'Assemblée de la Santé sur 23 assorties de modalités pour l'établissement de rapports de caractère technique selon les besoins, ou dans un délai de deux ans ou plus

Meilleure communication entre les Etats Membres ou les membres du Conseil et le Secrétariat de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Augmentation du nombre de moyens de communication à la disposition des Etats Membres et des organes directeurs aux niveaux mondial, régional et des pays concernant les activités du Secrétariat de l'OMS	Non établie	Non établie	Utilisation des moyens électroniques pour diffuser les documents de façon systématique à tous les niveaux, se traduisant par une augmentation du nombre de consultations du site Web mondial Gouvernance (passé de 12 000 en juillet 2003 à 17 000 en octobre 2003) ; le nombre de consultations des sites Web des comités régionaux a également augmenté

Documents et matériels d'information de l'Organisation disponibles dans les différentes langues de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des documents essentiels et des matériels d'information traduits dans les langues de l'Organisation	100 %	100 %	Toute la documentation de l'Assemblée de la Santé, du Conseil exécutif et des comités régionaux a été traduite dans les langues voulues ; cependant, à plusieurs reprises, certains documents de fond particulièrement longs n'ont pu être mis à la disposition du Conseil exécutif ou de l'Assemblée de la Santé dans les six langues. Les Régions n'ont pas fait état de ce problème
Communication en temps voulu des documents des organes directeurs aux Etats Membres	Régions : 100 % des documents produits dans les délais prévus par le Règlement intérieur Siège : 80 % des documents produits dans les délais prévus par le Règlement intérieur	Régions : 100 % Siège : 100 %	Régions : 95 % Siège : 85 % Les Régions ont fait état d'un bon respect des délais. Pour le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé, les problèmes ont perduré avec une réception tardive des documents, y compris de documents établis tardivement pour des raisons touchant à la période considérée (par exemple, le rapport annuel sur les ressources humaines ou sur les Etats Membres redevables d'arriérés de contributions). En général, le non-respect des délais était dû au fait que les documents avaient été soumis avec retard

Principaux obstacles

Le manque de ressources financières a représenté le principal obstacle ; des difficultés ont été rencontrées non seulement pour couvrir le coût croissant des activités prévues, mais également pour absorber l'augmentation progressive et non planifiée du nombre de réunions des organes subsidiaires tenues pendant la période biennale. Des problèmes mineurs, tels que la désignation tardive de participants ou des problèmes logistiques, se reproduisent à chaque réunion et sont traités au coup par coup.

Pertinence et adéquation

La coordination des questions de politique générale entre les niveaux mondial et régional a été bonne, permettant aux Etats Membres de veiller à ce que les questions régionales soient prises en compte. Des progrès restent à faire cependant, car la méthode d'adoption des ordres du jour du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé ne permet pas une contribution suffisante des Régions par rapport aux Etats Membres.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Les Régions font état d'une correspondance raisonnable entre les dépenses inscrites au budget et les dépenses effectives. Les organes directeurs subissent les effets des fluctuations des taux de change pour l'achat de services. Au Siège, une série de consultations non planifiées ainsi que la réunion du groupe de travail spécial intergouvernemental à composition non limitée chargé d'examiner les méthodes de travail du Conseil exécutif n'étaient pas prévues au budget programme. Des ressources supplémentaires ont été fournies au titre du Bureau du Directeur général.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	22 439
Domaine d'activité – dépenses	23 505

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
19 445	2 125	62	289	706	393	485

Enseignements

- Les prévisions budgétaires sont probablement le domaine le plus important où des améliorations peuvent être apportées ; toutefois, cette activité ne peut être entreprise que sur la base de ce que l'on connaît au moment de la préparation du budget.
- Il faudrait améliorer encore la coordination pour l'établissement des ordres du jour aux niveaux régional et mondial.
- Une planification réaliste des documents et un meilleur respect de ces prévisions s'imposent à tous les niveaux. Une discipline accrue dans le respect des limites fixées quant à la longueur et à la présentation des documents est également nécessaire.

MOBILISATION DES RESSOURCES ET COOPÉRATION EXTÉRIEURE ET PARTENARIATS

Objectif(s) de l'OMS

Renforcer la collaboration de l'OMS avec les organisations du système des Nations Unies et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales ; améliorer la coordination entre les trois niveaux de l'Organisation, conformément au principe d'« unité de l'OMS » ; fournir des informations de qualité aux différents médias et améliorer l'accès à ces informations ; mobiliser les ressources d'une base élargie de donateurs ; négocier et renforcer les partenariats pour la santé dans le monde, et assurer la base de ressources de l'Organisation.

Résumé des réalisations

- Le niveau élevé des contributions volontaires au budget programme atteint pour la période biennale précédente a été maintenu avec un montant total de US \$1 146 000 000.
- Des progrès significatifs ont été accomplis en mobilisant l'aide de gouvernements donateurs en faveur du budget programme intégré, dans le cadre d'engagements sur plusieurs années par domaine d'activité ; la notion de comptes rendus conjoints aux donateurs a également été développée.
- De nouveaux mémorandums d'accord ont été conclus avec l'Australie, l'Espagne, la France, la Norvège, les Pays-Bas et d'autres pays, jetant les bases d'une meilleure coopération.
- Les modalités de coopération avec la Commission européenne, l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique et le Fonds de l'OEPEP pour le Développement international, ainsi que plusieurs fondations et autorités locales, ont été rationalisées, ce qui a favorisé une augmentation du financement.
- Les approches ciblées sur les fondations, en particulier dans le contexte de partenariats à long terme, ont continué à fournir une base efficace de financement durable. Les principes directeurs concernant les interactions avec le secteur privé se sont avérés efficaces pour définir le cadre de cette collaboration.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Les questions de santé ont bénéficié d'une attention sans précédent de la part de la communauté internationale et ont régulièrement figuré dans les exercices de planification nationaux et internationaux tels que les stratégies de coopération avec les pays, les bilans communs de pays, le cadre d'aide au développement des Nations Unies et les documents stratégiques de lutte contre la pauvreté.
- L'OMS est parvenue à définir une initiative en faveur des pays ; un large consensus, interne et externe, et un engagement en faveur de l'initiative ont également été obtenus, ce qui a marqué la première étape du processus visant à transformer l'OMS en une organisation centrée sur les pays. L'initiative en faveur des pays a bénéficié d'un important soutien dans les bureaux régionaux et parmi les Etats Membres et également d'un soutien financier de la part des principaux donateurs.
- Suite à un vaste effort de sensibilisation, les programmes OMS ont accentué leur action en faveur des pays ; les représentants de l'OMS ont joué un rôle directeur dans la définition des priorités de l'action dans les pays et du processus de décentralisation, dans lequel la stratégie de coopération avec les pays est considérée comme la base d'un appui intégré aux pays.
- Fin 2003, 47 pays avaient élaboré une stratégie de coopération, tandis que 38 autres étaient en train de la finaliser. Dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est, 11 stratégies de coopération étaient en cours d'examen.

Réalisation des résultats escomptés

Réseau de collaboration avec les organisations du système des Nations Unies, les organismes intergouvernementaux et les organisations non gouvernementales opérationnel, appuyé par des examens réguliers, et doublé d'un réseau de liaison actif avec les institutions multilatérales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Buts de l'OMS et préoccupations prioritaires concernant la santé reflétés dans les déclarations finales et les plans d'action de conférences mondiales, régionales et nationales, ainsi que dans les programmes de développement	Les préoccupations mondiales en matière de santé n'étaient pas suffisamment prises en compte dans les instances, les conférences et les réunions internationales portant sur le développement	Référence systématique aux priorités de l'OMS et prise en compte de celles-ci dans les déclarations et les plans d'action de portée mondiale et internationale	La santé est systématiquement inscrite à l'ordre du jour de l'action internationale de développement. Des mécanismes de coordination sont créés avec les institutions et fonds du système des Nations Unies et dans le cadre multilatéral, offrant un réseau de soutien durable à l'action sanitaire. Un bilan régulier de la coopération en matière de santé publique et de santé dans le monde est organisé avec la Banque mondiale, d'autres organismes des Nations Unies, les partenaires de l'action de développement et la société civile dans son ensemble

Mise en place de dispositifs plus efficaces de coordination et d'échange d'informations entre les différents niveaux de l'Organisation ; amélioration du fonctionnement des bureaux de pays de l'OMS par la formation et des directives aux représentants de l'OMS ; établissement d'une base de données sur les opérations et la dotation en personnel des bureaux de pays ; et installation d'un réseau de communication pour l'échange d'informations

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Capacité améliorée de tous les niveaux de l'Organisation à traiter les questions selon le principe d'« unité de l'OMS », reflétant une conception commune du développement sanitaire	<p>Pas de compte rendu aux organes directeurs</p> <p>Institutionnalisation rapide de la stratégie de coopération avec les pays</p>	<p>Etablir un rapport au Conseil exécutif</p> <p>Stratégie de coopération avec les pays institutionnalisée</p>	<p>Rapport sur l'initiative en faveur des pays soumis au Conseil exécutif et pleinement soutenu par les Etats Membres.¹ Le rapport reposait sur des consultations intensives avec un large éventail de parties intéressées, dans les six bureaux régionaux de l'OMS, ainsi qu'avec des Etats Membres et des partenaires du développement sanitaire ; ce processus a débouché sur un consensus et une conception commune de la manière d'améliorer l'appui au développement sanitaire national</p> <p>Acceptation de la stratégie de coopération avec les pays comme base de l'appui aux pays et de l'amélioration de la coordination et de l'échange d'informations ; nécessité de relier celle-ci au processus gestionnaire d'ensemble reconnu (conclusion claire de la troisième réunion mondiale des représentants et agents de liaison de l'OMS dans les pays)</p>

¹ Voir document EB111/2003/REC/2, procès-verbal de la septième séance.

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
	<p>Prise en compte limitée de l'action en faveur des pays dans le budget programme</p> <p>Participation limitée des représentants et agents de liaison de l'OMS dans les pays à l'élaboration des politiques et stratégies au niveau mondial</p>	<p>Renforcement de la présence de l'OMS dans les pays et action en faveur des pays améliorée dans tous les domaines d'activité</p> <p>Représentants et agents de liaison de l'OMS dans les pays considérés comme une partie de la direction générale et associés à la planification des politiques</p>	<p>La troisième réunion mondiale des représentants et agents de liaison de l'OMS dans les pays a débouché sur un consensus sur l'établissement des priorités pour le renforcement de la présence de l'OMS dans les pays, l'action en faveur des pays et la décentralisation</p>

Définition d'une approche complète comprenant la formation pour la fourniture d'informations sur la santé dans le monde destinées à des publics particuliers ; renforcement de l'image de l'OMS et de l'appui aux objectifs prioritaires ; mise en place d'un réseau coordonné de bureaux d'information partout dans l'Organisation afin de permettre de traiter avec rapidité, justesse et dynamisme avec les médias et le grand public, en tenant compte de la situation des Régions et des pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
<p>Amélioration de la capacité de l'OMS à faire passer l'information sur sa mission et ses activités. Meilleure connaissance de l'OMS dans le public, en particulier en ce qui concerne les domaines d'action prioritaires</p>	<p>Lacunes dans les capacités de communication au sein des Groupes du Siège</p> <p>Mécanismes de coordination avec les Régions de l'OMS insuffisants</p> <p>En 2000, l'OMS a été citée 2648 fois dans des publications majeures au niveau international</p> <p>En 2000, le site Web de l'OMS n'était pas satisfaisant</p>	<p>Chaque Groupe devrait avoir au moins un point focal chargé de la communication</p> <p>Amélioration des mécanismes de coordination avec les Régions de l'OMS</p> <p>Doubler le nombre de références à l'OMS dans des publications majeures au niveau international en 2003</p> <p>Nouveau site Web de l'OMS mis en place à la mi-2002, enregistrant un nombre important de consultations</p>	<p>Chaque Groupe, sauf l'Administration, disposait d'au moins un professionnel de la communication fin 2003</p> <p>Mécanismes de coordination régionale améliorés (mais pas encore optimaux), grâce à la mise en commun des comptes rendus du groupe de coordination médias et autres moyens d'information</p> <p>L'OMS a été citée 13 752 fois dans de grands médias mondiaux en 2003, soit cinq fois le nombre de citations enregistrées en 2000. La flambée de syndrome respiratoire aigu sévère en a été en partie le motif, mais l'action dynamique dans le domaine notamment de l'éradication de la poliomyélite, de la tuberculose et de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a également joué un rôle important</p> <p>Nouveau site Web de l'OMS lancé en juillet 2002. En 2003, la page d'accueil de l'OMS a été consultée plus de 33 millions de fois en anglais, en espagnol et en français</p>

Collecte de fonds dynamique, coordonnée et décentralisée auprès des donateurs actuels et potentiels, des partenaires des secteurs public et privé, notamment les banques régionales de développement, les organisations non gouvernementales et les fondations

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Amélioration de la réactivité des bailleurs de fonds aux priorités et initiatives de l'OMS	<p>Etablissement et maintien de contacts et de partenariats avec les donateurs afin de mobiliser des fonds en faveur du budget programme approuvé par l'Assemblée de la Santé</p> <p>Organisation de la réunion annuelle des Parties intéressées</p>	<p>Alignement des contributions volontaires sur le budget programme en termes de niveaux, priorités et calendrier</p> <p>Revoir le programme institutionnel, l'action et l'impact de l'OMS avec les partenaires des secteurs public et privé</p>	<p>Les deux tiers des contributions volontaires proviennent de gouvernements, ce qui accentue la nature institutionnelle de l'aide et son maintien sur la durée</p> <p>Les efforts visant à renforcer l'aide des organisations intergouvernementales et des fondations ont été axés surtout sur une amélioration de la coopération avec les programmes techniques</p> <p>Des réunions des Parties intéressées ont été organisées avec succès en 2002 et 2003 ; autour d'un ordre du jour thématique, elles ont rassemblé un large éventail de participants et les bureaux régionaux et de pays y ont participé activement</p>
Capacité d'atteindre les cibles en matière d'augmentation des ressources extrabudgétaires	Elaboration et mise en oeuvre d'approches stratégiques et systématiques de la mobilisation de ressources, sur une base institutionnelle et décentralisée	Elargir la base des donateurs et augmenter l'aide en ciblant les donateurs en fonction de leurs mandats et de leurs capacités	Des contributions volontaires en espèces ont été reçues de tout un éventail de donateurs des secteurs public, privé et philanthropique, aussi bien au niveau bilatéral que multilatéral, soit une amélioration par rapport à la période biennale 2000-2001

Principaux obstacles

Internes : l'OMS avait besoin d'un changement de culture institutionnelle et de modifier ses méthodes de travail pour devenir plus efficace grâce à une plus grande décentralisation.

Externes : l'environnement international en pleine évolution a entraîné un changement dans les attentes concernant l'OMS, surtout au niveau des pays. L'OMS a dû s'adapter rapidement ; toutefois, le manque de moyens et de ressources est demeuré un facteur contraignant. Les efforts doivent être poursuivis à la fois pour accroître la participation des pays aux stratégies de coopération et pour renforcer le rôle des bureaux de pays afin d'établir la stratégie comme guide principal de la coopération technique ; la participation des bureaux régionaux et du Siège est particulièrement importante dans ce domaine. Le renforcement de la présence de l'OMS dans les pays a également mis en évidence des pénuries de ressources importantes ; elles devront retenir l'attention au cours des prochaines périodes biennales.

Pertinence et adéquation

La réalisation des résultats escomptés pour la période considérée a été jugée adéquate : l'importance de la santé est ressortie plus clairement dans les discussions au sujet du développement ; les programmes de lutte contre la pauvreté ont été mieux alignés sur la problématique plus large du développement, et la santé a été plus souvent prise en compte comme dénominateur commun ; la participation aux discussions sur le développement a été adéquate et une attention accrue a ainsi été portée aux questions de santé. Les efforts entrepris dans le domaine de la création de réseaux sanitaires ont donc pu être considérés comme satisfaisants. De plus, l'OMS est respectée au sein des mécanismes de coordination des Nations Unies et l'Organisation a continué de participer activement à divers groupes de travail chargés de la réforme de l'ONU.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le montant supérieur des dépenses par rapport au budget s'explique par trois facteurs : premièrement, les allocations non dépensées provenant d'un certain nombre de donateurs reviennent au budget du Département Mobilisation de ressources et coopération extérieure et partenariats à la fin de chaque période biennale, en attendant d'être réaffectées. Le budget du Département devient donc alors un compte « d'attente » pour d'autres Groupes. Les dépenses connexes sont ensuite virées à d'autres domaines d'activité et ne sont donc pas à proprement parler des dépenses du Département. De même, le Département administre des fonds destinés à financer des experts à court terme dans les Groupes et les Régions. Deuxièmement, il était habituel au Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental de créditer la totalité de la part de la contribution annuelle du Japon revenant à la Région à ce domaine d'activité et d'imputer directement les dépenses du programme sur ce budget. Le budget du Département sert à nouveau là de compte « d'attente » pour les sommes en cause. Enfin, un montant de US \$5 300 000 a été imputé par le Bureau régional de l'Afrique sur ce domaine d'activité pour couvrir des dépenses effectuées au niveau des pays.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	35 307
Domaine d'activité – dépenses	52 316

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
19 816	8 415	1 716	1 258	2 274	4 002	14 835

Enseignements

- La transparence et l'approche globale des questions de santé donnent des résultats positifs.
- Le renforcement des capacités en faveur des homologues nationaux demeure au centre de l'action de l'OMS.
- Le fait d'aligner les buts de l'Organisation et les objectifs nationaux en matière de développement favorise d'excellentes relations tout en maximisant les résultats des efforts de coopération technique.
- Le changement peut être mis en oeuvre moyennant un engagement à l'échelle de l'Organisation, dans le cadre d'un processus fondé sur la participation et avec l'adhésion de la direction générale et des organes directeurs.
- Les directives mondiales fermes données en 2000-2001 ont laissé la place à des responsabilités régionales accrues en 2002-2003, permettant une institutionnalisation plus poussée de la stratégie de coopération avec les pays.
- Le juste équilibre entre flexibilité et normes institutionnelles doit être trouvé si l'on veut que la stratégie de coopération avec les pays devienne un véritable instrument institutionnel de l'OMS, et permette à l'Organisation de mieux appuyer les pays dans toute leur diversité.
- Les bureaux de pays de l'OMS et certains bureaux régionaux ont participé à la définition des priorités du changement.
- Une base de ressources plus solide devrait être constituée, des bureaux de pays efficaces travaillant en étroite collaboration avec les autorités nationales et les autres partenaires de l'action de développement dans le domaine de la santé.
- Il faudrait pouvoir disposer de davantage d'informations sur les répercussions de la stratégie de coopération avec les pays pour la définition de la présence essentielle de l'OMS dans les pays et des fonctions et rôles essentiels qu'elle implique. Les responsabilités aux différents niveaux de l'Organisation doivent être clairement définies.
- Il convient de renforcer les capacités pour appuyer les représentants de l'OMS et des équipes de pays afin de faciliter leur adaptation aux nouvelles fonctions que l'on attend d'eux au titre de la stratégie de coopération avec les pays.
- A l'avenir, les résultats en matière de couverture médiatique devront être mesurés en termes de qualité de la couverture et de couverture par un large éventail de médias mondiaux (notamment dans différentes langues) plutôt qu'en termes uniquement de nombre de références enregistrées dans les médias.
- Il est essentiel de mener une action de sensibilisation en faveur de la corrélation entre état de santé et bien-être économique pour faire en sorte que les questions de santé publique et de santé dans le monde soient inscrites dans les programmes d'action internationaux de développement.

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION
--

- La collaboration et le partage des responsabilités et des succès créent une base solide pour la participation aux discussions sur les grands problèmes mondiaux. Les coûts de transaction sont réduits lorsque la coopération est synchronisée entre les partenaires du développement.
- La présentation et la gestion intégrées des ressources de l'OMS a facilité des stratégies et méthodes de mobilisation des ressources plus cohérentes à l'échelle de l'Organisation.
- Il faudrait prévoir davantage d'incitations pour encourager la mise en place, en couvrant plusieurs domaines d'activité, d'initiatives favorisant un appui intégré aux pays et pour aider les bureaux de pays à devenir des centres de gestion des ressources.
- L'importance de plus en plus grande prise à l'OMS par les ressources extrabudgétaires pour les activités normatives et opérationnelles fait que la mobilisation des ressources est une priorité absolue.

BUDGET ET RÉFORME ADMINISTRATIVE

Objectif(s) de l'OMS

Mettre au point des mécanismes efficaces à l'échelle de l'Organisation pour une gestion fondée sur les résultats et une administration d'un bon rapport coût/efficacité basée sur la stratégie institutionnelle de l'OMS.

Résumé des réalisations

- On s'est davantage concentré sur la planification fondée sur les résultats et l'évaluation de l'exécution dans ce domaine.
- Un cadre gestionnaire intégré fondé sur les résultats a été mis au point, comprenant la planification, la budgétisation, la surveillance et l'évaluation.
- Le système de gestion des activités a été remanié pour appuyer le cadre fondé sur les résultats.
- Des activités d'orientation et de formation concernant la gestion fondée sur les résultats et l'approche logique de la gestion des programmes ont été poursuivies de manière intensive, en particulier dans les Régions.
- Un meilleur respect des plans de travail a été observé tant au Siège que dans les Régions.
- On s'est attaché avec succès à favoriser une orientation plus stratégique au détriment de la planification fondée sur les activités, bien qu'avec des variations entre les bureaux.
- Le document du budget programme et autres documents statutaires ont été soumis par toutes les Régions sous une forme compatible. Cette présentation reflétait la nouvelle structure de planification et de budgétisation, les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation étant formulés par rapport à des domaines d'activité communs.
- Des progrès ont été enregistrés en matière d'évaluation et des évaluations thématiques ont été effectuées dans les Régions, et notamment un suivi des recommandations ; des activités complémentaires ont été entreprises concernant l'élaboration d'un cadre pour l'évaluation au niveau des pays et une évaluation à l'échelle de l'Organisation des bourses d'études a été entamée.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Il a été constaté que la réorientation en faveur de la budgétisation fondée sur les résultats avait amélioré la transparence et la responsabilité dans les Régions OMS de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale.
- Dans la Région du Pacifique occidental, on s'est moins attaché à améliorer les processus gestionnaires qu'à la réalisation des résultats escomptés, ce qui a fourni un cadre dans lequel les contributions des pays, des zones et des Régions à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été plus clairement exprimées.
- Dans la Région européenne, il a été indiqué que les mécanismes d'allocation des ressources et l'action en faveur des Etats Membres avaient été améliorés.
- Dans certaines Régions et au Siège, les unités techniques et les administrateurs de programme ont été considérés comme plus responsables et le suivi des résultats ainsi que le compte rendu ont été renforcés.

Réalisation des résultats escomptés

Application d'un système de planification, budgétisation, surveillance et évaluation pleinement intégré et fondé sur les résultats à travers toute l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Cohérence entre la planification stratégique mondiale (budget programme) et la planification opérationnelle ultérieure à tous les niveaux (plans de travail)	Non établie	Non établie	L'examen des plans de travail au Siège a révélé une meilleure cohérence entre les deux niveaux de planification en termes de liens entre produits et résultats escomptés. Dans les Régions, les produits sont également rattachés aux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation malgré certaines difficultés, notamment dans la Région des Amériques et celle du Pacifique occidental

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Cohérence des méthodes de surveillance, de compte rendu et d'évaluation à tous les niveaux	Non établie	Non établie	<p>Dans les Régions, maintien d'une surveillance continue (Région de l'Asie du Sud-Est), rapports de situation périodiques et bilans à mi-parcours utilisés pour la surveillance (Région des Amériques) ; bilans à mi-parcours correspondant avec la procédure mondiale utilisée pour améliorer la planification et la mise en oeuvre du budget programme (Région du Pacifique occidental)</p> <p>La mise au point et l'utilisation de recommandations à l'échelle de l'Organisation concernant la planification, la surveillance et l'évaluation a permis d'améliorer la compréhension de ces opérations et le compte rendu, tout en facilitant la mise à jour des principes directeurs régionaux conformément aux principes de la gestion fondés sur les résultats</p>

Mise en place de règles et pratiques administratives cohérentes à l'appui des efforts visant à renforcer la transparence et la performance de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Efficacité des nouveaux systèmes administratifs mis en place à tous les niveaux organiques	Non établie	Non établie	<p>Version électronique du Manuel de l'OMS mise à jour et améliorée, pour tenir compte des nouvelles politiques et procédures mises en place dans le cadre du processus de réforme à l'OMS – c'est désormais la seule version authentique</p> <p>L'accès au Manuel OMS et son actualisation ont été considérablement améliorés grâce à la formation du personnel et au protocole de serveur de transfert de fichiers et à une meilleure distribution</p>

Amélioration du rapport coût/efficacité des fonctions administratives sur la base des nouvelles politiques et des recommandations issues d'études de gestion

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Amélioration des prestations et/ou de l'efficacité du fait de la mise en oeuvre des réformes	Non établie	Non établie	<p>Etudes approfondies menées dans les domaines suivants : politiques de l'OMS et dispositions concernant la délégation des pouvoirs, l'organisation et le fonctionnement des Unités d'appui administratif, les arrangements concernant les services administratifs de l'Organisation (y compris avec l'ONUSIDA et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme). De ce fait, la direction a été en mesure de réorganiser les services et de mesurer l'impact de la délégation des pouvoirs sur la responsabilité et sur l'efficacité et la qualité des programmes techniques</p>

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
			Les recommandations du Corps commun d'inspection contenues dans l'étude de la gestion et de l'administration à l'OMS ont été rapidement mises en oeuvre, ¹ ainsi que les nouvelles dispositions de l'accord de suivi avec le CCI

Mise en place de mécanismes et de systèmes de surveillance et de compte rendu concernant les économies par gain de productivité à tous les niveaux organiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Compte rendu complet et rapide sur les mesures d'augmentation de la productivité dans tous les bureaux de l'OMS	Non établie	Non établie	Un système révisé de contrôle de l'efficacité a permis d'éliminer les retards, les incohérences et les omissions observés au cours de la précédente période biennale Un ensemble de données révisées a permis une notification plus rapide et moins compliquée des données relatives à la productivité et permis d'effectuer des comparaisons

Principaux obstacles

Internes : des approches différentes de la gestion fondée sur les résultats, y compris l'utilisation d'éléments, de systèmes et de procédures de planification non normalisés dans certaines Régions ont fait que la mesure des résultats et leur synthèse n'a pas été facile. Certaines procédures comptables propres aux bureaux n'étaient, par exemple, pas conformes à la budgétisation fondée sur les résultats. En outre, à la fin de la période considérée, une planification intégrée couvrant l'ensemble des niveaux n'avait toujours pas été mise en place et certains bureaux n'avaient pas défini de plans par rapport aux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. L'application des indicateurs s'est également révélée problématique, notamment du fait que les données de base et les cibles n'avaient pas toujours été fixées au début de la période biennale. Une fourniture incomplète de données au système de gestion des activités (ou système régional équivalent) a empêché de saisir l'ensemble de données essentielles dans la base de données mondiale et, par ailleurs, l'outil informatique concernant le système de gestion des activités demandait à être perfectionné, n'étant pas pleinement conforme au modèle institutionnel.

Externes : la restructuration de l'ensemble de l'Organisation, qui s'est poursuivie depuis juillet 2003, ainsi que d'autres changements organisationnels et fonctionnels ont eu un effet sur le déroulement des activités. Dans la Région OMS de l'Asie du Sud-Est, il a été signalé que l'incertitude quant aux allocations extrabudgétaires aux pays et aux programmes avait empêché la pleine intégration de la budgétisation-programmation. Dans la Région africaine, des ressources insuffisantes (ainsi que des problèmes en matière d'infrastructure concernant les technologies de l'information dans certains pays) ont retardé la mise en oeuvre prévue du système de gestion des activités dans certains endroits. Le manque de ressources et le financement tardif ont également empêché la Région de la Méditerranée orientale de mettre en oeuvre les activités dans les délais, ce qui a entraîné une reprogrammation des tâches au cours de la période biennale 2004-2005.

Pertinence et adéquation

La réalisation des résultats escomptés est restée pertinente (même si les contributions à cette réalisation ont été limitées dans certaines Régions en raison de processus de planification différents). En outre, on a fait observer que certains résultats escomptés étaient trop généraux et trop abstraits pour fournir des indications suffisantes pour la définition de résultats spécifiques par bureau.

¹ Document JIU/REP/2001/5.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le budget programme pour le domaine d'activité s'établissait à US \$7 932 000. La différence entre le montant du budget programme et le montant des dépenses enregistrées de US \$9 348 000 s'explique par la mise en oeuvre du plan d'évaluation programmatique, en particulier dans les Régions, et par le plan de restructuration du système de gestion des activités, établi après l'adoption du budget programme.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	7 932
Domaine d'activité – dépenses	9 348

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
4 589	1 364	24	867	1 429	518	557

Enseignements

- L'application et le respect du cadre OMS de gestion fondée sur les résultats restent variables. Dans certains bureaux, le changement nécessaire de culture institutionnelle n'a pas encore été pleinement accompli.
- Il apparaît qu'une participation active des administrateurs est essentielle pour institutionnaliser la gestion fondée sur les résultats et parvenir à intégrer les processus de planification au niveau régional et au niveau de l'Organisation.
- La formation est indispensable au développement des capacités et l'on a observé dans tous les bureaux que les investissements en matière de formation devaient être maintenus et intensifiés. C'est particulièrement vrai au niveau des pays si l'on veut consolider les acquis dans le domaine de la gestion fondée sur les résultats.
- La réorientation en faveur de la budgétisation fondée sur les résultats est un processus progressif et d'autres systèmes administratifs tels que les finances et les ressources humaines devront être alignés sur celui-ci.
- Les évaluations devraient être présentées de façon conviviale pour améliorer l'application des recommandations ; elles devraient également être effectuées avec une large participation de toutes les parties prenantes.

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Objectif(s) de l'OMS

Accroître la motivation du personnel et la productivité grâce à des avis, des méthodes et des politiques en matière de personnel efficaces, efficaces et justes.

Résumé des réalisations

- La réforme des ressources humaines – qui a supposé des discussions approfondies avec le personnel, l'administration et les organes directeurs – s'est traduite par un certain nombre de politiques et de procédures visant à accroître au maximum la motivation et la productivité du personnel.
- La capacité de l'Organisation à réagir aux tendances qui se dégagent en matière d'administration et de gestion du personnel a été renforcée, en particulier en ce qui concerne le développement du personnel, les instances chargées de veiller à l'équité de traitement, ainsi qu'en ce qui concerne les procédures administratives conformes aux besoins de l'Organisation, sur la base des meilleures pratiques en vigueur dans d'autres organisations internationales ou fonctions publiques.
- Le système de recrutement électronique a été mis en place partout dans le monde.
- La procédure d'octroi des contrats de service a été mise en place avec succès.
- Un cadre fondé sur des modèles de compétence a été élaboré pour la classification des emplois, le recrutement, l'évaluation du comportement professionnel, l'évaluation des besoins en matière de formation et la mise sur pied de programmes d'apprentissage.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Au Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, le système de gestion et de développement des services du personnel est appliqué à environ 80 %.
- Le Bureau régional de l'Europe a atteint un taux de 47 % pour la représentation des femmes dans les catégories professionnelles et de rang supérieur. Un programme de mise au courant complète a été mis sur pied pour les nouveaux fonctionnaires et 236 séances de formation et d'information ont été organisées.
- La réactivité des services du personnel a été améliorée au Bureau régional de l'Afrique avec le recrutement de quatre administrateurs des ressources humaines et de dix nouveaux assistants en ressources humaines, et avec l'installation d'un nouveau système de gestion du personnel.
- Les réformes des ressources humaines introduites au Bureau régional de l'Asie du Sud Est ont amélioré les conditions d'emploi et le moral du personnel.
- Au Bureau régional du Pacifique occidental, les procédures et pratiques administratives ont été rationalisées, en particulier le processus de recrutement du personnel à court terme et des consultants, ce qui a facilité le recrutement rapide de personnel au cours des flambées de syndrome respiratoire aigu sévère et de grippe aviaire.

Réalisation des résultats escomptés

Achèvement du projet de réforme des ressources humaines et définition des besoins futurs à travers l'évaluation des efforts de réforme

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Evaluation rapide et complète de toutes les mesures de réforme agréées	Recommandations du groupe spécial sur la réforme des ressources humaines non encore approuvées	Approbation et mise en oeuvre de toutes les recommandations concernant la réforme des ressources humaines	Réforme des ressources humaines et étude des rôles, responsabilités et structures en matière de gestion des ressources humaines en place partout dans l'Organisation Etablissement de possibilités d'emplois à court terme et à durée déterminée assorties de prestations connexes (indemnités de recrutement, assurance-maladie du personnel et congé maternité)

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
			<p>Etablissement de procédures de sélection, de recrutement et de prolongation du personnel temporaire</p> <p>Mise en place des engagements de service et des procédures d'attribution de ces contrats le 1^{er} juillet 2002</p> <p>Mise en place d'un processus de réaffectation et amélioration de l'indemnité de fin de service pour les membres du personnel occupant des postes de durée indéterminée ou les fonctionnaires détenteurs de contrats de carrière ou de contrats de service</p> <p>Examen de la situation du « personnel temporaire de longue durée » et transfert éventuel sur des contrats à durée déterminée. En décembre 2003, les solutions avaient été trouvées pour plus de 110 personnes</p> <p>Les travaux sur l'élaboration d'un cadre d'éthique du personnel se sont poursuivis en 2002-2003</p> <p>Un mandat officiel a été établi en 2002 pour un mécanisme de consultation personnel/administration à l'échelle de l'Organisation – le Conseil mondial personnel/administration</p> <p>Les travaux concernant les récompenses et la reconnaissance menés en 2002-2003 ont débouché sur un certain nombre de propositions en attendant l'introduction de réformes au niveau du système commun</p>
Définition des besoins de réforme future	Bilan des réalisations et recensement des problèmes exigeant une attention supplémentaire	Elaboration d'une stratégie de ressources humaines pour 2004-2005	Document stratégique sur l'avenir de la gestion des ressources humaines pour la période 2004-2005 élaboré et approuvé

Amélioration de l'information pour la gestion des ressources humaines pour soutenir la prise de décision sur les ressources humaines à tous les niveaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nouveau système d'information sur les ressources humaines et nouvelles procédures mises en place et fournissant davantage d'informations et un meilleur accès aux fonctionnaires et responsables des ressources humaines	Restructuration et rationalisation des procédures institutionnelles en matière de ressources humaines	Systèmes de technologie intégrés et accessibles qui permettent une gestion efficace des ressources humaines	<p>Le système de recrutement électronique a été mis en oeuvre avec succès au Siège et dans les bureaux régionaux</p> <p>Le système des descriptions de poste électronique a été créé, faisant apparaître en ligne l'état d'avancement et la procédure d'approbation automatisée</p> <p>Une maquette en ligne du guide électronique des ressources humaines a été préparée</p>

Mise en oeuvre, suivi et évaluation systématique de la stratégie de développement du personnel et du leadership à l'échelle de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Amélioration mesurable de la qualité du travail et de la satisfaction du personnel participant au programme de perfectionnement	Les données de base ont été recueillies au moyen d'une enquête menée auprès du personnel en mai 2003 ; une liste mondiale de compétences essentielles en matière de gestion et d'encadrement a été proposée pour mise à l'essai ; une approche générale du programme de formation au développement de la gestion et de l'encadrement au niveau mondial a été mise au point et des propositions sollicitées pour finalisation en 2004	Augmentation générale par rapport aux indicateurs pour 4 des 6 principes et les indicateurs connexes figurant dans le cadre d'apprentissage de l'Organisation des Nations Unies pour la prochaine période biennale	Modèle mondial de compétences OMS mis en oeuvre progressivement ; divers outils ont été mis au point concernant le Siège et les Régions
Meilleures possibilités de perfectionnement du personnel contribuant au recrutement et au maintien en place d'un personnel hautement qualifié	Nouvelle approche stratégique du perfectionnement du personnel au niveau mondial approuvée en 2003 ; 2 repères ont été fixés : 2 % des dépenses en personnel et 5 % du temps de personnel (à appliquer en 2004)	Une série de nouveaux cours de perfectionnement au niveau mondial ont été dispensés et évalués en 2003 ; une approche mondiale pour la fourniture de programmes de perfectionnement du personnel utilisant un système de gestion mondial de la formation a été approuvée en 2004	Des programmes mondiaux de formation ont été élaborés en ce qui concerne la communication, les techniques de négociation, la rédaction, la sécurité, la mise au courant et l'administration

Etablissement d'un système de roulement et de mobilité applicable au personnel recruté au niveau international

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Roulement systématique dans l'ensemble de l'Organisation du personnel recruté sur le plan international	Aucun système de roulement systématique n'était en place	Faciliter les mouvements de personnel entre les différents programmes et lieux d'affectation de l'OMS	Roulement mis en oeuvre ponctuellement en attendant que le système soit mis au point sous forme définitive à l'échelle de l'Organisation

Prestation de services de ressources humaines de haute qualité pour répondre aux besoins actuels et futurs des programmes de l'Organisation (par exemple recrutement et administration des contrats compatibles avec une exécution efficace et efficiente des programmes, stratégies fixées pour atteindre les cibles concernant l'égalité hommes-femmes et la représentation géographique aux niveaux mondial et régional)

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Elaboration et application de lignes directrices pour la planification des ressources humaines	Aucune planification globale des ressources humaines n'était entreprise à l'échelle de l'Organisation	Introduire un système de planification permettant à l'OMS de prévoir les besoins en ressources humaines (effectifs, niveaux, types de contrat et profils de compétences)	Modèle mis au point et mis à l'essai dans plusieurs programmes. L'absence de liens vers une base de données des ressources humaines et de processus de planification stratégique a fait que l'on a décidé d'aborder le sujet sous un autre angle : lien vers les plans de travail de programmes comme première étape en 2005
Réduction du nombre des appels concernant l'application des procédures dans le domaine des ressources humaines	44 appels de membres du personnel des Régions et du Siège avaient été examinés par le Comité d'Appel du Siège au cours de la période biennale précédente	Davantage de membres du personnel utilisent des systèmes de résolution des différends autres que les comités d'appel	Recours accru à des mécanismes formels et informels de résolution des différends pour traiter les plaintes du personnel ; réduction de 27 % du nombre d'appels examinés par le Comité d'Appel du Siège
Meilleur équilibre hommes-femmes et meilleure représentation géographique	La représentation inégale des hommes et des femmes était manifeste dans toute l'Organisation. Ces dernières années, le pourcentage global est resté autour de 30 % de femmes dans la catégorie professionnelle et de rang supérieur et certains Etats Membres étaient régulièrement sous-représentés ou non représentés parmi le personnel de l'OMS	Faire progresser la représentation des femmes vers la cible de 50 % et réduire le nombre d'Etats Membres n'ayant pas ou peu de ressortissants parmi le personnel de l'OMS	La proportion de femmes à des postes de la catégorie professionnelle et supérieure a continué à augmenter, pour s'établir finalement à 34 % Le système de recrutement électronique a été mis au point et mis en service – c'est un outil efficace pour diversifier la force de travail à l'avenir
Degré de satisfaction des utilisateurs des services des ressources humaines	L'absence de plan directeur définitif pour la réforme des ressources humaines était générateur d'angoisse et de frustration parmi l'administration comme parmi le personnel, car de nombreuses politiques de ressources humaines et procédures étaient perçues comme inefficaces, inefficentes et injustes	Elaboration et approbation de politiques et de procédures justes, efficaces et efficientes en matière de ressources humaines, approuvées par la direction générale, et acceptation par le personnel des propositions de réforme des ressources humaines	La majorité des propositions de réforme ont été acceptées par le Cabinet mondial de l'OMS. Une faible proportion a été renvoyée à un groupe de travail chargé de les examiner et de les reformuler. Toutes les propositions ont ensuite été approuvées par le Conseil mondial personnel/administration, ce qui leur confère le degré d'acceptation nécessaire par l'ensemble du personnel

Principaux obstacles

Internes : trois principaux facteurs ont entravé la réalisation des résultats dans le domaine du développement du personnel : le manque de ressources financières disponibles pour financer un programme complet, l'inégalité des moyens à l'appui de l'exécution du programme dans l'Organisation et des capacités de gestion inégales pour soutenir une utilisation efficace des plans de développement individuel. Dans le domaine de la réforme des contrats, la négociation a été relativement longue, car l'on a rencontré des difficultés pour se mettre d'accord sur les procédures visant à déterminer le statut de personnel « temporaire de longue durée » et parce que les administrateurs ne voulaient pas réaffecter des fonds pour régulariser leur personnel compte tenu de l'augmentation de coûts que cela impliquait.

Externes : la réalisation des cibles fixées dans le domaine du recrutement, de l'égalité hommes-femmes et de la représentation géographique a été entravée par le manque de candidats qualifiés appartenant aux groupes cibles.

Pertinence et adéquation

Les résultats escomptés sont restés pertinents en ce qui concerne le développement du personnel. Toutefois, l'étendue des changements requis en ce qui concerne la culture institutionnelle avait peut-être été sous-estimée car les délais ont dû être prolongés.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

L'augmentation significative des dépenses dans ce domaine est en grande partie due à la décision de l'Organisation des Nations Unies d'améliorer les mesures de sécurité applicables au personnel partout dans le monde, ce qui s'est traduit par la création du Bureau du Coordonnateur des Nations Unies pour les questions de sécurité (UNSECOORD) à New York, aux frais de laquelle l'OMS a dû contribuer. Les dépenses non inscrites au budget pour cette activité sont cependant apparues sous ce domaine d'activité, car elles avaient trait directement à la sécurité de l'ensemble du personnel de l'OMS. Outre la création de l'UNSECOORD, les coûts de mise en oeuvre de nombreuses initiatives touchant à la réforme des ressources humaines élaborées au cours de la période biennale précédente avaient été sous-estimés, ce qui fait que des ressources supplémentaires ont dû être allouées à ce domaine d'activité.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	21 678
Domaine d'activité – dépenses	40 624

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidentale
30 259	4 213	940	941	2 329	961	981

Enseignements

- Il importe d'établir un dialogue et d'accroître la participation de toutes les parties concernées par les questions de gestion des ressources humaines, au Siège comme dans les bureaux régionaux et de pays, afin de parvenir à réaliser le changement d'orientation culturelle en matière d'administration souhaité à l'OMS.
- L'accent mis sur le développement du personnel devrait encore être renforcé afin d'accroître la performance du personnel. Bien qu'il ait été généralement reconnu pendant la période considérée que ce domaine demandait à être amélioré, des engagements clairs seront nécessaires en 2004 si l'on veut obtenir des résultats. Une collaboration efficace à l'échelle de l'Organisation pour l'élaboration et l'exécution de programmes de formation devra être favorisée au cours de la prochaine période biennale.
- Les sources de recrutement doivent être élargies et des contacts établis avec les associations professionnelles, les institutions de santé publique, les centres collaborateurs et les gouvernements, de façon à élargir les possibilités d'emploi à l'OMS.

- Le système de recrutement électronique s'est avéré très utile, facilitant la tâche des administrateurs des ressources humaines comme des usagers.
- L'élaboration des politiques doit être accompagnée de procédures réalistes et rationnelles, acceptables par l'ensemble des usagers.
- La rationalisation des procédures et des systèmes administratifs a facilité le travail du personnel chargé des ressources humaines ; le système mondial de gestion débouchera sur d'autres progrès dans ce domaine.
- La régularisation des contrats a nettement amélioré le moral du personnel. A l'avenir, il faudra exercer un contrôle pour éviter que ne se répète le phénomène du « personnel temporaire de longue durée », et les effectifs de personnel temporaire à court terme devront être maintenus à un niveau acceptable.
- De bonnes relations personnel/administration exigent un dialogue constant et du temps. Des voies de communication ouvertes grâce à des mécanismes tels que le médiateur, la commission d'enquête du Siège et le conseiller du personnel doivent être maintenues.

GESTION FINANCIÈRE

Objectif(s) de l'OMS

Appliquer les meilleures pratiques de gestion financière avec intégrité et transparence, en fournissant un appui administratif financier efficace et efficient dans toute l'Organisation et pour toutes les sources de fonds et en assurant l'établissement d'un rapport financier pertinent à tous les niveaux, aussi bien au plan interne qu'au plan externe.

Résumé des réalisations

- Des améliorations dans le temps de traitement des dossiers ont été obtenues grâce à un renforcement des systèmes et à une réorganisation du travail.
- Les communications entre les Régions et le Siège ont été développées par le recours aux vidéoconférences et au courrier électronique. Les vidéoconférences sont utilisées pour des séances d'information du personnel, des cours de formation du personnel dans les bureaux régionaux et des échanges de vues sur des questions de politique générale.
- Des projets spéciaux visant à doter le Siège et les bureaux régionaux d'outils de travail efficaces ont été menés à bien.
- Le rapport financier et l'avis du Commissaire aux Comptes ont été acceptés par l'Assemblée de la Santé. Les revenus d'investissements ont dépassé les espérances grâce aux décisions judicieuses prises dans le cadre des paramètres de la politique d'investissement.
- Les rapports financiers ont reflété avec exactitude les transactions financières enregistrées.
- L'intégrité de la base de données a été maintenue conformément au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière de l'OMS, même si des écarts significatifs ont été observés au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.
- Il a été pris acte de la gestion financière efficace et efficiente des ressources extrabudgétaires ainsi que de l'établissement d'un rapport exact et ponctuel aux donateurs.
- Les délais fixés en matière de comptabilité pour l'établissement du rapport financier au niveau mondial ont été régulièrement et précisément respectés.
- Le taux de recouvrement des contributions des Etats Membres s'est amélioré pour la deuxième période biennale consécutive et le montant des arriérés de contributions a été réduit.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Parmi les réalisations observées dans les divers bureaux régionaux figure la délégation d'autorité concernant les engagements de dépenses, ce qui s'est traduit par une amélioration des services et du système utilisé au niveau des pays, qui comprend désormais le contrôle des dépenses.
- Un effort continu a été fait pour améliorer la coordination au niveau mondial, ainsi que l'information et la communication, grâce à des réunions mondiales annuelles portant sur le budget et les finances et des vidéoconférences périodiques.
- Le Bureau régional de l'Afrique a atteint son objectif de réduire de 30 % le nombre de jours nécessaires au traitement des demandes de remboursement. Des améliorations ont été apportées aux Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental grâce à une rationalisation de ces processus.

Réalisation des résultats escomptés

Etablissement de nouveaux systèmes de compte rendu et de gestion financière intégrés sur la base des règles et pratiques administratives modernes permettant au personnel, quel que soit son lieu d'affectation et son niveau organique, d'avoir accès à l'information financière nécessaire pour pouvoir atteindre ses objectifs

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Acceptation par les utilisateurs des nouveaux systèmes	Diverses	Diverses	Des progrès substantiels ont été faits en ce qui concerne 2 systèmes importants, à savoir les bordereaux interbureaux et les avances – la mise au point définitive étant prévue pour 2004

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Information cohérente pour toutes les sources de fonds et domaines d'activité	Diverses	Diverses	<p>Le système de téléchargement vers l'ordinateur central des données du service des finances utilisé par le Bureau régional de l'Afrique depuis son rapatriement à Brazzaville a été un aspect important de sa stratégie de double localisation</p> <p>Le système de demandes de paiement interbureaux a été approuvé pour application en 2003 après des essais prolongés au Bureau régional de l'Europe ; son application dans d'autres bureaux est en cours</p> <p>Le système d'état des traitements pour le personnel à court terme a été mis en place au Siège ; il est utilisé depuis mi-2002</p> <p>Le format des fichiers pour les demandes de remboursement à l'assurance-maladie a été mis au point et mis en service</p> <p>Le système pilote d'automatisation des contrats de dépenses a été élargi mais n'a pas encore été entièrement approuvé pour une utilisation générale au Siège en raison de problèmes de qualité concernant les performances du partenaire contractuel</p> <p>L'introduction du module concernant les demandes de remboursement dans le cadre du système d'administration des voyages et des réunions (TMAS) a été reportée afin de permettre un remaniement des procédures. Une autre fonction importante du TMAS a été mise en oeuvre. Le TMAS a été mis en service dans tous les bureaux régionaux</p>

Rapport financier établi conformément aux nouveaux Règlement financier et Règles de Gestion financière, permettant ainsi de juger les résultats par rapport au budget ou aux plans d'action et aux résultats escomptés pour toutes les sources de fonds

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Alignement dans le rapport financier vérifié des dépenses et des crédits budgétaires	Non alignés	Alignés	Réaction positive du Commissaire aux Comptes
Approbaton par les organes directeurs du rapport financier biennal et des états financiers vérifiés ainsi que du rapport et des états financiers intérimaires	Non acceptés	Acceptés	Le rapport financier a été accueilli favorablement par l'Assemblée de la Santé

Gestion financière efficace des ressources de l'Organisation dans la limite des paramètres de risque acceptables en vue de les rentabiliser au maximum

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau de recettes perçues sur les liquidités par rapport au niveau de référence	Conforme à la politique d'investissement approuvée	Conforme à la politique d'investissement approuvée	Niveau dépassé de 1,6 %

Administration financière efficace et réactive à l'appui des nouvelles politiques de ressources humaines de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Rapidité et précision des versements au personnel, compte tenu de l'ensemble de leurs droits à indemnités	Diverses	Diverses	<p>En général, au Siège et dans les Régions, les demandes de remboursement (y compris celles adressées à l'assurance-maladie du personnel et à d'autres assurances et les allocations pour frais d'études) sont réglées rapidement. Au Siège, l'augmentation du volume des demandes de remboursement adressées à l'assurance-maladie a été supérieure à 16 % par rapport à la période biennale précédente. Cela a entraîné une augmentation du temps de traitement, car il n'y a pas eu de déploiement de ressources humaines supplémentaires.</p> <p>En ce qui concerne le règlement des allocations pour frais d'études au Siège, malgré une augmentation de 7 % des demandes de remboursement, le temps de traitement a été réduit d'environ 15 % (16 jours en moyenne). Ce progrès a été obtenu principalement grâce à une assistance supplémentaire pendant les périodes de pointe.</p> <p>Les traitements (pour le personnel au bénéfice d'engagements à durée déterminée partout dans le monde et pour le personnel temporaire au Siège) ont été versés dans les délais selon le calendrier agréé.</p>

Principaux obstacles

Si l'on veut accroître les revenus des investissements, il est indispensable de pouvoir disposer de prévisions précises concernant les liquidités, indiquant le montant disponible pour les investissements et la durée pendant laquelle ce montant pourra être investi. Une gestion fiable du risque de change exige également des informations précises sur les montants à verser (ou à recevoir) dans des monnaies autres que le dollar des Etats-Unis. Pendant la période considérée, les systèmes n'ont pas fourni des prévisions précises, ce qui signifie que certaines décisions prises à court terme n'ont pas nécessairement produit des résultats optimaux en termes d'investissements ou de gestion du risque de change.

Pour remédier en partie à ces insuffisances, des informations sur la position des liquidités en temps réel ont été utilisées et des ajustements fréquents ont été apportés à la position des investissements. Des ressources insuffisantes et des systèmes dépassés et manquant de souplesse pour le traitement des demandes de remboursement de frais de voyage ont gêné le traitement des dossiers. L'augmentation significative du volume des demandes de remboursement, résultant de l'augmentation du nombre de réunions à l'OMS, du nombre de voyages en missions et du nombre non négligeable de demandes de remboursement en provenance du Fonds mondial venues s'ajouter aux autres n'a pas été accompagnée d'augmentations de ressources correspondantes. Les systèmes et les procédures n'ont pu faire face au volume accru et à la complexité de la charge de travail.

Il faut promouvoir des systèmes financiers uniformes (aussi bien au Siège qu'au niveau régional). Ces systèmes (s'agissant par exemple du nouveau système d'avances, de la saisie des données, de la ponctualité de l'information, des bordereaux interservices électroniques du PNUD) n'étant pas en place, on n'a pas pu réaliser de gains de productivité. On a observé une augmentation considérable du volume des transactions et de leur complexité sans augmentation concomitante des ressources humaines ; les effectifs sont insuffisants, surtout pendant les périodes de pointe.

Les voies de communication, tant au Siège qu'au niveau régional, sont devenues de plus en plus complexes en raison du changement permanent. De ce fait, l'information à des fins gestionnaires n'est ni rapide ni exacte.

Des ressources supplémentaires doivent être allouées à la formation du personnel afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacé.

Pertinence et adéquation

Les résultats escomptés et les réalisations sont demeurés pertinents et mesurables et continueront d'être valables pour les périodes biennales suivantes car une bonne partie du travail considéré ne change pas. Toutefois, ce domaine d'activité couvrant un large éventail de procédures de gestion financière et comptable, les résultats escomptés devront être encore affinés à l'avenir.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	38 318
Domaine d'activité – dépenses	38 352

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
24 484	7 914	1 625	1 162	1 526	1 024	617

Enseignements

- Les ressources et les systèmes doivent être améliorés afin de pouvoir absorber un volume accru et éliminer les aspects inefficaces dans le traitement des demandes de remboursement.
- Les insuffisances de formation et de mise au courant du personnel concernant les procédures comptables et l'organisation des voyages et des réunions ont également contribué à l'inefficacité, le personnel devant passer plus de temps à expliquer les nouvelles règles applicables aux voyages et aux indemnités journalières.
- Une planification en temps voulu et le respect de calendriers réalistes sont importants.
- Il faudrait parvenir à mieux faire comprendre les rôles et les responsabilités des fonctionnaires de rang supérieur.
- Une approche plus structurée de l'environnement comptable au niveau mondial s'impose.
- Une formation adéquate du personnel à tous les niveaux est essentielle, surtout dans un environnement où le changement est important et le système financier assez lourd.
- Avant d'entreprendre des projets ambitieux pour améliorer les systèmes de technologie de l'information, il est important d'évaluer la capacité de l'Organisation à les mettre en oeuvre ainsi que leur relation avec d'autres systèmes et leurs répercussions sur ces autres systèmes et les usagers.
- Il faut faire preuve de réalisme en ce qui concerne la capacité du personnel chargé de la gestion financière de réagir au changement lorsque l'on établit des critères de performance pour des produits complexes qui supposent des changements importants dans les méthodes de travail et le travail d'équipe à travers toute l'Organisation.
- La budgétisation fondée sur les résultats est un outil qui vise à modifier notre façon d'aborder notre travail. Il convient de faire porter davantage d'efforts sur la définition des priorités ; un temps suffisant doit être alloué à chaque phase de cette activité, en prévoyant un système de récompenses et de responsabilité de l'exécution des étapes requises, indépendamment du degré de réussite dans la réalisation des résultats escomptés.

INFORMATIQUE ET INFRASTRUCTURE

Objectif(s) de l'OMS

Concevoir et mettre en oeuvre des accords, instruments et procédures appropriés pour améliorer les communications, l'échange d'informations et les opérations logistiques dans l'ensemble de l'Organisation, conformément au principe d'« unité de l'OMS ».

Résumé des réalisations

- La sécurité des locaux et des terrains a été améliorée dans tous les bureaux établis.
- Un plus grand nombre d'accords-cadres ont été négociés pour les biens, ce qui s'est traduit par une diminution des coûts unitaires dans toute l'Organisation.
- Un appui efficient et efficace a été fourni à toutes les réunions techniques et réunions des organes directeurs.
- Des négociations ont été conclues avec des lignes aériennes et des agents de voyages afin d'améliorer le rapport coût/efficacité des services des voyages, et cela à l'échelle de l'Organisation.
- Tous les bureaux établis ont convenu d'élaborer conjointement un plan directeur continu pour l'équipement, prévoyant l'entretien et la rénovation des locaux et le développement de la sécurité ainsi que l'allocation de ressources à des projets immobiliers de façon rationnelle et durable.
- Un appui a été fourni aux Etats Membres ainsi qu'aux bureaux de l'OMS dans les pays et aux bureaux de liaison dans les domaines des achats locaux et remboursables, des fournitures d'urgence, de l'infrastructure, de la logistique et des réunions.
- Dans le domaine des technologies de l'information et de la communication (ICT), l'OMS a été encouragée à adopter un environnement plus normalisé pour les systèmes d'information en ayant recours à des systèmes d'application communs plutôt qu'à des applications isolées et en améliorant les systèmes d'exploitation de façon à ce qu'ils répondent aux normes actuelles.
- Les infrastructures ont été renouvelées en tirant parti des nouveaux produits et services technologiques afin de répondre aux exigences croissantes des utilisateurs en matière de largeur de bande, de réseaux, de stockage et autres infrastructures informatiques.
- Les compétences tant du personnel que des utilisateurs des services ICT ont été développées.
- En ce qui concerne les modèles de prestation de services, une importance accrue a été accordée à l'appropriation par l'Organisation des systèmes d'application, le rôle d'ICT étant de veiller à ce que des solutions techniques appropriées et efficaces soient mises en oeuvre pour répondre aux besoins de l'Organisation.
- Des politiques OMS concernant l'utilisation appropriée des technologies de l'information et de la communication et du courrier électronique ont été mises en place.
- Compte tenu des risques croissants pour la prestation de services ICT présentés par les virus et autres actes de malveillance, une attention accrue a été portée à l'évaluation des risques et à l'établissement de mécanismes destinés à garantir que l'usage des infrastructures et des systèmes ne soit pas interrompu.
- Dans le cadre de l'initiative en faveur des pays, les infrastructures et les systèmes des bureaux de liaison et de pays de l'OMS ont été améliorés, et un appui direct a été fourni aux Etats Membres dans toute une série de domaines tels que les projets de télémedecine ; des consultations et une évaluation des besoins en matière de systèmes d'information ; un soutien en matière de formation, de logistique et de réunions ; et la mise au point et le déploiement d'applications informatiques pour la gestion et la prestation des soins de santé.

Illustration des réalisations aux niveaux mondial, régional ou des pays

- Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a été réinstallé à Brazzaville.
- Le système automatisé d'administration des voyages et des réunions (TMAS) a été lancé avec succès dans tous les bureaux régionaux.
- Un système d'achats électroniques (OMS WebBuy) a été mis en place dans divers bureaux, ce qui permet d'améliorer l'appui aux achats pour l'exécution des programmes.

Réalisation des résultats escomptés

Mise en oeuvre du plan d'action approuvé en matière de technologies de l'information

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Compatibilité des structures, systèmes et plates-formes informatiques en activité dans toute l'Organisation	<p>Systèmes d'exploitation Microsoft dans tous les lieux d'affectation</p> <p>Variabilité considérable en termes de technologie disponible dans les bureaux de pays. Par exemple, certains bureaux de pays utilisent les systèmes de courrier électronique utilisés par d'autres organes des Nations Unies ou des organismes commerciaux</p> <p>Système de gestion des activités et système d'information administrative et financière en place en tant que « systèmes communs », mais nombreuses variantes locales à l'échelle de l'Organisation</p>	<p>Systèmes d'exploitation Microsoft dans tous les lieux d'affectation</p> <p>Mettre en place un environnement d'exploitation minimum pour les bureaux de pays</p> <p>Mettre en place une structure de financement et d'administration de projets pour remplacer les systèmes administratif et financier en vigueur à l'OMS par un système mondial de gestion</p>	<p>Plates-formes de systèmes : tous les lieux d'affectation OMS continuent d'utiliser Microsoft</p> <p>Peu de changements d'ensemble dans les bureaux de pays, avec toujours des variations considérables entre les Régions dans la qualité de l'infrastructure disponible</p> <p>Obtention d'un financement pour le projet de système mondial de gestion ; directeur de projet nommé ; recrutement de l'équipe de projet terminé</p>

Système de communication mis en place pour relier les bureaux de l'OMS en vue d'améliorer la collaboration et la coordination par l'échange d'informations

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Accès effectif de tous les bureaux de l'OMS à l'ensemble des bases de données de l'OMS	La fonction sécurité des ICT au Siège et dans les bureaux régionaux dispose de ressources insuffisantes (pas de personnel spécialisé dans la sécurité, pas de programme officiel de gestion de la sécurité)	<p>Effectuer des évaluations des risques dans 4 bureaux régionaux</p> <p>Collaboration entre le Siège et le Bureau régional de l'Afrique afin d'améliorer la sécurité des réseaux</p>	<p>Evaluations des risques effectuées dans les Bureaux régionaux de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et de la Méditerranée orientale</p> <p>Le réseau du Bureau régional de l'Afrique a été renforcé par la mise en commun avec le Siège des systèmes de sécurité</p>

Mise à disposition de fournitures sanitaires de la plus haute qualité au meilleur prix pour les programmes techniques et les Etats Membres, en utilisant des mécanismes tels que des accords-cadres et le commerce électronique pour promouvoir des méthodes d'achat plus autonomes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Volume d'achats directs réalisé par voie électronique pour tous les bureaux de l'OMS en vertu de contrats négociés au niveau central et se traduisant par une baisse du coût unitaire	Non établie	Non établie	Le système d'achat électronique n'ayant pas été mis en place avant fin 2003, le volume des achats directs n'a pu être mesuré

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau de l'augmentation des achats remboursables	5,9 % du total des achats (US \$10 812 000) en 2000-2001	Non établie	Augmentation du niveau des achats remboursables pour le faire passer à 8,5 % du total des achats (US \$16 751 000), contre 5,9 % (US \$10 812 000) pour la période biennale précédente

Poursuite de l'appui à l'exécution des programmes et aux organes directeurs de l'OMS d'une façon rationnelle et durable ; niveau approprié de services logistiques permettant le bon fonctionnement des bureaux établis

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Degré de satisfaction concernant les opérations courantes de tous les bureaux grâce à des services d'appui aux infrastructures fiables et efficaces	Non établie	Non établie	Des examens de l'efficacité administrative des opérations et du niveau d'entretien des infrastructures confirment une amélioration des services d'appui fournis. Toutefois, aucune enquête n'a été effectuée pour vérifier le degré de satisfaction du client

Principaux obstacles

Postes vacants non pourvus, absence de personnel d'appui compétent, locaux insuffisants et absence d'outils adéquats pour le suivi et le compte rendu ont été les principaux obstacles à la réalisation des résultats escomptés. Dans le domaine des technologies de l'information et de la communication, l'absence d'administration générale à l'échelle de l'Organisation, l'absence de planification à l'échelle du système afin de définir exactement quels sont les besoins en matière d'ICT pour l'exécution des programmes de l'OMS, et le manque de financement prévisible et suffisant des technologies de l'information et de la communication ont également été des obstacles importants.

Pertinence et adéquation

En général, les résultats escomptés ont été jugés pertinents et adéquats ; toutefois, les indicateurs doivent encore être affinés et le domaine de la cybersanté (application des ICT aux soins de santé) et l'appui aux pays sont généralement demeurés mal définis.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	133 531
Domaine d'activité – dépenses	150 378

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
84 542	28 850	3 340	6 776	12 029	8 647	6 194

Enseignements

- Des problèmes économiques et politiques croissants dans certains pays ont aiguisé les problèmes de sécurité, accroissant ainsi la nécessité d'affecter davantage de ressources à ce domaine en 2004-2005 et en 2006-2007.
- Des budgets réduits, dans un contexte de coûts opérationnels stables ou croissants, exigent un effort encore plus résolu pour garantir des achats compétitifs et la recherche de solutions novatrices pour réduire les coûts, telles que la mise en commun de services avec d'autres organisations du système des Nations Unies ou organisations internationales.
- L'amélioration des systèmes de surveillance et de compte rendu et une utilisation plus stratégique des ressources à l'appui des objectifs de l'Organisation s'imposent. Cela pourrait comprendre la mise en oeuvre des systèmes mondiaux tels que le système d'achat WebBuy de l'OMS (achat électronique) et, si possible, des négociations afin de fournir des services d'infrastructure et de logistique applicables dans toute l'Organisation (par exemple services de voyage et transport, et accords-cadres pour les biens communs). Cela devrait permettre d'offrir des services plus économiques et plus efficaces à tous.
- Une approche plus stratégique de l'utilisation des ressources à l'appui des besoins en ICT des programmes techniques et administratifs doit être mise en place. En matière de technologies de l'information et de la communication, la planification doit être guidée par les priorités clairement définies de l'Organisation, établies à travers un mécanisme de gouvernance fonctionnant correctement. Cette approche stratégique doit comprendre une orientation plus nette sur les technologies de l'information et de la communication comme outil permettant d'aider le personnel à exécuter les programmes de l'OMS.

BUREAUX DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET DES DIRECTEURS RÉGIONAUX (VÉRIFICATION DES COMPTES, SURVEILLANCE ET SERVICE JURIDIQUE COMPRIS)

Objectif(s) de l'OMS

Diriger et inspirer l'ensemble des bureaux de l'OMS de façon à accroître au maximum leur contribution à une amélioration sensible de la santé des populations des Etats Membres, conformément aux principes et fonctions énoncés dans la Constitution.

Résumé des réalisations

- Le budget programme 2002-2003 a été pleinement exécuté financièrement ; les fonds extrabudgétaires ont augmenté ; dans l'ensemble, le niveau d'exécution des programmes a été élevé.
- Une bonne coordination à l'intérieur de l'Organisation a été maintenue en ce qui concerne la lutte contre le syndrome respiratoire aigu sévère et au cours des négociations sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Si ces deux réalisations ont été importantes, la coordination entre les niveaux administratifs pertinents et l'appui reçu de ceux-ci dans toute l'Organisation ont également contribué à la réussite.
- La planification stratégique en vue de la désignation au milieu de la période biennale du Directeur général et du changement ultérieur d'administration a permis une transition harmonieuse et la réalisation de l'objectif du Bureau du Directeur général tel qu'il figurait dans le budget programme.
- Les bureaux régionaux ont constaté une coopération croissante avec des partenaires extérieurs et un plus grand engagement des gouvernements dans les questions de santé.

Réalisation des résultats escomptés

Mise en oeuvre complète des résolutions et décisions des organes directeurs de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Approbation par les organes directeurs de rapports périodiques sur la mise en oeuvre des résolutions et des décisions	Non établie	Non établie	Approbation générale par les organes directeurs

Plus grande cohérence et synergie entre l'action des différents niveaux de l'Organisation afin de renforcer son unité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Introduction de réformes à l'échelle de l'Organisation propres à promouvoir l'« unité de l'OMS », par exemple la notion de domaine d'activité introduite dans le présent projet de budget programme et dans les politiques mondiales sur les ressources humaines et la technologie de l'information	Non établie	Non établie	Tous les aspects programmatiques des domaines d'activité sont liés aux résultats escomptés décrits dans le budget programme. La collaboration entre le Siège et les bureaux régionaux s'est améliorée progressivement

Pratiques administratives, financières et techniques optimales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Production de rapports précis et utiles en temps opportun concernant la vérification intérieure des comptes et la surveillance, qui permettent également de cerner les problèmes et de suggérer des solutions s'agissant des risques et des faiblesses recensés	Non établie	Non établie	Vérification intérieure et extérieure des comptes effectuée dans les délais ; recommandations prises en considération dans la planification pour 2004-2005

BUDGET PROGRAMME 2002-2003 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Suite donnée aux recommandations du Commissaire aux Comptes	Non établie	Non établie	Toutes les recommandations du Commissaire au Comptes ont été prises en considération et, le cas échéant, appliquées

Protection du statut juridique et des intérêts de l'Organisation grâce à des services de conseil juridique rapides et efficaces

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Réponse aux demandes de conseils et de services juridiques d'où qu'elles proviennent à l'intérieur de l'Organisation	Non établie	Non établie	Le statut juridique et les intérêts de l'Organisation ont été protégés au cours de la période biennale grâce à des services de conseil juridique efficaces et de haute qualité. Il a été répondu à toutes les demandes d'assistance qu'elles proviennent du Siège, des bureaux régionaux ou d'autres bureaux.

Il n'a pas été établi de bases ni de cibles pour le Bureau du Directeur général dans le budget programme 2002-2003.

Principaux obstacles

Des problèmes liés à la sécurité, aux situations d'urgence et aux catastrophes naturelles, des contraintes financières et une pénurie de ressources humaines ont été constatés.

Pertinence et adéquation

Les résultats escomptés ont été pertinents en ce sens qu'ils offraient une orientation générale aux activités. Toutefois, ils étaient limités étant donné qu'une grande partie du travail des bureaux du Directeur général et des Directeurs régionaux consiste à promouvoir la réalisation des résultats escomptés dans d'autres domaines d'activité.

Dépenses par rapport au budget adopté par l'Assemblée de la Santé

Le montant total des dépenses, y compris le budget ordinaire et les autres fonds pour 2002-2003, s'élevait à US \$30 954 000 et le montant total du budget programme à US \$25 028 000.

La différence s'explique en grande partie par les ressources supplémentaires fournies par plusieurs fondations pour financer la période de transition lors de la prise de fonctions du nouveau Directeur général.

Dépenses par rapport au budget programme total et dépenses par bureau (en milliers de US \$)

Domaine d'activité – budget programme	25 028 ¹
Domaine d'activité – dépenses	30 954 ¹

Dépenses par bureau :

Siège	Afrique	Amériques	Asie du Sud-Est	Europe	Méditerranée orientale	Pacifique occidental
20 164 ²	1 884	857	1 629	2 098	2 826	1 496

¹ Le budget et les dépenses approuvés pour ce domaine d'activité englobent également ceux du domaine d'activité « Programme du Directeur général et des Directeurs régionaux pour le développement et initiatives ».

² Les dépenses au Siège comprennent également le Fonds du Directeur général pour le développement, dépenses qui sont en réalité encourues à tous les niveaux de l'Organisation.