

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

BUDGET
PROGRAMME
2004-2005

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, 2006

TABLE DES MATIERES

Avant-propos du Directeur général *v*

Vue d'ensemble *1*

Appréciation de l'exécution par domaine d'activité

Maladies transmissibles : surveillance	<i>13</i>
Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication	<i>18</i>
Maladies transmissibles : recherche et développement de produits	<i>24</i>
Paludisme	<i>29</i>
Tuberculose	<i>35</i>
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles	<i>40</i>
Tabac	<i>47</i>
Promotion de la santé	<i>52</i>
Traumatismes et incapacités	<i>58</i>
Santé mentale et toxicomanies	<i>64</i>
Santé de l'enfant et de l'adolescent	<i>69</i>
Recherche en santé génésique et élaboration de programmes dans ce domaine	<i>74</i>
Pour une grossesse à moindre risque	<i>79</i>
Santé de la femme	<i>82</i>
VIH/SIDA	<i>86</i>
Développement durable	<i>92</i>
Nutrition	<i>98</i>
Santé et environnement	<i>102</i>
Salubrité des aliments	<i>107</i>
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	<i>111</i>
Médicaments essentiels : accès, qualité et usage rationnel	<i>117</i>
Vaccination et mise au point de vaccins	<i>123</i>
Sécurité transfusionnelle et technologie clinique	<i>131</i>
Bases factuelles à l'appui des politiques de santé	<i>138</i>
Gestion et diffusion de l'information sanitaire	<i>146</i>
Politique de recherche et promotion de la recherche	<i>152</i>
Organisation des services de santé	<i>157</i>
Organes directeurs	<i>164</i>
Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats	<i>167</i>
Planification, suivi et évaluation des programmes	<i>172</i>
Développement des ressources humaines	<i>176</i>
Budget et gestion financière	<i>181</i>
Infrastructure et informatique	<i>186</i>
Directeur général, Directeurs régionaux et fonctions indépendantes	<i>191</i>
Présence de l'OMS dans les pays	<i>194</i>
Divers	<i>199</i>
Couverture du risque de change	<i>199</i>
Fonds immobilier	<i>199</i>
Fonds pour la technologie de l'information	<i>200</i>
Fonds pour la sécurité	<i>200</i>

AVANT-PROPOS

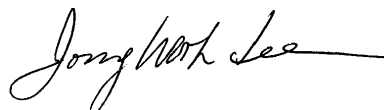
Il est indispensable d'évaluer l'exécution pour juger des progrès accomplis et mieux les cibler. Le rapport intitulé Budget programme 2004-2005 : appréciation de l'exécution offre une vue d'ensemble utile de ce qui a été accompli au cours de la période considérée et indique où des améliorations doivent être apportées au cours de la prochaine période biennale et au-delà.

Pour permettre de mesurer les réalisations ou les échecs, chaque domaine d'activité définit des résultats escomptés. La mesure dans laquelle ces attentes ont été remplies est le principal indicateur de l'exécution. Lorsque l'appréciation montre que l'on est en deçà des résultats escomptés, le rapport en précise les raisons, tire les enseignements de l'expérience et suggère différentes approches à suivre en 2006-2007.

Le Secrétariat continue de respecter rigoureusement les principes de transparence et de responsabilité financière à l'égard des Etats Membres. Le budget programme a donné la priorité au renforcement des capacités afin d'améliorer les résultats sur le plan sanitaire, l'intervention en cas d'épidémie et de situation d'urgence, l'action sur les déterminants de la santé et le renforcement des systèmes de santé. De nombreux événements survenus au cours de la période biennale ont encore accru le bien-fondé de ces priorités.

L'OMS a réagi à une série de catastrophes naturelles et de crises, dont les séismes et tsunamis dans l'océan Indien en décembre 2004 et la crise humanitaire dans la région du Darfour, au Soudan. Nous avons travaillé avec la communauté internationale afin de sensibiliser l'opinion et de mobiliser un soutien en faveur de la planification préalable face à la menace de grippe pandémique, suite à la propagation rapide du virus de la grippe aviaire hautement pathogène H5N1 chez les oiseaux sauvages et domestiques partout dans le monde. En octobre 2005, nous avons présenté le premier rapport mondial sur la prévention des maladies chroniques,¹ afin d'appeler l'attention sur les pertes en vies humaines attribuables aux cardiopathies, aux accidents vasculaires cérébraux, aux cancers et au diabète et sur le rôle des déterminants sociaux de la santé dans leur prévention. La réintroduction du poliovirus sauvage à partir du Nigéria dans des pays jusque-là exempts de poliomyélite a déclenché des mesures d'urgence partout en Afrique, et notamment une campagne visant à vacciner 100 millions d'enfants dans 23 pays africains. Cette intervention a sollicité au maximum les moyens de nos bureaux régionaux et de pays.

Le présent rapport remet en perspective l'action de l'Organisation. D'autres perspectives importantes et complémentaires sont exposées dans les publications annuelles telles que les rapports sur la santé dans le monde, le Rapport du Directeur général² et les *Statistiques sanitaires mondiales*.³ A eux tous, ils donnent une bonne idée générale des activités de l'Organisation et des progrès réalisés en matière de santé dans le monde.



LEE Jong-wook
Directeur général

Genève, avril 2006

¹ *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² *2004 : l'Année OMS en bref : Rapport du Directeur général*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

³ *Statistiques sanitaires mondiales, 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

VUE D'ENSEMBLE

Le présent document récapitule les résultats obtenus pendant la période biennale 2004-2005, de même que les principaux obstacles et défis à relever. Le rapport d'appréciation de l'exécution du budget programme 2004-2005 s'inscrit dans le cadre OMS de responsabilité financière et de gestion fondée sur les résultats. Le budget programme a été exécuté selon le principe consistant à « *faire ce qu'il faut, là où il faut, comme il le faut* », la préoccupation principale étant de travailler avec les pays et de renforcer les capacités nationales.

La période biennale 2004-2005 a été caractérisée par des exigences accrues vis-à-vis des Etats Membres, du Secrétariat et des partenaires de l'action sanitaire dans le monde. Parmi les nombreux défis à relever, il s'agissait : de renforcer les systèmes de santé ; d'assurer l'accès aux médicaments pour un nombre croissant de personnes vivant avec le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ; de répondre à la menace sans cesse renouvelée que constituent les maladies transmissibles existantes, nouvelles ou émergentes et les situations d'urgence ; d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement – y compris en améliorant la santé des femmes et des enfants ; d'agir face à la charge croissante des maladies non transmissibles et des troubles mentaux ; de reconnaître les liens entre pauvreté et santé ; et de mieux comprendre l'impact des déterminants sociaux et environnementaux sur le développement sanitaire.

Au cours de la période biennale, des progrès importants ont été réalisés en ce qui concerne l'appui de l'OMS aux efforts que déploient les Etats Membres pour résoudre un certain nombre de ces problèmes. Parmi les mesures prises, on notera l'élargissement de l'accès aux antirétroviraux pour le VIH/SIDA à travers l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » ; les progrès sur la voie de l'éradication de la poliomyélite ; l'adoption du Règlement sanitaire international (2005) ; et la mise en oeuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Pendant cette même période, le monde a dû faire face à plusieurs crises majeures telles que les séismes et tsunamis dans l'océan Indien, le tremblement de terre en Asie du Sud, la crise au Darfour, au Soudan, et la menace émergente de la grippe aviaire.

Pour atteindre ses objectifs sanitaires, l'Organisation continue de se tourner vers d'autres partenaires, y compris dans la société civile et le secteur privé, et s'efforce de jouer un rôle efficace au sein du système des Nations Unies. L'OMS a continué à forger des partenariats créatifs et novateurs avec les divers intervenants dans le domaine du développement humain et de la sécurité sanitaire.

Des voix se sont élevées de plus en plus nombreuses pour que l'Organisation s'emploie à accroître au maximum l'impact de son action, grâce à une meilleure cohésion entre équipes de pays, bureaux régionaux et Départements du Siège. Pour cela, l'OMS se devait de se montrer plus efficace et plus efficiente, plus responsable, plus transparente et plus réceptive au changement. Pour le Secrétariat, la période biennale 2004-2005 a été caractérisée par des réformes qui visaient à accroître son efficacité et son efficacité.

Les réalisations de l'Organisation au cours de la période biennale sont présentées sous cinq grandes rubriques : l'amélioration des résultats sur le plan sanitaire ; l'action face aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence ; la prise en compte des déterminants de la santé ; le renforcement des systèmes de santé ; et la concentration sur la gestion fondée sur les résultats.

Amélioration des résultats sur le plan sanitaire

L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » de l'OMS/ONUSIDA – qui avait pour but de placer 3 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA sous traitement antirétroviral avant fin 2005 – a clairement montré qu'il était possible d'administrer ce traitement dans des situations où les ressources sont limitées et qu'un élargissement général du traitement, sur la base des principes de santé publique, était faisable dans certains des pays les plus pauvres et les plus touchés. Le nombre de personnes sous antirétroviraux dans les pays à revenus faible et moyen a augmenté, passant de 400 000 en décembre 2003 à plus de 1,3 million en décembre 2005. L'OMS reste très attachée à l'idée d'instaurer un accès universel.

Quelque 3205 cas de poliomyélite ont été notifiés dans 24 pays en 2004-2005 (contre 2401 dans 16 pays en 2002-2003). Les ministères de la santé des pays où la poliomyélite demeure endémique ont signé en janvier 2004 la Déclaration de Genève pour l'éradication de la poliomyélite, s'engageant à intensifier et à mener à terme les activités d'éradication partout dans le monde. Plus de 25 pays d'Afrique, du Moyen-Orient et d'Asie ont repris les campagnes de vaccination antipoliomyélique de masse, soit pour stopper, soit pour prévenir la propagation aux niveaux national et international d'une épidémie touchant plusieurs pays qui avait pour origine le nord du Nigéria. Les décès par rougeole dans le monde ont diminué pour tomber, selon les estimations, à 454 000 en 2004, contre 871 000 en 1999, soit une baisse de 48 %. Ce résultat peut être attribué en partie à la mise en oeuvre de la stratégie globale OMS/UNICEF pour la réduction durable de la mortalité par rougeole dans les pays les plus touchés, notamment en Afrique où le nombre de décès par rougeole a diminué de 60 %.

La stratégie pour accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux en matière de santé génésique a été approuvée par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA57.12 en mai 2004. Des outils normatifs reposant sur des données factuelles ainsi que des principes directeurs en matière de santé génésique ont été publiés et distribués aux Régions et aux pays. L'interface clinique entre santé génésique et sexuelle et VIH/SIDA est devenue l'un des axes importants de la politique de l'OMS dans le domaine de la santé génésique.

Un appui technique a été fourni aux pays afin qu'ils puissent développer leur capacité d'amélioration de la qualité des soins et accroître l'équité d'accès aux services de santé de la mère et du nouveau-né et l'utilisation de ceux-ci. Des principes directeurs ont été élaborés afin de soutenir la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, et la documentation sur l'amélioration de l'accès à des soins de qualité en planification familiale a été révisée afin de tenir compte des dernières connaissances scientifiques.

Trente-deux pays ont reçu une aide pour donner une suite pratique aux recommandations du Comité des Droits de l'Enfant des Nations Unies. Avec l'appui de l'OMS, un nombre croissant de pays adopte les interventions essentielles pour la survie de l'enfant ; 67 pays ont élargi la couverture géographique de la stratégie de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ; 39 appliquent la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et 7 l'approche stratégique de l'OMS concernant le VIH et les jeunes.

En 2005, une nouvelle stratégie de lutte contre la tuberculose (Halte à la tuberculose) s'articulant autour de la stratégie DOTS a été élaborée et le dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments du partenariat Halte à la tuberculose a livré plus de 2,4 millions de traitements à 65 pays. Les premiers vaccins candidats contre la tuberculose sont passés du stade préclinique au stade de l'évaluation clinique chez l'être humain et des premiers résultats scientifiques laissent espérer que de nouveaux vaccins efficaces contre la tuberculose pourront être introduits d'ici 10 ans.

L'OMS a acheté et distribué 1,3 million de moustiquaires imprégnées d'insecticide, servant à protéger quelque 2,5 millions de personnes vulnérables des moustiques vecteurs du paludisme. Des dizaines de millions de moustiquaires ont été achetées et distribuées par d'autres partenaires et d'autres pays. Au cours de la période biennale, 29 pays d'endémie supplémentaires ont adopté des associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine, portant le total à 52. En 2005, les pays d'endémie en ont acheté 30 millions de doses, contre 4 millions en 2004.

Le nombre de pays où sévit la dracunculose a été ramené de 13 en 2003 à 9 en 2005. Un mémorandum d'accord a été signé avec le fabricant, garantissant l'approvisionnement gratuit en polychimiothérapie pour la lèpre partout dans le monde jusqu'à fin 2010. Une stratégie intégrée de lutte antivectorielle à des fins de santé publique a été élaborée et, pour la première fois, des vaccins oraux contre le choléra ont été utilisés à titre d'intervention humanitaire dans le sud du Darfour et dans la Province d'Aceh touchée par le tsunami en Indonésie. Le développement clinique du vaccin conjugué antiméningococcique groupe A chez des adultes volontaires a commencé, laissant entrevoir la possibilité d'éliminer la méningite épidémique dans la ceinture africaine de la méningite.

Action face aux flambées épidémiques et aux situations d'urgence

Par la résolution WHA58.3, l'Assemblée de la Santé a adopté le Règlement sanitaire international (2005), qui offre un cadre pour l'alerte et l'action au niveau mondial face aux urgences de santé publique et pour le renforcement des capacités nationales essentielles. Les opérations d'alerte et d'action de l'OMS en cas d'épidémie ont été intensifiées, le réseau mondial d'alerte et action en cas d'épidémie a été élargi et le Centre stratégique d'opérations sanitaires de l'OMS est devenu pleinement opérationnel. L'OMS a joué un rôle directeur efficace en matière de surveillance, d'évaluation des risques, de recherche scientifique, de renforcement des capacités et d'action opérationnelle face à la menace émergente de la grippe aviaire et en vue de la préparation systématique à une éventuelle pandémie de grippe.

La période biennale a été marquée par une série de catastrophes naturelles, la plus marquante ayant été provoquée par les séismes et les tsunamis survenus dans l'océan Indien le 26 décembre 2004, qui ont suscité une réaction internationale sans précédent et posé à l'OMS et à ses partenaires des problèmes logistiques extraordinaires. L'OMS a également apporté une aide rapide au Gouvernement pakistanais à la suite du tremblement de terre dévastateur survenu en Asie du Sud. Outre qu'elle a apporté son soutien dans le cadre des efforts de secours immédiats après la catastrophe dans ces situations d'urgence, l'OMS a également aidé à la remise en état des services de santé maternelle et néonatale. Parmi les autres réalisations figure l'enquête sanitaire menée par l'OMS au Soudan en août 2004, qui a contribué à ramener la crise du Darfour sur la scène internationale.

Prise en compte des déterminants de la santé

Le 27 février 2005 a marqué une date historique avec l'entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. En novembre 2005, la Convention-cadre faisait l'objet de sa centième ratification, étape décisive pour la communauté internationale chargée de la santé.

Le Protocole sur l'eau et la santé à la Convention de 1992 sur la protection et l'utilisation des cours d'eau transfrontières et des lacs internationaux, élaboré conjointement par l'OMS et la Commission économique des Nations Unies pour l'Europe, est le premier instrument juridique international contraignant dans la lutte contre les maladies d'origine hydrique. Le Protocole est entré en vigueur le 4 août 2005 et comptait 17 Parties au 31 décembre 2005. Célébrant le début de la Décennie internationale d'action : « L'eau source de vie » 2005-2015, l'OMS et l'UNICEF ont présenté un rapport destiné à renforcer les efforts en vue d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement lié à l'eau potable et à l'assainissement de base. Le rapport, qui indique ce qu'il reste à faire, a été considéré par la communauté internationale comme une contribution majeure en vue de promouvoir l'accès à une eau de boisson saine et à l'assainissement pour des milliards de personnes fortement exposées au risque de maladies d'origine hydrique.

Le Réseau international OMS des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments (INFOSAN) a été créé en vue de réduire au maximum les effets des flambées de maladies d'origine alimentaire ; il comporte une composante d'urgence et peut déjà compter sur 145 Etats Membres participants. Afin d'accroître la participation des pays en développement à la Commission du Codex Alimentarius, l'OMS et la FAO ont créé le Fonds fiduciaire du Codex et mobilisé pour celui-ci US \$4 millions fin 2005.

Par la résolution WHA57.17, l'Assemblée de la Santé a adopté la stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé. Le lancement d'un rapport OMS sur la prévention des maladies

chroniques¹ a marqué le point de départ d'une initiative majeure destinée à sensibiliser le public à l'épidémie mondiale des maladies chroniques, qui ne fait que croître.

Une étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et les violences familiales à l'égard des femmes, achevée en 2005, montre que la violence à l'égard des femmes est très répandue et qu'elle a des conséquences importantes sur la santé. L'étude s'est appuyée sur les données obtenues par 10 pays qui ont interrogé plus de 24 000 femmes.

A la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, le Directeur général a annoncé la création de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, chargée d'étudier les facteurs sociaux qui ont des répercussions sur la santé. L'OMS a également coordonné la contribution technique et la rédaction d'un rapport international sans précédent sur les liens complets entre la préservation d'écosystèmes naturels sains et de leur diversité biologique et la santé humaine.² Le rapport est une contribution à l'évaluation des écosystèmes pour le Millénaire, projet plus large qui prévoit sur quatre ans une série d'études et de rapports à la rédaction desquels participeront plus de 1300 scientifiques, et qui a pour but d'étudier les effets passés, présents et futurs sur le bien-être de l'homme.

Renforcement des systèmes de santé

A la réunion de Montreux sur le thème : Faire fonctionner les systèmes de santé, réunion organisée par l'OMS, les représentants des principaux programmes et initiatives mondiaux concernant les systèmes de santé, les organismes de financement, des experts des systèmes de santé et des responsables gouvernementaux se sont efforcés de parvenir à un accord pour savoir en quoi consiste le renforcement des systèmes de santé et trouver les moyens d'harmoniser des approches spécifiques selon les maladies et des approches plus générales du développement des systèmes de santé. Ils ont également défini dans ses grandes lignes une feuille de route visant à faire progresser certains éléments de ce programme d'action de façon à lever les principaux obstacles auxquels se heurtent les systèmes de santé et à accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs sanitaires mondiaux.

La crise des ressources humaines pour la santé occupait un rang élevé de priorité dans l'ordre du jour du Troisième Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (Paris, novembre 2005) coordonné par l'OMS et la Banque mondiale et auquel ont assisté des ministres et des hauts responsables de pays en développement, des chefs de secrétariat d'organisations bilatérales et multilatérales et d'autres partenaires. Les participants ont convenu de la nécessité de constituer une alliance mondiale formelle dans laquelle l'OMS devra jouer un rôle vital pour surmonter la crise des ressources humaines pour la santé.

Le programme d'action de l'OMS concernant la politique de recherche et la promotion de la recherche a progressé lors du Sommet ministériel de la recherche en santé organisé à Mexico en novembre 2004, au cours duquel les ministres de la santé et d'autres représentants de 58 pays ont appelé à un engagement accru de tous les pays en faveur de la recherche en santé.

Un nouveau partenariat hébergé par l'OMS, le Réseau de métrologie sanitaire, a été créé au cours de la période biennale. Il vise à accroître l'offre et l'utilisation en temps opportun d'informations sanitaires fiables, en catalysant le financement et le développement de systèmes d'information sanitaire essentielle dans les pays en développement. Le registre international des essais cliniques, réseau qui rassemble les registres d'essais cliniques du monde entier et établit un ensemble de normes internationales à l'intention de ceux-ci, a également été lancé en 2005.

¹ *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² *Ecosystems and Human Well-being: Health Synthesis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Une coopération intensifiée avec la Global Harmonization Task Force en vue de l'harmonisation internationale de la réglementation des appareils médicaux a permis de développer l'accès public aux informations relatives à la surveillance postcommercialisation, entraînant une amélioration de la sécurité des patients. De nouvelles normes biologiques OMS ont été produites et promues en ce qui concerne les produits sanguins, les substances biologiques connexes et les techniques de diagnostic *in vitro*.

Afin de traiter les préoccupations en matière de transplantation d'organes, de cellules et de tissus d'un point de vue international, un réseau mondial de partenaires a été créé, les premiers documents d'orientation mondiaux – qui comprenaient des recommandations sur les xénogreffes – ont été élaborés et une base de connaissances mondiale sur les transplantations a été mise en chantier. La présélection par l'OMS des fournisseurs et des produits pour le traitement du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme fait désormais l'objet d'un grand programme mondial. La liste des produits présélectionnés est utilisée par les organisations des Nations Unies, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et la Banque mondiale afin de guider les choix en matière d'achat, et elle est de plus en plus utilisée par les Etats Membres, les programmes nationaux de traitement et les organisations non gouvernementales. Le programme a été élargi à la présélection des ingrédients pharmaceutiques actifs et des laboratoires de contrôle de la qualité.

Au nombre des activités de soutien direct, on notera qu'une assistance et des conseils techniques ont été apportés aux pays concernant les droits de propriété intellectuelle et les accords commerciaux. L'OMS a poursuivi sa collaboration avec l'OMC et a été à l'origine d'un effort concerté entre l'UNICEF, le PNUD, l'ONUSIDA et le Fonds mondial pour assurer la cohérence des activités et de la formation en matière de droits de propriété intellectuelle et d'achat de médicaments. L'OMS a également soutenu la participation à des réunions et des ateliers de formation régionaux sur ces questions organisés en Afrique et en Amérique latine par l'OMC.

Concentration sur la gestion fondée sur les résultats

La période biennale a été marquée par des efforts renouvelés en vue d'accroître l'efficience et l'efficacité de l'OMS à l'appui de l'exécution des programmes et de l'amélioration des résultats sur le plan sanitaire. L'une des principales réalisations a été le renforcement du cadre de gestion fondé sur les résultats à l'OMS, et notamment les travaux décisifs concernant le onzième programme général de travail et la préparation du plan stratégique à moyen terme. Ces efforts se sont traduits par une amélioration de la planification opérationnelle, une meilleure appréciation de l'exécution et une concentration accrue sur les résultats.

La gestion des ressources financières a été améliorée grâce à un suivi régulier de la situation et à un compte rendu de celle-ci à l'échelle de l'Organisation, l'accent étant mis sur une transparence accrue, et grâce à un engagement plus important, au plan interne, de tous les programmes techniques et, au plan externe, des différents partenaires pour assurer un meilleur alignement des ressources sur le budget programme.

Des progrès ont été faits en ce qui concerne la mise en oeuvre de réformes ambitieuses des ressources humaines, notamment avec l'adoption et l'application au plan interne d'un modèle de compétences mondial pour tout le personnel, la création d'un fonds de perfectionnement du personnel et la mise en place du programme de formation à l'encadrement destiné à tous les cadres supérieurs.

Mieux répondre et de façon plus efficiente aux besoins des pays a été une priorité au cours de la période biennale : tous les bureaux de l'OMS dans les pays de la Région africaine, par exemple, sont désormais reliés au réseau privé mondial de l'OMS et 130 stratégies de coopération avec les pays ont maintenant été élaborées. Nombre de réformes entreprises reposent sur la mise en oeuvre du système mondial de gestion ; cet effort à l'échelle de l'Organisation a pris de l'ampleur après la sélection des logiciels et des intégrateurs de systèmes.

Obstacles et défis

Bien que les réalisations aient été nombreuses – plus nombreuses même dans certains domaines que prévu –, un certain nombre d'obstacles ont gêné la mise en oeuvre et limité les réalisations en ce qui concerne l'amélioration des résultats sur le plan sanitaire. La faiblesse des systèmes de santé dans de nombreux pays, notamment les lacunes des systèmes actuels de gestion et d'approvisionnement en médicaments et produits diagnostiques, les mauvaises infrastructures de laboratoire et des ressources humaines limitées à tous les niveaux, a continué d'entraver l'amélioration de l'état de santé. L'un des problèmes centraux est l'absence générale de consensus entre les différents partenaires quant aux stratégies les mieux adaptées pour renforcer les systèmes de santé ; les capacités limitées des pays pour renforcer leurs propres systèmes de santé ; et le manque de soutien technique et financier qui leur est apporté pour ces activités.

Certains aspects des programmes de santé génésique et sexuelle ont nécessité une longue planification, la recherche d'un consensus et l'adaptation méthodologique des approches proposées, autant de facteurs qui ont retardé l'exécution des activités.

Bien que des progrès importants aient été faits au cours de la période biennale, des problèmes demeurent pour le Secrétariat en ce qui concerne la collaboration entre programmes et entre les bureaux régionaux, les bureaux de pays et le Siège. Afin d'obtenir les résultats requis, la planification des ressources humaines doit être améliorée pour faire en sorte que l'on place les personnes voulues, dotées des compétences voulues, à l'endroit voulu. Dans certaines régions, on manque de compétences techniques au niveau régional ou des pays. La qualité et le niveau des compétences du personnel de l'OMS restent inégaux et doivent faire l'objet d'une plus grande attention. Malgré des améliorations en ce qui concerne la rapidité avec laquelle et la façon dont l'Organisation est en mesure de réagir en cas de situations d'urgence telles que le tsunami en Asie du Sud-Est ou le tremblement de terre en Asie du Sud, les formalités administratives sont parfois longues et la bureaucratie ralentit les opérations. Les besoins d'apprentissage doivent être mieux intégrés aux processus afin d'améliorer les méthodes de travail. Des efforts plus poussés doivent être faits pour utiliser les ressources de façon plus efficiente et plus efficace conformément aux résultats escomptés, tels qu'ils sont définis dans le budget programme.

L'un des enjeux importants en ce qui concerne les efforts de réforme du Secrétariat est lié aux liens étroits qui existent entre certains des éléments de la réforme. Les retards dans la mise en oeuvre de la politique de roulement et de mobilité, par exemple, sont imputables aux améliorations qui doivent encore être apportées à la planification des ressources humaines à l'échelle de l'Organisation. Certaines des réformes prévues à l'OMS sont liées à des réformes plus globales à l'échelle du système des Nations Unies, au niveau mondial comme au niveau local. Certains domaines particuliers sur lesquels devra se concentrer l'OMS pendant la période biennale 2006-2007 seront notamment le renforcement de la gestion des services de personnel ; une nouvelle amélioration de la coordination des ressources (par exemple mobilisation et gestion des contributions volontaires à l'échelle de l'Organisation) ; un engagement plus actif avec les partenaires clés ; la mise en oeuvre de plans visant à renforcer les capacités de l'OMS au niveau des pays ; l'amélioration de la communication interne ; et la mise en place harmonieuse du système mondial de gestion.

RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE 2004-2005

Les dépenses totales en 2004-2005 se sont élevées à US \$2,729 milliards – soit 33 % de plus qu'en 2002-2003 et 97 % du budget approuvé.

**Tableau 1 : Total des dépenses
(US \$ millions)**

BUDGET ORDINAIRE				
	2002-2003	%	2004-2005	%
PAYS	318	38	330	38
REGIONS	235	28	234	27
MONDE ENTIER	277	34	307	35
TOTAL	830	100	871	100

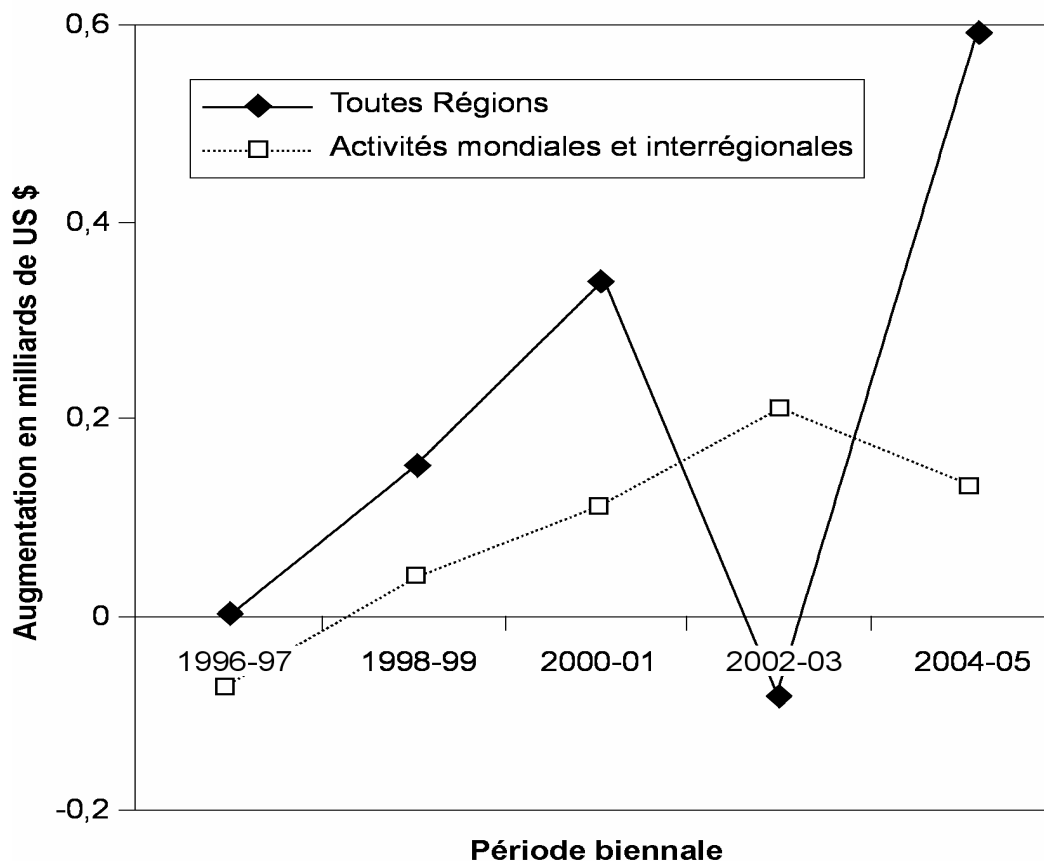
AUTRES SOURCES				
	2002-2003	%	2004-2005	%
PAYS	369	25	731	34
REGIONS	374	25	585	27
MONDE ENTIER	744	50	845	39
TOTAL	1 487	100	2 161	100

TOUTES SOURCES CONFONDUES				
	2002-2003	%	2004-2005	%
PAYS	687	30	1 061	35
REGIONS	609	26	819	27
MONDE ENTIER	1 021	44	1 152	38
TOTAL¹	2 317	100	3 032	100
Moins éliminations	267		303	
TOTAL après éliminations	2 050		2 729	

La période biennale 2004-2005 a représenté un changement d'orientation dans l'action de l'Organisation en faveur des pays et des Régions. Le graphique 1 fait apparaître l'évolution marquée des dépenses pour les Régions et le Siège en 2004-2005 par rapport à 2002-2003. Pour la première fois, la tendance à une forte augmentation au Siège a été interrompue, ce qui a permis de se rapprocher considérablement de l'objectif d'un équilibre 70-30 dans la répartition des ressources entre les pays/Régions et le Siège.

¹ Des fonds ont été virés du budget ordinaire au fonds pour la technologie de l'information, au fonds pour la sécurité et au fonds immobilier et du compte spécial de frais généraux au fonds pour la technologie de l'information et au fonds pour la sécurité. Les montants virés sont comptabilisés comme dépenses au titre du budget ordinaire et du compte spécial des frais généraux. Ils sont comptabilisés comme recettes pour le fonds pour la technologie de l'information, le fonds pour la sécurité et le fonds immobilier, puis comme dépenses selon les activités entreprises dans ces domaines. Ce traitement comptable est nécessaire pour maintenir l'intégrité de chaque fonds même s'il entraîne une double comptabilisation des dépenses sous « Total ».

Graphique 1. Augmentation des dépenses par rapport à la période biennale précédente pour “toutes Régions” et “activités mondiales et interrégionales”



WHO 06.55

Dans l'ensemble, les dépenses se sont montées à environ 97 % du budget programme total approuvé. Toutefois, comme le montre le Tableau 2, le chiffre global masque des variations considérables entre les domaines d'activité. Neuf des 35 grands domaines d'activité ont dépensé 75 % ou moins de leur budget approuvé en raison, dans la plupart des cas, de la rigidité du financement de l'Organisation, qui fait qu'il est difficile de réaffecter des fonds vers les domaines qui en ont le plus besoin. Pour cette même raison, des variations ont également été observées à l'intérieur de chaque domaine d'activité.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

**Tableau 2 : Récapitulation du budget et des dépenses par domaine d'activité, tous bureaux confondus
exercice 2004-2005**

Domaine d'activité	Total (en milliers de US \$)		
	Budget programme	Dépenses	%
Maladies transmissibles : surveillance	94 600	100 961	107
Maladies transmissibles : prévention, lutte et éradication	134 286	100 769	75
Maladies transmissibles : recherche et développement de produits	114 468	74 186	65
Paludisme	126 140	156 669	124
Tuberculose	124 531	152 492	123
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles	37 480	41 355	110
Tabac	20 483	17 715	87
Promotion de la santé	48 164	39 933	83
Traumatismes et incapacités	17 633	13 227	75
Santé mentale et toxicomanies	23 856	20 675	87
Santé de l'enfant et de l'adolescent	67 349	54 032	80
Recherche en santé génésique et élaboration de programmes dans ce domaine	67 070	62 299	93
Pour une grossesse à moindre risque	38 711	22 873	59
Santé de la femme	15 094	8 583	57
VIH/SIDA	218 116	126 106	58
Développement durable	28 840	31 008	108
Nutrition	20 526	17 407	85
Santé et environnement	86 946	77 625	89
Salubrité des aliments	22 453	14 059	63
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	119 037	247 375	208
Médicaments essentiels : accès, qualité et usage rationnel	51 447	49 956	97
Vaccination et mise au point de vaccins	437 146	688 255	157
Sécurité transfusionnelle et technologie clinique	24 635	22 228	90
Bases factuelles à l'appui des politiques de santé	80 606	59 167	73
Gestion et diffusion de l'information sanitaire	46 162	49 302	107
Politique de recherche et promotion de la recherche	20 217	13 943	69
Organisation des services de santé	159 966	145 935	91
Organes directeurs	27 791	28 362	102
Mobilisation des ressources et coopération extérieure et partenariats	38 264	28 736	75
Planification, suivi et évaluation des programmes	11 326	10 431	92
Développement des ressources humaines	34 912	37 881	109
Budget et gestion financière	43 841	43 659	100
Infrastructure et informatique	174 715	190 147	109
Directeur général, Directeurs régionaux et fonctions indépendantes	28 670	35 613	124
Présence de l'OMS dans les pays	148 630	161 434	109
Total – Grands domaines d'activité	2 754 111	2 944 397	
Divers			
Couverture du risque de change	20 000	14 550	
Fonds immobilier	6 000	11 851 ¹	
Fonds pour la technologie de l'information	35 000	41 943 ¹	
Fonds pour la sécurité	9 000	19 215 ¹	
Total – Divers	70 000	87 559	
Total – TOUS BUREAUX	2 824 111	3 031 956	
Plus dépenses d'appui au Programme du FNUAP		79	
Moins éliminations		303 365	
Total Activités du Programme de l'OMS	2 824 111	2 728 670	97

¹ Des fonds ont été virés du budget ordinaire au fonds pour la technologie de l'information, au fonds pour la sécurité et au fonds immobilier et du compte spécial de frais généraux au fonds pour la technologie de l'information et au fonds pour la sécurité. Les montants virés sont comptabilisés comme dépenses au titre du budget ordinaire et du compte spécial des frais généraux. Ils sont comptabilisés comme recettes pour le fonds pour la technologie de l'information, le fonds pour la sécurité et le fonds immobilier, puis comme dépenses selon les activités entreprises dans ces domaines. Ce traitement comptable est nécessaire pour maintenir l'intégrité de chaque fonds même s'il entraîne une double comptabilisation des dépenses sous « Total ».

Financement

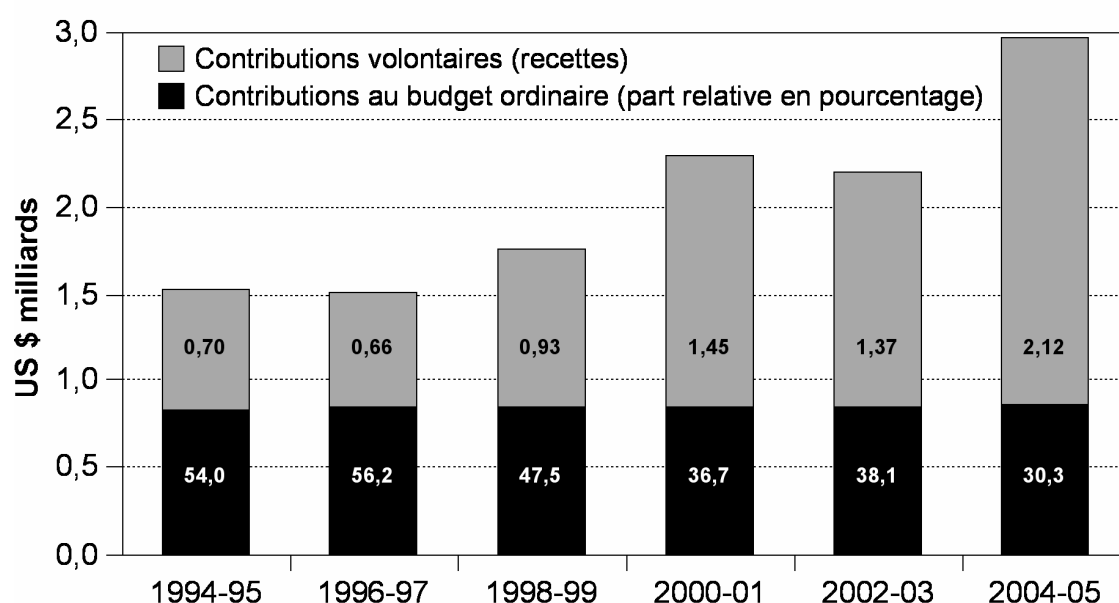
Soixante-dix pour cent des dépenses ont été financées à partir des contributions volontaires de US \$2,1 milliards (soit une augmentation de 61 % par rapport à 2002-2003) et le solde à partir des contributions au budget ordinaire, des recettes diverses, des intérêts perçus et des montants reportés de la période biennale précédente. Les recettes du budget ordinaire en 2004-2005 ont été de US \$860 millions, dont US \$803 millions reçus pendant la période biennale (US \$781 millions en contributions et US \$22 millions en recettes diverses). Les emprunts internes et les retraits sur le fonds de roulement, qui servent à financer le budget en attendant le versement des contributions, se montaient au total à US \$44 millions au 31 décembre 2005.

**Tableau 3 : Montant total des recettes
(US \$ millions)**

	2002-2003	2004-2005	Variation en pourcentage
Budget ordinaire	856	860	1
Autres sources	1 320	2 124	61
Total	2 176	2 984	37

La proportion des recettes globales au titre des contributions volontaires a atteint environ 70 % (contre environ 60 % en 2002-2003) ; sur ce montant, les deux tiers provenaient de 10 Etats Membres. La tendance sur 12 ans illustrée par le graphique 2 montre que l'OMS a progressivement cessé d'être financée principalement par les crédits du budget ordinaire pour être financée principalement par des contributions volontaires.

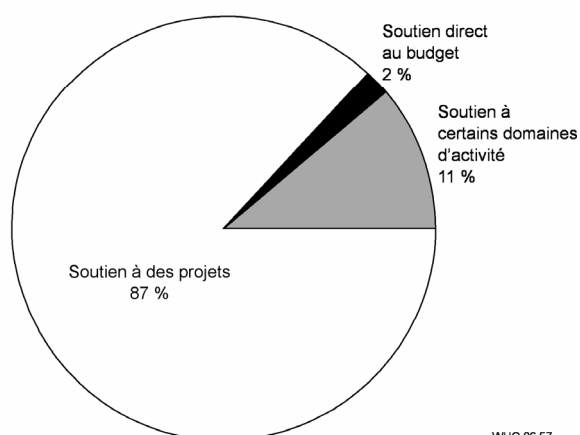
Graphique 2. Evolution des contributions volontaires et du budget ordinaire au cours des dix dernières années



WHO 06.56

Cette évolution a entraîné une augmentation globale des ressources et permis à l'Organisation d'élargir la portée et l'échelle de ses opérations pour répondre aux besoins des Etats Membres et aux demandes de ses partenaires de l'action de développement. Toutefois, elle a également entraîné certains problèmes, étant donné que la plupart des contributions volontaires sont assorties de restrictions à des degrés divers. Les contributions les plus souples, c'est-à-dire les contributions volontaires principales versées à l'Organisation sans être assorties d'aucune restriction, ne constituent que 2 % des contributions volontaires. Viennent ensuite les contributions volontaires versées à l'Organisation par domaine d'activité, qui constituent environ 11 %. Les moins souples sont les contributions volontaires réservées à des projets ou des activités déterminés dans le cadre des plans de travail approuvés, qui constituent les 87 % restants (voir graphique 3).

Graphique 3. Répartition relative des contributions volontaires en fonction de la souplesse avec laquelle elles peuvent être utilisées



Les recettes décrites au graphique 3 ont été comptabilisées sous 4297 postes de contributions au fonds volontaire de promotion de la santé et quelque 1500 rapports financiers distincts ont été établis à l'intention des donateurs. Afin d'honorer les accords passés et d'établir les rapports financiers voulus, l'OMS a mis sur pied un système complexe comportant 9349 numéros d'imputation permettant de distinguer les crédits selon les différentes sources et selon leurs différentes destinations, ce qui suppose une gestion administrative considérable. Cela a par ailleurs eu un effet défavorable sur la performance technique, car l'exécution des activités dépend souvent de la disponibilité de ressources suffisantes et du moment où celles-ci sont disponibles. Même si, dans l'ensemble, le budget programme apparaît comme ayant été intégralement financé, plusieurs domaines d'activité ne l'ont pas été, le financement étant lié à des éléments particuliers des plans de travail, ou arrivant trop tard pendant la période biennale pour permettre d'obtenir les résultats escomptés.

Au cours des prochaines années, il s'agira de maintenir et si possible d'augmenter le niveau des recettes, tout en travaillant avec les bailleurs de fonds afin de rendre le financement plus souple et donc de permettre une meilleure exécution du budget programme et du prochain plan stratégique à moyen terme. L'appréciation de l'exécution, qui s'inscrit dans le cadre de gestion fondée sur les résultats et de responsabilité financière à l'OMS, constitue donc un élément important en vue d'accroître l'efficacité du financement de l'Organisation.

APPRECIATION DE L'EXECUTION PAR DOMAINE D'ACTIVITÉ

MALADIES TRANSMISSIBLES : SURVEILLANCE

Objectif(s) de l'OMS

Veiller à ce que les Etats Membres et la communauté internationale soient mieux équipés pour détecter, reconnaître et combattre rapidement les menaces pour la sécurité sanitaire nationale, régionale et mondiale liées aux maladies infectieuses à tendances épidémiques ou émergentes, d'étiologie connue ou inconnue, et intégrer ces activités dans l'action de renforcement de leurs systèmes de surveillance et d'action concernant les maladies transmissibles, de leur système national d'information sanitaire, et de leurs programmes et services de santé publique.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Détection rapide des épidémies et des maladies émergentes constituant une menace aux plans national et international et organisation de l'action requise. Au total, 654 cas pouvant avoir une importance pour la santé internationale ont été recensés. L'intervalle moyen entre la réception de l'information et la vérification du cas a été de deux jours.

Principales réalisations

- Le Règlement sanitaire international (version 2005) a été adopté par acclamation le 23 mai, par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé.¹
- Chaque Région a passé en revue et/ou actualisé sa stratégie de surveillance et d'action, et les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont établi de concert la stratégie de lutte contre les maladies émergentes dans l'Asie et le Pacifique. Le Comité régional du Pacifique occidental a ensuite approuvé cette stratégie, tandis que le Comité régional de l'Asie du Sud-Est a adopté une résolution dans laquelle il priait instamment les Etats Membres d'envisager la mise en oeuvre de cette stratégie.
- Des mécanismes systématiques d'information sur les épidémies, de vérification (654 cas vérifiés), d'évaluation des risques, de gestion de l'information et d'action rapide sur le terrain ont été mis en place en utilisant des technologies de l'information novatrices et des procédures normalisées, et en mobilisant les partenaires du réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie.
- Les Etats Membres ont bénéficié d'un soutien pour lutter contre la grippe aviaire et se préparer à la pandémie de grippe humaine. Les principales composantes d'un plan d'action mondial visant à lutter contre la grippe aviaire chez les animaux et à limiter simultanément la menace de pandémie de grippe humaine ont été définies avec le concours de la FAO. Quatre grands objectifs ont été fixés pour protéger la santé humaine, à savoir : réduire les comportements à haut risque liés aux infections humaines ; améliorer la détection, la recherche et la notification des cas humains et renforcer ainsi le système d'alerte précoce ; juguler la propagation du virus d'une pandémie émergente ; et accroître la préparation à la pandémie. La capacité de fabriquer en quantité suffisante et assez rapidement des vaccins et des médicaments antiviraux pour lutter contre la pandémie, et de rendre ces interventions largement accessibles à l'ensemble des pays a constitué une autre source de préoccupation.

Illustration de certaines réalisations

Le groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement sanitaire international a mené à bien ses travaux lors des deux réunions tenues en novembre 2004 et en février 2005 en établissant un projet de texte révisé du Règlement, lequel a ensuite été adopté par les Etats Membres à l'occasion de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé qui a eu lieu en mai 2005. L'objet et la portée élargie du Règlement consistent à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux. ». Le mandat reconduit, qui a été confié aux Etats Membres et à l'Organisation, a élargi le rôle et les responsabilités de chacun. Les Etats Parties sont, en particulier, priés d'acquiescer, de renforcer et de maintenir les capacités leur permettant de détecter, d'évaluer et de notifier à l'OMS des événements relatifs à la santé publique, et de réagir en cas de risque sanitaire et d'urgence internationale. A son tour, l'OMS doit collaborer avec les Etats Parties pour évaluer leurs capacités de santé publique, faciliter la coopération technique et le soutien logistique et mobiliser des ressources financières destinées à renforcer les capacités de surveillance et de réaction.

¹ Résolution WHA58.3.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Activités de sensibilisation et établissement de partenariats pour assurer que la sécurité sanitaire mondiale bénéficie d'un soutien politique, technique et financier

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de références aux initiatives en faveur de la sécurité sanitaire mondiale dans les médias internationaux	Non établie	Références accrues dans les médias	Accroissement significatif, mais nombre exact inconnu
Nombre de nouveaux partenaires soutenant la sécurité mondiale aux plans financier, politique et technique	–	5	8

Des initiatives de sensibilisation ont été lancées aux niveaux du Siège et des Régions pour assurer que la sécurité sanitaire mondiale bénéficie d'un soutien politique, technique et financier. Au total, 281 rapports sur les flambées de maladies ont été publiés sur le site Web du Siège (121 en 2004 et 160 en 2005) ; en outre, 22 rapports axés sur la grippe aviaire et la préparation à la pandémie sont parus sur le site Web du Bureau régional du Pacifique occidental. Chaque flambée de grippe aviaire a été relatée en détail dans les médias et des conférences de presse virtuelles ont été organisées afin de donner un complément d'information. Au cours des six derniers mois de l'année 2005, le nombre de partenaires potentiels disposés à soutenir la sécurité sanitaire mondiale s'est sensiblement accru, principalement du fait de la grippe aviaire, et a atteint son paroxysme lors de la Conférence internationale des donateurs sur la pandémie de grippe aviaire et humaine, tenue à Beijing en janvier 2006, à l'occasion de laquelle une contribution de US \$1900 millions a été annoncée pour appuyer les pays. Dans la Région européenne, de solides relations ont été établies avec le Centre européen de Prévention et de Contrôle des Maladies.

Formulation et/ou actualisation des stratégies et soutien en faveur de la surveillance et de l'endiguement des menaces connues liées aux maladies épidémiques ou émergentes surtout chez les pauvres, y compris la grippe, le choléra, la méningite, la pharmacorésistance et les menaces liées à la dissémination délibérée d'agents biologiques, en collaboration étroite avec les centres collaborateurs de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de stratégies et de matériels d'appui (tels que des normes) pour la surveillance et l'endiguement des menaces connues liées à des maladies épidémiques ou émergentes disponibles dans les langues officielles et d'autres langues appropriées	Une stratégie mondiale	Stratégie adaptée dans les 6 Régions	Stratégie adaptée dans les 6 Régions et mise au point, par les Bureaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, d'une stratégie commune Asie/Pacifique pour les maladies émergentes
Proportion de pays à revenu faible et intermédiaire ayant bénéficié d'une coopération technique pour la surveillance et l'endiguement des menaces connues liées à des maladies épidémiques ou émergentes	60 %	80 %	80 %

Les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont uni leurs efforts pour élaborer et mettre en oeuvre la stratégie Asie/Pacifique pour les maladies émergentes. Plusieurs réunions birégionales ont eu lieu pendant le processus de rédaction, contribuant à la mise en oeuvre définitive du document. La quasi-totalité des Etats Membres de la Région du Pacifique occidental – qui relèvent de la catégorie « revenus faible et intermédiaire » – ont bénéficié, dans une certaine mesure, d'une coopération technique en faveur de la surveillance et de l'endiguement des menaces connues liées aux maladies épidémiques ou émergentes. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a prodigué une assistance technique aux Etats Membres destinée à renforcer les capacités nationales de surveillance de la grippe des laboratoires de santé publique en donnant effet à un mémorandum d'accord trilatéral conclu entre le Bureau régional de la Méditerranée orientale, l'Unité de recherche médicale N° 3 des Forces navales des Etats-Unis d'Amérique et six Etats Membres : Arabie saoudite, Egypte, Maroc, Oman, Pakistan et République arabe syrienne. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a apporté son soutien technique à un programme de formation à l'épidémiologie de terrain, conçu à l'intention du personnel de santé du Bhoutan, des Maldives et du Timor-Leste. Vingt pays de la Région africaine ont des agents de santé initiés à la surveillance des maladies et à la riposte intégrées dans au moins 60 % de leurs districts. L'initiation à la surveillance des maladies et à la riposte intégrées a été incorporée à la formation en

épidémiologie appliquée qui s'adresse aux responsables de santé du Kenya et du Mali, ainsi que dans les instituts de formation sanitaire de niveau intermédiaire au Malawi, au Mali, en Namibie et en Ouganda, et dans les programmes d'études de troisième cycle en santé publique en Ethiopie, au Ghana, en Ouganda et au Zimbabwe. Dans la Région européenne, les systèmes d'alerte précoce des pays ont été renforcés en Albanie, en Bosnie-Herzégovine, dans l'Ex-République yougoslave de Macédoine et en Serbie-et-Monténégro.

Coordination des opérations d'alerte et d'action dans les situations d'urgence concernant la santé publique en collaboration avec les Etats affectés et tous les Etats Membres, les centres collaborateurs de l'OMS et les partenaires associés au réseau mondial d'alerte et d'action concernant les épidémies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'événements vérifiés ayant donné lieu à une action	95 %	100 %	100 %
Nombre de partenaires techniques coopérant avec l'OMS aux opérations internationales d'alerte et d'action	125	140	141

Entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2005, le système OMS de vérification des situations d'urgence concernant la santé publique ayant une portée internationale a mis en évidence 654 cas susceptibles d'avoir une importance pour la santé publique internationale. Parmi eux, 478 (73 %) ont été vérifiés, 55 (8 %) étaient invérifiables, 84 (13 %) étaient classés dans la catégorie « aucune flambée n'a été vérifiée » et 37 (6 %) étaient mentionnés pour information seulement. L'intervalle moyen entre la réception de l'information et la vérification de l'événement était de l'ordre de deux jours. La plupart des rapports ont été vérifiés en l'espace de quelques jours, les cas importants l'étant en général en moins de 24 heures. En 2004, le réseau mondial d'alerte et d'action concernant les épidémies a apporté son soutien aux missions sur le terrain effectuées dans les pays ci-après : en Chine, en Thaïlande et au Viet Nam pour la grippe aviaire (avec les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental), au Soudan méridional pour la fièvre hémorragique à virus Ebola (avec le Bureau régional de la Méditerranée orientale) et au Bangladesh pour le virus de type Nipah (avec le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est). Dans le cadre de l'action de santé de l'OMS en cas de crise, des ressources humaines et un apport technique ont aussi été fournis lors des crises humanitaires survenues au Tchad et dans la région du Darfour (Soudan). En 2005, le réseau mondial d'alerte et d'action concernant les épidémies a coordonné 16 missions sur le terrain effectuées dans les pays suivants : Angola, Congo, Guinée, Indonésie, Libéria, Mali, Philippines, République démocratique du Congo, Soudan, Sri Lanka, Thaïlande et Timor-Leste ; il avait pour but d'appuyer la lutte contre les flambées de fièvre jaune, de dengue et dengue hémorragique, fièvre hémorragique à virus Ebola, de Lassa et Marbourg, de myocardite, de peste et de méningococcie, et d'apporter un soutien au lendemain des séismes et tsunamis survenus dans l'océan Indien. Entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2005, le nombre d'organismes participant au réseau mondial est passé de 126 à 141.

Soutien destiné à renforcer les systèmes nationaux coordonnés de surveillance des maladies transmissibles, y compris la capacité de détecter et d'étudier les menaces liées à des maladies infectieuses épidémiques ou émergentes, en collaboration étroite avec les Etats Membres et les centres collaborateurs de l'OMS, et de déployer l'action requise

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'actions menées par l'OMS à la demande de pays sollicitant sa coopération technique pour la mise en oeuvre de plans de surveillance nationaux, y compris l'élaboration de plans de préparation, les informations relatives aux épidémies, les communications, les capacités de laboratoire, l'épidémiologie de terrain, et la cartographie de santé publique	20 % des pays à revenu faible et intermédiaire ont été épaulés dans la mise en oeuvre de leurs plans nationaux	30 %	40 %

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de matériels à l'appui du renforcement du système de surveillance (tels que les lignes directrices et les instruments d'évaluation) disponibles dans les langues officielles et d'autres langues appropriées	Non établie	Non établie	Des lignes directrices concernant la lutte contre les infections, la surveillance de la grippe, l'action contre la grippe aviaire, la préparation à la pandémie de grippe, et l'évaluation des fonctions de détection précoce ont été élaborées conjointement par les Régions et le Siège et traduites dans les langues officielles de l'OMS

En 2005, toutes les Régions ont dépêché des missions dans les Etats Membres pour appuyer l'établissement de plans nationaux de préparation à la pandémie. Des réunions, des ateliers et des sessions de formation se sont déroulés dans le but d'améliorer et de promouvoir la capacité des pays à détecter et étudier les menaces liées à des maladies épidémiques ou émergentes, dont la grippe aviaire, et à déployer l'action requise. L'évaluation des systèmes d'alerte précoce et d'action a eu lieu aux Iles Cook, en Malaisie, en Mongolie et en République démocratique populaire lao. Le Bureau régional de l'Afrique, le Siège et le Centre de Surveillance multimaladies implanté à Ouagadougou ont oeuvré de concert pour accroître la surveillance dans la ceinture africaine de la méningite. La formation de la quatrième cohorte de cadres employés dans les laboratoires de santé publique d'Afrique francophone (Bénin, Burkina Faso, Djibouti, Mali, Mauritanie, Niger et Sénégal), organisée par le Bureau de l'OMS/CSR à Lyon, s'est tenue à Ouagadougou. Des lignes directrices concernant la lutte contre les infections, la surveillance de la grippe, l'action contre la grippe aviaire, la préparation à la pandémie de grippe, ainsi que l'évaluation des fonctions de détection précoce ont été élaborées conjointement par le Siège et les bureaux régionaux, et traduites dans les langues officielles de l'Organisation. Par souci de faciliter la formulation des plans d'action, un guide permettant d'évaluer les risques liés aux maladies transmissibles dans les pays et de les hiérarchiser sur la base des critères établis a été rédigé puis expérimenté sur le terrain dans divers Etats Membres des Régions européenne et du Pacifique occidental. Un portail Internet a été lancé pour permettre aux spécialistes de laboratoire du Bureau OMS/CSR de suivre à distance le programme de formation.

Achèvement de la révision du Règlement sanitaire international et communication à tous les Etats Membres des nouveaux éléments et de conseils relatifs à la mise en oeuvre

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Présentation aux organes directeurs du projet final du Règlement sanitaire international révisé d'ici à 2004	–	Projet présenté en 2004	Règlement approuvé en 2005
Mécanismes d'évaluation des capacités de base nécessaires pour se conformer au Règlement conçu, mis à l'essai sur le terrain et mis en oeuvre dans au moins deux pays de chaque Région	–	Deux pays dans chaque Région	0

Au cours du processus de révision, les six bureaux régionaux ont organisé au total 11 consultations régionales et sous-régionales consacrées au projet révisé de Règlement sanitaire international. Les rapports de ces consultations et les observations écrites communiqués par 46 Etats Membres, ainsi que les propositions émanant d'une organisation régionale d'intégration économique, d'un organisme intergouvernemental et de trois associations de l'industrie du transport, ont été publiés sur le site Web de l'OMS. A l'issue des réunions du groupe de travail intergouvernemental sur la révision du Règlement sanitaire international, lesquelles se sont déroulées en novembre 2004 et février 2005, un projet de texte révisé a été soumis pour examen par la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, et adopté par acclamation le 23 mai 2005. Le retard intervenu dans l'approbation du Règlement a, toutefois, empêché sa mise en application.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Degré élevé d'engagement politique et prise de conscience accrue de l'importance dévolue à l'évaluation et à la gestion rapides des risques par les Etats Membres.
- Fourniture rapide d'un appui technique, relayée par une meilleure détection des flambées de maladies et une prompt notification à l'OMS.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

- Les activités menées lors des exercices biennaux antérieurs et se rapportant au renforcement des capacités nationales pour la préparation au syndrome respiratoire aigu sévère se sont avérées utiles pour d'autres menaces liées à des maladies transmissibles, en particulier la grippe aviaire.

Obstacles

- Des priorités concurrentes (flambées d'envergure) ont détourné l'attention du personnel de l'exécution des activités prévues.
- Défis à relever concernant l'instauration d'une collaboration étroite entre les secteurs de la santé et de l'agriculture, à tous les niveaux, pour lutter contre la grippe à virus H5N1 affectant la volaille et la population humaine.
- Les communications avec les pays actuellement touchés et prédisposés aux flambées épidémiques demandent à être améliorées.
- Difficulté d'opérer dans les pays en situation d'urgence complexe.
- Insuffisance des ressources humaines et financières et faiblesse des infrastructures de santé.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- La mise en place des capacités de base nécessaires pour se conformer au Règlement sanitaire international (2005) nécessitera de gros investissements. Le renforcement des capacités nationales pour l'alerte et l'action en cas d'épidémie, la consolidation des systèmes de détection précoce et d'action, ainsi que le développement des ressources humaines dans des disciplines fondamentales comme l'épidémiologie de terrain et la recherche en laboratoire auront donc une importance décisive lors du prochain exercice. Les pays ont commencé à mobiliser localement leurs ressources à l'aide de mécanismes gouvernementaux et bilatéraux et doivent être épaulés par des actions tendant à accroître la sensibilisation et la fourniture de matériel documentaire supplémentaire. Le niveau élevé d'engagement politique devrait être maintenu et conforté par une action de promotion et de sensibilisation en amont. La création de sous-unités régionales chargées de la surveillance des maladies transmissibles pourrait favoriser l'appui ultérieur aux pays.
- La mise en place de mécanismes systématiques pour les informations relatives aux épidémies, la vérification, l'évaluation des risques, la gestion de l'information et l'action rapide sur le terrain, s'appuyant sur des technologies de l'information novatrices et des méthodes d'exploitation normalisées, ainsi que la mobilisation des partenaires au sein du réseau mondial d'alerte et d'action concernant les épidémies, se sont avérées d'une grande efficacité et devraient se poursuivre.
- Il faut de solides programmes axés sur une maladie ou un thème spécifique pour veiller à ce que les principales menaces soient traitées de façon systématique et que l'OMS maintienne le niveau de compétence requis au plan mondial dans des domaines cruciaux comme la grippe, la variole, la sécurité biologique, les épidémies intentionnelles, la méningite et la fièvre jaune.
- Les problèmes qui naissent en marge des actions menées contre la grippe aviaire et de la préparation à la pandémie nécessiteront un complément de ressources et de soutien. Une bonne préparation – stocks d'urgence, logistique et équipes nationales d'intervention rapide – a permis de juguler la propagation de flambées telles que la fièvre hémorragique à Ebola, survenue en République démocratique du Congo en 2005, et des approches similaires devraient être adoptées pour la préparation à la pandémie de grippe.
- Les méthodes normalisées, applicables à la préparation et à l'intervention en cas de maladies à tendances fortement épidémiques comme la méningite, la fièvre jaune et la peste, devraient faire l'objet d'une consolidation en 2006-2007.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	94 600	36 311	64 650	100 961
des pays	26	33	22	26
Pourcentage alloué au niveau des Régions	37	27	19	22
mondial	37	40	59	52

MALADIES TRANSMISSIBLES : PRÉVENTION, LUTTE ET ÉRADICATION

Objectif(s) de l'OMS

Créer un environnement dans lequel les Etats Membres et leurs partenaires nationaux et internationaux sont mieux équipés, aux plans technique et institutionnel, pour réduire la morbidité, la mortalité et les incapacités en combattant et, le cas échéant, en éradiquant ou en éliminant certaines maladies transmissibles.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Nombre de programmes nationaux fonctionnels qui sont axés sur les maladies cibles et qui réduisent sensiblement la morbidité, la mortalité et les incapacités liées à ces maladies. Plusieurs programmes nationaux qui sont axés sur des maladies cibles négligées ont été amorcés. Cette action a sensiblement contribué à réduire la morbidité, la mortalité et les incapacités liées à ces maladies comme l'indiquent les réalisations ci-après.

Principales réalisations

- L'introduction de la notion de Thinking beyond deworming [L'après-traitement antihelminthique] et le développement stratégique d'une lutte intensifiée contre les maladies tropicales négligées. Les principes figurant dans le cadre stratégique mondial relatif à la gestion intégrée des vecteurs¹ sont applicables à toutes les maladies à transmission vectorielle. Des plans d'action au service de la lutte intégrée contre les maladies tropicales au niveau du district ont été exposés dans le cadre d'un atelier qui s'est déroulé en Ouganda.
- Le partenariat public-privé, établi pour combattre la trypanosomiase humaine africaine, a été consolidé et a permis à 28 Etats Membres dans lesquels la maladie était endémique de suivre un traitement spécifique. Sur une trentaine de pays de la Région africaine où la maladie était endémique, 20 ont bénéficié d'un appui pour analyser la situation et/ou mettre en route ou encore élargir le dépistage des cas et le traitement dans les zones prioritaires ; tous les pays en cause ont reçu des médicaments spécifiques pour prendre en charge les cas détectés. De ce fait, 4,5 millions de personnes exposées ont été examinées au cours de l'exercice biennal et 24 000 nouveaux cas ont été dépistés et traités.
- Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, une réunion prestigieuse rassemblant à Bangalore (Inde) différents partenaires a approuvé à l'unanimité une déclaration dans laquelle elle recommandait que les gouvernements nationaux ainsi que les organismes nationaux et internationaux accordent une priorité élevée à l'élimination des maladies négligées et les incorporent dans leurs plans nationaux de développement afin de leur assurer un soutien politique suffisant.
- La reconfirmation des stocks de médicaments attribués au programme d'élimination de la lèpre grâce à un nouvel accord conclu en 2005.
- L'adoption de la Déclaration de Genève à l'appui de l'éradication du ver de Guinée d'ici à 2009 lors d'une table ronde ministérielle réunie en mai 2004.
- Le lancement de la prise en charge des cas par biothérapie combinée (rifampicine-streptomycine) dans les 10 pays de la Région africaine où l'ulcère de Buruli est endémique.
- L'achèvement de la première série d'administration massive de médicaments en vue d'éliminer la filariose lymphatique avec un taux élevé de couverture dans tous les pays de la Région du Pacifique occidental relevant de l'action Mekong-plus.
- L'obtention de résultats positifs concernant la lutte contre la dengue dans la Région des Amériques où 10 pays ont adopté un programme national aligné sur la stratégie régionale de lutte contre la dengue.
- L'élaboration de directives et d'outils techniques relatifs aux maladies transmissibles et applicables aux situations d'urgence humanitaire dans 7 pays.
- La mise au point de lignes directrices normalisées pour le diagnostic et le traitement de la leishmaniose dans la Région de la Méditerranée orientale, et de modules d'éducation communautaire sur la prévention en vue de sensibiliser davantage, d'augmenter les chances de traitement précoce et de promouvoir l'utilisation des moustiquaires.
- La mise à jour de la base de données sur les zoonoses dans la Région européenne.

¹ *Global strategic framework for integrated vector management*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

Illustration de certaines réalisations

Les trois pays du Mékong (Cambodge, République démocratique populaire lao et Viet Nam) ont sensiblement progressé dans l'élargissement de leurs programmes antihelminthiques à l'école. Grâce à un partenariat dynamique conclu avec le PAM et l'UNICEF, le Cambodge a été le premier pays au monde à atteindre l'objectif mondial de 86 % d'enfants régulièrement traités dans le primaire. L'OMS a prêté son concours technique à la campagne de traitement antihelminthique par l'intermédiaire de ses collaborateurs chargés de mettre en oeuvre dans les pays le projet de vaccination contre la méningite ; l'Organisation a aussi fourni un soutien financier et logistique. Le dynamisme des relations de travail qui se sont nouées entre les ministères de la santé et de l'éducation ainsi que l'engagement du PAM à établir une corrélation entre le traitement antihelminthique et ses programmes d'alimentation scolaire ont été les éléments clés de ce succès. Il reste à voir si ce traitement peut devenir autosuffisant, les provinces utilisant leurs propres fonds pour acheter et distribuer les médicaments. Vu la bonne tenue du programme actuel, le pronostic est favorable. La République démocratique populaire lao sera, grâce à l'appui du Luxembourg, le deuxième pays à atteindre l'objectif mondial. Au Viet Nam, les pouvoirs publics ont alloué US \$300 000 pour accroître le champ d'application de leur programme de traitement antihelminthique de façon à couvrir l'ensemble des écoles primaires.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Formulation de politiques fondées sur des données factuelles et de stratégies mondiales et régionales visant à prévenir, combattre et éliminer les maladies cibles ; soutien suffisant apporté aux pays pour leur permettre d'adopter et de mettre en oeuvre ces politiques et stratégies aux niveaux national et communautaire

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Plans stratégiques mondial et régionaux établis	Filariose lymphatique : 1	Filariose lymphatique : 5	Filariose lymphatique : 5
Nombre de pays cibles qui adoptent ou adaptent les politiques et stratégies de l'OMS (y compris la mobilisation sociale) pour les utiliser localement	Filariose lymphatique : 36 Schistosomiase et parasites intestinaux : 54 Leishmaniose : 63	Filariose lymphatique : 40 Schistosomiase et parasites intestinaux : 60 Leishmaniose : 88	Filariose lymphatique : 42 Schistosomiase et parasites intestinaux : 60 Leishmaniose : 78
Nombre de pays bénéficiant d'un soutien pour mettre en oeuvre des interventions contre les maladies cibles à tous les niveaux	Filariose lymphatique : 36 Trypanosomiase africaine humaine : 13	Filariose lymphatique : 40 Trypanosomiase africaine humaine : 36	Filariose lymphatique : 42 Trypanosomiase africaine humaine : 36

D'ici 2010, environ 650 millions d'enfants d'âge scolaire devraient être régulièrement traités aux anthelminthiques pour atteindre la cible des 75 % de couverture, instamment demandée aux Etats Membres par l'Assemblée mondiale de la Santé à en mai 2001.¹ Bien que des progrès sensibles aient aussi été constatés en ce qui concerne la couverture des enfants d'âge préscolaire, les activités devraient être intensifiées pour que l'objectif visé soit réalisé. Des données ont été communiquées par 73 pays dans lesquels les maladies cibles sont endémiques ; 30 d'entre eux (41 %) avaient progressé dans l'élargissement des activités de lutte contre les helminthiases. Dans les pays où la lutte contre le parasite est opérationnelle, les politiques et stratégies de l'OMS sont appliquées. Un soutien technique a été fourni à tous les pays qui ont exprimé le souhait de combattre les maladies parasitaires. Cinquante-quatre pays ont achevé la cartographie de la filariose lymphatique et 15 autres sont en passe de le faire. Plus de 100 millions de personnes sont desservies lors des campagnes d'administration massive de médicaments menées dans 45 pays où la filariose lymphatique est endémique. Les principes figurant dans le cadre stratégique mondial relatif à la gestion intégrée des vecteurs sont applicables à toutes les maladies à transmission vectorielle. Les 22 pays de la Région de la Méditerranée orientale disposent des directives nécessaires pour les interventions de lutte antivectorielle. Des lignes directrices applicables à l'examen des programmes de lutte contre la dengue ont été établies. Les examens à l'échelle des pays et les directives techniques relatives à la mise en oeuvre d'une stratégie mondiale et régionale de prévention et de lutte contre la dengue ont été appuyés au Cambodge, dans les Caraïbes, en Indonésie et au Sri Lanka. Six produits insecticides à utiliser en santé publique ont été évalués et des recommandations ont été formulées. Des politiques fondées sur des données factuelles et des stratégies mondiales et régionales visant à prévenir la rage et à lutter contre la maladie chez les êtres humains et les animaux ont été élaborées dans le premier

¹ Résolution WHA54.19.

rapport de la consultation d'experts de l'OMS sur la rage.¹ Quelque 39 pays dans lesquels la lèpre était endémique, soit 85 % des 46 Etats Membres de la Région africaine, ont atteint la cible régionale qui fixait le taux de prévalence à moins d'un cas pour 10 000. Au début de l'exercice biennal, le taux de référence était de 76 % (35 sur 46) et la cible de 100 % (46 sur 46).

Fourniture d'un soutien technique et stratégique aux pays d'endémie leur permettant d'améliorer l'accès aux interventions de santé publique essentielles contre les maladies transmissibles et la prestation de ces interventions

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays d'endémie bénéficiant d'un soutien pour mettre en oeuvre des activités de prévention, de lutte et d'éradication	Filariose lymphatique : 10 Schistosomiase et parasites intestinaux : 39 Leishmaniose : 63	Filariose lymphatique : 15 Schistosomiase et parasites intestinaux : 45 Leishmaniose : 88	Filariose lymphatique : 19 Schistosomiase et parasites intestinaux : 45 Leishmaniose : 68
Nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire bénéficiant d'un soutien pour intensifier la lutte contre les maladies négligées	Leishmaniose : 17 Schistosomiase et parasites intestinaux : 39 Trypanosomiase africaine humaine : 13	Leishmaniose : 23 Schistosomiase et parasites intestinaux : 45 Trypanosomiase africaine humaine : 36	Leishmaniose : 22 Schistosomiase et parasites intestinaux : 45 Trypanosomiase africaine humaine : 36

Vingt et un sur les 30 pays touchés par la trypanosomiase africaine humaine (67 %) ont bénéficié du soutien de l'OMS contre 12 sur 30 (40 %) lors de l'exercice précédent. Plusieurs documents techniques et informatifs ont été élaborés afin d'étayer les activités de lutte dans ce domaine, à savoir : vidéos, affiches et brochures destinées au grand public et aux agents de santé communautaires. Un manuel sur la prévention des incapacités associées à l'ulcère de Buruli a aussi été achevé et sera utilisé dans les pays pour former des agents de santé.² Pour la première fois, une campagne de vaccination massive utilisant le vaccin anticholérique buccal a été conduite sous forme d'intervention humanitaire d'urgence dans le but de protéger les populations fortement exposées à la maladie dans la région méridionale du Soudan, au Darfour. Les résultats du premier projet de démonstration (Beira, Mozambique), utilisant un vaccin buccal contre le choléra dans un cadre fortement endémique, ont été communiqués ; six mois après la vaccination, ils ont montré un taux d'immunité protectrice de 77 %. Face aux menaces de zoonose, en particulier nouvelles et naissantes comme l'épizootie sans précédent de grippe aviaire survenue en Asie, l'OMS a renforcé son action en maintenant une relation de travail efficace avec les principales organisations internationales chargées de la santé animale et de la production alimentaire, par exemple la FAO et l'OIE, et en instaurant un lien entre le Siège et les bureaux régionaux dans le domaine de la santé publique vétérinaire. La proportion de pays où l'ulcère de Buruli est soit connu, soit suspecté d'être endémique et qui ont bénéficié d'un soutien pour lutter contre la maladie s'établissait à 30 % (6 sur 20) ; la cible était de 45 % (9 sur 20) par rapport à une base de 25 % (5 sur 20). Les 19 pays dans lesquels la filariose était endémique ont bénéficié d'un appui pour réussir à éliminer la maladie. Six pays ont été activement soutenus dans leurs activités antihelminthiques. Quatre pays ont été épaulés dans leurs activités de lutte contre la schistosomiase. La lèpre a continué d'être endémique dans 6 pays seulement, tous les autres ayant éliminé la maladie. Dans le domaine de la lutte contre l'onchocercose, l'accent a été mis sur l'intégration de la maladie dans les programmes de lutte applicables à d'autres maladies tropicales négligées et compatibles avec elle, où il est possible d'utiliser comme support la méthode de traitement à l'ivermectine dirigée vers la communauté, relayée par le Programme africain de lutte contre l'onchocercose. Une collaboration plus étroite avec le Programme a été établie à cet égard.

¹ *Consultation d'experts de l'OMS sur la rage : premier rapport*. Genève, Série de Rapports techniques de l'Organisation mondiale de la Santé, 931, 2004.

² *Ulcère de Buruli : prévention des incapacités*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

Augmentation du nombre des alliances et accroissement de la mobilisation en faveur des activités dans les pays au moyen de l'établissement de partenariats mondiaux, régionaux et locaux notaveurs

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Ampleur de l'augmentation globale des fonds et du soutien imputable à la participation des partenaires existants et nouveaux		10 %	2 % (US \$2,5 millions)

L'OMS a contribué à mettre en place l'organisme caritatif intitulé Alliance for Rabies Control, qui a été créé dans le but de lutter contre la rage en vaccinant les chiens. L'attention des donateurs a été appelée sur la prévention de la rage et la lutte contre la maladie en Asie, aux niveaux régional et national, et un soutien a été mobilisé à cet effet. Dans la Région africaine, l'initiative de lutte contre la schistosomiase et les deux centres internationaux de lutte contre les parasites – l'Eastern and Southern African Centre of International Parasite Control et le West African Centre for International Parasite Control – ont prêté un concours actif aux activités de lutte contre la schistosomiase et les géohelminthiases, menées en 2004-2005. Le Burkina Faso, la Guinée-Bissau, le Mali, le Mozambique, le Niger, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie ont tous conclu des partenariats fonctionnels pour combattre ces deux maladies. Dans la Région du Pacifique occidental, la République démocratique populaire lao a obtenu un financement lui permettant d'élargir son action antihelminthique. Au Viet Nam, le Gouvernement lui a octroyé un financement conséquent. A compter de 2006, trois pays seront parrainés par la Banque asiatique de Développement pour lutter contre la dengue. A l'exception des 11 Etats Membres de la Région du Pacifique occidental, le financement est considéré comme insuffisant pour aider à éliminer la filariose lymphatique. Dans la Région des Amériques, malgré un manque d'attention général, le financement octroyé à certaines maladies négligées, y compris la maladie de Chagas, a légèrement progressé.

Lutte contre les maladies transmissibles dans les pays en proie à des situations d'urgence complexes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays en proie à des situations d'urgence complexes bénéficiant d'un soutien pour prévenir et combattre les maladies transmissibles	7	10	12

Le groupe de travail chargé des situations d'urgence pour les maladies transmissibles a réalisé des missions sur le terrain destinées à encadrer la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, la surveillance et la riposte aux situations d'urgence aiguës intervenues dans la région du Darfour (Soudan), aux séismes et tsunamis survenus dans l'océan Indien et au séisme qui a touché le Pakistan, et à épauler les pays et régions subissant un conflit ou au sortir d'un conflit (Burundi, Ouganda septentrional, République démocratique du Congo, Sierra Leone et Tchad). Douze ateliers de formation sur la lutte contre les maladies transmissibles en situation d'urgence ont été organisés à l'intention des bureaux régionaux et de pays, d'autres organismes des Nations Unies, des organisations non gouvernementales, des organisations internationales et des organismes de donateurs.

Mise au point de nouveaux médicaments, vaccins, épreuves diagnostiques et interventions économiques et efficaces pour prévenir et combattre les maladies pour lesquelles ces outils font encore défaut

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Médicaments nouveaux ou améliorés à usage prophylactique ou thérapeutique, vaccins et/ou épreuves diagnostiques et lignes directrices pour au moins deux maladies pour lesquelles ces outils font encore défaut	0	2	1

Un projet relatif à la production d'un cocktail d'anticorps monoclonaux visant à prévenir la rage a été élaboré avec le concours du réseau de centres collaborateurs de l'OMS. Le plan stratégique 2000-2005 pour l'élimination de la lèpre a soutenu les programmes nationaux en les aidant à intensifier leurs efforts pour diagnostiquer et traiter tous les cas nouvellement dépistés grâce à une polychimiothérapie gratuite. Ce plan a également facilité l'intégration des services chargés de traiter la lèpre dans le système général des soins de santé, en particulier dans les pays où la maladie est fortement endémique. La coordination des études sentinelles existantes sur la charge de morbidité liée aux maladies d'origine alimentaire a, elle aussi, continué au cours de l'exercice. Une évaluation systématique de l'impact sur la santé publique a été menée, un contrôle préalable à la récolte des agents pathogènes d'origine alimentaire comme la salmonelle et le campylobacter a été effectué et des recommandations ont été élaborées concernant la recherche de flambées épidémiques. L'enquête mondiale et les activités connexes de surveillance en laboratoire ont en outre été coordonnées et l'action s'est poursuivie pour mettre sur pied les réseaux de réseaux concernant les maladies d'origine alimentaire.

Elimination de maladies en tant que problèmes de santé publique importants, conformément aux cibles mondiales ou régionales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays atteignant les cibles de l'élimination au niveau national, régional ou mondial	Lèpre : 122 Filariose lymphatique : 0	Lèpre : 134 Filariose lymphatique : 1	Lèpre : 128 Filariose lymphatique : 1

Au cours de l'exercice 2004-2005, une stratégie plus rigoureuse tendant à éliminer la lèpre en tant que problème de santé publique a permis aux pays de réduire la charge de morbidité liée à cette maladie. Le nombre de nouveaux cas détectés au plan mondial continue de reculer d'environ 30 % par an. Depuis 1985, plus de 14 millions de patients dans le monde ont été guéris grâce à une polychimiothérapie. Dans la Région de la Méditerranée orientale, la lèpre a été éliminée au niveau des districts dans tous les pays sauf l'Égypte. Trente-cinq Etats Membres de la Région du Pacifique occidental sur 37 ont vaincu la lèpre.

Vérification de l'interruption de la transmission des maladies à éliminer au niveau mondial ou régional, et certification de l'éradication de la dracunculose

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays d'endémie où l'interruption de la transmission des maladies à éliminer a été vérifiée	4	12	7
Nombre de pays d'endémie où l'éradication de la dracunculose a été certifiée	150	165	168

Le programme d'élimination de la dracunculose a réussi à réduire au plan mondial le nombre de cas enregistrés, lequel est passé de 32 193 en 2003 à 10 491 en 2004-2005 ; il s'est accompagné d'une baisse du nombre de pays où la maladie était endémique : de 13 en 2003, ils ont été ramenés à 9 en 2005. Les gestionnaires de données peuvent désormais s'initier à la cartographie sanitaire des systèmes de surveillance des nomades dans 3 pays de ce type – le Burkina Faso, le Mali et le Niger. Dans la Région africaine, 18 pays dans lesquels la dracunculose était endémique ont été certifiés indemnes de transmission de la maladie. Dans la Région de la Méditerranée orientale, 8 sur les 21 pays au total ont été certifiés indemnes de transmission. Dans la Région du Pacifique occidental, la transmission a été interrompue dans 7 pays où la maladie était endémique.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Une coopération étroite entre le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays.
- La gratuité des médicaments dont bénéficient les programmes nationaux a catalysé les activités de lutte, se traduisant par des progrès substantiels pour combattre, éliminer ou éradiquer les maladies ciblées.
- Le haut niveau de participation des pouvoirs publics, des communautés et des ménages s'est fortement répercuté sur la demande au programme de l'OMS.

Obstacles

- Des cycles de financement à court terme (limités à une année) n'ont guère permis de planifier les activités ni d'assurer au personnel une sécurité d'emploi au-delà de cette période.
- Certains pays n'ont pas disposé des capacités nationales suffisantes pour assurer la gestion et le suivi du programme.
- L'insuffisance du financement octroyé aux activités menées sur le terrain et l'insécurité inhérente aux conflits armés ont été des entraves majeures dans certains pays.
- La sous-notification a retardé la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation dans le cas de certaines maladies négligées.
- La désignation des financements n'a pas facilité l'allocation de crédits aux secteurs les plus demandeurs, en particulier dans les situations d'urgence complexes.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Promouvoir l'intégration des maladies tropicales négligées chaque fois que possible afin d'améliorer le coût/efficacité et la prestation de services. Des projets pilotes comprenant des interventions intégrées seront donc mis en route en 2006-2007.
- Créer des synergies entre les programmes peut aider à réduire les coûts. Cette solution sera donc exploitée dans le prochain exercice biennal.
- La coordination des questions relatives aux mouvements transfrontières et aux flux de réfugiés est décisive pour pérenniser les réalisations et prévenir des flambées épidémiques. Il est prévu de renforcer ces activités en 2006-2007.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	134 286	20 573	80 196	100 769
des pays	30	34	14	18
Pourcentage alloué au niveau des Régions	38	29	63	56
mondial	32	37	23	26

MALADIES TRANSMISSIBLES : RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT DE PRODUITS**Objectif(s) de l'OMS**

Générer de nouvelles connaissances et de nouveaux outils (y compris des vaccins, des médicaments et des épreuves diagnostiques, des méthodes d'intervention et des stratégies de mise en oeuvre) pour prévenir et combattre les maladies transmissibles, qui tiennent compte des différences entre les sexes et visent à réduire la pauvreté et puissent être intégrés dans les systèmes de santé des pays d'endémie ; et renforcer le potentiel local de recherche en santé pour mieux faire face aux problèmes de santé complexes de ces pays.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- Niveau accru de la connaissance et du nombre de nouvelles solutions aux problèmes de santé publique des pays d'endémie résultant des activités de recherche et développement. Aucune donnée disponible.
- Niveau accru de la participation des chercheurs des pays d'endémie aux activités internationales visant à générer des connaissances et des solutions nouvelles aux problèmes de santé publique qui affectent ces pays. Aucune donnée disponible.

Principales réalisations

- La recherche sur les maladies transmissibles a fortement progressé d'un bout à l'autre du spectre allant de la recherche fondamentale à la recherche ; cela vaut aussi pour le renforcement des capacités de recherche. Le taux moyen de réalisation par indicateur s'établissait à 67 % de la valeur cible, ce qui correspond au budget mis à disposition qui était à même hauteur.
- De gros progrès ont été enregistrés dans les activités de recherche en cours, à savoir : l'expérimentation du traitement du paludisme par administration de chlorproguanil/dapsone (Lapdap) combiné à l'artésunate en associations fixes dans des essais de phase III, l'expérimentation du traitement combiné à base de gatifloxacine pour le traitement de la tuberculose dans les essais de phase III, l'expérimentation de la moxidectine pour traiter l'onchocercose dans des essais de phase II, et le lancement de nouvelles études pour évaluer l'efficacité du traitement basé sur l'administration d'artéméther-luméfántrine chez les femmes enceintes impaludées.
- Les résultats préliminaires des recherches opérationnelles en cours montrent que l'utilisation de la thérapie combinée à base d'artémisinine (ACT) au niveau communautaire est réaliste, acceptable et enregistre un niveau d'observance élevé, que les partenariats locaux peuvent ravitailler efficacement les centres urbains de l'Inde en médicaments, et que les communautés africaines sont enclines à appliquer des stratégies axées sur la communauté pour assurer l'exécution intégrée d'interventions multiples.
- Des activités visant à renforcer les capacités ont été menées avec succès dans les domaines suivants : initiatives ponctuelles de formation aux méthodes de recherche en sciences sociales, bio-informatique et génomique appliquée, épidémiologie, gestion de projets et surveillance clinique.

Illustration de certaines réalisations

Lors de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, tenue en mai 2005, les Ministres de la Santé du Bangladesh, de l'Inde et du Népal ont signé un protocole d'accord officiel dans lequel ils s'engageaient à oeuvrer de concert pour éliminer la leishmaniose viscérale dans leur pays à horizon 2015. Cette décision a été principalement provoquée par la mise au point de la miltefosine administrée par voie buccale (enregistrée en 2002 dans le cadre du partenariat conclu entre Zentaris, le Conseil indien de la Recherche médicale et le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR) faisant intervenir la Banque mondiale, l'OMS, le PNUD et l'UNICEF) ; ce produit laisse entrevoir la possibilité d'un traitement ambulatoire, parallèlement à plusieurs outils diagnostiques (soumis par TDR à une évaluation comparée), et à d'autres outils en cours d'élaboration comme la paromomycine (partenariat avec OneWorld Health). Outre la mise à disposition de ces outils, l'élimination nécessitera l'action concertée de nombreux intervenants au niveau des pays et des recherches opérationnelles pour appuyer, informer et permettre d'intégrer l'élargissement des activités de lutte contre la maladie. Cette activité relève maintenant des programmes nationaux, coiffés par un comité du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, chargé d'épauler la prise en charge des questions multipays et transfrontières.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Acquisition et publication de nouvelles connaissances essentielles sur les déterminants biomédicaux, sociaux, économiques, des systèmes de santé, comportementaux et sexospécifiques, et d'autres facteurs importants pour prévenir et combattre efficacement les maladies infectieuses

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'avancées scientifiques nouvelles et significatives	500	300	446
Nombre de brevets résultant d'activités de recherche et développement financées par le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales	4	5	1
Nombre d'avancées scientifiques exceptionnelles	12	5	15

Au total, 446 articles scientifiques résultant des projets de recherche appuyés par TDR ont été publiés dans des revues scientifiques avalisées par des spécialistes. L'antigène Sm14 du *Schistosoma mansoni* a été breveté dans sept pays aux fins d'utilisation dans la mise au point de vaccins. Parmi les avancées scientifiques exceptionnelles figurent une meilleure compréhension de la base génétique des présentations cliniques dans les infections par *Leishmania* ; l'entrée dans la phase séquentielle du projet relatif au génome *Glossina* ; la découverte de nouvelles filières de recherche pharmaceutique pour les maladies tropicales, notamment l'onchocercose et le paludisme ; les données factuelles relatives à l'innocuité de la co-administration d'une dose unique de praziquantel, ivermectine et albendazole ; et la publication d'une étude sur la sexospécificité dans les maladies tropicales.

Conception d'outils nouveaux ou améliorés, y compris des médicaments, des vaccins et des épreuves diagnostiques, pour prévenir et combattre les maladies infectieuses

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'outils nouveaux et améliorés – par exemple médicaments et vaccins – approuvés par les autorités de réglementation et/ou faisant l'objet d'une extension ou, dans le cas de produits diagnostiques, recommandés en vue d'une utilisation dans la lutte contre des maladies tropicales négligées	3	5	3
Nombre d'outils épidémiologiques et environnementaux nouveaux et améliorés recommandés en vue d'une utilisation contre les maladies tropicales négligées	0	2	0

Les autorités de réglementation ont approuvé l'extension de l'artéméther-luméfanzine qui permet maintenant « sur l'étiquette » de recommander l'utilisation de ce produit pour les jeunes enfants ayant un poids de 5 kg minimum, par rapport aux 15 kg qui figuraient à l'origine sur la notice d'accompagnement du produit. Plusieurs tests de dépistage de la syphilis ont révélé qu'ils avaient la sensibilité et la spécificité voulues et étaient commodes à utiliser ; ils ont alors été inscrits sur la liste d'approvisionnement de l'OMS. Cette décision s'est traduite par une baisse des prix et un regain d'intérêt pour les tests de dépistage de la syphilis congénitale. Le Brésil, la Chine, Haïti et la République-Unie de Tanzanie sont en train d'élaborer des plans tendant à éliminer la syphilis congénitale, considérée comme un problème de santé publique. Trois tests relatifs à la prise en charge des cas de leishmaniose viscérale ont été expérimentés sur le terrain en Ethiopie, en Inde, au Kenya, au Népal et au Soudan. L'un d'eux, le rK39, a manifesté une sensibilité et une spécificité acceptables pour être utilisé dans la prise en charge des cas de leishmaniose viscérale dans le sous-continent indien, mais n'a pu être recommandé pour l'Afrique en raison d'un degré de sensibilité moindre.

Elaboration et validation de méthodes d'intervention nouvelles ou améliorées pour appliquer les outils existants ou nouveaux aux niveaux clinique et de la population

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de méthodes d'intervention nouvelles ou améliorées validées pour la prévention, le diagnostic, le traitement ou la réadaptation et destinées aux populations exposées aux maladies infectieuses ou touchées par ces maladies	0	5	2

L'évaluation de 19 épreuves diagnostiques sérologiques commercialisées pour la tuberculose a montré qu'aucune n'était acceptable pour détecter la maladie et, en conséquence, ne pouvait être recommandée pour remplacer le diagnostic microscopique de la tuberculose sur frottis, ni utilisée dans des structures dépourvues de services de laboratoire. Une étude multicentres portant sur les procédés d'échantillonnage entomologique appliqués pour surveiller la dengue a révélé qu'une méthode d'enquête portant sur les pupes était à même de déceler les citernes d'eau générant plus de 70 % de pupes. L'utilisation de cet outil permettrait de lutter de façon plus performante contre le vecteur en ciblant les citernes les plus productives et de mieux prévoir le risque de transmission de la dengue épidémique.

Elaboration et validation de politiques de santé publique nouvelles ou améliorées prévoyant la mise en oeuvre de grande ampleur des stratégies de prévention et de lutte existantes ou nouvelles ; possibilité de bénéficier de conseils pour leur application dans le cadre des activités de lutte nationales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de stratégies de santé publique nouvelles ou améliorées dont l'efficacité a été établie et les données factuelles pertinentes communiquées aux responsables	2	2	3
Nombre de politiques et stratégies nouvelles ou améliorées d'accès aux interventions de santé publique validées et dont l'application et recommandée	2	3	0

Une étude de grande ampleur conduite en Afrique du Sud a montré que l'introduction de l'ACT avait entraîné une réduction importante des cas de paludisme et des décès imputables à la maladie. Le coût d'une vie sauvée a été estimé à US \$18 avec l'ACT contre US \$158 avec des médicaments traditionnels. Les données relatives à la surveillance *in vivo* de l'efficacité thérapeutique des antipaludéens dans 41 pays d'endémie situés en Afrique ont corroboré l'intérêt d'actualiser le protocole thérapeutique du paludisme en passant à l'ACT dans 25 pays. L'administration d'ivermectine destinée à lutter contre l'onchocercose peut provoquer des réactions indésirables sérieuses chez les personnes fortement infectées par le *Loa loa*. Une stratégie non invasive, reposant sur un questionnaire, pour déterminer le niveau d'endémicité de la loase et le risque connexe d'effets indésirables a été mise au point dans quatre pays d'Afrique. Cette stratégie a été adoptée par le Programme africain de lutte contre l'onchocercose et son application à grande échelle a permis de réimplanter dans une bonne partie de l'Afrique la distribution d'ivermectine. Les études longitudinales relatives à l'impact de l'administration massive de médicaments sur la transmission de la filariose lymphatique et l'infection qu'elle engendre ont révélé un recul spectaculaire de l'infection dans tous les lieux où le programme a été mis en oeuvre. L'impact sur la transmission est, toutefois, variable et l'étude a conclu que, dans de nombreux contextes, l'élimination de la transmission nécessiterait une administration massive de médicaments supérieure à la durée de quatre à six ans actuellement recommandée.

Etablissement de partenariats et fourniture d'un soutien suffisant pour renforcer le potentiel de recherche, développer des produits et les appliquer dans les pays d'endémie

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'agents formés	716	859	547
Nombre d'établissements de recherche renforcés dans les pays d'endémie à faible revenu	4	6	4
Proportion du nombre total de partenaires venant de pays d'endémie	72 %	65 %	77 %
Proportion du nombre total d'avancées scientifiques nouvelles et significatives dues à des chercheurs originaires de pays d'endémie	49 %	45 %	57 %

Le nombre de diplômés de troisième cycle a correspondu à l'objectif visé, mais le nombre de personnes formées dans le cadre de stages de courte durée (492) est resté en deça de la cible des 800, en raison surtout d'un manque de moyens (voir ci-dessous). La participation aux travaux de recherche de spécialistes originaires de pays d'endémie a été très importante et a largement dépassé les cibles fixées pour l'exercice biennal.

Possibilité pour les partenaires et les usagers d'obtenir des informations techniques et des lignes directrices satisfaisantes concernant la recherche

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de rapports publiés fixant les priorités de recherche au niveau mondial et les lignes directrices applicables à la recherche concernant les maladies infectieuses négligées	15	12	20
Nombre mensuel moyen d'aperçus de page du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales sur le site Web de l'OMS	133 968	200 000	296 061

Les rapports de deux groupes de travail scientifiques, récapitulant les besoins et priorités de recherche au plan mondial concernant le paludisme et la leishmaniose respectivement, ont été publiés. TDR a aussi publié 18 autres lignes directrices pour la recherche et instruments de recherche sur les maladies tropicales.

Mobilisation et gestion efficaces des ressources pour la recherche, le développement de produits et le renforcement du potentiel

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Ressources consacrées aux priorités de la recherche, de la mise au point de produits et du renforcement du potentiel	US \$71,3 millions	US \$100 millions	US \$67,2 millions

Seuls les deux tiers du budget prévu pour 2004-2005 ont été financés. Les contributions non affectées à TDR ont continué à diminuer et 42 % des fonds disponibles ont été alloués à des activités de recherche spécifiques. La baisse enregistrée dans la proportion de ressources non affectées a limité l'aptitude de TDR à faire face aux besoins prioritaires et aux possibilités de recherche.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Des partenariats de recherche efficaces ont été mis en place, notamment avec les programmes de lutte contre les maladies et les entreprises.
- Le plus grand rôle dévolu aux chercheurs originaires de pays d'endémie a permis de relever le niveau de pertinence des conclusions des recherches.
- Des priorités de recherche mieux définies au plan mondial ont permis d'en améliorer la rentabilité en concentrant l'effort sur les besoins prioritaires pour lutter contre les maladies.

Obstacles

- La pénurie de moyens : seuls les deux tiers du budget ont été financés.
- Les demandes de recherche et les engagements au sein de partenariats ont largement dépassé les ressources humaines et financières disponibles.
- Le potentiel de recherche des pays d'endémie est encore très insuffisant.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- L'environnement de la recherche évolue rapidement et se caractérise par l'apparition de nouveaux acteurs comme les partenariats public-privé pour la mise au point de produits. TDR est en train d'élaborer une nouvelle stratégie globale qui tiendra compte de ces changements et mettra sur son avantage comparatif dans des domaines de recherche spécifiques, concernant le renforcement des capacités, l'établissement des priorités et la gestion des connaissances.
- TDR a essayé d'en faire trop avec trop peu de ressources. La nouvelle stratégie permettra de se concentrer davantage sur un plus petit nombre de questions prioritaires, tout en intensifiant la collecte de fonds en faveur de la recherche sur les maladies tropicales.
- Malgré des réalisations importantes, on ne connaît pas bien l'ampleur réelle des activités de recherche auxquelles se livre l'OMS dans le domaine des maladies tropicales. Par conséquent, de nouvelles initiatives de communication et de sensibilisation seront lancées en 2006 et 2007.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	114 468	3 350	70 836	74 186
Pourcentage alloué au niveau des pays	3	1	0	0
des Régions	7	10	1	2
mondial	90	89	99	98

PALUDISME

Objectif(s) de l'OMS

Encourager et soutenir l'élargissement des mesures efficaces pour faire reculer le paludisme et faciliter les opérations du partenariat Pour faire reculer le paludisme.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Taux de prévalence du paludisme et taux de mortalité lié au paludisme chez les enfants de moins de cinq ans.* On a estimé entre 350 millions et 500 millions par an le nombre d'épisodes de paludisme survenus en 2004. Les décès d'enfants africains de moins de cinq ans consécutifs au paludisme étaient estimés entre 710 000 et 896 000 pour l'année 2000.
- *Proportion des enfants de moins de cinq ans vivant dans des zones impaludées, protégés par une méthode efficace de prévention du paludisme (principalement les moustiquaires imprégnées d'insecticide) et proportion de ces enfants ayant accès à un traitement approprié.* Les enquêtes conduites entre 1999 et 2004 ont révélé que le taux moyen d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide était d'environ 3 % (fourchette : 0,1 % à 63 %) pour les enfants de moins de cinq ans vivant en Afrique subsaharienne.
- *Niveau de ressources financières disponibles pour soutenir le renforcement des stratégies de prévention et de lutte antipaludiques.* En moyenne, 8 % des dépenses nationales de santé ont été consacrées au paludisme. Au plan mondial, quelque US \$205 millions ont été mis à disposition en 2004 par le biais de transferts internationaux.

Principales réalisations

- Au cours de l'exercice biennal, 43 pays ont adopté des thérapies combinées à base d'artémisinine (ACT) pour traiter le paludisme à *fulciparum*, ce qui porte le total des pays à 56, dont 26 se trouvent en Afrique. L'application de politiques basées sur l'ACT a débuté dans 29 pays, dont 10 localisés en Afrique. La crise d'approvisionnement survenue à la fin de l'année 2004 a été surmontée un an plus tard et, en 2005, près de 30 millions de traitements par thérapie combinée ont été proposés par des pays d'endémie, contre 4 millions en 2004. Le Service des Médicaments et Fournitures pour La lutte antipaludique a été instauré pour s'occuper au départ de l'ACT, puis des moustiquaires à imprégnation durable. Avec l'appui de l'OMS, la culture de l'*Artemisia annua* en Afrique orientale a été élargie de façon à couvrir environ 20 % de la demande mondiale du marché.
- Un rapport mondial consacré à la pharmacorésistance antipaludique, reposant sur une surveillance menée en collaboration dans plus de 60 pays, a été publié en août 2005.
- Les directives et les méthodes d'assurance qualité applicables à la microscopie du paludisme ont été passées en revue et le laboratoire central du diagnostic du paludisme, implanté à Oman, a été recensé comme un centre d'excellence potentiel dans la Région de la Méditerranée orientale. Un réseau de laboratoires effectuant une épreuve diagnostique rapide de l'assurance qualité a été mis en place avec le concours du Siège ; les directives, matériels pédagogiques et méthodes permettant d'obtenir une épreuve diagnostique rapide ont été conçus avec le soutien d'un réseau d'instituts scientifiques. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, tous les Etats Membres ont adopté les épreuves diagnostiques rapides pour compléter la microscopie.
- En Afrique, l'élargissement de la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide a débuté en 2005 par la distribution de 25 millions de moustiquaires dans les pays où le paludisme était endémique, et ce grâce à une forte augmentation des débours. Parmi les réalisations connexes figurent l'action de sensibilisation impulsée par l'OMS/l'UNICEF en faveur d'une distribution gratuite ou fortement subventionnée aux groupes vulnérables, des campagnes conjuguées dans plusieurs pays d'Afrique et la mise à disposition de deux marques de moustiquaires à imprégnation durable, validées par le système OMS d'évaluation des pesticides. Grâce au soutien financier des Pays-Bas, l'OMS, l'UNICEF et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont aidé les Ministères de la Santé du Burkina Faso, de Madagascar, du Mali et du Tchad à diffuser des moustiquaires à imprégnation durable dans le cadre des vaccinations systématiques menées au titre du PEV et des journées nationales de vaccination : quelque 383 000 moustiquaires de ce type ont été remises aux enfants de moins de cinq ans ; la prévention du paludisme pendant la grossesse a été confortée au Burkina Faso, en Gambie, en Guinée-Bissau et à Madagascar par la distribution de 87 000 moustiquaires à imprégnation durable, et 600 000 comprimés de sulfadoxine-pyriméthamine destinés à un traitement préventif intermittent ont été fournis par l'intermédiaire des services de soins prénatals ; il a été procédé à un traitement/retraitement massif des moustiquaires dans les six pays mentionnés, ce qui a permis de cibler plus de 2 millions de produits. Des initiatives à effet rapide visant à obtenir promptement une couverture universelle en moustiquaires imprégnées d'insecticide en Afrique ont débouché sur des discussions internationales de haut niveau, étayées par l'analyse des besoins financiers, des besoins d'approvisionnement et des impératifs de mise en place des systèmes à laquelle s'est livrée l'OMS.

- Un plan stratégique, des lignes directrices et des outils permettant d'évaluer les besoins de la lutte antivectorielle dans la Région de la Méditerranée orientale ont été présentés sous leur forme définitive. D'autres Régions sont en train d'établir des projets de gestion intégrée des vecteurs, lesquels fourniront un tremplin au service de la collaboration inter- et intrasectorielle et à la mobilisation des ressources.
- L'OMS a collaboré avec les Emirats arabes unis dans le domaine de la certification, et des programmes d'éradication ont été appuyés en Arabie saoudite, en Iraq et en République islamique d'Iran. Dans la Région européenne, où le nombre de cas signalés a quasiment diminué de moitié au cours de l'exercice, une déclaration régionale relative au passage de la lutte contre le paludisme à son éradication a été approuvée par les pays touchés en 2005. Dans la Région des Amériques, la baisse de plus de 50 % des cas recensés (par rapport à l'an 2000) a été maintenue au cours de l'exercice dans huit des 21 pays d'endémie, auxquels se sont ajoutés sept autres pays où la régression des cas signalés était inférieure à 50 %. En outre, la réapparition de la transmission dans les pays où l'éradication avait été certifiée a pu être évitée au cours de la période considérée.
- Un manuel interinstitutions pour la lutte contre le paludisme dans les situations d'urgence complexes a été publié en décembre 2005¹ et un réseau technique sur ce sujet a été lancé sous l'égide de l'OMS. Le rapport d'une consultation technique consacrée aux épidémies de paludisme a été publié.²
- En 2004, l'OMS a prêté son concours à l'établissement de 15 des 26 propositions retenues (14 d'entre elles concernent l'Afrique) pour le quatrième cycle de négociations du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Pour le cinquième cycle, qui s'est déroulé en 2005, l'OMS a aidé 35 pays à formuler leurs propositions ; 14 ont été bien accueillies et US \$208 millions ont donc été ajoutés au montant total de US \$995 millions issu des quatre premiers cycles. Les fonctionnaires de l'OMS implantés dans les pays ont prodigué un soutien ininterrompu à la quasi-totalité des bénéficiaires de bourses octroyées par le Fonds mondial et un cybersystème d'information a été mis sur pied en 2005 en vue de suivre les résultats obtenus par les pays.
- Le premier rapport sur le paludisme dans le monde, lancé le 3 mai 2005, comportait une nouvelle estimation de la charge de morbidité de la maladie à l'échelle planétaire. Le Bureau régional de l'Afrique a publié le premier rapport intérimaire sur la mise en oeuvre du plan d'action de la Déclaration d'Abuja, lequel comprend des données couvrant la période allant jusqu'à 2005. La base de données mondiale sur le paludisme a été élargie aux principaux indicateurs de la mise en oeuvre de la lutte. Des enquêtes portant sur la lutte antipaludique ont été appuyées dans neuf Etats Membres de la Région africaine, deux Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale (Somalie et Soudan) et trois Etats Membres de la Région du Pacifique occidental (Cambodge, Chine et République démocratique populaire lao). En 2005, l'OMS a aussi joué un rôle de premier plan dans l'examen des programmes du Myanmar et des Philippines.
- En 2005, la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA58.2, laquelle préconisait qu'au moins 80 % des personnes à risque bénéficient des principales interventions préventives et curatives d'ici 2010. La même teneur émanait de la résolution sur la Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique, adoptée en décembre 2005 par l'Assemblée générale des Nations Unies, et du plan stratégique mondial 2005-2015 du partenariat Faire reculer le paludisme, adopté dans le cadre de l'Appel de Yaoundé lancé en novembre 2005 à l'occasion du cinquième forum du partenariat.
- En 2005, deux concerts organisés par l'initiative Pour faire reculer le paludisme, l'un en mars à Dakar, l'autre en octobre à Genève, ont attiré l'attention des médias du monde entier.

Illustration de certaines réalisations

En 2004, la région du Darfour (Soudan), où la transmission du paludisme est saisonnière, a enregistré 1,6 million de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays. En mai, avant que ne commence la saison du paludisme, l'OMS a fait paraître des directives sur la prévention et la lutte antipaludiques au Darfour à l'intention des services nationaux, des partenaires internationaux et des organisations non gouvernementales. L'Organisation a supervisé la mise en place de la thérapie combinée à base d'artémisinine, des épreuves diagnostiques rapides et des visites à domicile, ainsi que la pulvérisation des camps de réfugiés de façon à atteindre un taux de couverture de 85 % avant la saison de la transmission ; elle a aussi encadré la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'assainissement des étangs et l'instauration d'une surveillance hebdomadaire. De mai à octobre 2004, 118 384 cas de paludisme (taux d'atteinte de 7,4/100) et 215 décès liés à la maladie ont été enregistrés au total. Le taux de létalité de 0,2 % était inférieur à celui qui prévaut actuellement dans la plupart des pays d'endémie.

¹ *Malaria control in complex emergencies: an interagency field handbook*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² *Malaria epidemics: forecasting, prevention, early detection and control: from policy to practice: rapport d'une consultation informelle, Leysin (Suisse), 8-10 décembre 2003*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Capacité des autorités nationales à transposer à plus grande échelle la mise en oeuvre de mesures de lutte antipaludique performantes et durables, dans le cadre du développement des systèmes de santé ou en liaison étroite avec ce processus

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion (%) des pays d'endémie adoptant une stratégie d'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide aux termes de laquelle 60 % au moins des populations ciblées sont protégées	10 %	30 %	61 % (30 sur les 49 pays d'endémie en Afrique) ont une stratégie où la couverture cible minimum est de 60 %. Cinq ont atteint cet objectif, à savoir : l'Erythrée, la Gambie, le Malawi, le Niger et le Togo
Nombre de pays qui emploient des thérapies combinées à base d'artémisinine comme traitement de première ou de deuxième intention pour le paludisme à <i>falciparum</i>	13	40	29 sur les 56 pays ayant adopté l'ACT font usage des médicaments. 27 autres ont adopté des politiques d'ACT mais ne les appliquent pas encore

Mise en place d'un mécanisme donnant aux communautés, en particulier les plus pauvres, la capacité de prendre des mesures appropriées pour développer et maintenir la lutte antipaludique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui appliquent des stratégies de communication auxquelles ont souscrit l'ensemble des partenaires qui appuient la réalisation des objectifs énoncés dans la Déclaration d'Abuja pour faire reculer le paludisme en Afrique	0	14	40 pays africains où la charge de morbidité liée au paludisme est importante sont passés d'une communication axée sur « la stratégie et la politique » de la lutte antipaludique à une communication axée sur « l'élargissement au service de l'impact »

Le rationalisme qui a présidé à toutes les interventions antipaludiques menées pendant l'exercice et, dans une certaine mesure, à la distribution en particulier de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans la Région africaine s'est avéré sans précédent. En outre, la prise en charge à domicile a maintenant cours dans une quinzaine de pays situés dans la sous-région du Grand Mékong qui organisent régulièrement des activités tendant à renforcer la communication à l'échelon communautaire. En général, l'accélération des interventions de lutte antipaludique ne va, toutefois, pas de pair avec le renforcement correspondant de la demande ou de la participation communautaire.

Mise en place d'un système de surveillance systématique du paludisme et des mesures de lutte dans tous les pays d'endémie

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays d'endémie dotés d'un système efficace de surveillance des cas de paludisme et des décès liés à la maladie, et qui présentent un rapport annuel à l'OMS	80/105 (75 %) pour 2001	90/105 (85 %) pour 2004	Fin 2005, 46 % (48 pays sur 105) ont fourni des données sur les cas de paludisme et/ou de décès liés au paludisme pour l'année 2004
Proportion des pays d'endémie ayant mené des enquêtes auprès des ménages représentatifs au plan national afin de surveiller la couverture en moustiquaires imprégnées d'insecticide et l'accès à un traitement efficace en l'espace de 24 heures	43 % (45/105)	60 % (63/105)	48 % (32 pays sur 105) ; des enquêtes démographiques et de santé/enquêtes par grappes à indicateurs multiples ont été menées dans cinq pays en 2004 et dans 27 pays en 2005
Nombre de pays exposés aux épidémies de paludisme qui disposent d'un plan de préparation consistant, en conformité avec les lignes directrices de l'OMS	5	15 sur les 25 pays africains sujets aux épidémies	15 sur les 25 pays africains sujets aux épidémies ont élaboré des plans de préparation à ces situations

Des progrès tangibles ont été constatés dans ce domaine avec le rapport mondial sur le paludisme et le rapport sur la réalisation des objectifs d'Abuja. La surveillance et l'évaluation ont aussi été confortées, les Etats Membres de toutes les Régions ayant procédé à des enquêtes plus nombreuses et de meilleure qualité. Néanmoins, l'établissement de rapports est toujours incomplet et les retards sont excessifs dans la plupart des pays ; très peu de pays sont dotés d'un système de surveillance de la maladie pleinement fonctionnel et dont la qualité est contrôlée. Alors que 15 des 25 pays africains ont élaboré des plans de préparation aux épidémies, la plupart d'entre eux ne sont provisionnés que partiellement, voire pas du tout.

Soutien en faveur des activités mondiales de sensibilisation à l'importance du paludisme et des efforts visant à accroître les ressources disponibles pour la lutte antipaludique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays impaludés dotés d'une stratégie nationale approuvée de sensibilisation pour faire reculer le paludisme	35	44	43 pays remplissant les conditions requises et présentant une charge de morbidité importante liée au paludisme ont mobilisé des ressources complémentaires par l'intermédiaire du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Les pays ne présentant pas les conditions requises sont l'Afrique du Sud, l'Algérie, le Botswana et l'Egypte

Le problème du paludisme a sans doute bénéficié d'une couverture médiatique sans précédent à l'échelle mondiale, et de nouvelles initiatives de premier plan ont été lancées par le Président des Etats-Unis d'Amérique et la Banque mondiale. Une bonne partie de la couverture qu'en a donnée la presse a, toutefois, été négative, accusant l'OMS et le partenariat Pour faire reculer le paludisme de ne pas progresser suffisamment.

Etablissement de normes techniques pour la lutte antipaludique et fourniture d'un appui technique aux pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays d'endémie appliquant une gestion intégrée des vecteurs pour la lutte antipaludique conformément aux lignes directrices de l'OMS	36	54	15 pays réunis aux fins de parvenir à un consensus national sur la gestion intégrée des vecteurs (sur les 24 sensibilisés à la nécessité de changer de politique et s'étant formellement engagés à effectuer une application pilote)

La plupart des pays d'endémie ont reçu un soutien technique de l'OMS, dont l'efficacité a, toutefois, souffert de la pénurie de personnel technique hautement qualifié au niveau des pays. Un certain nombre de documents d'orientation technique, particulièrement nécessaires pour la gestion des cas et la lutte contre les vecteurs, ont été parachevés en 2005 en vue de leur publication au début de l'année 2006.

Soutien en faveur des domaines hautement prioritaires de recherche et développement, y compris les traitements combinés, les épreuves diagnostiques, les moustiquaires à imprégnation durable et les traitements préventifs intermittents, et intégration des résultats dans les plans nationaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant conçu des stratégies reposant sur des bases factuelles pour faire reculer le paludisme	9	20	35 pays, représentant l'ensemble des pays d'Afrique non touchés par des situations d'urgence complexes, ont réalisé cet indicateur

Des progrès sensibles ont été enregistrés en matière d'assurance qualité pour les épreuves diagnostiques rapides et l'évaluation des moustiquaires à imprégnation durable mais, en général, le manque de moyens financiers a fortement freiné les évaluations portant sur l'innocuité des nouveaux médicaments, la mise en oeuvre et la recherche opérationnelle.

Renforcement des capacités dans les pays pour l'élaboration des politiques, la gestion des programmes et la mobilisation sociale

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays d'endémie auprès desquels des données relatives aux besoins en ressources humaines sont recueillies et analysées	0	5	3 (Malawi, Rwanda et Somalie)

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays d'endémie ayant bénéficié du renforcement des compétences du personnel de santé national en matière de développement des capacités (transfert de technologie de formation)	3	17	1 (Ethiopie)
Nombre de consultants nationaux/ administrateurs formés à la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et prodiguant un appui technique et programmatique coordonné au programme national de lutte/partenaire Pour faire reculer le paludisme	0	17	25 administrateurs nationaux et spécialistes de programmes internationaux originaires des pays d'Afrique ont été formés en 2004
Nombre de pays ayant renforcé leurs établissements locaux de formation dans le but de mener des activités de développement des capacités aux plans national et de district	2	18	Aucune formation dispensée au niveau des pays. Un atelier consacré à la lutte contre le paludisme au niveau du district a néanmoins été organisé et un manuel de lutte contre le paludisme a été rédigé

Des activités de formation internationales axées sur les résultats ont été appuyées dans toutes les Régions. Des progrès ont été enregistrés concernant l'établissement d'un module de formation au niveau du district. L'attention s'est portée sur le développement des capacités à l'OMS, notamment la formation de cadres nationaux. En 2005, le Centre de Formation de Nazareth (Ethiopie) a bénéficié d'un renforcement institutionnel lui permettant d'organiser, à l'intention des participants anglophones, un cours international sur le paludisme et la planification de la lutte contre la maladie.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- La structure de soutien aux pays de la Région africaine a été consolidée par une meilleure dotation en personnel, une délimitation précise des responsabilités et des voies de communication entre les différents niveaux – pays, interpays et régional – et par la nomination de coordonnateurs d'équipes au Bureau régional ; une unité régionale bien structurée, dotée d'un solide effectif national, est aussi considérée comme un facteur de réussite essentiel au Bureau régional OMS du Pacifique occidental.
- Le système de téléconférence a permis d'avoir des discussions immédiates et d'améliorer la coordination entre les équipes interpays, le Bureau régional de l'Afrique et le Siège.
- Le ferme engagement politique dont ont fait preuve certains pays s'est traduit par une allocation de ressources nationales.
- Les fonctionnaires internationaux de l'OMS oeuvrant sur le terrain sont très présents dans certains pays où le paludisme est endémique.
- Un financement extrabudgétaire approprié a été mis à disposition pour mener certaines activités régionales prioritaires et donner suite à des initiatives interpays, notamment dans les Régions africaine, européenne et du Pacifique occidental.
- Certains programmes nationaux bénéficient maintenant d'un financement suffisant.
- Une collaboration bilatérale existe entre des pays (Arabie saoudite et Yémen, par exemple).
- Pour les quatrième et cinquième cycles de négociations, le Fonds mondial a requis une politique basée sur le traitement ACT, facilitant ainsi aux pays la prise de décision.
- Certains pays se caractérisent par une bonne coordination entre participants ayant des points forts complémentaires.

Obstacles

- Les délais d'obtention des achats et la pénurie d'ACT ont retardé l'application des nouvelles politiques dans plusieurs pays ; la mise à disposition limitée de moustiquaires à imprégnation durable a, elle aussi, ralenti l'exécution.
- Le budget de l'OMS consacré à la lutte contre le paludisme n'a globalement pas permis d'atteindre le niveau d'activité requis pour faciliter le processus d'élargissement dans les pays. Des coupes sombres se produisent à tous les niveaux.
- Les crédits manquent pour recruter ou maintenir en poste les fonctionnaires internationaux de l'OMS dans des cas où la complexité de la situation et la faiblesse des programmes nationaux rendent leur présence absolument nécessaire. Dans certaines Régions, ce phénomène est lié à des réductions considérables du budget obtenu auprès du Siège.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

- Le système des quotas applicables au personnel présent dans le pays pose un problème de continuité. Le manque d'organisation et de coordination de l'appui technique fourni par les partenaires de la Région africaine a entraîné des chevauchements et un surcroît de travail pour certaines administrations nationales.
- Dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, la plupart des propositions présentées lors du cinquième cycle de négociations du Fonds mondial ont été rejetées, bien que, souvent, leur qualité ait été au moins aussi bonne que celle de propositions acceptées antérieurement. Des pays en ont conçu une certaine déception.
- Il arrive que les transferts effectués par le Fonds mondial à destination des pays soient excessivement lents et bureaucratiques.
- Les ressources humaines mises à disposition aux divers échelons du pays sont insuffisantes, tant sous l'angle qualitatif que quantitatif, en particulier en matière de planification et de gestion, d'interventions de lutte antivectorielle et de microscopie du paludisme.
- Bon nombre de pays pèchent par la faiblesse de leurs systèmes de surveillance et d'évaluation, manquent de données de référence sur les indicateurs de la couverture et de moyens pour les enquêtes à mener.
- Les situations d'urgence complexes, que connaissent notamment certains Etats Membres des Régions Afrique et Méditerranée orientale, empêchent en particulier les consultants extérieurs d'accéder aux zones d'endémie.
- La qualité de certaines activités souffre du piètre soutien accordé par le Fonds mondial à des pays confrontés à d'énormes pressions dans le domaine de la mise en oeuvre et des performances ; la réalisation des activités prioritaires de l'OMS risque alors d'être retardée ou annulée.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Une action de sensibilisation intense et bien ciblée s'impose pour promouvoir l'adoption de politiques efficaces au niveau des pays.
- La conclusion de partenariats avec des organismes présentant l'avantage comparatif d'une complémentarité a un rôle décisif dans la réalisation des objectifs.
- Les partenariats doivent être gérés de près afin de veiller à ce que tous les intervenants partagent la même vision.
- Les pays situés en dehors de l'Afrique tropicale ont particulièrement besoin que l'OMS arrête une méthodologie précise pour apprécier la charge de morbidité du paludisme et pour assurer la surveillance, le suivi et l'évaluation avec un nombre limité d'indicateurs clairs.
- La volonté de passer de la lutte antipaludique à l'éradication de la maladie au niveau national et la mise à disposition d'outils efficaces pourront peut-être inciter à consentir de nouveaux efforts en ce sens dans les Régions européenne et de la Méditerranée orientale.
- Il convient d'assurer la continuité des effectifs internationaux de l'Organisation dans les pays stratégiques.
- Les expériences et enseignements tirés du puissant réseau de pays de la sous-région du Grand Mékong doivent être mieux partagés avec les autres Etats Membres des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental – notamment de cette dernière où l'incidence du paludisme est la plus élevée.
- L'OMS doit se concentrer davantage sur le secteur privé qui est florissant dans la Région et qui assure, dans de nombreux pays, la plupart des traitements de la maladie. Ce faisant, on s'emploiera à concevoir des approches adaptées en coopération avec d'autres programmes de l'Organisation.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	126 140	19 464	137 200	156 669
Pourcentage alloué au niveau				
des pays	26	39	24	26
des Régions	45	32	22	23
mondial	29	29	54	51

TUBERCULOSE

Objectif(s) de l'OMS

Renforcer le soutien technique et financier aux pays en s'appuyant sur le plan mondial d'extension de la stratégie DOTS ; accroître l'accès aux médicaments de qualité en utilisant le dispositif mondial de financement des médicaments antituberculeux ; faciliter les opérations du partenariat Halte à la tuberculose ; accélérer l'élaboration de certaines interventions, stratégies et politiques concernant l'extension de la stratégie DOTS, la double infection par la tuberculose et le VIH, la tuberculose polychimiorésistante et la participation accrue des communautés, organisations non gouvernementales locales, praticiens privés et agents de soins primaires ; diriger la surveillance, le suivi et l'évaluation au niveau mondial ; et promouvoir, en jouant un rôle catalyseur, la recherche de nouveaux médicaments, vaccins et épreuves diagnostiques.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Taux de mise en oeuvre de la stratégie DOTS et couverture mondiale. A la fin 2004, la stratégie DOTS, au coeur de la nouvelle stratégie du partenariat Halte à la tuberculose, est appliquée dans 183 pays ; la couverture de la population a été totale dans neuf des 22 pays à forte charge de morbidité et presque totale dans cinq autres.

Taux mondiaux de dépistage des cas et de guérison. Les taux mondiaux de dépistage des cas s'établissaient à 53 % en 2004 et devraient dépasser 60 % pour 2005. Le traitement affichait une réussite de 82 % dans la cohorte des 1,7 million de patients enregistrés en 2003, approchant l'objectif de 85 % fixé pour 2005.

Ressources financières mondiales disponibles pour les activités antituberculeuses. L'accroissement du financement national et international s'est traduit par une augmentation des crédits alloués à la lutte antituberculeuse dans les 22 pays où la charge de morbidité liée à la maladie est la plus élevée, lesquels sont passés d'une somme légèrement supérieure à US \$900 millions en 2004 à US \$1,2 milliard en 2005.

Principales réalisations

- Un soutien accru a été fourni à toutes les Régions pour accélérer l'extension de la stratégie DOTS et, en 2005, une nouvelle stratégie qui s'intitule « Halte à la tuberculose » et s'articule autour de DOTS a été élaborée et approuvée par le groupe consultatif stratégique et technique de l'OMS pour la tuberculose, de même que les normes internationales pour la prise en charge de la tuberculose.¹
- Le plan mondial « Halte à la tuberculose » 2006-2015 a été conçu en étroite collaboration avec les organisations partenaires, et les objectifs du premier plan mondial « Halte à la tuberculose » 2001-2005 ont été en grande partie atteints.
- Les taux mondiaux de dépistage des cas et de guérison ont continué d'être surveillés et décrits dans les rapports annuels de l'OMS sur la lutte antituberculeuse dans le monde intitulés *Global tuberculosis: surveillance, planning, financing* (2004 et 2005).
- Le partenariat Halte à la tuberculose compte maintenant plus de 400 partenaires et un fonds fiduciaire a été créé dans le cadre duquel des accords de financement à long terme ont été conclus avec plusieurs donateurs.
- Le dispositif mondial de financement des médicaments antituberculeux a permis de traiter plus de 6 millions de patients répartis dans 70 pays.

Illustration de certaines réalisations

Les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont accompli de gros progrès dans la réalisation des cibles mondiales de la lutte antituberculeuse. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, le dépistage des cas a atteint 59 % fin 2004 et dépassé 60 % fin 2005. La réussite du traitement a déjà passé outre la cible mondiale des 85 %. Dans la Région du Pacifique occidental, les objectifs fixés pour l'année 2005 en matière de dépistage et de traitement doivent avoir été atteints. La collaboration avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales s'est traduite par l'extension de la stratégie DOTS au-delà des services de santé publique, soit une augmentation de 24 % en moyenne du dépistage des cas. Les activités menées conjointement contre la tuberculose et le VIH et le projet de traitement de la tuberculose polychimiorésistante sont en cours de mise en place. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a élaboré un plan stratégique régional sur 10 ans, de façon à orienter la planification des pays vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la tuberculose. La Région du Pacifique occidental parachève son plan stratégique régional pour 2006-2010, lequel vise à réduire de moitié d'ici 2010 la prévalence et la mortalité dues à la tuberculose, conformément aux buts fixés par le Comité régional du Pacifique occidental et aux objectifs du Millénaire pour le développement.

¹ Normes internationales pour la prise en charge de la tuberculose. La Haye, Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (TBICA), 2005.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Maintien et élargissement du plan mondial d'extension de la stratégie DOTS, avec l'appui du plan mondial Halte à la tuberculose, incluant des valeurs et des buts communs

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Taux mondial de dépistage des nouveaux cas à frottis positif dans les programmes DOTS	45 %	70 %	53 % (2004) ¹
Taux mondial de réussite du traitement des nouveaux cas à frottis positif dans les programmes DOTS	82 %	85 %	82 % (cohorte 2003)

La Région des Amériques ainsi que les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental devraient avoir atteint les deux cibles fixées pour 2005. La cible N° 8 des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la tuberculose consiste à avoir maîtrisé la maladie et avoir commencé à inverser la tendance actuelle d'ici à 2015. Le partenariat Halte à la tuberculose a approuvé des cibles supplémentaires pour 2015, à savoir réduire la prévalence et la mortalité de 50 % par rapport à 1990. La mise en oeuvre du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015 devrait atteindre les objectifs visés sauf en Afrique et en Europe orientale.

Mise en place de partenariats nationaux sous forme de mécanismes de coordination dans les pays, à l'appui de la mise en oeuvre de plans nationaux à long terme pour étendre la stratégie DOTS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui, parmi les 22 à forte charge de morbidité, ont mis en place des partenariats et des plans nationaux fonctionnels	15/22	22/22	21/22

Des mécanismes nationaux de coordination interinstitutions et des plans nationaux sont en place et, lors de l'exercice biennal, des efforts ont été déployés en vue d'instaurer, au niveau des pays, des partenariats Halte à la tuberculose. A la fin de l'exercice, les bureaux régionaux de l'OMS oeuvraient aussi de concert avec 87 pays ciblés (outre les pays à forte charge de morbidité) à la mise au point de plans et de mécanismes de coordination au sein de leurs cadres nationaux de planification de la santé.

Maintien du nouveau dispositif mondial de financement des médicaments antituberculeux, et élargissement de l'accès au traitement et à la guérison

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de malades supplémentaires traités avec l'appui du dispositif mondial de financement de médicaments antituberculeux par le biais de bourses et de services d'approvisionnement direct	Non établie	4 millions de patients ont reçu des médicaments antituberculeux	Le dispositif mondial a permis de traiter 4,29 millions de patients

Le dispositif mondial de financement des médicaments antituberculeux a fortement étoffé ses services d'approvisionnement direct et permis de traiter depuis sa création plus de 6 millions de patients dans 70 pays.

Maintien de l'engagement politique et mobilisation de ressources suffisantes grâce à l'entretien du partenariat Halte à la tuberculose et à la bonne diffusion du concept, de la stratégie et des progrès du plan mondial Halte à la tuberculose

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays dotés d'une stratégie nationale approuvée pour faire barrage à la tuberculose et assurant la sensibilisation correspondante	22 pays	39 pays	39 pays

¹ Données disponibles les plus récentes. Le *Rapport mondial sur la lutte contre la tuberculose, 2007* rendra compte de la réalisation de la cible en 2005.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Ressources financières internationales disponibles pour les activités de lutte antituberculeuse dans 22 pays à forte charge de morbidité	US \$141 millions (2003)	Aucune cible n'a été fixée	US \$148 millions (2004) US \$194 millions (2005)
Nombre de partenaires supplémentaires pour la lutte antituberculeuse	330 partenaires	400 partenaires	438 partenaires

L'accroissement du financement national et international s'est traduit par une augmentation des crédits alloués à la lutte antituberculeuse dans les 22 pays ayant la plus forte charge de morbidité, lesquels sont passés d'une somme légèrement supérieure à US \$900 millions en 2004 à US \$1,2 milliard en 2005. Ils devraient atteindre US \$1,4 milliard en 2006. Le partenariat Halte à la tuberculose, qui est solidement établi, a facilité le resserrement de la coordination, au plan mondial, des actions de sensibilisation et de mobilisation des ressources, notamment par le biais de son premier plan mondial Halte à la tuberculose 2001-2005, du Forum des partenaires tenu à New Delhi en 2004, de sept groupes de travail et de la mise au point du deuxième plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015.

Maintien et élargissement des systèmes mondiaux de surveillance et d'évaluation pour suivre les progrès de la réalisation des cibles mondiales, l'allocation de ressources spécifiques pour la lutte antituberculeuse et l'impact des activités de lutte

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays présentant des rapports de surveillance, de planification et des rapports financiers annuels en vue de leur inclusion dans le rapport mondial annuel sur la lutte antituberculeuse	Surveillance 94 % Données financières 64 %	Non établie	Surveillance 95 % Données financières 66 %

Onze années consécutives de données (1994-2004) sont maintenant disponibles pour évaluer les progrès de la réalisation des cibles mondiales de la lutte antituberculeuse. En 2005, des rapports financiers ont été communiqués par des pays représentant 91 % de la charge estimative de morbidité liée à la tuberculose au plan mondial. La quantité et la qualité des données financières ont continué de progresser.

Formulation de nouvelles politiques et stratégies pour combattre la polychimiorésistance et pour améliorer la lutte antituberculeuse dans les pays à forte prévalence d'infection à VIH

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui appliquent des interventions communes aux programmes nationaux de lutte antituberculeuse et de lutte contre le SIDA	8	15	19 pays ont une politique nationale de dépistage du VIH et de conseils qui s'adresse aux personnes atteintes de tuberculose et 23 ont une politique de dépistage de la tuberculose qui s'adresse aux personnes vivant avec le VIH/SIDA
Proportion des pays cibles qui appliquent la stratégie DOTS révisée pour lutter contre la maladie polychimiorésistante	15	30	Le Comité Feu vert a approuvé de judicieux programmes de lutte contre la tuberculose polychimiorésistante dans 30 pays destinés à près de 13 000 patients
Proportion des pays qui font des enquêtes sur la pharmacorésistance	77	90	90 pays mettent à disposition des données et 26 pays – des tendances relatives à la surveillance de la pharmacorésistance

On a constaté un accroissement significatif du nombre de patients simultanément infectés par deux maladies venus consulter des services communs ; le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA ayant été dépistées pour la tuberculose a été multiplié par dix et le nombre de malades de la tuberculose auxquels dépistage du VIH et conseils ont été prodigués a quadruplé. L'accroissement du financement permet aujourd'hui d'élargir les activités menées conjointement dans le domaine de la tuberculose et de l'infection à VIH. L'exercice biennal a enregistré une forte progression de la surveillance de la tuberculose polychimiorésistante et des interventions de lutte contre la maladie dans des pays où les ressources sont limitées. Des lignes

directrices sur la prise en charge programmatique de la tuberculose polychimiorésistante ont été élaborées, les directives sur la surveillance de la pharmacorésistance ont été révisées, la lutte contre la tuberculose polychimiorésistante a été incorporée à la nouvelle stratégie Halte à la tuberculose, le renforcement des capacités de prise en charge de la tuberculose a été intensifié et l'appui technique étendu, et davantage de ressources ont été mises à disposition pour l'action au niveau des pays ; la faisabilité et le coût/efficacité de la lutte contre la tuberculose polychimiorésistante ont donné lieu à une évaluation positive. Des plans de mise en oeuvre ont été élaborés, y compris pour les trois pays supportant 68 % de la charge mondiale de morbidité liée à la tuberculose polychimiorésistante, à savoir : Chine, Fédération de Russie et Inde ; un plan stratégique décennal a en outre été mis sur pied.

Formulation de nouvelles politiques et stratégies pour améliorer les taux de dépistage des cas et de guérison par l'engagement de tous les dispensateurs de soins du secteur public, des organisations non gouvernementales locales, des agents de soins communautaires et des praticiens privés et par les soins respiratoires intégrés au niveau primaire

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles en mesure d'étendre les soins antituberculeux dans tous les services du secteur public et par l'intermédiaire d'organisations non gouvernementales locales intervenant dans les zones les plus pauvres	20 pays	40 pays	100 % (40 pays)
Proportion des pays cibles utilisant un assortiment public-privé d'interventions et de soins communautaires	9 pays	20 pays	100 % (20 pays)
Proportion des pays cibles (dotés de systèmes de santé adéquats) qui intègrent les soins respiratoires au niveau primaire	12 pays	10 autres pays	20 pays 80 % (8 pays supplémentaires)

Au cours de l'exercice 2004-2005, la capacité de fournir des services DOTS directement dans le cadre des programmes nationaux de lutte antituberculeuse a connu une progression spectaculaire dans les structures de santé. Or il faut atteindre beaucoup plus de patients au-delà de ces services, et les stratégies novatrices visant à améliorer le dépistage des cas se sont poursuivies. Si l'Afrique a mis l'accent sur l'extension des services de soins communautaires antituberculeux, l'Asie s'est surtout attachée à faire intervenir divers dispensateurs de soins publics et privés, y compris des organisations non gouvernementales locales. Les activités en question ont aussi été dopées par la mise à disposition de bourses par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Des progrès sensibles ont été enregistrés, par exemple en Chine, en Inde, en Indonésie, au Kenya, au Myanmar et aux Philippines, concernant l'élargissement des initiatives panachées public-public et public-privé. L'intégration des soins respiratoires au niveau primaire est amorcée à l'aide de la stratégie concernant l'approche pratique de la santé respiratoire et étendue dans une vingtaine de pays. Cinq d'entre eux ont adopté cette stratégie à titre de politique nationale et l'appliquent dans tous leurs services de santé nationaux.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Accroissement mondial de la sensibilisation à la tuberculose et de l'intérêt pour cette maladie.
- Elan et enthousiasme pour progresser vers des cibles mondiales, stratégies et plans précis pour appuyer la mise en oeuvre accélérée à l'échelle nationale, parallèlement à une augmentation des ressources.
- Coordination des partenaires techniques et financiers aux niveaux national, régional et mondial grâce à l'OMS et au partenariat Halte à la tuberculose.
- Planification conjointe dans tous les bureaux de l'OMS et intensification de l'appui aux pays en ce qui concerne la planification, le suivi et l'évaluation.

Obstacles

- Le montant limité des ressources volontaires non affectées restreint la capacité de l'OMS à réagir promptement aux demandes d'élaboration de politiques, de coopération technique et de suivi/évaluation que formulent les Etats Membres et les donateurs.
- Les points faibles des systèmes de santé et les blocages au niveau de la mise en oeuvre se sont soldés par : la restriction des ressources humaines à tous niveaux, l'insuffisance des flux de financement destinés à la mise en oeuvre, le manque de capacité des laboratoires, le non-respect des engagements nationaux à transposer rapidement à l'échelle supérieure l'action menée conjointement contre la tuberculose et l'infection à VIH, et la difficulté de faire face aux demandes d'assistance technique ou de surveillance et d'évaluation formulées par les pays.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- L'investissement dans le renforcement des capacités d'assistance technique pour tirer parti de l'utilisation des nouvelles ressources au service de la lutte contre la maladie est déterminant pour assurer l'élaboration des plans, la mise en place des capacités, la résolution des problèmes, l'innovation locale et l'analyse de l'impact.
- En 2006-2007, l'OMS devra être plus étroitement reliée à ses partenaires techniques dans le cadre d'un réseau structuré afin de garantir une réactivité maximale face aux besoins des Etats Membres et autres ; en conséquence, l'Organisation oeuvre étroitement avec les donateurs, par le biais du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, pour combler les écarts financiers qui existent dans le domaine de l'assistance technique.
- Le regroupement de nouvelles approches efficaces dans le cadre de la nouvelle stratégie Halte à la tuberculose devrait permettre d'élargir conjointement, de façon plus rapide et plus cohérente, les approches, l'engagement des partenaires, en particulier des personnes et des communautés touchées, ainsi que toute la gamme des dispensateurs de soins nécessaire pour étendre l'accès au traitement de la tuberculose afin de garantir un traitement efficace et sans risque et d'atteindre les cibles mondiales.
- Le programme de travail 2006-2007 pour ce domaine d'activité est totalement axé sur l'élargissement de cette nouvelle stratégie intégrée, s'appuyant sur des politiques mises en place par l'OMS et sur l'expérience et l'esprit d'innovation des Etats Membres. Tel est aussi le cas du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015, de la planification régionale et des plans novateurs des pays à forte charge de morbidité. En outre, cette stratégie est à la base de la collaboration avec d'autres domaines d'activité et permet d'éclairer la planification à moyen terme.
- Un engagement dynamique avec d'autres partenaires et des partenariats tendant à renforcer les systèmes de santé, à mobiliser les ressources, à aligner les approches au sein de cadres de développement plus vastes et à harmoniser l'appui à la mise en oeuvre, ainsi que le partage des meilleures pratiques seront autant d'éléments décisifs pour atteindre les cibles fixées pour 2015.
- En 2006-2007, il sera possible de progresser davantage en ayant recours aux réseaux et aux équipes spéciales de l'OMS opérant aux niveaux mondial, régional et national, aux groupes de travail intervenant au sein du partenariat Halte à la tuberculose ainsi qu'aux forums et partenariats oeuvrant à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé, et en appliquant les principes des meilleures pratiques.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	124 531	13 027	139 465	152 492
des pays	64	52	40	41
Pourcentage alloué au niveau des Régions	14	30	12	14
mondial	22	18	48	45

SURVEILLANCE, PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Objectif(s) de l'OMS

Veiller à ce que les gouvernements soient mieux équipés techniquement et institutionnellement pour réduire l'exposition des personnes aux principaux facteurs de risque et à ce que les systèmes de santé soient prêts à s'atteler à la charge croissante des maladies chroniques, et promouvoir des normes de soins de santé pour les personnes atteintes de maladies non transmissibles.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Nombre de pays qui adoptent des politiques visant à prévenir et combattre les maladies non transmissibles.

Nombre de sites de démonstration des activités visant à prévenir et combattre les maladies non transmissibles.

Nombre de réseaux mondiaux et régionaux qui soutiennent la mise en oeuvre du programme. Soixante-seize pays ont participé à six réseaux régionaux et disposent soit de programmes nationaux intégrés de prévention des maladies non transmissibles, soit de projets de démonstration locaux. Le Quatrième Forum de l'Organisation mondiale de la Santé pour la prévention des maladies chroniques et la lutte contre ces maladies, qui s'est déroulé à Ottawa du 3 au 6 novembre 2004, a réuni 14 délégués originaires de six réseaux régionaux. Chaque réseau appuie la mise en oeuvre des programmes nationaux de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles.

Principales réalisations

- Un rapport de l'OMS¹ publié en octobre 2005 a fait valoir la nécessité d'une action urgente pour arrêter et refouler la menace grandissante des maladies chroniques.
- Suite à l'augmentation du nombre de décès attribuables aux maladies non transmissibles, et compte tenu des données factuelles répertoriant les facteurs de risque évitables, l'Assemblée de la Santé a adopté en 2004 la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.²
- La campagne de sensibilisation orchestrée lors du dernier exercice biennal et intitulée « Il faut agir contre le diabète » a servi de support à l'élaboration de politiques nationales dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
- Les facteurs de risque des maladies chroniques sont actuellement établis dans un nombre croissant de pays en développement. La méthode point par point (STEPS), bien adaptée à ce type de surveillance, a été appliquée dans 23 des 47 pays cibles depuis 2001, et 71 pays ont bénéficié d'une formation pour se servir de cet outil. Parmi les autres systèmes de surveillance importants qui ont été conçus figure la méthode point par point (STEPS) pour la surveillance des accidents vasculaires cérébraux et des comportements à risque chez les jeunes.
- En mai 2005, l'adoption par l'Assemblée de la Santé de la résolution WHA58.22 sur la prévention et la lutte anticancéreuses a débouché sur l'intensification de l'action menée contre le cancer. Le Comité consultatif ad hoc auprès du Directeur général et le groupe technique chargé d'élaborer une stratégie de lutte contre le cancer ont été institués. Des lignes directrices relatives à la prévention et à la lutte anticancéreuses sont aussi en cours d'élaboration, et une alliance des parties intervenant dans cette lutte est en train de se constituer.
- Une alliance mondiale contre les maladies respiratoires chroniques a été créée en 2005 ; elle se compose d'organisations, instituts et organismes internationaux implantés dans les pays développés et en développement, qui ont tous à coeur de combattre ensemble les maladies respiratoires chroniques.
- Les travaux visant à mettre en place une initiative mondiale pour la prise en charge des maladies chroniques ont débuté avec le puissant soutien du Bureau régional de la Méditerranée orientale.
- Pour la première fois, un recul sensible de la charge mondiale de morbidité liée à la déficience visuelle a été observé (tombant de 45 à 37 millions d'années de vie ajustée sur l'incapacité au plan mondial) ; il tient principalement aux tendances à la baisse enregistrées dans les maladies transmissibles, comme le trachome et l'onchocercose, et au nombre croissant de programmes de prévention de la cécité dans le monde.
- D'énormes progrès ont été réalisés dans les Régions pour adapter et appliquer aux maladies chroniques des lignes directrices reposant sur des bases factuelles. Le succès de la mise en oeuvre, dans la Région du Pacifique occidental, d'un cadre point par

¹ *La prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² Résolution WHA57.17.

point de planification des interventions pour les maladies non transmissibles offre un modèle qui promet d'être un exemple de meilleure pratique à suivre dans d'autres Régions. Ce cadre a déjà été adapté et diffusé sous forme de rapport¹ et dans la collection de la revue « The Lancet » qui lui est associée.

Illustration de certaines réalisations

La réussite du cadre d'intervention contre les maladies non transmissibles appliqué au Viet Nam a servi de modèle de prévention et de lutte qui pourrait être reproduit dans d'autres pays. Il a aussi fait office de démonstration pratique de la méthode point par point recommandée dans le rapport mondial.¹ Ce cadre est proposé aux ministres de la santé pour leur permettre d'instaurer un environnement politique et réglementaire au sein duquel d'autres secteurs pourront intervenir de façon satisfaisante. Les lignes directrices et recommandations fournies sont destinées à tous les protagonistes, aux responsables de l'élaboration des politiques et aux planificateurs de niveaux national et sous-national, ainsi qu'aux personnes privées.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Adoption généralisée dans les pays et les Régions du cadre OMS de surveillance, des méthodes et des matériels normalisés pour des systèmes de surveillance simplifiés des maladies non transmissibles aux fins des politiques et des programmes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage des pays de chaque Région qui ont organisé un atelier de formation sur la méthode OMS point par point pour la surveillance des facteurs de risque	5 % (dans les Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental)	30 % dans les 4 Régions ciblées	67 % (71 pays dans les 4 Régions ciblées ont suivi des ateliers consacrés à la planification et la coordination et/ou à la gestion des données)
Pourcentage des pays de chaque Région qui ont mis en oeuvre avec succès la méthode point par point	0 % (dans les Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental)	20 % (21 pays dans les 4 Régions ciblées)	22 % (23 pays à différents stades de mise en oeuvre de la méthode point par point)

Soixante et onze pays ont bénéficié d'un renforcement de leurs capacités concernant les aspects planification et gestion des données à l'occasion de 4 ateliers régionaux de formation et de plus de 8 ateliers nationaux consacrés à la méthode OMS point par point (STEPS) dans les diverses Régions. Au cours de l'exercice biennal, 23 pays ont soit appliqué la méthode point par point pour la surveillance des facteurs de risque des maladies chroniques, soit atteint la phase finale de la mise en oeuvre. Un manuel a été mis à jour et diffusé dans 5 Régions dans le but de fournir une vue d'ensemble complète et des lignes directrices aux sites qui souhaitent mettre en oeuvre ladite méthode. Des outils de saisie et d'analyse des données ont aussi été conçus et diffusés auprès des sites pour les aider à renforcer les activités de surveillance et à mettre sur pied des politiques de promotion de la santé. Un autre manuel portant sur la méthode point par point appliquée à la surveillance des accidents vasculaires cérébraux a été élaboré pour répondre au besoin d'amélioration de la collecte de données, de la prévention et du traitement des AVC. Il vise à fournir des données aux Etats Membres et constituera le cadre de la surveillance et de la collecte des données. L'étude de faisabilité a été achevée à la fin de l'exercice biennal et les pays ainsi que les sites sont maintenant invités à prendre part au projet. Une deuxième édition de la série de rapports consacrés à la surveillance des facteurs de risque est parue en mai 2005. Elle décrit, au niveau des pays, l'état des facteurs de risque associés aux maladies chroniques non transmissibles en indiquant quelle est leur contribution à la charge de morbidité liée à ces affections, et fournit des statistiques essentielles pour planifier et mettre en oeuvre des politiques de santé dans tous les pays. Elle se fonde sur un outil en ligne, l'InfoBase mondiale de l'OMS, laquelle offre des informations accessibles, transparentes et dont on peut retrouver l'origine sur les facteurs de risque associés aux maladies chroniques et sur la mortalité qui en découle au niveau des pays.

¹ *La prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Mise en place de programmes nationaux intégrés de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris des projets de démonstration communautaires, la promotion de la santé, les services de santé et l'élaboration des politiques nationales, liés par des réseaux régionaux renforcés et le Forum mondial pour la lutte contre ces maladies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays participant à chaque réseau régional	45 pays ont participé à des réseaux régionaux : Réseau d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles : 27 ; Réseau relatif à l'action intégrée pour la lutte multifactorielle contre les maladies non transmissibles : 5 ; Approche de lutte contre les maladies non transmissibles dans la Méditerranée orientale : 6 ; Réseau africain contre les maladies non transmissibles : 7	Accroissement du nombre de pays participant aux réseaux régionaux	76 pays participant aux Réseaux : Réseau d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles : 31 ; Réseau relatif à l'action intégrée pour la lutte multifactorielle contre les maladies non transmissibles : 14 ; Approche de lutte contre les maladies non transmissibles dans la Méditerranée orientale : 6 ; Réseau africain contre les maladies non transmissibles : 9 ; Réseau de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles de l'Asie du Sud-Est : 8 ; Réseau de lutte contre les maladies non transmissibles de la Région du Pacifique occidental : 8
Nombre de pays à l'intérieur des réseaux qui sont dotés de programmes de démonstration nationaux spécifiques	27 pays dotés de programmes de démonstration nationaux spécifiques	Accroissement du nombre de pays dotés de programmes de démonstration nationaux spécifiques dans le monde entier	Plus de 40 pays ont des projets de démonstration nationaux
Proportion des pays cibles qui établissent des projets modèles	Néant	Accroissement du nombre de projets modèles établis par les pays participant aux réseaux	45 % des pays participant aux réseaux régionaux ont établi des projets modèles. 34 pays ont établi des projets modèles. Les pays participant aux réseaux ont soit des programmes nationaux intégrés de prévention des maladies non transmissibles, soit des projets de démonstration locaux

Toutes les Régions de l'OMS ont mis en place des réseaux. Le nombre de pays participant aux réseaux a progressé, passant de 45 à 76 au cours de l'exercice biennal. Trente et un pays participent au Réseau d'intervention intégré à l'échelle d'un pays contre les maladies non transmissibles (CINDI) dans la Région européenne, 14 au Réseau relatif à l'action intégrée pour la lutte multifactorielle contre les maladies non transmissibles, appelé aussi CARMEN, dans la Région des Amériques ; six à l'Approche de lutte contre les maladies non transmissibles dans la Méditerranée orientale (EMAN) ; neuf au Réseau africain contre les maladies non transmissibles (NANDI) ; huit au réseau de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles de l'Asie du Sud-Est (SEANET) ; et huit au Réseau de lutte contre les maladies non transmissibles de la Région du Pacifique occidental (MOANA). Les projets de démonstration nationaux ont progressé dans toutes les Régions. Le Quatrième Forum de l'Organisation mondiale de la Santé sur la prévention des maladies chroniques et la lutte contre ces maladies, tenu à Ottawa du 3 au 6 novembre 2004, a réuni 14 délégués originaires de six réseaux régionaux. Les représentants d'organisations internationales non gouvernementales, de la Banque mondiale, de la FAO et de l'OMS étaient aussi présents.

Adoption de stratégies multisectorielles et de plans d'action concernant l'alimentation et l'activité physique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des Régions et pays cibles dotés de stratégies multisectorielles et de plans concernant l'alimentation et l'activité physique	Non établie	Non établie	Dans la Région européenne, 44 Etats Membres (84 %) ont adopté, élaboré mais non encore adopté, ou sont en train d'établir un document d'orientation sur la nutrition. Vingt-neuf Etats Membres (55 %) ont adopté leur document national d'orientation sur la nutrition. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 4 Etats Membres (35 %) ont élaboré ou sont en train d'élaborer des stratégies multisectorielles et des plans d'action concernant l'alimentation et l'activité physique

Si aucun pays de la Région du Pacifique occidental n'est doté de stratégies multisectorielles ni de plans d'action concernant l'alimentation et l'activité physique, une bonne partie de ces activités s'effectue déjà sous diverses formes : plus de 80 % des Etats Membres de la Région du Pacifique occidental ont à leur actif au moins l'un des éléments suivants : un plan de lutte intégré contre les maladies non transmissibles ; un plan d'action concernant l'alimentation ou une politique relative à l'activité physique. La mise en oeuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé a progressé lentement, surtout en raison du manque de ressources. Néanmoins, des progrès ont été réalisés dans toutes les Régions et les plans d'action de plusieurs Etats Membres ont été élaborés. Des ateliers régionaux se sont tenus dans les Bureaux régionaux de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est dans le but d'examiner les approches régionales de la mise en oeuvre, et des ateliers similaires sont prévus en 2006 pour le Bureau régional OMS des Amériques, l'OPS et le Bureau régional du Pacifique occidental. Le Bureau régional de l'Europe s'est concentré sur la mise au point d'une stratégie européenne pour les maladies non transmissibles et sur les préparatifs d'une conférence ministérielle sur la lutte contre l'obésité, laquelle se tiendra à Istanbul (Turquie) du 15 au 17 novembre 2006. Les discussions sont en cours au Bureau régional de la Méditerranée orientale. Des progrès considérables ont aussi été réalisés par l'industrie alimentaire et celle des boissons non alcoolisées pour faire face aux problèmes de santé publique dus à une mauvaise alimentation et au manque d'exercice physique.

Adoption par les pays et les Régions de politiques et de stratégies complètes destinées à renforcer la capacité des systèmes de santé à faire face aux maladies chroniques, à accroître l'observance des traitements et des comportements et à consolider les soins de longue durée

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui adoptent des politiques visant à améliorer les soins aux malades chroniques	0 %	6	8 Etats Membres (133 %) ont adopté des politiques visant à améliorer les soins aux malades chroniques : 4 dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 4 dans la Région du Pacifique occidental
Proportion des pays cibles qui adoptent des stratégies visant à accroître l'observance des traitements de longue durée	0 %	6	4 Etats Membres (67 %) de la Région du Pacifique occidental Aucune autre information n'est disponible, car le Siège a interrompu le projet
Nombre de pays dont le système de soins de santé est mieux adapté aux activités de prévention	0	6	14 Etats Membres (5 dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 9 dans la Région du Pacifique occidental)

La mise en place d'un système de santé permettant de prendre en charge les maladies chroniques a essentiellement consisté à élaborer et mettre en oeuvre des stratégies complètes pour différents niveaux d'intervention. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a soutenu une douzaine de pays pour qu'ils élaborent une politique complète et un cadre stratégique intégrés permettant de prévenir et de combattre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires. Deux pays ont aussi lancé des programmes nationaux de dépistage du cancer du col. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des politiques de nature à améliorer le traitement des maladies chroniques ont été adoptées en Inde, en Indonésie, aux Maldives et en Thaïlande. L'accessibilité économique et la disponibilité des médicaments essentiels pour les principales maladies chroniques ont

en outre été évaluées dans trois pays. Dans la Région du Pacifique occidental, les progrès ont surtout porté sur l'élaboration de directives pour la prise en charge clinique qui couvrent les trois indicateurs ; sont concernés les Iles Cook, la Mongolie, les Philippines et le Viet Nam. Au Siège, des politiques tendant à lever les obstacles à la prévention secondaire et au traitement des maladies cardio-vasculaires ont été évaluées dans 12 pays et des stratégies destinées à combler les lacunes ont été mises en oeuvre dans huit Etats Membres répartis dans cinq Régions (Brésil, Fédération de Russie, Indonésie, Pakistan, République islamique d'Iran, Sri Lanka, Tunisie et Turquie). Douze Etats Membres situés dans cinq Régions (à savoir les sites de démonstration implantés au Bangladesh, au Chili, en Chine, en Inde, en Indonésie, au Kenya, au Malawi, au Mozambique, au Nigéria, au Pakistan, au Sri Lanka et en Tunisie) ont adopté le train de mesures établi par l'OMS pour la prise en charge des risques liés aux maladies cardio-vasculaires dans le but de renforcer la capacité des systèmes de santé à traiter ces maladies et les facteurs de risque qui leur sont associés, avec les encouragements de l'Organisation.

Définition d'interventions de prévention secondaire et d'interventions préventives et thérapeutiques cliniques ; diffusion de directives fondées sur des données factuelles pour la prise en charge du cancer, du diabète, des maladies cardio-vasculaires et des affections respiratoires chroniques ; et disponibilité de principes directeurs pour l'intégration de services génétiques dans les soins de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui appliquent les directives OMS recommandées pour les principales maladies non transmissibles	Non établie	Non établie	Toutes les Régions ont déclaré qu'elles appliquaient des directives OMS au niveau des pays pour les maladies non transmissibles
Nombre de pays dotés d'un nombre accru de services de prévention clinique bénéficiant d'un financement	Non établie	Non établie	Un Etat Membre, les Maldives, finance des services de prévention clinique pour la thalassémie. Le Cap-Vert, la Fédération de Russie et la Tunisie financent des services de prévention clinique pour les maladies respiratoires chroniques
Proportion des pays cibles qui intègrent des services de génétique dans les soins de santé	11	20	100 % (les 20 pays cibles) ont intégré les services de génétique dans les soins de santé

Les Etats Membres qui appliquent les directives OMS recommandées pour les maladies respiratoires chroniques sont les suivants : Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Honduras, Mexique, Nicaragua et Panama. Six Etats Membres : Indonésie, Pakistan, République islamique d'Iran, Sri Lanka, Tunisie et Turquie, ont appliqué les directives OMS relatives à la prévention secondaire des maladies cardio-vasculaires. Quinze pays de la Région de la Méditerranée orientale ont appliqué les directives OMS concernant les principales maladies non transmissibles. Dans la Région africaine, les directives applicables à la lutte contre le diabète ont été examinées lors d'une réunion OMS/Fédération internationale du Diabète s'adressant aux pays d'Afrique francophone. Dans la Région de la Méditerranée orientale, la mise en oeuvre, au niveau des soins de santé primaires, de six directives d'intervention nouvellement élaborées (concernant la prévention et le traitement de l'hypertension, du diabète, des anomalies du rythme, du cancer du sein et du poumon et des rhumatismes articulaires aigus) est en cours dans les pays mais s'avère difficile en raison du manque de ressources affectées à la formation. Dans la Région européenne, des documents d'orientation sur la prévention secondaire et l'amélioration de la qualité de la vie des personnes souffrant de maladies cardio-vasculaires ont été établis. Des directives sur le traitement des AVC aigus et sur une réduction thérapeutique du nombre de patients atteints de cardiopathies coronariennes ont aussi été élaborées. Le projet de rapport préliminaire de l'enquête mondiale sur l'évaluation des progrès réalisés au plan national en matière de prévention et de lutte contre les maladies chroniques a montré que la proportion d'Etats Membres disposant de directives nationales pour la prise en charge des maladies chroniques a augmenté d'environ 17 % depuis le dernier exercice biennal. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, tous les Etats Membres appliquent les directives OMS disponibles, et de nouvelles directives portant sur la prise en charge du diabète, de l'asthme et des broncho-pneumopathies chroniques obstructives sont en cours d'élaboration en Inde. Dans la Région du Pacifique occidental, de nouvelles directives sur le diabète et/ou l'hypertension ont été conçues dans les Iles Cook, en Mongolie, aux Philippines et au Viet Nam. Au Siège, des directives intégrées reposant sur l'approche du risque absolu pour prévenir les maladies cardio-vasculaires et des diagrammes de prévision des risques pour toutes les Régions ont été mis au point. Le cybercentre de documentation sur le génome a été consulté en 2005 par 100 000 internautes originaires d'une centaine de pays. Une base de données de surveillance sur les malformations congénitales et les troubles de l'hémoglobine a été mise en route. Des projets pilotes ont été lancés dans certains pays afin d'évaluer la charge de morbidité liée aux troubles congénitaux et génétiques et la lutte contre ces troubles dans les soins de santé primaires. Des directives pratiques sur les programmes nationaux de lutte intégrés contre les maladies chroniques sont encore en cours d'élaboration en liaison avec les bureaux régionaux.

Elaboration de stratégies visant à prévenir et combattre la cécité, la surdité et les troubles de l'audition, et fourniture d'un soutien aux pays pour leur mise en oeuvre ; surveillance régulière de la charge de morbidité liée aux troubles visuels et auditifs et de la mise en oeuvre des programmes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui rassemblent des informations suffisantes sur la charge de morbidité liée aux troubles visuels et auditifs	Non établie	Non établie	50 % des Etats Membres (96 pays) ont rassemblé des informations suffisantes sur les troubles visuels. 5 % des Etats Membres (9 pays) ont rassemblé des informations suffisantes sur les troubles auditifs
Nombre de pays qui adoptent et appliquent les stratégies de l'OMS concernant la cécité et la surdité	33 pays adoptent les stratégies de l'OMS concernant la cécité Aucun pays n'adopte les stratégies de l'OMS concernant la surdité	120 pays à revenu faible et intermédiaire adopteront d'ici la fin 2006 les stratégies de l'OMS concernant la cécité, telles qu'énoncées dans la résolution WHA56.26 5 pays adoptent les stratégies de l'OMS concernant la surdité	65 pays adoptent les stratégies de l'OMS concernant la cécité 3 pays adoptent les stratégies de l'OMS concernant la surdité

Des ateliers nationaux, organisés dans le cadre de l'initiative mondiale VISION 2020, se sont déroulés dans 131 pays dotés de plans nationaux, parmi lesquels 65 les avaient mis en oeuvre. La stratégie de lutte contre le trachome a été appliquée dans 36 pays avec des niveaux de couverture divers. Le traitement de l'onchocercose via la communauté a concerné 45 millions de personnes. Des centres de soins oculaires conviviaux pour les enfants ont été implantés dans 30 pays et des recherches opérationnelles conduites en Afrique du Sud, au Brésil, en Chine et en Inde ont été soutenues par toute une série de donateurs. Des enquêtes portant sur la prévalence et les causes des troubles auditifs ont été menées à Madagascar et mises en chantier dans quatre provinces de Chine. Les méthodes de formation aux soins primaires pour les troubles de l'oreille et de l'audition ont été expérimentées en Inde et au Nigéria, et les directives de l'OMS sur les prothèses auditives et services d'assistance à l'intention des pays en développement ont été publiées. Des ateliers consacrés à la fourniture de prothèses auditives abordables se sont déroulés au Siège et un nouveau partenariat indépendant dénommé WWHearing – World Wide Hearing Care for Developing Countries – a été créé dans le but de fournir aux pays en développement des prothèses auditives abordables et des services en rapport. Des études pilotes sur l'offre de prothèses auditives et de services d'assistance abordables ont été menées en Afrique du Sud, au Brésil et en Chine et sont entamées en Inde.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Engagement politique de fournir les ressources financières nécessaires dès le début du projet.
- Recensement des services de coordination du programme engagés à l'échelon du ministère de la santé et dans les coalitions nationales.
- Consensus sur les priorités grâce à une interaction fréquente et une bonne collaboration avec les représentants de l'OMS concernant la planification et la mise en oeuvre conjointes du budget programme, ainsi qu'avec les centres collaborateurs et les centres d'excellence.
- Sélection des pays prioritaires en fonction de critères précis.
- Confiance mutuelle, cohérence de l'approche, uniformité renforcée et économies découlant de la mise au point d'un modèle d'intervention point par point, et octroi d'un soutien renforcé aux homologues nationaux.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

- Formation d'une coalition satisfaisante avec tous les acteurs, y compris la société civile, au service d'une planification et d'une mise en oeuvre conjointes ; solide réseau et appui du ministère de la santé.
- Accroissement des capacités au niveau des pays à l'aide d'une formation à la méthode point par point pour surveiller les facteurs de risque liés aux maladies chroniques, et pour gérer et analyser les données.
- Existence d'outils et de cadres flexibles faisant appel à une méthode point par point/modulaire.

Obstacles

- Insuffisance des ressources (notamment humaines) pour s'atteler à la charge de morbidité des maladies qui augmente rapidement, sachant que les maladies non transmissibles sont considérées comme une priorité relativement faible par bon nombre de gouvernements, organisations internationales et bailleurs de fonds. Cette situation retarde la mise en oeuvre des directives sur les maladies non transmissibles et se traduit souvent par l'incapacité de dépasser le stade des projets de démonstration.
- Crédits limités pour le Programme de prévention de la cécité et de la surdité dans toutes les Régions ; au Siège, le niveau élevé des contributions volontaires (un tiers de l'ensemble des contributions volontaires est affecté aux maladies non transmissibles) donne l'impression que la dotation octroyée au titre des maladies non transmissibles est d'un montant satisfaisant.
- La difficulté d'élaborer des processus efficaces pour intégrer et utiliser les directives reposant sur des bases factuelles au sein des services nationaux de santé, bien que de nouveaux modèles comme le cadre conceptuel reposant sur des bases factuelles, adopté par la Région du Pacifique occidental pour surveiller les maladies non transmissibles selon la méthode point par point, donnent des résultats prometteurs et encourageants pour les adapter à d'autres contextes.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Pour promouvoir la place accordée aux maladies non transmissibles, il faut poursuivre l'effort de sensibilisation et de mobilisation des ressources. Les données sur l'impact socio-économique des maladies non transmissibles et les facteurs de risque connexes sont de première importance et doivent faire l'objet d'une attention accrue dans les actions de sensibilisation.
- Dans la Région du Pacifique occidental, le cadre conceptuel reposant sur des bases factuelles pour surveiller les maladies non transmissibles selon la méthode point par point a été recommandé par l'examen programmatique régional comme exemple méritant une plus large diffusion. Par conséquent, ce concept est incorporé dans tous les plans de lutte contre les maladies chroniques et de promotion de la santé et dans tous les conseils techniques prodigués aux Etats Membres en 2006-2007.
- Aider les pays à produire et utiliser leurs propres données factuelles pour élaborer des programmes de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles est l'une des clés du succès.
- L'élaboration ultérieure d'un plan stratégique avec les bureaux régionaux et la participation future des conseillers régionaux à l'action menée contre les maladies non transmissibles afin de conforter ces capacités à ce niveau et de promouvoir les activités qu'il n'a pas été possible de réaliser directement avec les pays constituent une priorité. Des consultations annuelles devraient se tenir entre les trois niveaux de l'Organisation afin de resserrer les liens et de coordonner les actions menées.
- Si l'on dispose de directives spécifiques à certaines maladies, il est nécessaire d'élaborer des directives intégrées pour l'ensemble des maladies non transmissibles. En 2006-2007, l'accent devrait donc porter sur le renforcement des systèmes de santé pour la prise en charge des maladies non transmissibles au lieu de se concentrer sur des directives applicables à certaines maladies.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	37 480	22 802	18 553	41 355
des pays	30	41	3	24
Pourcentage alloué au niveau des Régions	26	24	26	25
mondial	44	35	71	51

TABAC

Objectif(s) de l'OMS

Veiller à ce que les gouvernements, les organismes internationaux et les autres partenaires soient dotés des moyens d'appliquer les approches nationales et transnationales de la lutte antitabac.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Nombre de pays qui ratifient la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Au total, 115 Etats Membres étaient devenus Parties contractantes à la Convention au 31 décembre 2005.

Nombre de pays dotés de plans et de politiques antitabac efficaces qui tiennent compte des dispositions de la Convention. On estime que 40 Etats Membres sont dotés de plans et de politiques efficaces de lutte antitabac qui tiennent compte des dispositions de la Convention.

Principales réalisations

- La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est entrée en vigueur le 27 février 2005.
- Dix-sept ateliers de sensibilisation et de renforcement des capacités ont été organisés pendant la période biennale 2004-2005, auxquels au moins 110 pays ont participé. Ces ateliers ont contribué à la dynamique en faveur de la ratification de la Convention, qui est devenue le traité le plus largement ratifié dans le système des Nations Unies.
- L'OMS, assurant les fonctions de secrétariat intérimaire, a convoqué deux réunions du groupe de travail intergouvernemental comme lui en donnait mandat la résolution WHA56.1. Le groupe de travail a examiné les propositions établies sur les questions qui, aux termes de la Convention, devaient être examinées à la première session de la Conférence des Parties en février 2006. Une documentation sur les questions de fond a été préparée.
- En décembre 2005, 30 rapports sur les meilleures pratiques avaient été publiés et diffusés dans le cadre d'une série portant sur les succès obtenus et les enseignements tirés et la plupart sont disponibles sur le site Web de l'OMS.
- Une publication décisive sur le renforcement des capacités a été largement diffusée et utilisée dans le cadre des ateliers nationaux de renforcement des capacités ; elle est actuellement traduite dans les autres langues officielles des Nations Unies et en japonais.¹
- La Journée mondiale sans tabac 2004 a été célébrée dans toutes les Régions et a permis de sensibiliser aux effets économiques négatifs de la consommation de tabac pour les individus, les ménages et les économies nationales. La Journée mondiale sans tabac 2005 a suscité avec succès la participation active des associations de professionnels de santé partout dans le monde et a bénéficié du suivi d'initiatives telles que la promotion du code de pratique de la lutte antitabac pour les associations de professionnels de santé et la réalisation de la première enquête mondiale auprès des professionnels de santé.
- La publication d'une étude sur les objectifs du Millénaire pour le développement et la lutte antitabac² a fait de celle-ci une question de développement en expliquant la relation entre le tabagisme et les huit objectifs du Millénaire pour le développement.
- Lors de sa première réunion à Montebello (Canada) en octobre 2004, le groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits du tabac a adopté une recommandation sur les principes directeurs pour le développement des capacités de recherche et d'essai sur les produits du tabac et des projets de protocoles pour la mise en place d'essais sur les produits du tabac. En 2005, le groupe d'étude a publié une note consultative sur l'utilisation des pipes à eau pour la consommation de tabac,³ ainsi qu'un rapport sur les meilleures pratiques en matière de réglementation des produits du tabac au Canada.⁴
- Le réseau OMS des laboratoires du tabac a été créé début 2005. Il s'agit d'un réseau mondial de laboratoires publics universitaires et indépendants chargés de pratiquer des essais et conduire des recherches sur la composition et les émissions des produits du tabac conformément aux dispositions de la Convention. L'OMS est chargée de coordonner le réseau et fait office de secrétariat de celui-ci.

¹ *Guide pour la mise en place de l'action antitabac (résumé)*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² *Millennium Development Goals and Tobacco Control: An opportunity for global partnership*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

³ *Waterpipe Tobacco Smoking: Health Effects, Research Needs and Recommended Actions by Regulators*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

⁴ *Best practices in tobacco control: regulation of tobacco products: Canada report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

- La sixième session du groupe spécial interorganisations des Nations Unies sur la lutte antitabac s'est tenue du 30 novembre au 1^{er} décembre 2005 au Siège de l'OIT à Genève.

Illustration de certaines réalisations

Dans la Région du Pacifique occidental, tous les Etats Membres ont signé la Convention ou y ont adhéré et 25 sur 27 sont devenus Parties à celle-ci. La Chine a fait des progrès rapides en matière de lutte antitabac grâce à l'utilisation stratégique des ressources limitées dont elle disposait à tous les niveaux de l'OMS pour mobiliser l'attention et l'action du Gouvernement.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Augmentation du nombre des Etats Membres dotés de politiques et de plans d'action antitabac nationaux complets

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'Etats Membres ayant adopté des mesures législatives ou équivalentes dans les domaines suivants : 1) interdiction de fumer dans les établissements d'enseignement et de soins de santé (article 8 de la Convention) ; 2) interdiction de la publicité directe en faveur des produits du tabac dans les médias nationaux (télévision, radio, presse écrite) (article 13 de la Convention) ; 3) mises en garde sanitaires sur les produits du tabac répondant aux critères fixés dans l'article 11 de la Convention	16	30	40

La nouvelle composante législation nationale de la base de données complète de la Région européenne sur la lutte antitabac a encouragé la révision et l'actualisation des lois existantes. Dans la Région des Amériques, la base de données du système panaméricain d'information en ligne sur le tabac a également permis d'infléchir les politiques nationales de lutte antitabac. Dans toutes les Régions, le développement des capacités a été un élément décisif dans le renforcement ou la création de nouveaux textes législatifs de lutte antitabac.

Augmentation du nombre des stratégies multisectorielles à l'appui de la lutte antitabac parmi les organes compétents 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 axées sur les aspects éducatifs, législatifs, économiques et environnementaux et les mécanismes de réglementation	15	35	29
Nombre de nouveaux projets entrepris sous l'égide du groupe de travail spécial interorganisations des Nations Unies pour la lutte antitabac	6	9	9
Nombre de membres du réseau Globalink dans le monde	4 000	4 500	5 117

Afin de poursuivre la mise en oeuvre efficace de la Convention, une collaboration multisectorielle en matière de lutte antitabac qui privilégie l'élaboration de stratégies visant les aspects sociaux et économiques s'impose. C'est à cette fin que la sixième session du groupe spécial interorganisations des Nations Unies pour la lutte antitabac a été convoquée en 2005. Parmi les sujets abordés figuraient les lieux de travail sans tabac, le commerce illicite des produits du tabac, le lien entre lutte antitabac et développement économique, et les questions relatives aux préparatifs pour la mise en oeuvre de la Convention dans les Etats Membres. Les décisions du groupe définissent les principaux thèmes qui figureront dans le quatrième rapport soumis au Conseil économique et social. Le groupe spécial interorganisations des Nations Unies est représenté par un groupe d'organismes des Nations Unies et d'organisations comme l'OIT, la FAO, la Banque mondiale, le HCR, l'Organisation mondiale des Douanes, l'Office européen de Police, la Commission européenne, l'Office européen de Lutte antifraude, l'UNICEF et l'UNESCO, l'OMS en assurant le secrétariat.

Amélioration de la surveillance dans les domaines de la santé, de l'économie, de la législation, de l'environnement et des comportements à l'appui de la lutte antitabac

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui ont mené à bien l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes au moins une fois	112	160	164
Nombre de pays qui ont mené à bien l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes au moins deux fois	11	30	50
Nombre de pays couverts par le système national d'information en ligne sur le tabac	0	74	154

En décembre 2005, la première enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes avait été menée à bien dans 164 pays. La deuxième a été organisée dans plus de 50 pays. Des ateliers régionaux sur les politiques et les programmes sont organisés afin de lier les données recueillies à partir de l'enquête aux mesures prises dans les Etats Membres. L'enquête mondiale auprès des professionnels de santé a été entreprise au cours de la période biennale et des études pilotes ont été menées dans une dizaine de pays. Des plans visant à étendre l'enquête à une trentaine de pays étaient en cours d'élaboration en décembre 2005.

Toutes les bases de données et enquêtes régionales ont contribué à la collecte de données sur divers aspects du tabagisme aux niveaux national et régional. Dans bien des cas, ces informations ont infléchi l'élaboration de nouveaux plans d'action ou l'adaptation des plans existants.

Accélération de l'intégration des stratégies de lutte antitabac dans les programmes de santé publique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de programmes de l'OMS et de domaines d'activité qui intègrent la lutte antitabac dans leurs activités	6	10	10

Au cours de la période biennale, la collaboration entre les Départements de l'OMS a été renforcée afin d'accélérer l'intégration des stratégies de lutte antitabac dans les programmes de santé publique. La cible pour la période biennale a été atteinte avec quatre nouvelles initiatives de collaboration dans les domaines de la tuberculose, de la lutte anticancéreuse, des statistiques sanitaires et bases factuelles, et de la salubrité de l'environnement. Les bureaux régionaux ont également signalé des initiatives allant dans ce sens. L'intégration systématique et durable des stratégies de lutte antitabac dans d'autres domaines d'activité à tous les niveaux de l'Organisation demeure l'un des défis à relever. L'engagement des gouvernements nationaux sera capital pour l'intégration de la lutte antitabac dans les programmes nationaux de santé publique.

Amélioration à l'échelle mondiale de la sensibilisation et de la connaissance de la consommation de tabac et de ses conséquences grâce au renforcement de la couverture médiatique et des systèmes d'information, et diminution de l'acceptabilité sociale de la consommation de tabac

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dotés d'organisations non gouvernementales locales et/ou d'organismes de la société civile qui mènent des campagnes médiatiques/éducatives sur les effets nocifs de la consommation de tabac	25	40	112
Nombre moyen de médias qui diffusent des informations sur la lutte antitabac quotidiennement	3	5	5

La large couverture médiatique dont ont bénéficié la Convention-cadre et la Journée mondiale sans tabac a contribué à sensibiliser davantage à la lutte antitabac dans de nombreux pays. Les thèmes de la Journée mondiale sans tabac, à savoir la pauvreté et le rôle des professionnels de santé, se sont avérés très porteurs.

Accroissement de la transparence, des connaissances du public et de la réglementation des activités de l'industrie du tabac

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de travaux de recherche sur les activités de l'industrie du tabac spécifiques aux pays dont les résultats ont été publiés	12	18	26

L'OMS continue de s'acquitter de son mandat consistant à suivre les activités de l'industrie du tabac. Des recherches sont également effectuées sur les activités de l'industrie du tabac dans le monde entier. Les informations sont réunies dans un rapport mensuel utilisé par le personnel du Siège et des bureaux régionaux pour informer les différents partenaires de la lutte antitabac. Une surveillance évidente de l'industrie est essentielle, car celle-ci continue à saper les efforts de lutte antitabac par des activités de lobbying, de parrainage et de publicité accrue dans les Etats Membres vulnérables.

Entrée en vigueur de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et adoption des premiers protocoles

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui ratifient la Convention	5	40	115

A la fin de la période biennale, on comptait 115 Parties contractantes à la Convention, plus la Communauté européenne, dont 110 Etats Membres et la Communauté européenne l'avaient ratifiée. Ce succès est en partie attribuable aux ateliers de sensibilisation et de renforcement des capacités organisés conjointement par le Siège et par les bureaux régionaux et de pays. Lors de ses deux sessions tenues en juin et en décembre 2004, le groupe de travail intergouvernemental a préparé de nombreuses recommandations à soumettre à la Conférence des Parties à sa première session en février 2006.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Une collaboration renforcée entre le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays, qui a permis d'accroître l'appui aux activités de lutte antitabac.
- L'entrée en vigueur rapide la Convention et l'augmentation régulière du nombre d'Etats qui la ratifient.
- L'accroissement des ressources en faveur de la lutte antitabac et des bureaux de pays.
- Une bonne coordination entre les gouvernements et les organisations non gouvernementales dans les Etats Membres qui mènent l'action de lutte antitabac.

Obstacles

- La nécessité d'une volonté politique des gouvernements et d'un engagement financier des donateurs pour soutenir la mise en oeuvre de la lutte antitabac dans les Etats Membres.
- Des différences majeures entre les dispositifs législatifs nationaux.
- Le manque de sensibilisation aux tactiques de l'industrie dans le grand public et parmi les décideurs et, dans certains cas, une coordination qui laisse à désirer entre les secteurs intéressés.
- Malgré l'augmentation des ressources humaines et financières, elles restent insuffisantes pour permettre d'atteindre les cibles.
- Les capacités limitées des ministères de la santé de nombreux Etats Membres pour concevoir et appliquer des politiques efficaces de lutte antitabac.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Il faut accroître la sensibilisation aux dégâts provoqués par la consommation de tabac et par l'exposition à la fumée du tabac dans les Etats Membres, qu'ils soient Parties contractantes ou pas, à travers des campagnes médiatiques et de sensibilisation.
- Un appui accru doit être apporté à l'élaboration de mesures législatives nationales de lutte antitabac à tous les niveaux.
- Une aide doit continuer d'être apportée à tous les niveaux aux Etats Membres qui ne sont pas encore devenus Parties contractantes à la Convention afin de maintenir la dynamique acquise.
- Les pays en développement continuent de solliciter une aide technique et financière pour pouvoir mettre en oeuvre la Convention. Des ressources doivent donc être recherchées et déployées aux niveaux mondial, régional et national.
- Réaffirmant ainsi la confiance dans les capacités techniques et le rôle directeur de l'OMS, la Conférence des Parties a décidé à sa première session de confier le Secrétariat de la Convention à l'OMS. Elle a également recommandé que l'Assemblée mondiale de la Santé continue à soutenir et à renforcer la mise en oeuvre de la Convention.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	20 483	8 812	8 903	17 715
Pourcentage alloué au niveau des pays	28	22	8	15
des Régions	39	37	47	42
mondial	33	41	45	43

PROMOTION DE LA SANTÉ

Objectif(s) de l'OMS

Créer un environnement dans lequel les gouvernements et leurs partenaires de la communauté internationale sont mieux armés pour élaborer et appliquer des politiques publiques de santé multisectorielles et des actions intégrées qui tiennent compte des sexes, de l'âge et favorisent l'autonomie de la communauté, et des mesures de promotion de la santé, la prise en charge de leur propre santé par les malades et la protection de la santé pendant tout le cycle vital.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Publication et diffusion de données factuelles relatives à l'efficacité de la promotion de la santé* : 25 projets témoignant de l'efficacité de la promotion de la santé, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ont été mis en route et diffusés dans le cadre de réunions techniques, de conférences internationales et de revues.
- *Accroissement de la capacité institutionnelle à promouvoir la santé dans les Etats Membres* : Des données visant à recenser les domaines d'activité et à suivre les progrès réalisés pour renforcer la capacité institutionnelle des ministères de la santé ont été recueillies auprès de 140 pays. Les six Régions ont progressé dans la fourniture de données factuelles relatives à l'efficacité de la promotion de la santé et dans leur concrétisation pratique.
- *Formulation de politiques publiques favorables à la santé* : La mise au point définitive, en août 2005, de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé dans un monde globalisé a témoigné de l'engagement souscrit au plan mondial pour remédier aux inégalités en matière de santé en s'attaquant aux déterminants sociaux qui sont à l'origine de la mauvaise santé.
- *Amélioration de la santé des groupes marginalisés* : Le projet du Réseau « Santé en prison » est passé de 18 à 28 pays en 2004. L'initiative pour des municipalités et des communautés saines a été mise sur pied dans sept pays à faible revenu de la Région des Amériques.

Principales réalisations

- La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé dans un monde globalisé a témoigné de l'engagement souscrit au plan mondial pour remédier aux inégalités en matière de santé. La Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Bangkok, 7-11 août 2005) a réuni quelque 650 participants originaires de plus d'une centaine de pays.
- Plus de 140 pays ont contribué à la première phase du projet de cartographie des capacités. Les conclusions serviront à conforter le renforcement des capacités de promotion de la santé et permettront de recenser les domaines d'activité et de rendre compte de l'avancement des travaux.
- Les Etats Membres de toutes les Régions ont bénéficié d'un soutien pour élaborer des politiques de promotion de la santé et des plans d'action, notamment en ce qui concerne la santé bucco-dentaire.
- Des progrès remarquables ont été enregistrés dans la collecte des données sanitaires en milieu scolaire, notamment en rapport avec la santé bucco-dentaire.
- La collaboration a été intensifiée au sein de l'OMS et entre l'Organisation et d'autres interlocuteurs de premier plan, dont les organisations non gouvernementales, les centres collaborateurs de l'OMS, l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé et les organismes des Nations Unies.

Illustration de certaines réalisations

Le Bureau régional pour l'Afrique a contribué à renforcer la capacité nationale de promotion de la santé en constituant des équipes multisectorielles chargées d'élaborer et de gérer des activités et des programmes pertinents. Des méthodes participatives ont été employées pour former les équipes, lesquelles ont à leur tour initié d'autres acteurs à mieux intégrer la promotion de la santé dans les programmes nationaux et de niveau inférieur. Le Cameroun, le Kenya, le Lesotho, le Niger et le Rwanda ont mis à profit les compétences acquises pour améliorer la composante « promotion de la santé » de leurs programmes nationaux et locaux. Au Lesotho, des activités globales de prévention du VIH et de soutien ciblant les jeunes ont bénéficié d'une programmation multisectorielle, reposant sur des notions promotionnelles telles que l'autonomisation, la médiation et la sensibilisation. Différents secteurs (santé, éducation, services sociaux et agriculture) coopèrent pour tenter de juguler la propagation du VIH et apporter un soutien aux personnes infectées.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Collecte et diffusion de données factuelles résultant de l'examen mondial de l'efficacité de la promotion de la santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Augmentation du nombre des projets témoignant de l'efficacité de la promotion de la santé	10	25	Au moins 15 projets témoignant de l'efficacité de la promotion de la santé ont été mis en route ou achevés Un certain nombre de conclusions ont été publiées dans des revues nationales ou internationales
Diffusion des résultats et de l'enseignement retiré de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé et d'autres canaux	6 Régions	6 Régions	Les conclusions de 29 documents techniques et de huit exposés liminaires ont été diffusées dans l'ensemble des 6 Régions

Cinq projets tendant à témoigner de l'efficacité de la promotion de la santé ont été lancés dans la Région africaine. Dans le cadre du Programme mondial sur l'efficacité de la promotion de la santé, dix projets ont été présentés lors de la Dix-Huitième Conférence mondiale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé. Les meilleures pratiques et méthodes de promotion de l'exercice physique ont été échangées au sein d'un atelier réunissant 18 pays en développement. Le Programme mondial sur l'efficacité de la promotion de la santé, mis en place à la fin de l'année 2003, vise à récapituler et accumuler des données factuelles relatives à l'efficacité, à les concrétiser et à stimuler le débat sur la nature des données factuelles et leur efficacité. Ce Programme est coordonné par l'Union internationale de Promotion de la Santé et d'Education pour la Santé, en collaboration avec l'OMS, avec le concours d'une dizaine d'instances nationales de premier plan s'occupant de santé publique/promotion de la santé dans les Régions Afrique, Asie du Sud-Est, Europe, Pacifique occidental et des Amériques.

En ce qui concerne la diffusion des résultats et des enseignements tirés, on a constaté, lors de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, que les participants originaires des Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale étaient intervenus bien davantage dans la rédaction des documents et dans le débat.

Renforcement du potentiel aux niveaux national et régional pour la planification et la mise en oeuvre de politiques et de programmes multisectoriels de promotion de la santé pendant tout le cycle vital et au fur et à mesure du vieillissement des populations

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de Régions et de pays qui ont intégré des stratégies de promotion de la santé dans les plans régionaux et nationaux de santé et de développement, et efficacité des réseaux à tous les niveaux pour la mise en oeuvre de ces stratégies	2 Régions	4 Régions	Au moins 30 pays dans 4 Régions (Afrique, Amériques, Méditerranée orientale et Pacifique occidental)
Augmentation du nombre des cours de promotion de la santé créés et des personnels formés dans les Etats Membres	Non établie	Non établie	Création d'au moins 64 cours
Nombre de pays dotés de politiques et de programmes destinés à permettre à la population de vieillir en bonne santé et de mécanismes de surveillance des effets de ces politiques	Non établie	Non établie	12 pays dans 5 Régions (Afrique, Amériques, Asie du Sud-Est, Méditerranée orientale et Pacifique occidental) ont amélioré la prestation de soins de santé primaires aux personnes âgées

Des stratégies régionales ou des cadres de promotion de la santé ont été mis au point dans la Région africaine, et les Régions des Amériques, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental. Des actions renforcées sont aussi en cours dans la Région de l'Asie du Sud-Est et dans la Région européenne. Les Etats Membres de toutes les Régions ont bénéficié d'un soutien pour élaborer leur politique de promotion de la santé et leur plan d'action national, y compris dans le domaine de la santé bucco-dentaire, d'un bout à l'autre du processus d'élaboration et de mise au point définitive des stratégies et des cadres de niveau régional. La Région de l'Asie du Sud-Est a conçu un projet de cadre promotionnel, dont la version définitive devrait être établie

en 2006. La stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents a été adoptée par le Comité régional en 2005. Les 51 villes désignées dans le cadre du réseau des villes-santé (phase IV) de la Région européenne ont progressé dans le domaine de la formulation et la mise en oeuvre de plans de développement de la santé reposant sur des partenariats, en privilégiant les déterminants de la santé et l'équité, et dans le domaine de l'adoption de principes et de programmes relatifs au vieillissement en bonne santé, à l'évaluation de l'impact sur la santé et à une planification urbaine saine. Les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale s'efforcent de mettre à jour les stratégies et cadres de niveau régional au regard des recommandations de la Charte de Bangkok. Les cours de promotion de la santé proposés pendant l'exercice biennal étaient au nombre de 52 dans la Région africaine et dans celle des Amériques et de 12 dans les pays d'Asie du Sud-Est pour ce qui est du secteur bucco-dentaire. Douze pays (Bolivie, Chine, Ghana, Inde, Jamaïque, Kenya, Malaisie, Pakistan, Pérou, République arabe syrienne, Sri Lanka, Trinité-et-Tobago) ont bénéficié d'un soutien dans le cadre du cours intitulé Vieillesse et qualité de la vie et du projet de riposte intégrée des systèmes de santé face au vieillissement rapide de la population dans les pays en développement, lequel a été mis sur pied par le centre OMS pour le développement sanitaire à Kobe (Japon), avec le concours des Bureaux régionaux OMS de l'Afrique, des Amériques, de la Méditerranée orientale, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Trente-cinq profils de pays sur le vieillissement et la santé ont été parachevés dans la Région du Pacifique occidental. Des activités portant sur le vieillissement en bonne santé ont en outre été mises en oeuvre dans la Région de l'Asie du Sud-Est. Dans la Région du Pacifique occidental, une nouvelle publication consacrée au vieillissement en bonne santé¹ devrait aider les agents de santé des pays en développement à promouvoir une meilleure santé chez les personnes âgées.

Définition d'opportunités et de mécanismes permettant de réorienter les services de santé vers la promotion de la santé et la santé bucco-dentaire

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant intégré la promotion de la santé et la santé bucco-dentaire dans leur système de santé en s'efforçant en particulier de réduire les facteurs connus de risques pour la santé	16	39	Des politiques de réorientation des systèmes de santé bucco-dentaire ont été mises au point et impulsées dans 52 pays des 6 Régions

La cartographie des capacités de promotion de la santé (phase 1) s'est achevée dans 140 Etats Membres, permettant de mieux évaluer le degré d'intégration effective de la promotion de la santé dans les systèmes sanitaires. Au cours de la phase 2, l'outil d'évaluation sera validé et des activités ponctuelles seront conduites en vue de renforcer la capacité institutionnelle des ministères pertinents à promouvoir la santé.

Renforcement à tous les niveaux de la sensibilisation et de la communication en matière de santé pour ce qui est de la promotion de la santé et des principaux facteurs de risque, tels que définis dans le Rapport sur la santé dans le monde, 2002

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Collecte et diffusion d'informations exactes et actuelles sur les principaux facteurs de risque et les modes de vie sains pour permettre une action dynamique de promotion de la santé et de sensibilisation par les médias	Non établie	Non établie	Des enquêtes sur les facteurs de risque liés au mode de vie ont été menées dans 5 pays de la Région de la Méditerranée orientale et des données sur les maladies non transmissibles ont été recueillies dans 15 autres pays à l'aide du système de surveillance « STEPwise » de l'OMS

Des données et des informations d'envergure sur la santé bucco-dentaire ont été recueillies et diffusées, concernant notamment la mise au point du système d'information sur la santé bucco-dentaire, la validation des outils pertinents et l'actualisation de la banque de données mondiale. Un plan de communication tendant à promouvoir des modes de vie sains à l'aide de modèles de comportement a été adopté par dix pays de la Région du Pacifique occidental et un nombre appréciable de documents de sensibilisation ont été publiés.

¹ *Healthy ageing: practical pointers on keeping well*. Manille, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Renforcement des méthodes de promotion de la santé qui s'adressent aux jeunes scolarisés ou non

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Conception de méthodes de promotion de la santé qui influencent la jeunesse dans son ensemble, en liaison avec des programmes communautaires, nationaux et internationaux	1 méthode	2 méthodes	1 méthode (promotion de la santé à l'école) a été renforcée. Des efforts s'imposent pour élaborer une méthode qui s'adresse aux enfants et aux jeunes gens non scolarisés
Nombre de pays qui surveillent les principaux facteurs de risque comportementaux liés à la santé chez les étudiants et qui ont des réseaux et des alliances pour encourager une action concertée visant à améliorer les programmes d'hygiène scolaire	33 pays surveillant les facteurs de risque Réseaux en vigueur dans 4 Régions	46 pays surveillant les facteurs de risque Réseaux en vigueur dans les 6 Régions	Au moins 53 pays ont achevé l'enquête internationale sur le comportement sanitaire des enfants d'âge scolaire ou l'enquête mondiale sur la santé des élèves d'âge scolaire Des réseaux et des alliances sont actifs dans 5 Régions (Afrique, Amériques, Europe, Méditerranée orientale et Pacifique occidental)

Entre 2002 et la fin du deuxième trimestre de l'année 2005, plus de 135 000 enseignants originaires de 17 pays (15 dans la Région africaine et 2 dans la Région des Amériques) ont appris à se servir des méthodes pédagogiques modernes et participatives pour aider les adultes et les jeunes gens à acquérir les compétences leur permettant d'éviter l'infection à VIH. Cette action, menée conjointement par l'OMS, l'Internationale de l'Education et l'Education Development Center Inc., se poursuivra pendant les cinq prochaines années et englobera de nouveaux pays, pour autant que le financement s'y prête. Dans la Région des Amériques, les comportements à risque sous l'angle de la santé sont, selon les informations disponibles, surveillés chez les étudiants qui entrent à l'université dans la quasi-totalité des pays. Dans la Région de la Méditerranée orientale, on compte 6514 établissements attachés à promouvoir la santé. Malgré les problèmes liés aux ressources humaines et financières, l'enquête sur le comportement sanitaire des enfants d'âge scolaire et les activités du Réseau européen des écoles attachées à la promotion de la santé se sont poursuivies pendant l'exercice. Dans la Région du Pacifique occidental, un cyberréseau et registre des écoles attachées à promouvoir la santé a été constitué. Seize pays de la Région africaine, des Régions de la Méditerranée orientale, du Pacifique occidental et des Amériques ont, au cours de l'exercice biennal, achevé l'enquête mondiale sur la santé des élèves d'âge scolaire et le nombre de pays participant à l'enquête sur le comportement sanitaire des enfants d'âge scolaire a aussi progressé. Pour ce qui est de l'action concertée visant à améliorer les programmes d'hygiène scolaire, 15 pays de la Région de la Méditerranée orientale ont indiqué qu'ils disposaient déjà d'une stratégie nationale en la matière. Des efforts sont actuellement déployés en vue de développer le réseau au-delà du niveau national.

Mise en oeuvre de programmes de renforcement des capacités pour le financement de la promotion de la santé aux niveaux local et communautaire, sur le lieu de travail et dans d'autres cadres, en vue spécialement d'améliorer la santé des personnes défavorisées

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Politiques publiques favorables à la santé et promotion de la santé des groupes marginalisés	Non établie	Non établie	La Charte de Bangkok pour la promotion de la santé dans un monde globalisé a été mise au point et adoptée lors de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé
Nombre de fondations de promotion de la santé ou d'autres mécanismes de financement de la promotion de la santé	6	6	7 : au cours de l'exercice biennal, une nouvelle fondation de promotion de la santé a été créée en Mongolie

La Charte de Bangkok préconise la constitution d'un partenariat mondial chargé de s'atteler aux déterminants de la santé en veillant à ce que la promotion de la santé soit au coeur du développement mondial, à ce qu'elle fasse partie des responsabilités de tous les gouvernements et des bonnes pratiques des entreprises, et à ce qu'elle soit l'un des pôles d'attractions des communautés et de la société civile. Dans le cadre des rencontres au sommet consacrées au développement local, tenues au Pérou et en El Salvador, le Bureau régional des Amériques a apporté son soutien à l'initiative pour des municipalités et des communautés saines, afin d'améliorer la santé des personnes défavorisées en Bolivie, au Guatemala, en Guyana, en Haïti, au Honduras, au Nicaragua et au Pérou. La promotion de la santé des groupes marginalisés a aussi été appuyée dans la Région européenne via un projet sur la santé en prison, qui a suscité un vif intérêt dans les pays et dont le réseau est passé de 18 à 28 pays en 2004. Le projet pilote Pro Lead a remporté un succès et a été étendu. Le Bureau régional du Pacifique occidental et le Centre OMS pour le

développement sanitaire à Kobe (Japon) ont effectué un essai pilote de Pro Lead auprès de 13 responsables de la promotion de la santé en Chine, à Fidji, en Malaisie, en Mongolie, aux Philippines et aux Tonga. Des politiques et des programmes ont été mis sur pied en vue d'améliorer l'infrastructure de promotion de la santé. En ce qui concerne l'aspect financier, des projets de jumelage ont également vu le jour dans les six pays susmentionnés, grâce au concours de quatre fondations de promotion de la santé implantées en Australie, en Suisse et en Thaïlande. Par contre-coup, une autre fondation a été constituée en Mongolie en 2005.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Le lien entre promotion de la santé et développement humain et économique est de plus en plus reconnu.
- La prise de conscience des pays et leur engagement à intégrer la promotion de la santé dans les stratégies sanitaires globales se sont accrus.
- Les collègues des bureaux de pays, des bureaux régionaux et du Siège ont réussi à mieux coordonner leurs travaux et à collaborer plus efficacement.
- L'accent mis sur les déterminants sociaux de la santé offre des possibilités de collaboration entre les principaux intervenants aux niveaux local, régional et des pays.
- Bon nombre de pays, d'organisations non gouvernementales et de centres collaborateurs de l'OMS ont apporté un solide soutien aux projets.

Obstacles

- Le Secrétariat et les Etats Membres ont affecté des ressources humaines relativement restreintes à ce domaine d'activité.
- Les compétences assez limitées dont disposent les promoteurs de la santé pour pouvoir s'atteler aux déterminants qui sont à l'origine de la mauvaise santé ; les connaissances et aptitudes nécessaires pour introduire et gérer le changement dans des systèmes et des contextes différents faisaient particulièrement défaut.
- Une capacité institutionnelle limitée pour promouvoir la santé dans bon nombre de pays à revenu faible et intermédiaire, y compris sous l'angle de l'appui politique et financier.
- Un manque de cohérence politique entre les différents ministères et les différents échelons administratifs.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Il y a lieu de resserrer la collaboration entre la promotion de la santé et d'autres programmes en vue de générer des synergies et des ressources qui permettront de promouvoir efficacement la santé. Les partenariats établis avec des institutions d'enseignement, des organisations non gouvernementales, des centres collaborateurs de l'OMS et des organismes des Nations Unies ont eu un rôle déterminant dans le succès remporté dans beaucoup de domaines, comme la promotion de la santé et de l'exercice physique à l'école. Ils seront poursuivis et peaufinés en 2006-2007. La collaboration au sein de l'OMS continuera et se renforcera.
- La réduction des inégalités en matière de santé est une tâche ardue que l'on peut accomplir plus facilement en s'attaquant aux causes profondes. L'élaboration du cadre de la stratégie de promotion de la santé passe par l'établissement d'un partenariat à l'échelle mondiale ; ce cadre explicitera les modèles et les méthodes à appliquer pour prendre en mains les déterminants sociaux de la santé et mettre en oeuvre les quatre engagements énoncés dans la Charte de Bangkok.
- Une coordination efficace avec non seulement les ministères de la santé, mais aussi les autres secteurs gouvernementaux est décisive si l'on veut parvenir à réduire les inégalités en matière de santé ; il faudra aussi que les pouvoirs publics adoptent des approches holistiques. En 2006 et 2007, des efforts devront être consentis pour soutenir les Etats Membres à cet égard.
- L'importance que revêt l'élaboration de méthodes adaptées pour mesurer la capacité des Etats Membres à formuler, mettre en oeuvre et évaluer des politiques de promotion de la santé de la population est reconnue. En 2006-2007, il conviendra de conforter l'action engagée.
- Bien des pays à revenu faible et moyen ont enregistré des succès, lesquels n'ont toujours pas été correctement étayés ni largement diffusés. De tels exemples devraient être publiés dans des revues nationales et internationales. Il faut s'employer à soutenir les travaux de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé afin de constituer puis d'utiliser des données factuelles, relatives à l'efficacité des actions de promotion de la santé qui visent à étudier les causes profondes de la bonne et de la mauvaise santé, notamment en s'attaquant aux déterminants sociaux et économiques de la mauvaise santé.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

- Il existe un lien puissant entre la capacité institutionnelle et l'adoption d'une approche de la promotion de la santé reposant sur des bases factuelles. Faute de spécialistes, d'appui politique ou de systèmes d'information, cette approche ne pourra faire école et la concrétisation sera difficile. C'est la raison pour laquelle il y a lieu de renforcer la capacité institutionnelle, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire.
- Il faut oeuvrer sans relâche pour élargir les fondements financiers de la promotion de la santé. La recherche de financement auprès des systèmes d'assurance sociale et des fondations privées nécessite un effort constant.
- Jusqu'ici, les travaux sur la santé des jeunes ont porté sur les élèves d'âge scolaire. Il serait bon de trouver une approche permettant d'atteindre ceux qui ne sont pas scolarisés.
- Compte tenu de la mondialisation et de l'ère numérique dans laquelle nous nous trouvons, il est urgent de rechercher comment utiliser au mieux les technologies modernes de l'information et de la communication pour diffuser des renseignements précis et actualisés et promouvoir la santé, et notamment d'examiner les questions relatives à l'efficacité et aux problèmes d'accès.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	48 164	17 110	22 823	39 933
Pourcentage alloué au niveau des pays	32	59	2	26
des Régions	16	24	9	15
mondial	52	17	89	59

TRAUMATISMES ET INCAPACITÉS

Objectif(s) de l'OMS

Doter les gouvernements et leurs partenaires de la communauté internationale de moyens qui leur permettront de formuler et de mettre en oeuvre des stratégies efficaces et économiques tenant compte des sexes/pécificités pour prévenir et atténuer les conséquences de la violence, des traumatismes accidentels et des incapacités.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Nombre de pays ayant formulé des politiques relatives aux incapacités ou à la prévention de la violence et des traumatismes.* Plusieurs pays ont entamé la formulation de politiques relatives aux incapacités ou à la prévention de la violence et des traumatismes.
- *Nombre de pays qui appliquent des programmes de prévention de la violence et des traumatismes.* Le nombre de pays qui appliquent des programmes de prévention de la violence et des traumatismes a substantiellement augmenté. Plus d'une centaine ont désigné au ministère de la santé des coordonnateurs chargés de la prévention de la violence et des traumatismes.

Principales réalisations

- Le slogan de la Journée mondiale de la Santé 2004 a été « L'accident de la route n'est pas une fatalité ». Cette manifestation mondiale de sensibilisation a eu un effet catalyseur important en appelant l'attention internationale sur la sécurité routière et a été l'occasion idéale du lancement du rapport conjoint de l'OMS et de la Banque mondiale intitulé *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*.¹
- L'Assemblée de la Santé a accepté l'invitation adressée à l'OMS par l'Assemblée générale des Nations Unies afin qu'elle coordonne les efforts en matière de sécurité routière menés dans tout le système des Nations Unies.² Le Groupe pour la collaboration en matière de sécurité routière, présidé par l'OMS en collaboration avec les commissions régionales des Nations Unies, a coordonné et suivi l'appui fourni aux pays pour la mise en oeuvre des recommandations contenues dans le *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. La collaboration a été surtout axée sur la sensibilisation et l'élaboration de recommandations détaillées en matière de prévention.
- L'OMS a lancé l'Alliance mondiale pour la prévention de la violence interpersonnelle en janvier 2004. Ses membres se sont concentrés sur la mise en oeuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*.³ La deuxième réunion d'étape de la Campagne mondiale pour la prévention de la violence a démontré, nombre d'études de cas de pays à l'appui, les progrès considérables qui avaient été accomplis.
- L'OMS a publié sur CD-ROM le cours TEACH-VIP accompagné d'un manuel de l'utilisateur, qui offre 60 heures de formation à la prévention de la violence et des traumatismes.
- Parmi les principales activités menées au niveau régional figurent la première réunion des responsables des ministères de la santé d'Afrique francophone chargés de la prévention de la violence et des traumatismes ; des réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale sur les plans d'action nationaux pour la prévention des accidents de la circulation et sur le renforcement des capacités de prévention de la violence ; une consultation dans la Région des Amériques sur la sécurité routière et la première réunion régionale des coordonnateurs des ministères de la santé chargés de la prévention de la violence et des traumatismes en Europe.
- La résolution WHA58.23 – Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris –, adoptée par l'Assemblée de la Santé en mai 2005, a conféré aux activités de l'OMS dans ce domaine une nouvelle dynamique et a servi de base à l'établissement d'un plan d'action de six ans comportant des activités dans les domaines de la collecte des données, de l'élaboration des politiques, de la réadaptation et des dispositifs d'aide aux handicapés.

¹ Peden M et al. *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

² Résolution WHA57.10.

³ Krug E et al., eds. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

Illustration de certaines réalisations

Le Bureau régional de l'Europe a accru ses efforts en faveur de la prévention de la violence et des traumatismes. En avril 2004, il a coordonné la célébration de la *Journée mondiale de la Santé 2004* dans la Région et promu le lancement au niveau national du *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation* dans des pays comme le Bélarus, le Danemark, la Fédération de Russie, la France, l'Italie, la République tchèque, la Roumanie, la Suède, le Turkménistan et la Turquie. Il a également publié son propre rapport sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation,¹ qui analyse la charge des accidents de la circulation dans la Région et présente des expériences concluantes menées dans certains Etats Membres européens. En juillet 2005, le Gouvernement slovène a accueilli une consultation régionale sur la violence contre les enfants en Europe et en Asie centrale (Ljubljana, 5-7 juillet 2005) afin de contribuer à l'Etude du Secrétaire général des Nations Unies sur la violence contre les enfants. La consultation était organisée par le Bureau régional de l'Europe, l'UNICEF, le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, le Conseil de l'Europe et le groupe consultatif des organisations non gouvernementales de l'Etude, et la déclaration finale définissait neuf mesures prioritaires. A sa cinquante-cinquième session, le Comité régional de l'Europe a adopté la résolution EUR/RC55/R9 sur la prévention des traumatismes dans la Région européenne de l'OMS, proposant un cadre d'action stratégique et demandant l'élaboration de plans d'action nationaux ; l'amélioration de la surveillance des traumatismes ; le renforcement des capacités nationales ; la promotion d'une prévention efficace des traumatismes ; la promotion des bonnes pratiques ; l'établissement de priorités de recherche en matière de prévention primaire et de traumatologie ; et le renforcement des partenariats entre secteurs et entre partenaires. Un résumé de la publication sur les traumatismes et la violence en Europe a également été publié.² La première réunion des coordonnateurs nationaux européens pour la prévention de la violence et des traumatismes a été organisée par les Pays-Bas (Noordwijkerhout, 17-18 novembre 2005), donnant ainsi la possibilité aux coordonnateurs nationaux de 35 pays européens de mettre en commun leurs expériences et de convenir de buts et de stratégies dans l'optique de constituer un réseau informel et de définir les prochaines étapes.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation**Fourniture d'un soutien aux pays particulièrement prioritaires pour la mise en oeuvre et l'évaluation de systèmes de surveillance des principes déterminants, des causes et de l'issue des traumatismes accidentels et des actes de violence**

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui recueillent des données sur les déterminants, les causes et l'issue des traumatismes accidentels et des actes de violence conformément aux lignes directrices de l'OMS	3	29	82 % (26 pays)

Un certain nombre de pays ont traduit les *Principes directeurs pour la surveillance des traumatismes*³ et mis en place des systèmes de surveillance utilisant les données sur les traumatismes signalées par les services d'urgence avec l'appui technique et parfois financier de l'OMS. La plupart de ces systèmes sont actuellement en phase d'évaluation à la suite d'une courte période d'essai pilote ; la majorité ont déjà fourni des informations importantes aux pays concernés, de sorte que des politiques et des programmes de prévention de la violence et des traumatismes peuvent être formulés. Des Principes directeurs pour la conduite des enquêtes en communauté⁴ ont été publiés et sont utilisés dans une demi-douzaine de pays. Ils offrent un outil normalisé de collecte des données et un ensemble de questionnaires types et sont axés sur la sélection et la formation des agents de terrain, les considérations éthiques, l'analyse des données et l'utilisation de l'information à des fins de sensibilisation. L'étude collective de l'OMS sur l'alcool et les traumatismes a été effectuée en Afrique du Sud, en Argentine, au Bélarus, au Brésil, au Canada, en Chine, en Inde, au Mexique, au Mozambique, en Nouvelle-Zélande, en République tchèque et en Suède. La Classification

¹ Racioppi F et al. *Prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation dans l'optique de la santé publique en Europe*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2004.

² Sethi D et al. *Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2005 (Traumatismes et violence en Europe. Leur importance et comment les combattre).

³ Holder Y et al., eds. *Injury surveillance guidelines*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.

⁴ Sethi D et al. *Guidelines for conducting community surveys on injury and violence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

internationale des causes externes de traumatismes a été approuvée. Elle entre dans la famille OMS des classifications internationales et la version 1.2 a été publiée en juillet 2004. La taxonomie est utilisée par de nombreux pays dans le cadre de leur système de surveillance des traumatismes. Elle est en cours de traduction en espagnol et en français.

Fourniture d'un soutien à certains pays pour la réalisation de recherches visant à définir des programmes et des politiques efficaces de prévention de la violence et des traumatismes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Interventions évaluées dans les pays cibles	2	19	26

Les activités de prévention de la violence à l'OMS ont surtout consisté à aider les pays à mettre en oeuvre les recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé* (2002), soit à travers un soutien technique direct soit à travers la publication de lignes directrices. Ont été notamment publiés pendant la période biennale : *Preventing violence: a guide to implementing the recommendations of the World report on violence and health* (2004) ; *Handbook for the documentation of interpersonal violence prevention programme* (2004) ; et *The economic dimensions of interpersonal violence* (2004) ; ainsi que les rapports des deux premières réunions de la Campagne mondiale pour la prévention de la violence. Répondant à des demandes précises, l'OMS a collaboré avec plusieurs gouvernements à des activités telles que l'élaboration de rapports nationaux et/ou de plans d'action nationaux de prévention de la violence ; à des programmes de prévention ; et au renforcement des services destinés aux victimes de la violence. La Journée mondiale de la Santé 2004, consacrée à la sécurité routière, a été célébrée dans le monde entier avec pour slogan « L'accident de la route n'est pas une fatalité », rappelant ainsi que la sécurité routière ne peut être laissée au hasard. Aux manifestations organisées à cette occasion à Paris étaient présents le Président de la République française, le Directeur général et des représentants de gouvernements, d'organisations non gouvernementales et du secteur privé.

Disponibilité de conseils pour des interventions multisectorielles destinées à prévenir la violence et les traumatismes accidentels

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui disposent de plans nationaux et de mécanismes de mise en oeuvre pour prévenir les traumatismes accidentels et la violence	4	28	85 % (24 pays)

Le *Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation*, lancé à Paris à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé 2004, présente une vue d'ensemble des aspects épidémiologiques et de prévention. Comme suivi au Rapport, l'OMS collabore avec ses partenaires à la réalisation d'une série de manuels qui contiendront des conseils sur la mise en oeuvre des recommandations figurant dans le Rapport. Six manuels ont déjà été rédigés : quatre concernent les casques, les ceintures de sécurité et les sièges pour enfants ainsi que l'alcool au volant, les deux derniers étant consacrés à la création d'un organisme chef de file en matière de sécurité routière, et à la collecte de données sur les traumatismes et les accidents de la circulation. La plupart de ces documents seront publiés en 2006.

Suite à une consultation organisée en 2004, des lignes directrices à l'intention des responsables et des planificateurs ont été rédigées puis révisées par des experts internationaux. Un appui technique a également été fourni à plusieurs pays pour l'élaboration de plans nationaux.

Fourniture d'un soutien pour la formulation de politiques dans certains pays concernant les soins préhospitaliers, hospitaliers et intégrés à long terme aux victimes de traumatismes et d'actes de violence

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui ont renforcé l'action de leur système de santé face aux traumatismes accidentels et aux actes de violence	0	20	100 % (20 pays)

En 2004, à l'occasion de la Septième Conférence mondiale sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité (Vienne, 6-9 juin 2004), l'OMS et la Société internationale de Chirurgie ont publié des *Lignes directrices pour les soins essentiels en*

traumatologie.¹ Leur principal objectif était de fixer des normes applicables en ce qui concerne les soins essentiels de traumatologie dans tous les milieux et d'identifier les ressources humaines et matérielles nécessaires. Lors d'une consultation organisée par l'OMS pour promouvoir l'application des lignes directrices, les participants ont élaboré les outils d'application. Les lignes directrices sont actuellement utilisées dans plusieurs pays, dont le Ghana, l'Inde, le Mexique, le Mozambique et le Viet Nam. Une traduction arabe a été réalisée et est actuellement utilisée pour l'élaboration d'un cadre stratégique régional applicable aux services médicaux d'urgence dans la Région de la Méditerranée orientale. Un manuel intitulé *Prehospital trauma care systems* (2005) a été consacré à la création de systèmes de soins traumatologiques préhospitaliers, et en particulier de systèmes nécessitant une formation, un matériel et des fournitures minimaux. Les principaux domaines traités sont l'organisation des systèmes, le développement des capacités, la collecte des données, les transports et communications et les considérations éthiques et juridiques. Le manuel est utilisé dans des pays comme le Mozambique, la Pologne et le Viet Nam. Afin de faire en sorte que les femmes et les enfants victimes d'abus sexuels aient accès à des soins adéquats, l'OMS a assuré le suivi de l'initiative lancée en 2001 concernant le renforcement de l'action du secteur de la santé face à la violence sexuelle. Le premier dispositif de ce projet vise à renforcer les services destinés aux victimes de la violence sexuelle dans des cadres stables autres que les services d'urgence. L'OMS a fourni un appui aux gouvernements au moyen des *Principes directeurs pour la prise en charge médico-légale des victimes de la violence sexuelle*,² et aux universités de Jordanie, du Nicaragua et des Philippines. Ces derniers ont été traduits en arabe et en espagnol et la traduction française est en préparation.

Fourniture d'un soutien aux pays particulièrement prioritaires pour le renforcement de leurs capacités en matière de prévention des traumatismes et de la violence, de recherche et de formulation de politiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui ont formé des professionnels à la prévention et à la prise en charge des traumatismes accidentels et à la violence	0	29	106 % (31 pays)

En octobre 2005, l'OMS a publié le cours TEACH-VIP sur CD-ROM (en anglais seulement), accompagné du manuel de l'utilisateur, qui propose une formation à la prévention de la violence et des traumatismes. Il a été élaboré par plus de 60 experts de la prévention de la violence et des traumatismes de 19 pays et soumis à un essai pilote dans plus de 20 sites dans le monde. Elaboré pour répondre à la demande de connaissances spécialisées des gouvernements et de groupes professionnels dans le domaine des traumatismes et de la violence, TEACH-VIP couvre un large éventail de sujets, y compris la collecte des données, la prévention de la violence et des traumatismes, l'élaboration de politiques et l'évaluation des interventions, et fait l'objet d'une demande considérable.

Adoption d'initiatives mondiales, régionales et nationales pour renforcer la collaboration entre le secteur de la santé et d'autres secteurs associant des organisations du système des Nations Unies, des Etats Membres et des organisations non gouvernementales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'initiatives mondiales, régionales et nationales multisectorielles mises en place pour prévenir la violence et les traumatismes	1	8	8

En janvier 2004 a été lancée l'Alliance pour la prévention de la violence, dont les membres – gouvernements, organisations non gouvernementales et fondations – partagent la même approche de santé publique de la prévention de la violence et concentrent leurs efforts sur la mise en oeuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé*. La deuxième réunion d'étape de la Campagne mondiale pour la prévention de la violence, accueillie par l'OMS et la California Wellness Foundation, a montré à travers de nombreuses études de cas de pays les progrès considérables accomplis par les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les universités dans le domaine de la collecte des données, de la prévention de la violence et des services destinés aux victimes. L'appui aux pays pour la mise en oeuvre des recommandations du *Rapport mondial* est coordonné et suivi par le Groupe pour la collaboration en matière de sécurité routière des Nations Unies (réseau de 11 institutions des Nations Unies et plus de 30 organisations mondiales, régionales et nationales de sécurité routière), sous la présidence de l'OMS.

¹ Mock C et al. *Guidelines for essential trauma care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

² *Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Trois réunions du Groupe ont été axées sur l'élaboration de conseils détaillés destinés aux pays en matière de prévention et de sensibilisation. L'OIT, l'UNESCO et l'OMS, les trois principaux partenaires de l'élaboration d'une prise de position commune sur une stratégie de réadaptation à base communautaire,¹ ont uni leurs efforts à ceux d'un groupe d'organisations non gouvernementales et d'autres organismes afin de créer un réseau de réadaptation à base communautaire. Parmi les autres groupes avec lesquels l'OMS a établi des partenariats figurent l'Associazione Italiana Amici di Raoul Follereau, Christoffel-Blindenmission, Disabled Peoples' International, Handicap International, International Disability and Development Consortium et Sight Savers International, notamment. Ensemble, ces associations financent plus de 400 projets de réadaptation à base communautaire dans le monde.

Capacité des pays à intégrer des services de réadaptation dans les soins de santé primaires pour le dépistage précoce et la prise en charge des incapacités

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui appliquent une stratégie pour l'intégration de services de réadaptation dans les soins de santé primaires	7	15	80 % (12 pays)

L'action de l'OMS dans le domaine des incapacités et de la réadaptation s'inspire de la résolution WHA58.23 – Incapacités, prévention, traitement et réadaptation compris – adoptée par l'Assemblée de la Santé en mai 2005, qui appelle à renforcer la mise en oeuvre des Règles des Nations Unies pour l'égalisation des chances des handicapés ; à appuyer la réadaptation à base communautaire ; à inclure une composante incapacités dans les politiques et programmes nationaux ; et à promouvoir les droits et la dignité des personnes handicapées. A titre de suivi, l'OMS a établi un plan d'action relatif aux incapacités et à la réadaptation 2006-2011, axé sur la publication d'un rapport mondial sur les incapacités et la réadaptation ; la sensibilisation ; la promotion de la collecte et de l'analyse des données ; le soutien, la promotion et le renforcement des services de santé de réadaptation ; la promotion de la réadaptation à base communautaire ; la promotion du développement, de la production, de la distribution et de l'entretien de technologies d'aide aux handicapés ; le soutien à l'élaboration et à la mise en oeuvre, à l'évaluation et au suivi des politiques ; le renforcement des capacités et la promotion de réseaux et de partenariats multisectoriels. L'application du plan a commencé, à l'issue de consultations, avec l'élaboration de documents normatifs sur le renforcement des soins médicaux et des services de réadaptation, la fourniture et l'entretien de chaises roulantes, la réadaptation à base communautaire et les activités d'autoprise en charge pour les handicapés.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- La mise en place d'une équipe solide au Siège et dans les bureaux régionaux, possédant les compétences complémentaires, des aptitudes solides et une forte motivation.
- Une bonne collaboration entre le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays.
- Une vision claire du renforcement du programme.
- La production ou l'organisation régulière de matériels ou d'événements très concrets, qui ont accru la visibilité du programme et des problèmes qu'il combat.

Obstacles

- Un niveau d'incertitude financière élevé, qui a compliqué la planification à long terme et empêché l'affectation de ressources suffisantes.
- Une dotation en personnel insuffisante et le manque de connaissances techniques dans ce domaine dans de nombreux bureaux de pays.
- Le faible degré de priorité accordé à ce domaine d'activité dans certains pays.

¹ Une stratégie de réadaptation, d'égalisation des chances, de réduction de la pauvreté et d'intégration sociale des personnes handicapées. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Il est important d'apporter un soutien suivi à un nombre limité de pays, ce qui nécessitera la présence de personnel à plein temps dans certains bureaux de pays.
- Les obstacles en termes de ressources ont entravé l'action dans ce domaine d'activité et de nouveaux efforts devront être faits pour assurer la continuité des ressources sur plusieurs années.
- Des messages cohérents et ciblés sont un facteur de réussite essentiel. Le domaine d'activité continuera donc de s'efforcer à mettre en oeuvre les recommandations contenues dans les rapports mondiaux sur la violence et la santé et sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation.
- Il est important de poursuivre les efforts visant à améliorer la planification conjointe entre tous les niveaux de l'Organisation, ce qui se fera dans le cadre des réunions de planification annuelles et de téléconférences régulières.
- Des produits éminemment visibles sont nécessaires, de même qu'un effort suivi pour les mettre en oeuvre. Pour cela, les capacités devront être renforcées dans certains domaines.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	17 633	4 354	8 874	13 227
Pourcentage alloué au niveau des pays	30	26	13	17
des Régions	18	24	18	20
mondial	52	50	69	63

SANTÉ MENTALE ET TOXICOMANIES

Objectif(s) de l'OMS

Veiller à ce que les gouvernements et leurs partenaires de la communauté internationale inscrivent la santé mentale et les toxicomanies dans l'action de santé et de développement pour formuler et appliquer des mesures efficaces et économiques concernant les troubles mentaux et les toxicomanies.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Proportion des pays cibles qui ont mis en oeuvre des réformes dans le domaine de la santé mentale. Dix-huit pays ont entrepris de mettre en oeuvre une réforme de leur politique avec le soutien direct de l'OMS.

Nombre de pays qui ont augmenté leur budget de santé mentale. En raison de la procédure en vigueur pour chiffrer le budget consacré à la santé mentale à partir du budget national pertinent, il n'est pas possible d'indiquer le nombre de pays ayant augmenté leur budget de santé mentale.

Principales réalisations

- Conformément à l'engagement pris dans le programme d'action mondiale de l'OMS pour la santé mentale, lequel a été entériné en 2002 par l'Assemblée de la Santé, l'Organisation est parvenue à sensibiliser davantage aux troubles mentaux et aux toxicomanies et à obtenir un soutien politique pertinent. En liaison avec l'Union européenne et le Conseil de l'Europe, elle a organisé la Conférence ministérielle européenne sur la santé mentale (Helsinki, janvier 2005) et, avec le concours de l'OPS, une conférence régionale sur la réforme des services de santé mentale (Brasilia, 7-9 novembre 2005).
- Une initiative a été lancée dans le but de promouvoir la politique, la législation et les droits fondamentaux en rapport avec la santé mentale. Elle est étayée par un réseau de spécialistes, des documents normatifs exhaustifs et l'appui soutenu des pays.
- La Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale a approuvé un plan d'action et une déclaration d'où ressort un engagement politique envers la prise de décisions circonstanciées dans les pays.
- L'OMS a impulsé une action de santé publique à l'égard des troubles mentaux graves, y compris l'épilepsie, et dans le but de prévenir le suicide et de traiter la toxicomanie au niveau des soins de santé primaires. Ces problèmes représentent une lourde charge et, dans la plupart des pays à revenu faible et intermédiaire, il n'existe pas de traitement pertinent.
- L'OMS a donné un nouvel élan et imprimé une direction claire en ce qui concerne l'assistance à fournir dans le domaine de la santé mentale pendant et après les situations d'urgence et les catastrophes, notamment les tsunamis et séismes survenus en 2005, les conflits et les guerres. Cette action, étroitement coordonnée entre le Siège, les bureaux régionaux et de pays et les autres organismes des Nations Unies, a permis de répondre plus efficacement aux communautés touchées en se fondant sur des données factuelles.
- L'Organisation a sensiblement progressé dans le domaine de la formation des ressources humaines à la santé mentale et à la recherche pertinente. Cet aspect vaut particulièrement pour les pays à revenu faible et intermédiaire où la capacité est insuffisante dans les deux cas.

Illustration de certaines réalisations

L'*Atlas de la santé mentale*¹ – établi conjointement par le Siège, les bureaux régionaux et de pays – répondait à un besoin d'informations de base sur la santé mentale, ressenti depuis longtemps. Cet ouvrage fournit des renseignements essentiels sur les ressources consacrées à la santé mentale et les services pertinents, y compris des données épidémiologiques à l'intention de tous les pays à revenu faible et intermédiaire. Des versions spécifiques ont été consacrées à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, la neurologie, l'épilepsie, l'éducation et la formation en psychiatrie. Les gouvernements et les organisations non gouvernementales, ainsi que les chercheurs des pays, en font grand usage.

¹ *Atlas de la santé mentale*, 2005. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005. Base de données à consulter sur le site http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Elaboration de stratégies appropriées et fourniture d'un soutien aux pays pour réduire la stigmatisation et les violations des droits de la personne humaine liés à la santé mentale et neurologique et aux toxicomanies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui, en consultation avec l'OMS, ont mis sur pied des stratégies pour élaborer des dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale, promouvoir les droits de la personne humaine et réduire l'exclusion grâce à des programmes de communication sociale	0	20	110 % (22 pays)

L'action normative et celle des pays se sont poursuivies avec succès dans le domaine de la législation et des droits de la personne humaine liés à la santé mentale, et ce grâce à une étroite collaboration entre le Siège, les bureaux régionaux et de pays. La capacité internationale en la matière a été renforcée en formant plus de 50 spécialistes à utiliser le cadre de l'OMS sur la santé mentale, les droits de la personne humaine et la législation. Un ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation a été traduit en cinq langues et fait l'objet d'une importante couverture médiatique.¹ Parmi les pays qui sont en cours d'élaboration ou de révision de leur législation sur la santé mentale figurent la Chine, le Ghana, l'Inde, l'Indonésie, l'Iraq, les Maldives, Maurice, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Rwanda, le Samoa, le Sri Lanka et la Thaïlande. Des activités visant à promouvoir les droits fondamentaux des malades mentaux ont été réalisées dans un certain nombre de pays, dont le Burundi, le Cameroun, le Cap Vert, le Congo, l'Ethiopie, l'ex-République yougoslave de Macédoine, l'Indonésie, le Kenya, le Malawi, le Mozambique, la Namibie, le Niger, la République de Moldova, le Sénégal, la Serbie-et-Monténégro, le Sri Lanka, le Swaziland, la Thaïlande et la Zambie. Une action de communication sociale tendant à réduire l'exclusion et la discrimination qui s'exercent à l'encontre des malades mentaux a également été menée dans la plupart des pays. En outre, un soutien a été accordé à certains d'entre eux pour qu'ils puissent mettre en place des groupes de défense des droits de l'homme et/ou conforter ceux qui existent.

Fourniture d'informations et d'un soutien aux pays pour la formulation et la mise en oeuvre de politiques et de plans concernant la santé mentale et les toxicomanies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre et proportion des pays cibles pour lesquels les informations ou les données ont été traduites et adaptées en fonction des besoins des pays	0	12	100 % (12 pays)
Nombre et proportion des pays cibles qui ont bénéficié de l'assistance technique de l'OMS pour élaborer et mettre en oeuvre des politiques et des plans	0	24	125 % (30 pays)

Le Guide des politiques et des services de santé mentale a été mis en forme, imprimé et largement diffusé. De nombreux modules ont été traduits dans les langues officielles de l'Organisation et dans plusieurs autres. Des matériels didactiques sur la prévention du suicide ont, eux aussi, été traduits dans neuf langues. Une assistance technique pour l'établissement de politiques et de plans concernant la santé mentale a été accordée à de nombreux pays et territoires, à savoir : Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Cisjordanie et Bande de Gaza, Egypte, Emirats arabes unis, Ethiopie, Gambie, Guinée-Bissau, Koweït, Lesotho, Lettonie, Maroc, Mozambique, Namibie, Oman, République islamique d'Iran, Samoa, Sri Lanka, Tunisie et Zimbabwe. Une étape importante dans l'amélioration des politiques de traitement des personnes dépendantes des opioïdes a consisté à inscrire la méthadone et la buprénorphine sur la liste modèle OMS des médicaments essentiels. Une assistance a été fournie à certains pays – Indonésie, Lituanie, République islamique d'Iran et Ukraine – pour qu'ils élaborent des politiques et des plans concernant la toxicomanie. Le rapport spécialisé de l'OMS relatif aux neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance² a été

¹ *Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² *Neurosciences : usage de substances psychoactives et dépendance* [Résumé]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

publié, diffusé dans toutes les Régions et traduit dans une dizaine de langues. Trente-trois Etats Membres de la Région européenne ont bénéficié d'une aide pour mettre sur pied des plans de prise en charge de la toxicomanie dans les prisons.

Adoption et mise en oeuvre d'initiatives mondiales et régionales pour la réalisation de recherches et l'élaboration de politiques relatives à la consommation d'alcool

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui adaptent les directives relatives aux politiques en matière de consommation d'alcool à leurs besoins	0	4	100 % (4 pays)
Proportion des pays cibles qui ont entrepris des recherches sur des sujets en rapport avec la consommation d'alcool qui sont conformes aux travaux encouragés par l'OMS	0	9	166 % (15 pays)

Conseils techniques et assistance pour élaborer des politiques relatives à la consommation d'alcool ont été prodigués à un certain nombre de pays : Bhoutan, Inde, Indonésie, Malawi, Mozambique, Myanmar, Namibie, Népal, Sri Lanka et Thaïlande. Des cours de formation à la détection précoce et à la prise en charge des problèmes liés à l'alcool dans le cadre des soins primaires ont bénéficié d'un soutien dans certains pays : Afrique du Sud, Brésil, Fidji et Mongolie. L'appui aux recherches en alcoologie a revêtu diverses formes et notamment porté sur la mise en oeuvre de l'étude internationale sur le thème « Sexe, alcool et culture », à laquelle ont participé l'Argentine, le Costa Rica, l'Inde, le Kazakhstan, le Nigéria et le Sri Lanka ; l'étude épidémiologique nationale sur la consommation d'alcool en Mongolie ; l'estimation du coût économique et social des problèmes liés à la consommation d'alcool en Chine ; et d'autres projets ad hoc menés au Bhoutan, en Inde, en Indonésie, au Myanmar, au Népal, au Sri Lanka et en Thaïlande. Ces activités ont permis d'ancrer solidement l'expansion que l'OMS a prévu de donner, dans l'exercice 2006-2007, à la question des méfaits de l'alcool.

Disponibilité dans les pays d'instruments, de directives et de modules de formation pour la prise en charge des troubles mentaux et neurologiques et des toxicomanies ; fourniture aux pays d'un soutien approprié pour leur utilisation, compte tenu des besoins des groupes vulnérables (personnes démunies, consommateurs de drogues injectables et personnes vivant avec le VIH/SIDA) et des besoins sexospécifiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays cibles qui ont bénéficié du soutien de l'OMS pour intégrer les outils et les matériels de l'OMS pour l'évaluation et la prise en charge des situations et des besoins cliniques, et pour le développement des personnels	6	24	100 % (24 pays)
Proportion des pays dans lesquels l'OMS a encouragé ou aidé à coordonner le soutien apporté aux groupes les plus vulnérables pour leurs besoins en santé mentale	6	18	100 % (18 pays)

La campagne mondiale contre l'épilepsie, lancée par l'OMS avec le concours de deux organisations internationales non gouvernementales, s'est traduite par la réalisation d'un certain nombre d'activités dans les Régions et les pays. Des rapports régionaux ont été établis pour les Régions Afrique, Asie du Sud-Est et Pacifique occidental. Un projet expérimental a été mené à bonne fin en Chine et de nouveaux projets pilotes et de démonstration ont été mis en chantier en Chine, en Géorgie, en Inde, aux Maldives, au Myanmar et au Viet Nam. Un projet de directives portant sur la prise en charge de l'épilepsie chez les enfants et les adolescents a également été formulé. Une assistance technique directe pour l'élaboration de programmes nationaux de prévention du suicide a été fournie à plusieurs pays, à savoir : Bénin, Brésil, Chine, Japon, Paraguay, Singapour, Uruguay et Viet Nam. Des matériels didactiques sur les thérapies applicables dans le domaine de la santé mentale et du VIH/SIDA ont en outre été mis au point. En ce qui concerne la prise en charge des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents, notamment parmi les populations vulnérables, une formation et une assistance technique ont été prodiguées à des professionnels originaires de 26 pays de la Région africaine et de huit pays de la Région de l'Asie du Sud-Est. Une campagne mondiale tendant à

réduire la charge de morbidité liée aux maux de tête a été lancée. Des cours de formation consacrés à la prise en charge des troubles mentaux se sont déroulés à l'échelle nationale, dans tous les pays de la Région de la Méditerranée orientale, et d'autres, consacrés aux thérapies de substitution, ont été organisés en Chine, en Indonésie, en Lituanie, en Pologne, en République islamique d'Iran et en Thaïlande. Des médicaments essentiels ont notamment été fournis à l'Afghanistan, au Congo, à Djibouti, à l'Iraq et à la Somalie. Une aide globale en matière de santé mentale a, de plus, été apportée aux pays et territoires touchés par des situations d'urgence et des catastrophes, notamment ceux affectés par les tsunamis survenus en décembre 2004 (Indonésie, Maldives et Sri Lanka), et par les conflits et guerres (Afghanistan, Iraq, Soudan, Cisjordanie et Bande de Gaza). Cette assistance ciblait les groupes de population les plus vulnérables.

Disponibilité de données scientifiques, épidémiologiques et fondamentales plus exactes et fiables pour la planification et l'élaboration d'interventions efficaces et économiques dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies ; mise à la disposition des pays des mesures de la charge de morbidité imputable à ces troubles

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre (et représentation régionale) de pays pour lesquels ces données sont incluses dans les bases de données épidémiologiques	0	Base de données révisée pour les pays à revenu faible et intermédiaire	192 pays inclus et base de données révisée afin d'incorporer l'ensemble des pays à revenu faible et intermédiaire
Nombre et proportion des pays cibles qui bénéficient de l'assistance technique de l'OMS pour l'élaboration de protocoles relatifs à des interventions efficaces et économiques	0	6	133 % (8 pays)

Outre la version révisée et actualisée en 2005 de l'*Atlas de la santé mentale*, des volumes consacrés à la neurologie, à l'épilepsie et à la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ont été publiés.¹ L'instrument d'évaluation que l'OMS applique aux systèmes de santé mentale a été conçu et utilisé dans une douzaine de pays – Albanie, Barbade, Equateur, Inde, Kenya, Lettonie, Pakistan, République de Moldova, Sénégal, Sri Lanka, Tunisie et Viet Nam, et mis en place dans bien d'autres pays. Les données mondiales relatives au suicide ont été actualisées et des données épidémiologiques ont été collectées auprès d'un certain nombre de pays : Afrique du Sud, Brésil, Chine, Estonie, Inde, République islamique d'Iran, Sri Lanka et Viet Nam. Des informations sur la rentabilité des interventions en matière de santé mentale ont été recueillies et mises à disposition de toutes les Régions et d'un certain nombre de pays, à savoir : Estonie, Nigéria et Sri Lanka. Une assistance technique en la matière a été fournie à six pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et à huit pays de la Région européenne.

Fourniture d'un soutien approprié pour le renforcement des capacités des pays en développement en vue de l'élaboration des politiques et de la réalisation de recherche sur les troubles mentaux et neurologiques et les toxicomanies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de programmes de bourses établis pour dispenser une formation aux chercheurs de pays en développement concernant les aspects de santé publique de la santé mentale et des toxicomanies	2 chercheurs	12 chercheurs	17 chercheurs

Plusieurs activités ayant trait au renforcement des capacités de recherche au sein des pays ont été mises en route ou appuyées. Le programme de bourses que l'OMS octroie à la santé mentale a été élargi à cinq sites et a permis de former sept boursiers originaires de pays à revenu faible et intermédiaire. Un programme de formation s'est déroulé en Ethiopie au bénéfice de 12 chercheurs originaires de la Région africaine et trois réunions ont été organisées dans la Région de l'Asie du Sud-Est en vue de conforter les capacités et de donner un rang de priorité élevé aux recherches en santé mentale. En ce qui concerne la toxicomanie, l'OMS a accordé des bourses de voyage à une dizaine de chercheurs. Des activités de renforcement des capacités de

¹ *Atlas: country resources for neurological disorders*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 ; *Atlas: epilepsy care in the world*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005. *Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns: implications for the future*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

recherche ont aussi été menées en Iraq. Une évaluation globale des infrastructures de recherche a été réalisée dans six pays : Brésil, Hongrie, Mexique, Pakistan, Pologne et Turquie, et les recherches en santé mentale ont été cartographiées dans trois Régions, avec le concours du Forum mondial pour la recherche en santé.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- L'élaboration permanente de documents normatifs à laquelle se livre l'OMS dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie a été un facteur de réussite majeur dans la mise en oeuvre efficace des activités. Etant donné le stade précoce de développement de ces domaines sous l'angle de la santé publique, de tels documents sont nécessaires pour éclairer tous les programmes de pays.
- Une étroite relation de travail entre le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays a rendu possible la bonne exécution du programme. La nomination d'administrateurs sous-régionaux s'est avérée particulièrement indiquée pour assurer une présence effective au sein des pays.
- Vu la modestie de l'équipe chargée de la santé mentale et de la toxicomanie à l'OMS, l'établissement de partenariats avec d'autres organisations est essentiel pour faire progresser la vision de l'Organisation en la matière.

Obstacles

- La limitation des ressources a été l'obstacle numéro un. En outre, la décentralisation de 70 % des ressources a restreint encore davantage la possibilité d'entreprendre l'action normative d'envergure requise par certains Etats Membres.
- Le manque de capacités consacrées à la santé mentale au sein des bureaux de pays a fortement amputé la réalisation, au plan national, d'activités dans les domaines de la santé mentale et de la toxicomanie.
- Le faible degré de priorité que les ministères de la santé accordent à la santé mentale et à la toxicomanie a continué de freiner l'extension des activités en la matière.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- La consolidation des activités normatives essentielles s'impose et sera promue en 2006-2007 dans le but de faciliter la bonne exécution des programmes de pays.
- La capacité de fournir des compétences techniques locales et de superviser les programmes de pays dont disposent les bureaux de pays doit être étoffée en 2006-2007.
- On fera appel à l'innovation pour mobiliser des ressources en vue de pallier le manque de moyens dont souffre ce domaine d'activité. Le potentiel régional et national est resté fortement sous-exploité ; il convient de rectifier le tir.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	23 856	11 893	8 782	20 675
des pays	38	29	9	21
Pourcentage alloué au niveau des Régions	32	33	48	39
mondial	30	38	43	40

SANTÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Objectif(s) de l'OMS

Permettre aux pays d'appliquer des stratégies fondées sur des données factuelles afin de réduire les risques pour la santé, la morbidité et la mortalité tout au long de la vie, de promouvoir la santé et le développement des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, et de créer des mécanismes pour mesurer l'impact de ces stratégies.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Nombre de pays bénéficiant du soutien technique de l'OMS pour renforcer leur capacité à mettre en oeuvre des interventions et à utiliser des instruments de mesure. Cent vingt et un pays au total ont bénéficié du soutien technique de l'OMS sous la forme de missions dans le pays ou de consultations techniques.

Principales réalisations

- L'élaboration de stratégies régionales et nationales a sensiblement progressé. La stratégie régionale OMS/UNICEF pour la survie de l'enfant, émanant de la Région du Pacifique occidental, a été approuvée par le Comité régional qui a également adopté la stratégie européenne pour la santé et le développement des enfants et des adolescents ; la Région de la Méditerranée orientale a lancé l'initiative Pour une politique de santé de l'enfant, conçu les orientations stratégiques régionales pour promouvoir la santé et le développement des adolescents et appuyé la mise au point de stratégies nationales pour la santé des adolescents. La Région africaine a commencé à élaborer une stratégie pour la survie de l'enfant et plusieurs Etats Membres des Régions des Amériques et de l'Asie du Sud-Est se sont dotés de stratégies nationales pour la santé néonatale.
- Les liens du continuum de soins mère-nouveau-né-enfant ont été resserrés. Les Régions africaine, européenne et de l'Asie du Sud-Est ont mis en route une programmation conjointe dans le domaine de la santé maternelle et infantile en vue de promouvoir la santé des nouveau-nés. Dans la Région africaine, l'équipe spéciale régionale chargée de la santé génésique a été élargie et rebaptisée équipe spéciale régionale pour la santé maternelle, néonatale et infantile ; dans la Région des Amériques, une stratégie néonatale régionale interinstitutions a été lancée dans le but de promouvoir le continuum de soins mère-nouveau-né-enfant.
- La mise en oeuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant a été étendue dans 27 Etats Membres de la Région africaine, 7 – de la Région des Amériques, 5 – de la Région de l'Asie du Sud-Est, 14 – de la Région européenne, 11 – de la Région de la Méditerranée orientale et 13 – de la Région du Pacifique occidental. L'évaluation multipays de l'efficacité, des coûts et de l'incidence de cette stratégie a montré qu'en République-Unie de Tanzanie, la mortalité avait reculé de 13 % (sur 2 ans) sans entraîner de frais supplémentaires, et qu'au Bangladesh, le recours aux établissements publics pour les maladies graves de l'enfant était trois fois plus important.
- Les efforts de sensibilisation ont donné de bons résultats. La collection consacrée à la santé de l'enfant dans *The Lancet* (écrite en collaboration avec l'OMS) et le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005*¹ ont eu pour effet de focaliser l'attention des Régions africaine, des Amériques et de l'Asie du Sud-Est sur la santé des nouveau-nés ; cette dernière (d'où a été lancé le rapport) a fait mieux connaître la santé maternelle, néonatale et infantile ; dans la Région de la Méditerranée orientale, les journées nationales de la santé ont attiré une participation de haut niveau et un site Web sur la santé des enfants et des adolescents a été lancé.
- Une plus grande priorité a été accordée à la mise en place de services de santé conviviaux pour adolescents. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, cela vaut pour huit Etats Membres, et deux Etats Membres ont incorporé la santé et le développement des adolescents à leurs programmes intersectoriels ; dans la Région africaine, des collaborateurs originaires de 32 Etats Membres ont été initiés à ce concept. Outre les 29 Etats Membres de la Région des Amériques, dotés de programmes nationaux sur la santé des adolescents, six autres ont formulé des projets en faveur du développement des jeunes et de la prévention de la violence. Dans la Région européenne, les services de santé conviviaux pour adolescents ont été cartographiés dans 17 Etats Membres.
- Les partenariats ont été renforcés. Les bureaux régionaux de l'OMS et l'UNICEF ont signé un communiqué conjoint sur les interventions pour la survie des enfants dans la Région africaine, et l'Union africaine a approuvé une décision préconisant l'élargissement des interventions en la matière ; de solides partenariats conclus dans la Région européenne se sont traduits par une fructueuse collecte de fonds ; les partenariats stratégiques établis dans la Région de l'Asie du Sud-Est ont eu pour effet de renforcer l'action nationale tendant à réduire l'apparition du VIH chez les jeunes gens ; dans la Région du Pacifique

¹ Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

occidental, une stratégie régionale pour la survie de l'enfant a été conçue en collaboration avec le Bureau régional Asie orientale et Pacifique de l'UNICEF. La Région des Amériques a noué des partenariats avec des associations professionnelles de réanimation néonatale ; d'autres partenariats ont été mis en place avec des organismes des Nations Unies, des organisations non gouvernementales, des instances du secteur privé et de la société civile oeuvrant pour la santé des enfants et des adolescents. L'OMS et ses interlocuteurs ont lancé le partenariat mondial pour la santé maternelle néonatale et infantile et, dans ce cadre, des activités nationales ont été mises en route dans plusieurs pays. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et l'UNICEF sont convenus de collaborer à l'élaboration de lignes directrices régionales applicables au traitement de l'infection à VIH chez l'enfant et à la thérapie antirétrovirale.

Illustration de certaines réalisations

Suite à l'action de sensibilisation accrue menée via la publication dans *The Lancet* de la collection consacrée à la survie de l'enfant et à la survie néonatale, via le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005* et la Journée mondiale de la Santé 2005, trois pays (Ethiopie, Madagascar et Zambie) ont mis au point la version définitive de leur stratégie ou politique nationale pour la santé de l'enfant et quatre autres (Kenya, Mozambique, Nigéria et République-Unie de Tanzanie) ont amorcé le processus. Les sept pays ont tous été soutenus par le Bureau régional de l'Afrique. Ces stratégies ou politiques ont insisté sur la mise en oeuvre intégrée de certaines interventions performantes en vue d'abaisser les taux de mortalité infantile qui sont élevés dans la Région. Dans cette optique, le Bureau régional de l'Afrique et l'UNICEF ont signé un communiqué indiquant les interventions faisant l'objet d'un appui conjoint. Avec le concours du Bureau régional de l'Afrique et de l'UNICEF, l'Union africaine a adopté la Déclaration de Tripoli, laquelle soulignait la nécessité de transposer à une échelle supérieure certaines interventions performantes afin de réaliser le quatrième objectif du Millénaire pour le développement. Comme les objectifs 4 et 5 sont interconnectés et que l'un ne peut aller sans l'autre, le Directeur régional a transformé l'équipe spéciale régionale chargée de la santé génésique en équipe spéciale régionale pour la santé maternelle, néonatale et infantile dans le but de pouvoir soutenir plus aisément les pays au sein du continuum de soins comprenant la grossesse, l'accouchement, la période néonatale et l'enfance.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Fourniture d'un soutien aux plans technique et de l'élaboration des politiques à un nombre accru de pays en vue de l'application des articles de la Convention relative aux droits de l'enfant qui concernent la santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui ont commencé à mettre en oeuvre les recommandations en rapport avec la santé des enfants et des adolescents conformément au soutien accordé par l'OMS au processus de notification prévu par la Convention relative aux droits de l'enfant	3	8	14

Les activités menées au Siège dans le domaine des droits de l'enfant et de l'adolescent ont essentiellement consisté à examiner, avec les partenaires, l'application pratique de la Convention sur les droits de l'enfant et autres instruments juridiques au regard des plans et programmes ciblant la santé de l'enfant et de l'adolescent. Un certain nombre de pays ont apporté un soutien direct au Comité des Droits de l'Enfant (ONU), et des ateliers nationaux et sous-régionaux pertinents ont été organisés en collaboration avec les bureaux régionaux, l'UNICEF et le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme. Quelques bureaux régionaux ont toutefois signalé qu'ils n'avaient pas les moyens de donner suite au résultat escompté, moyennant quoi les capacités sont actuellement renforcées pour permettre aux Régions de mieux aider les pays à appliquer dorénavant la Convention et les recommandations du Comité.

Amélioration des politiques, stratégies et normes visant à protéger les adolescents contre les maladies et les comportements et situations préjudiciables à la santé au moyen d'un soutien aux plans technique, de la recherche et de l'élaboration des politiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays où les recommandations politiques et les lignes directrices ont été influencées par les projets de recherche soutenus par l'OMS sur la protection des adolescents contre les maladies et les comportements et situations préjudiciables à la santé	20	30	32
Nombre de pays dotés de politiques et de programmes nationaux relatifs à la santé des adolescents	20	30	49

L'effort s'est focalisé sur l'adoption et la mise en place de services de santé conviviaux pour l'adolescent, de l'approche préconisée par l'Alliance des parents, des adolescents et de la communauté, et du cadre permettant de cartographier et d'évaluer les programmes visant les adolescents. Certains bureaux régionaux n'ont pas communiqué d'informations pertinentes en raison d'une pénurie de personnel ; d'autres n'ont pas fourni de données quantitatives.

Mise en place de directives, approches et instruments destinés à améliorer et étendre la mise en oeuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, et validation et promotion du suivi des progrès accomplis

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui, en réalisant des activités au titre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, ont élargi la couverture géographique à plus de 50 % des districts ciblés	20	25	25
Nombre de projets de recherche soutenus par l'OMS qui visent à influencer la formulation de normes stratégiques et de lignes directrices tendant à améliorer la survie de l'enfant	40	50	80
Nombre de pays dotés de politiques nationales sur la santé de l'enfant et de plans d'action pertinents fondés sur les normes et lignes directrices de l'OMS	8	16	Au moins 44

La mise en oeuvre de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant a progressé dans les pays cibles de toutes les Régions, et la couverture universelle est devenue le défi numéro un. La formation préalable du personnel médical et paramédical et la priorité qui lui a été accordée ont pris de l'ampleur, de même que les interventions communautaires en faveur de la santé de l'enfant (prestation de services et promotion des pratiques familiales). Des projets de recherche ont été lancés dans le but de combler les lacunes qui existent dans le domaine des connaissances techniques et dans la façon d'intervenir au mieux, et les résultats ont été rapidement concrétisés.

Fourniture d'un soutien pour la recherche et pour l'élaboration de directives, approches et instruments destiné à faire progresser la mise en oeuvre des interventions visant à améliorer la santé et à réduire la mortalité des nouveau-nés

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de projets de recherche soutenus par l'OMS qui visent à influencer la formulation de normes stratégiques et de lignes directrices tendant à améliorer la santé des nouveau-nés	3	6	10
Nombre de pays ayant adopté les lignes directrices	0	8	18 de plus

Il est apparu clairement que la santé néonatale et infantile ne pouvait être séparée (comme le montrent les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour 2006-2007), et que les interventions en matière de santé néonatale et maternelle étaient interconnectées, d'où la nécessité d'établir des liens puissants entre les programmes de santé maternelle et de santé infantile. Les conseillers régionaux ont reçu des indications sur le cadre applicable à la santé néonatale afin de renforcer les capacités d'appui aux pays dans ce domaine.

Obtention d'un consensus sur la définition de buts mondiaux concernant l'éducation d'enfants en bonne santé et d'adolescents capables et ayant confiance en eux et progrès sur la voie de leur réalisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays où un mécanisme de partenariat au service de la survie de l'enfant a été mis en place afin d'appuyer une action concertée pour la mise en oeuvre des interventions dans le domaine de la santé de l'enfant	0	15	8
Nombre de pays appliquant l'approche stratégique de l'OMS vis-à-vis du VIH et des jeunes gens	3	10	20 (dont 10 se trouvent dans la Région des Amériques)

Outre les mécanismes du partenariat au service de la survie de l'enfant et l'approche stratégique à l'égard du VIH et des jeunes gens, une quarantaine de pays ont mis en oeuvre la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, laquelle comprend une ligne de conduite et un ensemble de mesures tendant à renforcer les capacités afin d'alimenter le nourrisson dans le contexte du VIH. Le passage de la survie de l'enfant à la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a été mis en évidence dans certaines Régions. L'élaboration par le Bureau régional du Pacifique occidental, en collaboration avec le Bureau régional de l'Asie orientale et du Pacifique de l'UNICEF, d'une stratégie régionale axée sur les résultats pour la survie de l'enfant est un bon exemple de partenariat ; cette stratégie vise à réduire les inégalités en matière de survie de l'enfant et à soutenir la réalisation des objectifs nationaux en rapport avec le quatrième objectif du Millénaire pour le développement en améliorant l'accès et le recours à une série d'interventions primordiales reposant sur des bases factuelles.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Corrélation entre les programmes et les domaines d'activité de l'OMS, et notamment : Santé de l'enfant et de l'adolescent, Pour une grossesse à moindre risque, VIH/SIDA et Nutrition.
- Renforcement des partenariats et collaboration interinstitutions avec les organismes des Nations Unies (UNICEF, FNUAP et ONUSIDA), des organismes bilatéraux, les associations professionnelles et les organisations non gouvernementales, à l'échelon régional et des pays, pour élargir les interventions.
- Sensibilisation et appui politique de haut niveau, dont le soutien des Directeurs régionaux et des organes directeurs régionaux.
- Forte collaboration entre tous les niveaux de l'Organisation et planification conjointe pour tout le domaine d'activité.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

- Solides équipes régionales disposant de points de contact pour la santé de l'enfant et la santé de l'adolescent, et fonctionnaires de l'OMS dans certains pays.

Obstacles

- Le manque général de moyens et la mise à disposition de crédits sans affectation précise pour une utilisation discrétionnaire et l'appui aux pays.
- L'allocation des crédits du budget ordinaire aux niveaux régional et des pays ne reflète pas le degré de priorité élevé que l'Organisation accorde à la santé de l'enfant et de l'adolescent.
- L'insuffisance des effectifs et des capacités à tous les échelons de l'Organisation, en particulier pour ce qui est de la santé des adolescents. Dans certaines Régions, les postes sont restés vacants pendant un certain temps.
- Le manque de données factuelles techniques sur l'efficacité des interventions relatives aux adolescents et leur exécution.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Les partenariats ont permis d'accélérer efficacement la mise en oeuvre des stratégies relatives à la santé de l'enfant et de l'adolescent au niveau des pays, et la collaboration doit se poursuivre et s'intensifier au service d'une action concertée complémentaire, de structures de coordination communes et d'une planification conjointe, avec une meilleure mobilisation des ressources.
- Les résultats escomptés ont plus de chances d'être réalisés lorsque l'action porte sur un nombre limité d'activités réalisables. Les efforts déployés devraient miser sur la couverture totale des interventions existantes et avérées.
- L'OMS doit se concentrer sur le renforcement des capacités à tous les échelons et sur la consolidation des équipes régionales et de pays.
- Une action de sensibilisation permanente, qui s'adresse aux partenaires et aux Etats Membres, est décisive si l'on veut transposer à une échelle supérieure les interventions menées à tous les niveaux dans le domaine de la santé de l'enfant et de l'adolescent. L'action de sensibilisation sera davantage privilégiée en 2006-2007.
- La santé et la survie de l'enfant sont tributaires de celles de la mère. En 2006-2007, le continuum de soins sera promu à tous les niveaux – grossesse, accouchement, enfance –, et du domicile au centre de soins de santé primaires jusqu'au centre spécialisé. Il convient d'intensifier la collaboration avec les domaines d'activité respectivement intitulés : Grossesse à moindre risque et Nutrition.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	67 349	15 355	38 676	54 032
des pays	31	49	10	21
Pourcentage alloué au niveau des Régions	33	20	40	34
mondial	36	31	50	45

RECHERCHE EN SANTÉ GÉNÉSIQUE ET ÉLABORATION DE PROGRAMMES DANS CE DOMAINE

Objectif(s) de l'OMS

Contribuer, par la recherche et un soutien pour l'élaboration des politiques et des programmes, à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées à la santé sexuelle et génésique et à la mise en place dans les pays de services de santé génésique accessibles, équitables, tenant compte des sexospécificités et de qualité.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Nombre d'études achevées sur les causes, les déterminants, la prévention et la prise en charge de la morbidité et de la mortalité d'origine sexuelle et génésique. Dix-neuf études ont été réalisées sur les 40 prévues.

Nombre de pays bénéficiant d'un soutien technique pour évaluer la portée et la qualité de leurs services de soins de santé génésique existants et pour définir les moyens d'améliorer ces services, y compris l'intégration des activités de prévention du VIH et de soins aux personnes infectées. Un soutien de grande ampleur a été apporté à plus de 25 pays, ce qui dépasse largement les 20 qui étaient visés.

Principales réalisations

- En collaboration avec les partenaires, et avec le FNUAP en particulier, un appui technique et stratégique a été fourni pour l'élaboration de programmes nationaux de santé sexuelle et génésique à plus de 60 pays répartis dans toutes les Régions de l'OMS. Le Programme de partenariat stratégique OMS/FNUAP, mis en route en 2004, a été décisif en la matière. Ce Programme s'emploie à coordonner l'introduction, l'adaptation et la mise en oeuvre de directives dans les pays avec le concours de consultants techniques de l'OMS, du FNUAP et des autres organismes qui coopèrent à cette action, sous la direction des ministères de la santé respectifs.
- En 2004, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA57.12, laquelle approuvait la stratégie pour accélérer les progrès en santé génésique – mesure qui a favorisé l'élaboration de programmes nationaux. Cette stratégie expose les principales disparités qui existent au plan mondial entre les objectifs et les réalités, et décrit les principaux obstacles au progrès, notant en particulier les inégalités relatives au sexe, à la pauvreté et à l'exposition des adolescents aux risques. Visant à accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement international liés à la santé génésique, elle énonce une ligne de conduite qui s'inspire des principes reposant sur les droits internationaux de la personne humaine. L'OMS a oeuvré de concert avec les Etats Membres pour mettre en oeuvre cette stratégie à l'échelon national.
- Au total, 19 projets de recherche à vocation mondiale et nationale, appuyés par le Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, ont été menés à bien au cours de l'exercice biennal.
- L'interface critique entre santé sexuelle et génésique et VIH/SIDA est devenue l'un des points de mire de l'Organisation dans ce domaine d'activité.
- Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, l'adaptation et les essais sur le terrain d'outils permettant d'évaluer le paludisme pendant la grossesse ont été réalisés avec succès au Bangladesh, en Inde, en Indonésie et au Myanmar ; une stratégie nationale de planification familiale a été conçue au Timor-Leste ; des directives pertinentes ont été adaptées au Bangladesh, aux Maldives et au Timor-Leste ; des activités visant à prévenir les avortements à risque ont en outre été conduites au Bangladesh, au Népal et en Thaïlande.
- Dans la Région du Pacifique occidental, un cadre régional tendant à accélérer les interventions au service de la santé sexuelle et génésique des adolescents et des jeunes gens a été élaboré ; il reconnaît et aborde, en particulier, les besoins des jeunes gens en matière de santé sexuelle et génésique. De plus, des examens programmatiques ont été effectués de façon systématique afin d'accroître la prise de conscience de cet aspect et d'améliorer la santé sexuelle et génésique des adolescents.
- Dans la Région européenne, suite à l'adoption par l'OMS de la stratégie pour accélérer les progrès en matière de santé génésique, des stratégies nationales ont été conçues et approuvées au Kirghizistan, en République de Moldova et au Tadjikistan, et le processus d'élaboration ou d'approbation est en cours en Irlande, au Kazakhstan, au Kosovo (Serbie-et-Monténégro) et en Ouzbékistan.
- Dans la Région des Amériques, des prototypes individuels de niveau clinique et communautaire ont été mis sur pied au Costa Rica, en El Salvador, au Honduras, au Nicaragua et au Panama en vue de faire participer les hommes aux programmes de santé sexuelle et génésique.

- Les résultats d'une étude conduite dans les Régions Afrique et Méditerranée orientale concernant les séquelles obstétriques de la mutilation des organes génitaux féminins ont montré que les femmes l'ayant subie sont nettement plus exposées aux complications lors de l'accouchement et que le risque est proportionnel à la mutilation.
- Les conclusions d'une consultation organisée en juin 2005 pour évaluer les données factuelles sur le lien existant entre l'utilisation de contraceptifs hormonaux et la santé osseuse ont été publiées dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*¹ et largement diffusées. Les experts sont convenus de ce que les bienfaits de ces contraceptifs (y compris les méthodes purement progestatives) compensent généralement les risques de perte osseuse.
- La première partie de l'enquête mondiale de l'OMS sur la santé maternelle et périnatale s'est achevée dans la Région africaine et dans celle des Amériques ; elle a concerné quelque 250 hôpitaux et porté sur 180 000 accouchements.

Illustration de certaines réalisations

Le renforcement des programmes de planification familiale dans la Région africaine a pris une nouvelle tournure avec l'élaboration et l'adoption, par tous les ministres de la santé présents à la réunion du Comité régional tenue en septembre 2004, du cadre décennal de repositionnement de la planification familiale. L'initiative relative à la mise en oeuvre des meilleures pratiques a été lancée dans la Région africaine en juin 2004 dans le but de partager les données d'expérience et de mettre en oeuvre les meilleures pratiques dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. Douze pays y ont participé et cinq réalisent actuellement des activités qui en découlent.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Disponibilité de connaissances nouvelles sur les questions de première priorité liées à la santé sexuelle et génésique pendant tout le cycle vital, y compris les thèmes de portée générale tels que le rôle des hommes, l'intégration de la prévention du VIH/SIDA et des soins aux personnes infectées dans les services de santé génésique, la santé sexuelle et génésique des adolescents et l'impact sur les soins de santé génésique des réformes dans le domaine des soins de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'études menées à bien sur des questions prioritaires intéressant la santé génésique	Base factuelle existante	40 études	19 menées à bien
Nombre d'examens systématiques nouveaux et actualisés sur les meilleures pratiques, les politiques et les normes applicables aux soins	Dossier regroupant les examens systématiques déjà effectués	15 examens systématiques nouveaux ou actualisés	19 examens

Le Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine a appuyé des recherches menées aux plans mondial et national. Des projets ont été réalisés sur plusieurs thèmes, notamment sur l'association entre l'utilisation de contraceptifs hormonaux et la santé osseuse, l'innocuité et l'efficacité de deux dispositifs intra-utérins, la supplémentation en calcium pour prévenir la toxémie gravidique, l'incidence des atteintes inflammatoires pelviennes et les facteurs de risque pertinents, et sur les services d'avortement par évacuation manuelle, prodigués par des sages-femmes qualifiées. Outre cette recherche de portée mondiale, plus d'une centaine d'études ont été conduites dans les centres bénéficiant du soutien du Programme spécial pour renforcer leurs capacités de recherche. De plus, le processus de recensement continu des données de recherche a permis de recenser et d'apprécier de façon critique les nouvelles données en rapport avec les orientations que l'OMS a prises en matière de planification familiale face à plusieurs troubles médicaux ; en conséquence, six examens systématiques ont été actualisés. De nouvelles données factuelles concernant les recommandations applicables à sept méthodes contraceptives ont aussi été répertoriées, débouchant sur l'actualisation de cinq examens systématiques. Un examen systématique de la mortalité et de la morbidité maternelles, englobant les causes de cette mortalité, la prévalence des ruptures utérines et d'autres thèmes, a également été réalisé.

¹ Déclaration de l'OMS concernant la contraception hormonale et l'état osseux – *Relevé épidémiologique hebdomadaire* 2005 ; 80: 297-304.

Conception, application et validation, par la recherche opérationnelle, d'interventions efficaces et économiques qui encouragent les soins de santé génésique de qualité, axés sur les patients et tenant compte des sexes/spécificités

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays achevant des travaux de recherche opérationnelle pour évaluer des méthodes de prestation de soins de santé génésique de qualité	Bases factuelles existantes au niveau national	15 pays	11 pays

Un certain nombre de pays ont procédé à des recherches opérationnelles. Au Kenya, une étude a évalué l'impact du guide intitulé « Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur »¹ sur l'intégration des actions menées contre ces infections dans les structures de santé génésique et de soins de santé primaires. Eclairée par l'approche stratégique qu'a l'OMS de l'amélioration de la qualité des soins dans les services de santé génésique, une étude pertinente portant sur le développement des services de santé génésique à l'intention des ouvrières a débuté en Roumanie. Plusieurs projets de recherche opérationnelle ont aussi été conduits en collaboration avec le programme du Population Council intitulé « Frontiers in Reproductive Health », lequel a utilisé les méthodes de recherche opérationnelle pour améliorer la prestation des services de santé génésique.

Définition, validation et diffusion d'un ensemble approprié de normes fondées sur des données factuelles et des directives connexes aux plans technique, gestionnaire et de l'élaboration des politiques pour la prestation de soins de santé génésique de qualité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Disponibilité de matériaux nouveaux ou actualisés à l'appui des activités nationales visant à améliorer la santé génésique	Dossier regroupant les matériaux d'orientation existants	Diffusion de 8 guides supplémentaires	5
Nombre de pays bénéficiant d'un soutien technique pour adapter des normes reposant sur des données factuelles aux fins de la pratique de soins essentiels de santé génésique	20 pays	20 pays supplémentaires	Plus de 25 pays ont bénéficié d'un soutien technique de grande ampleur

L'OMS a continué d'appuyer l'élaboration de normes, critères et directives cliniques reposant sur des bases factuelles : le document intitulé *Decision-making tool for family planning clients and providers* a été publié,² les documents intitulés *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*, troisième édition (2004) et *Une sélection de recommandations pratiques relatives à l'utilisation de méthodes contraceptives*, deuxième édition (2004) ont été traduits dans six et sept langues, respectivement, et adoptés dans une soixantaine de pays dans le cadre de six ateliers régionaux. Le guide intitulé « Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur » a été traduit en chinois et en français ; les traductions en espagnol, français et portugais du *Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles* (2003) ont été achevées ; et un guide pratique à l'intention des prestataires de services, répondant aux questions fréquemment posées sur l'avortement médicamenteux, a été présenté sous sa forme définitive.

Fourniture à certains pays d'un soutien adéquat aux plans technique et de l'élaboration des politiques pour la mise en oeuvre de plans complets destinés à renforcer l'accès à des soins de santé génésique de qualité, et la disponibilité de ces soins, les ressources humaines et la surveillance et l'évaluation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays bénéficiant d'un soutien pour renforcer l'accès à des soins de santé génésique de qualité, et la disponibilité de ces soins	20 pays	20 pays supplémentaires	Plus de 20

¹ *Infections sexuellement transmissibles et autres infections de l'appareil reproducteur – Guide de pratiques essentielles*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² Accessible en ligne à l'adresse suivante : http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/counselling.html.

Un appui technique et/ou pour l'élaboration des politiques a été fourni à un grand nombre de pays, surtout via les bureaux régionaux et de pays. Beaucoup de pays ont eu recours à la stratégie pour accélérer les progrès dans le domaine de la santé génésique afin d'intégrer de façon plus approfondie la santé sexuelle et génésique dans leurs politiques nationales de développement et de cerner les problèmes, fixer les priorités et suivre les progrès accomplis pour atteindre les objectifs liés à la santé sexuelle et génésique.

Fourniture à certains pays d'un soutien technique pour leur permettre de s'assurer que leurs lois, règles et politiques nationales sont conformes aux articles des instruments juridiques, conventions et documents de consensus internationaux en vigueur relatifs à la santé sexuelle et génésique et aux droits dans ce domaine

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays bénéficiant d'un soutien pour examiner leurs lois, règles et politiques en vigueur relatives à la santé génésique et aux droits dans ce domaine	Néant	3 pays	3

C'est par le biais d'un nouvel outil intitulé *Using human rights for maternal and neonatal health: a tool for strengthening laws, policies and standards of care* que les pays ont bénéficié d'un soutien pour examiner leurs lois, règles et politiques en vigueur relatives à la santé génésique et aux droits dans ce domaine. Cet outil a été mis en place au Brésil, en Indonésie et au Mozambique.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- La stratégie de l'Organisation pour accélérer les progrès dans le domaine de la santé génésique a imprimé un nouvel élan à l'action menée par les bureaux de pays, régionaux et le Siège et conforté le mandat qui leur a été confié.
- Une solide coordination avec le FNUAP, en particulier au niveau des pays, a eu un effet de levier sur la collaboration technique et stratégique de l'OMS avec les pays à l'appui de la santé sexuelle et génésique.

Obstacles

- Un cruel manque de moyens financiers a sensiblement entravé la réalisation des résultats escomptés dans le domaine de la santé génésique, en particulier au titre du Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine. Par exemple, il n'a pas été possible d'accorder, en 2005, de nouvelles bourses aux fins du renforcement des capacités de recherche. Qui plus est, un certain nombre de pays ont fait état d'un manque de ressources humaines et financières pour réaliser les résultats escomptés dans le domaine de la santé sexuelle et génésique.
- Les sensibilités culturelles, politiques et autres qui se manifestent à l'évocation de certains aspects de la santé sexuelle et génésique, comme la sexualité des adolescents et les questions relatives à la prévention des avortements à risque, nécessitent souvent une planification approfondie, l'établissement d'un consensus et l'adaptation méthodologique des approches proposées – autant d'éléments qui risquent de prolonger les délais d'exécution des activités.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- La nécessité de disposer de structures appropriées pour faire intervenir efficacement les organismes communautaires et les associations masculines est maintenant largement reconnue ; pour l'exercice 2006-2007, un résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a donc été explicitement inclus, à savoir le recours aux actions individuelles, familiales et communautaires en matière de santé génésique et sexuelle.
- En santé génésique, l'insuffisance des produits et leur cherté restent un défi décisif. Une action interinstitutions, ciblée sur la sécurité des produits en matière de santé génésique, abordera la question en 2006-2007.
- Les systèmes d'information en vigueur doivent être renforcés et élargis, afin de suivre les progrès accomplis pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres objectifs de développement international relatifs à la santé sexuelle et génésique.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	67 070	7 218	55 081	62 299
Pourcentage alloué au niveau des pays	19	27	8	10
des Régions	7	28	5	8
mondial	74	45	87	82

POUR UNE GROSSESSE À MOINDRE RISQUE

Objectif(s) de l'OMS

Soutenir les Etats Membres et la communauté internationale en ce qui concerne l'élaboration et la mise en oeuvre d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour une grossesse à moindre risque.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Nombre de pays recevant un soutien technique et politique pour examiner ou formuler des politiques et programmes globaux visant la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales : 39.

Principales réalisations

- Des normes et instruments fondés sur des données factuelles, et notamment des directives de planification et de programmation, ont été mis au point pour la santé maternelle et néonatale.
- Des activités d'information et de sensibilisation ont été lancées aux niveaux national, régional et mondial pour inviter les gouvernements à investir dans les stratégies destinées à améliorer la santé maternelle et néonatale et à les développer.
- Les capacités en matière de gestion et de prestation de services ont été augmentées aux niveaux communautaire et primaire et au niveau de l'orientation-recours des systèmes de santé dans les pays prioritaires grâce à l'accroissement des moyens, à l'organisation d'ateliers et à la fourniture d'un soutien direct aux pays.
- On a renforcé les systèmes d'information afin de surveiller les progrès réalisés sur le plan de la qualité des soins et soutenir la réalisation de l'objectif du Millénaire pour le développement visant à améliorer la santé maternelle.
- On a continué à donner davantage de moyens aux femmes, aux familles et aux communautés pour améliorer la santé maternelle et néonatale en concevant des instruments pertinents et en fournissant un soutien technique aux pays.
- Les partenariats au sein de la communauté internationale et avec les partenaires au développement mondiaux et régionaux ont été consolidés, notamment en ce qui concerne les programmes mis en place dans les pays prioritaires.
- Un soutien technique a été fourni aux soins de santé maternelle et néonatale à dispenser d'urgence durant les phases d'urgence et de relèvement des pays touchés par les tsunamis et les tremblements de terre (Inde, Indonésie, Maldives, Pakistan et Sri Lanka).
- La collaboration a été intensifiée avec les domaines de travail et les programmes apparentés, dont ceux qui ont trait au VIH/SIDA, au paludisme, à la nutrition, aux systèmes de santé, à la santé de l'enfant et de l'adolescent et à divers aspects de la santé génésique.

Illustration de certaines réalisations

Les directives et instruments visant à soutenir les soins de santé maternelle et néonatale, mis au point au Siège, ont été traduits ou adaptés par les Régions et les pays prioritaires. Des formateurs nationaux ont été formés à l'utilisation de ces directives et instruments dans plusieurs pays prioritaires entre autres. La Mongolie a par ailleurs transformé l'un de ces instruments¹ en un cours de formation à distance afin d'accroître le nombre de personnes formées aux soins obstétricaux essentiels. De même, l'Inde, la République populaire démocratique de Corée, le Myanmar, la Thaïlande et le Timor-Leste ont adapté et mis en place des normes, critères et instruments fondés sur des bases factuelles pour les services de santé maternelle et néonatale. Le Bangladesh, l'Inde, l'Indonésie, le Myanmar et le Népal ont passé en revue la mortalité maternelle/périnatale. Dans 24 pays de la Région africaine, des interventions visant à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et notamment à élargir l'accès aux soins pédiatriques en matière de VIH, ont été introduites ou développées. Quatre pays (le Cameroun, la Côte d'Ivoire, le Malawi et le Rwanda) ont étudié les programmes de prévention afin d'intensifier ce type d'interventions. La République de Moldova a mis en place une stratégie factuelle pour une grossesse à moindre risque en organisant un atelier national qui a réuni les principales parties prenantes et les principaux partenaires et a offert par la suite un soutien technique régulier dans divers domaines. En coordination avec l'UNICEF et le FNUAP, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a fourni un appui technique et dirigé un atelier interpays à Beyrouth sur la promotion, dans les pays arabes, des normes et directives de santé maternelle et néonatale basées sur les faits.

¹ Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale : Guide des pratiques essentielles. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Fourniture d'un soutien technique et politique aux pays leur permettant de formuler et de mettre en oeuvre des plans d'action nationaux sexospécifiques, efficaces et économiques pour une grossesse à moindre risque, qui comprennent les informations et les services voulus pour des soins maternels et néonataux basés sur les faits, de bonne qualité et respectueux des droits de la femme

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays recevant un soutien technique et politique pour la santé maternelle et néonatale	10	20	39

Trente-neuf pays en développement ont reçu un soutien technique combiné du Siège et des bureaux régionaux, comprenant notamment la mise au point de stratégies et de feuilles de route basées sur des faits et adaptées au contexte afin de réduire la mortalité maternelle et néonatale et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Le soutien aux pays a été coordonné et assuré en collaboration avec les partenaires au développement, l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale, divers donateurs bilatéraux, des organismes non gouvernementaux et des organismes professionnels.

Introduction et adaptation au niveau national de directives basées sur les faits dans les politiques, stratégies, programmes et normes de soins de santé maternelle et néonatale, de planification familiale et de soins après-avortement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays recevant un soutien afin d'adapter et d'introduire les normes, directives et/ou outils recommandés par l'OMS	15	30	52

La plupart des normes et directives mises au point au Siège ont été traduites dans les langues officielles des Nations Unies et d'autres langues. Le Siège et les bureaux régionaux ont non seulement diffusé des directives et organisé des ateliers régionaux, mais également fourni un soutien technique ciblé et durable aux pays pour qu'ils adaptent et utilisent ces directives et affinent ainsi les pratiques basées sur les faits. En collaboration avec le FNUAP, l'OMS a travaillé au niveau régional et à celui des pays pour soutenir l'adaptation et l'utilisation de ces directives et instruments.

Fourniture d'un soutien adéquat aux pays qui veulent renforcer les interventions et la gestion portant sur les systèmes de santé afin que l'information et les services de santé maternelle et néonatale soient mis à la disposition de tous, de façon accessible et acceptable, notamment pour les communautés pauvres et défavorisées

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant reçu un soutien pour concevoir, mettre en oeuvre et évaluer les interventions sur les systèmes de santé destinées à améliorer la santé maternelle et néonatale	5	15	20

Le Siège et les bureaux régionaux ont fourni un soutien technique aux pays pour l'évaluation des besoins en ressources humaines, la planification dans le domaine de la santé maternelle et néonatale, ainsi que pour le calcul du coût, au niveau du district, de l'augmentation du nombre des interventions destinées à réduire la mortalité maternelle et néonatale. En Afrique, la feuille de route régionale concernant la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, à savoir essentiellement une approche axée sur les systèmes de santé, a été adoptée par 24 pays, qui l'ont adaptée. Dans presque toutes les Régions, un soutien a été apporté à la surveillance du programme et à l'amélioration de la qualité des soins par la réalisation d'études sur la mortalité maternelle.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Elaboration et mise à disposition en temps utile des normes et directives pertinentes.
- Mise en place de mécanismes efficaces en vue de fournir en temps utile un soutien coordonné aux pays.
- Mobilisation du personnel.

Obstacles

- Baisse de l'engagement et du soutien vis-à-vis de la santé maternelle et néonatale aux niveaux national et international et parmi les bailleurs de fonds.
- Inadéquation des moyens techniques aux niveaux régional et des pays.
- Insuffisance des capacités des systèmes de santé, baisse des savoir-faire des ressources humaines et inadéquation des fournitures et de la logistique.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Il faut améliorer les capacités techniques de l'OMS aux niveaux des Régions et des pays, du moins dans les pays prioritaires, afin de fournir en temps utile le soutien dont on a besoin d'urgence. Des responsables qualifiés de programmes nationaux seront par conséquent mis en place dans 10 à 15 pays prioritaires en 2006-2007.
- Il faut renforcer la planification conjointe entre tous les niveaux de l'Organisation afin de soutenir la coordination avec les Etats Membres et de consolider l'appui à ceux-ci. Il faut par conséquent prévoir à temps la mise en oeuvre du programme et le soutien technique aux pays en 2006-2007 tout en débutant rapidement la planification opérationnelle pour 2008-2009 afin d'assurer la coordination des plans à l'échelle de l'Organisation.
- Pour mener au succès l'initiative Pour une grossesse à moindre risque, la sensibilisation est indispensable. En 2006-2007, il faut élaborer une campagne de sensibilisation efficace à tous les niveaux, et notamment entrer en contact direct avec les médias et les tenir informés pour favoriser l'intensification de l'engagement et de l'investissement.
- La collaboration et la coordination interdépartementales sont loin d'être optimales. Afin d'y remédier, des groupes de travail seront constitués en 2006-2007 pour examiner ce qui pourrait être fait en collaboration avec d'autres domaines d'activité, tels que ceux portant sur le paludisme, la santé de l'enfant et de l'adolescent, le VIH/SIDA, la nutrition et ceux en rapport avec le développement des systèmes de santé et divers aspects de la santé génésique, compte tenu de la nécessité d'éviter tout chevauchement d'activités.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	38 711	12 370	10 503	22 873
des pays	51	59	2	33
Pourcentage alloué au niveau des Régions	16	31	26	29
mondial	33	10	72	38

SANTÉ DE LA FEMME

Objectif(s) de l'OMS

Apporter un soutien aux Etats Membres pour l'élaboration de politiques, stratégies et interventions qui s'attellent efficacement aux problèmes de santé de première priorité et négligés des femmes pendant toute leur existence, et pour la création d'un ensemble de données factuelles sur l'influence de la sexospécificité sur la santé, et d'instruments, normes et critères visant à assurer une meilleure prise en compte des sexospécificités dans les interventions sanitaires, et à promouvoir l'équité entre les sexes au plan de la santé.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Augmentation des ressources financières et humaines consacrées aux problèmes de santé des femmes et à l'intégration de considérations sexospécifiques dans toute l'activité de l'OMS. La réception de fonds expressément destinés à la lutte contre le VIH/SIDA a eu pour effet de majorer les crédits alloués au Siège, tandis que les ressources financières et humaines des bureaux régionaux sont restées insuffisantes. Si les activités relatives aux sexospécificités se sont intensifiées par suite de la politique de l'OMS en la matière, il s'avère que l'intégration des sexospécificités n'est pas encore systématique dans l'action de l'Organisation.

Principales réalisations

- Un rapport historique sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes a été établi et un manuel de formation s'y rapportant a été parachevé.¹ Cette étude incorpore des données recueillies auprès de 24 000 femmes originaires de 10 pays.
- Une nouvelle initiative, destinée à démontrer et valoriser le rôle que jouent les hommes pour faire progresser l'égalité des sexes en matière de santé, a été lancée au Siège dans le cadre d'une action tendant à instaurer l'équité au plan de la santé pour la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes.
- Le Siège a accueilli l'initiative de recherche sur la violence sexuelle afin d'encourager le pragmatisme pour réduire l'ampleur au phénomène et y faire face.
- Au cours de l'exercice biennal, l'objet et la désignation de ce domaine d'activité ont évolué, à l'instar du Département, passant d'une approche centrée exclusivement sur la santé des femmes à une approche plus large, axée sur l'égalité entre les sexes. A l'OPS, l'unité concernée a aussi été rebaptisée et rattachée directement au Bureau du Sous-Directeur, améliorant ainsi de façon significative son positionnement stratégique dans l'Organisation. La politique de l'Organisation panaméricaine de la santé en matière d'égalité des sexes a été adoptée par le 46^e Conseil directeur de l'OPS, en septembre 2005.²
- En mai 2005, le Conseil exécutif a demandé qu'un projet de stratégie et de plan d'action tendant à incorporer les sexospécificités dans l'action de l'OMS lui soit présenté à sa cent dix-septième session.³

Illustration de certaines réalisations

Par suite de l'attention que les bureaux régionaux ont accordée à la santé de la femme au cours de l'exercice, plusieurs résultats tangibles ont été obtenus, notamment l'évaluation d'un plan régional destiné à accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines dans la Région africaine, ainsi qu'une série d'activités de suivi en matière de prévention et de prise en charge ; le recueil des études de cas réalisées dans sept pays de la Région européenne sur la politique relative à la sexospécificité et la santé ; l'intégration des sexospécificités dans la formation médicale, à laquelle a procédé la Région de l'Asie du Sud-Est en Inde, au Népal et en Thaïlande ; et la tenue d'une consultation portant sur la problématique homme/femme, la santé et la religion dans la Région de la Méditerranée orientale.

¹ *L'étude sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² Résolution CD46.R16.

³ Document EB116/2005/REC/1, procès-verbal de la deuxième séance.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Actualisation ou publication et utilisation de normes, modules de formation, outils d'information et directives concernant certains problèmes de santé des femmes à l'appui des Régions et des pays pour la formulation et la mise en oeuvre de politiques et de programmes et le suivi des progrès

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de documents pertinents (normes, modules de formation, outils d'information et directives) publiés ou actualisés	0	12	24
Proportion des Régions et des pays cibles ayant utilisé ou adapté ces instruments pour élaborer ou mettre en oeuvre des politiques ou des programmes	0	Non établie	10 %
Nombre de pays surveillant systématiquement la santé des femmes	0	24	25

Au cours de l'exercice biennal, plusieurs normes, modules de formation, outils d'information et documents d'orientation relatifs à certains problèmes de santé des femmes ont été publiés. Ils concernaient notamment la violence sexuelle et la violence liée au sexe, la mutilation des organes génitaux féminins, la santé sexuelle et génésique et les droits s'y rapportant, les femmes en situation de crise, les réformes du secteur de la santé, l'éducation des professionnels de santé, les indicateurs de santé, et l'intégration des considérations sexospécifiques dans le courant dominant des recherches axées sur la santé mentale, le cancer du poumon et la tuberculose. Les Régions ont signalé que les pays utilisent activement et manifestement bon nombre de ces documents pour éclairer l'élaboration des politiques et des programmes. Il n'y a guère de pays qui surveillent de façon systématique la santé des femmes, bien que certains mentionnent des indicateurs de base qui sont ventilés par sexe.

Réalisation par l'OMS d'examens fondés sur des données factuelles et de la collecte de données nouvelles relatives à l'influence des sexospécificités sur la santé et sur certains problèmes de santé des femmes, et diffusion et application à des fins de sensibilisation et d'élaboration des politiques des informations ainsi obtenues

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de projets mis sur pied fournissant des données factuelles concernant l'influence des sexospécificités sur divers aspects de la santé	0	5	14
Nombre de produits mis au point et d'activités déployées pour diffuser les résultats aux Régions et aux pays, ainsi qu'aux professionnels et au grand public	0	40	47

La fourniture de données factuelles concernant l'influence des sexospécificités sur divers aspects de la santé a été l'une des fonctions de base, exercées notamment au niveau du Siège, dans le domaine de la santé des femmes. Ces données ont pour objet de convaincre le grand public que l'inégalité entre les sexes pèse sur les risques, l'état de santé, le comportement de recours aux soins et l'accès aux soins. L'étude multipays sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes compte au nombre des grandes réalisations en la matière, de même que les profils établis dans plusieurs pays sur le thème des sexospécificités et de la santé. Parmi les autres initiatives et activités menées à bien figurent la préparation, par l'OPS, d'une brochure statistique biennale,¹ l'organisation, par le Bureau régional du Pacifique occidental, d'un atelier régional consacré aux sexospécificités et aux droits relatifs à la santé génésique et maternelle, ainsi que la préparation, au Siège, d'une série d'études sur les sexospécificités et la santé en rapport avec la tuberculose, le cancer du poumon et la santé mentale. Cette série visait à aborder les principaux problèmes que pose l'intégration des considérations sexospécifiques dans la recherche en santé.

¹ *Gender, Health, and Development in the Americas. Basic Indicators 2005*. Washington, Organisation panaméricaine de la Santé, 2005.

Mise au point d'instruments et de directives et adoption de processus destinés à faciliter l'intégration de considérations sexospécifiques dans les activités techniques de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'instruments servant à analyser les sexospécificités et à inclure des considérations sexospécifiques dans les activités techniques produits, essayés et en usage	0	Non établie	4
Proportion des programmes hautement prioritaires de l'OMS qui utilisent les instruments mis au point	0	Non établie	Proportion non connue

Des progrès ont été accomplis dans la production, à l'intention du personnel de l'OMS et de ses homologues nationaux, d'instruments servant à analyser les sexospécificités puis les planifier. Dans la Région de la Méditerranée orientale, des matériels de formation à la gestion fondée sur les résultats, à l'appui de la planification opérationnelle, ont été révisés afin d'incorporer la dimension analyse des sexospécificités et planification et d'exprimer l'espoir que ces matériels pourront être partagés avec d'autres Régions. Les considérations sexospécifiques ont aussi été intégrées, aux plans mondial et régional, à divers documents concernant d'autres domaines techniques.

Lancement de nouvelles initiatives intégrant des perspectives sexospécifiques dans les programmes techniques, et contrôle et diffusion des résultats et des analyses

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de programmes techniques, Régions et pays lançant des initiatives intégrant régulièrement des perspectives sexospécifiques dans leurs activités	0	Non établie	38
Nombre de rapports, brochures et autres matériels publiés aux niveaux régional, national et mondial à l'appui de ces initiatives	0	40	36
Nombre d'ateliers et autres réunions destinés à communiquer les résultats à des publics différents	0	15	19

Les considérations sexospécifiques, en particulier celles qui ont trait à la violence et à l'intégration, sont maintenant incorporées dans les activités d'autres programmes techniques et dans les fonctions transversales de l'OMS et des gouvernements, comme les statistiques sur la santé. Des rapports régionaux indiquent que les organes de liaison pertinents ont réagi en amont pour favoriser l'intégration d'une perspective sexospécifique dans l'action de l'OMS par l'intermédiaire de réunions, d'ateliers, de publications et d'activités menées dans les pays.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- L'engagement politique des Etats Membres attesté par : la reconnaissance de l'importance dévolue à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec la santé ; le soutien accordé en 2005 lors de la réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies, laquelle demandait au Secrétaire général d'inviter les responsables de tous les organismes des Nations Unies à contribuer à l'élaboration d'une stratégie tendant à intégrer les considérations sexospécifiques d'un bout à l'autre du système ; la résolution WHA58.30 de l'Assemblée mondiale de la Santé, intitulée Accélérer la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire, laquelle demandait aux Etats Membres de veiller à ce que les politiques de santé et de développement s'appuient sur une analyse sexospécifique et de s'efforcer d'instaurer l'égalité des sexes et d'autonomiser les femmes.

- L'existence, dans toutes les Régions, de partenariats et de réseaux qui partagent des valeurs et des objectifs communs et qui réunissent les acteurs gouvernementaux, les représentants de la société civile, les partenaires du développement et d'autres entités des Nations Unies. Parmi les exemples circonstanciés figurent l'élaboration d'un plan de travail conjoint par six organes régionaux de l'Union africaine ; des alliances stratégiques conclues avec des organisations régionales de premier plan, des organisations non gouvernementales, d'autres institutions des Nations Unies, et le système interaméricain de la Région des Amériques ; ainsi que la collaboration avec toute une gamme d'autres organismes des Nations Unies et acteurs au niveau du Siège.

Obstacles

- L'engagement et l'appui en faveur de l'intégration des sexes au sein de l'OMS n'ont pas encore été pleinement réalisés. La notion de responsabilité partagée et d'obligation redditionnelle n'est toujours pas respectée aux plus hauts niveaux de l'Organisation. La sexospécificité est souvent considérée comme une discipline ou un programme vertical, et non comme une approche permettant d'améliorer l'efficacité, qui doit être intégrée à l'action de toute l'Organisation.
- L'analyse des sexes et la planification au sein du personnel de l'OMS se caractérisent par un manque de communication, une faible prise de conscience et des compétences limitées. Les ressources humaines et financières sont, elles aussi, insuffisantes à tous les échelons.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Faute de transparence, il n'est pas possible d'encourager l'adhésion des programmes techniques. En l'espèce, la clé du succès passe par le transfert de responsabilité de l'intégration des sexes aux administrateurs de toutes les unités. Par conséquent, l'objectif consistera à mettre en place des mécanismes institutionnels d'obligation redditionnelle en faveur de l'intégration des sexes.
- Des efforts de mobilisation s'imposent pour veiller à ce que les ressources humaines et financières soient disponibles à tous les niveaux de l'Organisation. Une action sera menée pour étoffer les effectifs des bureaux régionaux, en particulier ceux de l'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	15 094	3 301	5 283	8 583
des pays	23	26	5	13
Pourcentage alloué au niveau des Régions	20	30	13	20
mondial	57	44	82	67

VIH/SIDA

Objectif(s) de l'OMS

Soutenir la mise en oeuvre, l'intégration et l'intensification des interventions essentielles du secteur de la santé contre le VIH/SIDA dans les pays et les communautés.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Augmentation du nombre des pays cibles qui témoignent, dans l'ensemble du secteur de la santé, de compétence et de capacité face au VIH/SIDA.
L'appui technique accordé à plus de 120 pays s'est traduit par une amélioration substantielle du nombre de pays capables de témoigner, dans l'ensemble du secteur de la santé, d'un certain niveau de compétences et de capacités face au VIH/SIDA.

Principales réalisations

- La stratégie des « 3 millions d'ici 2005 », lancée en décembre 2003 par l'OMS et l'ONUSIDA, a été saluée en mai 2004 par l'Assemblée de la Santé.¹ L'action menée au plan mondial pour étendre l'accès au traitement antirétroviral salvateur s'est fortement intensifiée grâce à cette initiative qui permet à de plus en plus de personnes de bénéficier d'un traitement dans toutes les régions du monde. Des 400 000 personnes sous traitement antirétroviral recensées en décembre 2003 dans les pays à revenu faible et intermédiaire, l'estimation est passée à 1,3 million en décembre 2005.
- Dans le cadre de l'effort mondial visant à atteindre la cible des « 3 millions d'ici 2005 », l'OMS a fourni un appui technique à plus d'une centaine de pays pour les aider à intensifier leur action nationale, à savoir : élaboration de plans nationaux d'élargissement, formation du personnel de santé, meilleure mise à disposition et utilisation du conseil et du dépistage du VIH, renforcement des systèmes d'achat et d'approvisionnement en médicaments et en épreuves diagnostiques et application de directives et de protocoles de traitement simplifiés, compatibles avec une approche de santé publique.
- L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a nécessité la mobilisation d'un partenariat mondial pour étendre le traitement et accélérer la prévention du VIH. Fin 2005, plus de 200 organisations partenaires agissaient de concert avec l'OMS ou contribuaient d'une autre façon à réaliser l'objectif fixé. Il s'agissait notamment de « SIDA : médicaments et moyens diagnostiques », partenariat de premier plan regroupant une quinzaine d'organismes qui aident les pouvoirs publics et les organisations non gouvernementales à consolider les capacités locales dans le domaine des achats de médicaments essentiels, y compris les antirétroviraux, et de la gestion des stocks.
- Soucieuse de s'assurer que les médicaments répondent aux normes internationales de fabrication et d'innocuité, l'OMS a renforcé son projet de présélection ; par ailleurs, elle continue d'actualiser la liste des médicaments essentiels. L'Organisation accueille aussi le secrétariat du réseau intitulé Résistance au VIH, lequel regroupe au plan mondial des laboratoires qui seront chargés de surveiller la pharmacorésistance du VIH.
- L'OMS a oeuvré dans 29 pays au moins pour appuyer l'adoption de la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte dans les programmes de formation destinés aux agents de santé et aux animateurs communautaires. Cette approche propose des cours de formation efficaces et de courte durée qui inculquent aux agents de santé les rudiments nécessaires pour administrer un traitement antirétroviral et accompagnent le transfert de tâches nécessaire non seulement pour transposer le traitement à une échelle supérieure, mais aussi pour les soins prodigués aux malades chroniques.
- L'initiative « 3 millions d'ici 2005 » a permis de prouver que le traitement antirétroviral est réaliste et abordable en situation de ressources limitées, et a ouvert la voie de l'élargissement ultérieur vers l'accès universel au traitement à horizon 2010. L'élargissement du traitement antirétroviral a aussi mis en lumière la nécessité d'accélérer simultanément les efforts de prévention du VIH, en particulier dans le secteur de la santé, et de veiller à ce que les possibilités nées de l'expansion des interventions de lutte contre le VIH/SIDA contribuent à la consolidation des systèmes de santé en général.

¹ Résolution WHA57.14.

Illustration de certaines réalisations

L'une des réalisations majeures de cet exercice a consisté à renforcer les capacités des bureaux de pays. Cela s'est notamment traduit par le recrutement international de 39 spécialistes du VIH pour les bureaux de pays, répartis comme suit : 22 dans la Région africaine, trois dans la Région des Amériques, quatre dans la Région de l'Asie du Sud-Est, trois dans la Région européenne, quatre dans la Région de la Méditerranée orientale et trois dans la Région du Pacifique occidental. En outre, le nombre de cadres nationaux et autres a été majoré pour représenter au moins 80 personnes. Dans 56 pays, la gestion de l'approvisionnement et des stocks a été confortée à l'aide d'ateliers de planification, organisés avec le concours de divers partenaires, par exemple la consolidation du fonds autorenouvelable régional de l'OPS pour les stocks stratégiques de santé publique. Ce fonds a facilité l'acquisition d'antirétroviraux à hauteur de plus de US \$5 millions et la mise au point de plans d'approvisionnement dans sept pays.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation**Formulation et diffusion de conseils normatifs devant permettre aux pays d'améliorer les services et les interventions de prévention, de traitement et de soins**

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles utilisant et/ou adaptant les instruments de l'OMS pour la prise en charge du VIH et des maladies apparentées, y compris la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles, et pour l'achat, la fabrication, la réglementation et l'utilisation des médicaments et épreuves diagnostiques liés au VIH	26	50	95

Dans la Région africaine, 25 Etats Membres ont adapté ou appliqué les directives et ensembles d'instruments de l'OMS pour le traitement de la maladie et 16 pays ont mis en oeuvre in extenso la série d'interventions essentielles contre le VIH/SIDA. Le Bureau régional des Amériques a soutenu l'élaboration et l'adaptation d'une large gamme de directives et ensembles d'instruments comme l'élaboration des directives caribéennes applicables au conseil et au dépistage volontaires du VIH, et les directives d'appui aux soins et au traitement du VIH avec une approche de santé publique. Quatre Etats Membres au moins ont mis en oeuvre des interventions visant à décentraliser le traitement antirétroviral suite aux directives de l'OMS. Sept Etats Membres ont bénéficié d'un appui pour élaborer des plans d'acquisition et améliorer leur système d'approvisionnement et de distribution. Quatorze Etats Membres ont procédé à une évaluation de leur politique pharmaceutique, en insistant sur la réglementation relative aux médicaments génériques et deux pays ont procédé à l'évaluation de leur système d'approvisionnement en antirétroviraux. Neuf Etats Membres ont bénéficié d'un soutien pour examiner leurs normes nationales et protocoles de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, et une adaptation régionale des directives OMS pour le dépistage du VIH a été achevée. Un nouveau type de conseil, axé sur les jeunes, a été expérimenté et est appliqué dans sept pays ; quatre pays bénéficient de l'appui du Bureau régional pour élaborer des plans nationaux et/ou opérationnels destinés à élargir la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a assisté à la conception et à l'adaptation de toute une gamme de modules de formation destinés aux pays, par exemple dans le domaine du conseil et du dépistage, de la réduction des risques et du diagnostic biologique du VIH, et des infections opportunistes. Au Bureau régional de l'Europe, des protocoles de traitement et de soins (dont l'administration d'antirétroviraux aux toxicomanes IV) s'adressant au départ aux pays de la Communauté des Etats indépendants ont été mis sur pied, actualisés et étendus afin d'être pertinents pour l'ensemble de la Région. De concert avec ses homologues nationaux, le Bureau régional a établi des exposés stratégiques valorisant les différentes options possibles pour réduire le prix des antirétroviraux à l'intention des pays de la Communauté des Etats indépendants. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a adapté les documents relatifs à la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte pour que le Soudan puisse les utiliser et les directives sur les thérapeutiques antirétrovirales pour que Djibouti les applique. Le Bureau régional du Pacifique occidental a élargi l'utilisation des directives sur la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte dans trois Etats Membres et celle des directives de l'OMS applicables au traitement et aux soins types dans six Etats Membres. Le Siège a apporté son soutien aux bureaux régionaux en établissant 55 directives et outils normatifs à diffuser en sus des documents relatifs au renforcement intégré des capacités.

Formulation ou adoption de mécanismes nationaux et mondiaux plus complets et fiables pour la surveillance, le suivi et l'évaluation du VIH

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles effectuant des études de surveillance dans des groupes reconnus comme prioritaires, y compris la surveillance des schémas de comportement et de résistance aux antirétroviraux	88	130	143
Nombre d'examen fondés sur des données factuelles à l'appui des stratégies	132	220	246

Au sein de la Région africaine, le nombre d'Etats Membres appliquant correctement les directives relatives à la surveillance de deuxième génération du VIH a progressé de deux à 20. Le Bureau régional des Amériques a concentré ses efforts sur le renforcement des capacités de surveillance et d'évaluation au niveau des pays. Des ateliers régionaux et nationaux ont été organisés et des visites de suivi et d'évaluation ont été soutenues au moins dans quatre Etats Membres avec le concours d'autres partenaires. En collaboration avec d'autres partenaires aussi, un plan de surveillance a été élaboré pour la région d'Amérique centrale et cinq pays ont mis sur pied des plans nationaux de surveillance. Un réseau épidémiologique a fourni une coopération technique horizontale dans le domaine du suivi et de l'évaluation, y compris de la surveillance. L'OPS a coordonné au moins sept échanges interpays. Le Bureau régional de l'Europe a effectué, à l'échelle de la Région, une surveillance régulière des infections sexuellement transmissibles/du VIH et du SIDA dans les 52 Etats Membres ; il a aussi actualisé les aide-mémoire épidémiologiques et les estimations de la couverture et des besoins en antirétroviraux propres à la Région et à chaque pays pour les 52 Etats Membres. Un centre d'échange de connaissances sur la surveillance de deuxième génération a été instauré en Croatie, ce qui a permis de proposer toute une série de programmes régionaux de formation. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale s'est concentré sur la formation régionale à la surveillance de deuxième génération du VIH/SIDA pour tous les pays concernés. Il a aussi prêté son concours technique pour mettre en place ce type de surveillance au Pakistan, en République islamique d'Iran et au Yémen ; en collaboration avec Family Health International, il a entrepris de former des équipes nationales dans les Etats Membres de la Région. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a mis en place des systèmes de surveillance de deuxième génération, y compris des systèmes intégrés de surveillance du VIH/SIDA, des infections sexuellement transmissibles et des comportements dans la quasi-totalité des pays. Le Bureau régional a en outre été à même de lancer des projets d'étude sur la pharmacorésistance du VIH dans des pays où les programmes d'antirétroviraux sont en cours d'extension. La Région du Pacifique occidental a réussi à faire intervenir largement les Etats Membres dans les enquêtes se rapportant au VIH/SIDA, aux infections sexuellement transmissibles et aux comportements. Au Siège, l'effort s'est porté sur l'élaboration d'un cadre et d'un protocole sur la pharmacorésistance du VIH, les questions relatives à l'établissement des prix des antirétroviraux dans le monde, l'évaluation de la gestion de l'approvisionnement et des stocks au niveau des pays et le suivi des rapports consacrés à l'élargissement du traitement dans les pays.

Mesures prises pour encourager une action mondiale dynamique et adaptée et des partenariats novateurs en faveur de la recherche, y compris la mise au point d'un vaccin et de microbicides et la recherche opérationnelle

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'initiatives de recherche renforcées au moyen des mécanismes de l'OMS	7	17	24

Le Bureau régional de l'Afrique a conforté une initiative de recherche effectuée par l'intermédiaire du Programme africain de vaccins contre le SIDA. Le Bureau régional des Amériques a soutenu des études multicentriques portant sur les comportements sexuels parmi les groupes à haut risque en Amérique centrale et dans les Caraïbes. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a organisé au plan régional une consultation informelle consacrée à la recherche opérationnelle sur l'élargissement des soins et du traitement, ce qui a conduit l'OMS à soutenir deux études menées dans la Région. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a été à même d'apporter son concours à une douzaine de projets de recherche. Le Bureau régional du Pacifique occidental a été à l'origine d'une étude sur l'herpesvirus humain et le VIH. Avec le concours du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, le Département VIH/SIDA du Siège a pu amorcer dans trois pays de la Région africaine une série d'études de recherche opérationnelle.

Renforcement de la sensibilisation aux problèmes du VIH/SIDA et de la planification stratégique au moyen de la promotion et de l'établissement de partenariats multisectoriels

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays incorporant les recommandations de la stratégie mondiale du secteur de la santé à leurs plans nationaux	40	60	80
Nombre de liens de collaboration et de partenariats stratégiques appuyés par l'OMS	10	200	210

Le Bureau régional de l'Afrique a été à même d'appuyer l'élaboration d'un plan national permettant à neuf pays de faire intervenir leur secteur de la santé face au VIH/SIDA et d'établir deux cadres de partenariats sous-régionaux pour l'Afrique orientale et australe et pour l'Afrique occidentale et centrale. En novembre 2005, le Bureau régional des Amériques a lancé un plan régional de lutte contre le VIH/les infections sexuellement transmissibles pour 2006-2015. Ce plan contient une stratégie du secteur de la santé tendant à réaliser l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement. Deux réunions régionales du Comité technique consultatif ont eu lieu avec toute une gamme de partenaires, dont les coordonnateurs des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, des partenaires internationaux, des représentants de la jeunesse et des représentants de la société civile, des personnes vivant avec le VIH et du personnel attaché à l'OPS/OMS. La quasi-totalité des 24 pays d'Amérique latine et des Caraïbes qui ont communiqué des données ont instauré une politique nationale d'accès au traitement antirétroviral et lancé des actions de niveau national pour améliorer les services de la Région. En 2005, avec l'appui de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 », deux pays (Guatemala et Guyana) ont mis au point des plans stratégiques nationaux pour 2006-2010. Dans la Région de la Méditerranée orientale, 15 pays ont élaboré un programme national de lutte contre le SIDA à titre de priorité, et tous les pays de la Région ont intensifié les campagnes d'information et les activités promotionnelles de lutte contre le VIH/SIDA en recourant aux médias et à d'autres moyens de communication. Le Bureau régional de l'Europe a renforcé, développé et entretenu des partenariats dynamiques avec au moins cinq entités ; des partenariats techniques et financiers ont été mis en place avec des organismes d'aide et plusieurs gouvernements européens. Tous les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est ont incorporé des recommandations de la stratégie mondiale du secteur de la santé à leurs plans nationaux, et trois pays ont bénéficié d'un soutien technique direct pour élaborer leurs plans nationaux. Dans la Région du Pacifique occidental, cinq pays ont intégré des composantes de la stratégie mondiale du secteur de la santé à leurs plans nationaux ainsi qu'aux partenariats conclus à l'échelle du pays avec divers organismes d'aide. La contribution du Siège a consisté à coordonner, affiner et poursuivre une stratégie mondiale de sensibilisation et de communication autour de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » afin d'assurer la visibilité de l'OMS lors des grandes manifestations et de trouver les moyens de financer le domaine d'activité relatif au VIH/SIDA, lequel manque cruellement de moyens.

Soutien fourni aux pays pour le renforcement des capacités nationales et des compétences techniques et l'amélioration de l'action du système de santé contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles, y compris la planification, l'allocation de ressources, la prestation et l'évaluation des services et des interventions

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles qui renforcent les compétences du secteur de la santé dans le domaine du VIH/SIDA, y compris l'utilisation des instruments normatifs et des ressources de l'OMS	30	60	73
Nombre de pays ayant eu accès au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et/ou au soutien d'autres donateurs avec l'assistance technique de l'OMS	20	50	55

La mise en place dans 19 pays africains de la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte s'est effectuée en collaboration avec le Bureau régional de l'Afrique et le Département VIH/SIDA du Siège. Au cours de l'exercice biennal, une assistance technique a été fournie à 15 pays pour leur faciliter l'accès et le recours aux opportunités de financement offertes par le

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme dans la Région africaine. Le Bureau régional des Amériques a épaulé bon nombre de pays pour élaborer les projets qu'ils soumettront au Fonds mondial et résoudre les problèmes connexes, y compris un atelier organisé à l'intention des cinq pays qui ont obtenu de nouvelles bourses en 2005. Une priorité élevée a été accordée à la mise en valeur des ressources humaines et 18 pays ont organisé des sessions de formation destinées au personnel de santé. Le processus d'adaptation à l'Amérique latine et aux Caraïbes de la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte a été enclenché ; Haïti a organisé un atelier national pour adapter cet instrument. Plusieurs pays ont aussi bénéficié du soutien de l'OPS/OMS pour transformer les services existants en points d'accès à la prévention, aux soins et au traitement du VIH, et le Belize, le Honduras et le Nicaragua ont lancé des projets visant à resserrer les liens entre les services chargés du VIH et de la violence domestique. Près de la moitié des Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale disposent maintenant d'un protocole normalisé pour administrer un traitement antirétroviral aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, et 19 Etats Membres sur les 21 que compte la Région ont mis en place un dispositif de contrôle des produits sanguins et de prévention des infections totalement fiable. Le Bureau régional de l'Europe a porté ses efforts sur la mise au point de plans nationaux d'élargissement du traitement, de directives pour la prévention, le traitement et les soins, l'élaboration et la mise en oeuvre des projets du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et l'accroissement de la capacité du secteur de la santé dans les pays. Il y est parvenu grâce à l'intensification de l'assistance technique directe que l'OMS prodigue aux pays de toute la Région. Les outils de formation élaborés par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est ont permis d'étoffer les compétences du secteur de la santé dans 11 pays de la Région. Ces outils englobaient toute une gamme de domaines, par exemple le conseil et dépistage volontaires, la prise en charge clinique, le traitement antirétroviral, la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte, la tuberculose/le VIH, les soins infirmiers, la profession de sage-femme, l'appui aux laboratoires et la surveillance. Une assistance technique a également été fournie à trois pays concernant les demandes de bourses présentées au Fonds mondial. Le Bureau régional du Pacifique occidental a, lui aussi, épaulé les pays en la matière et sept d'entre eux ont vu leur proposition relative au VIH approuvée pour financement. Le Siège a concentré son action sur l'octroi, à la demande, d'une assistance ponctuelle aux niveaux régional et des pays, et s'est employé à faciliter et accélérer l'engagement au niveau des bureaux de pays d'un collaborateur chargé de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ».

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Présence renforcée de l'OMS dans les bureaux régionaux et de pays, laquelle a permis d'améliorer l'assistance technique.
- Ressources suffisantes pour développer l'appui technique aux niveaux régional et des pays.
- Large recours aux partenariats, à la coordination et à la coopération avec toute une gamme de protagonistes.
- Ciblage clair sur les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation en ce qui concerne le traitement et les soins relatifs au VIH/SIDA, relayé par une approche de santé publique.
- Engagement politique et action des pays permettant une synergie entre l'OMS, les autorités sanitaires nationales et les parties prenantes nationales.
- Priorité et soutien accordés au VIH/SIDA au plus haut niveau d'administration du Secrétariat.
- Approche interprogrammatique et harmonisation des différents niveaux (de pays, sous-régional, régional et mondial).

Obstacles

- Le besoin urgent de renforcer les systèmes de santé et les ressources humaines des pays.
- L'ostracisme et la discrimination répandus dans les programmes et services de santé à tous niveaux et dans la communauté restent un obstacle majeur à l'accès universel aux services de prise en charge du VIH.
- Un manque de coordination, en particulier au niveau des pays, pour harmoniser le recrutement et la mise en place progressive des compétences de l'OMS avec la croissance rapide des ressources financières, notamment en 2005.
- Les problèmes de gestion de l'approvisionnement et des stocks posés par les médicaments contre le VIH.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- La cible des « 3 millions d'ici 2005 » a eu un effet catalyseur important au niveau mondial et a été reconnue comme une étape majeure, s'inscrivant dans une action mondiale à plus long terme pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement relatifs à la santé. Elle a prouvé qu'il est possible de fournir un traitement même dans les situations où les

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

ressources sont extrêmement problématiques, mais qu'une planification judicieuse et des infrastructures bien soutenues sont toutes deux capitales. Elle illustre surtout le fait qu'un soutien financier international élargi, une coordination internationale resserrée et une communication améliorée, des indicateurs et des cibles claires, un suivi et une évaluation solides, des structures de partenariat renforcées, une meilleure mise en application des enseignements tirés et une polarisation plus grande sur le renforcement des systèmes de santé sont autant d'éléments essentiels pour parvenir à l'accès universel à l'horizon 2010. La cible des « 3 millions d'ici 2005 » a mis en lumière l'importance qu'il y a à exploiter les possibilités et les infrastructures de santé existantes, pour administrer les traitements antirétroviraux et élargir la prévention du VIH dans les contextes où les ressources sont limitées, notamment dans les domaines de la lutte contre la tuberculose, de la santé sexuelle et génésique, de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et de la prise en charge de la dépendance aux substances.

- Les effets positifs des compétences techniques fournies par l'OMS aux niveaux régional et des pays devront perdurer et être approfondis dans certaines Régions afin de conserver la dynamique générée par les résultats de l'exercice 2004-2005.
- Mobiliser des ressources pour maintenir à flot et affiner le programme de l'OMS dans le domaine du VIH/SIDA à moyen et long termes reste un gros défi à relever. En 2004-2005, l'initiative des « 3 millions d'ici 2005 » a retiré un énorme avantage de la subvention de Can \$100 millions, qui est la plus grosse somme jamais reçue par l'OMS. Si l'on veut conserver cette dynamique et l'utiliser pour améliorer l'efficacité d'intervention de l'OMS dans le domaine du traitement du VIH, de la prévention et des soins au cours de l'exercice 2006-2007, il faudra obtenir de nouvelles ressources financières en quantité suffisante.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	218 116	15 462	110 644	126 106
des pays	65	34	42	41
Pourcentage alloué au niveau des Régions	22	34	22	24
mondial	13	32	36	35

DÉVELOPPEMENT DURABLE

Objectif(s) de l'OMS

Faire en sorte que la santé occupe une place centrale dans la lutte contre la pauvreté aux niveaux national et international ainsi que dans les politiques et pratiques de développement (y compris sur le plan économique, social, environnemental et commercial).

Indicateur(s) et degré de réalisation

Augmentation des crédits alloués à la santé tant en valeur absolue qu'en proportion du financement de l'aide au développement. Des engagements importants ont été pris en 2005 en vue d'accroître le financement global de l'aide au développement. L'aide au développement pour la santé a augmenté en proportion du total de l'aide au cours de la période biennale ; les conseils apportés par l'Organisation, son action de sensibilisation et d'analyse ont joué un rôle important dans cette évolution.

Augmentation globale des crédits alloués au niveau national à la santé dans les pays en développement. Un soutien actif a été apporté aux pays en développement pour les aider à accroître les investissements dans la santé à travers l'élaboration des documents stratégiques de réduction de la pauvreté et des cadres de dépenses à moyen terme, les partenariats mondiaux pour la santé et la mise en oeuvre des recommandations contenues dans le rapport de la Commission Macroéconomie et Santé.

Principales réalisations

- Le Forum de haut niveau sur les OMD liés à la santé a aidé à dégager un consensus sur la façon de surmonter les principaux obstacles qui entravent une extension de l'action au niveau des pays en ce qui concerne la quantité et la qualité de l'aide pour la santé, les systèmes de santé et les ressources humaines, le rôle des partenariats mondiaux pour la santé et les circonstances particulières des Etats fragiles. Le défi consiste maintenant à traduire ce consensus en une action concrète au niveau des pays.
- L'OMS a élaboré une politique à l'échelle du système des Nations Unies en matière d'approches sectorielles et dirigé le Groupe des Nations Unies lors du Deuxième Forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide (Paris, 28 février-2 mars 2005), au cours duquel les partenariats mondiaux pour la santé ont fait l'objet d'une attention particulière. On a continué à suivre la façon dont la santé est prise en compte dans les stratégies nationales de réduction de la pauvreté et de nouvelles activités concernant le rôle de la santé, les droits de l'homme et la réduction de la pauvreté ont été bien accueillies. Une grande partie de ces travaux ont été intégrés dans des cours de formation en ligne.
- Les questions de santé figuraient en bonne place dans les conclusions du Sommet mondial de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2005 chargé d'examiner des progrès dans la réalisation des engagements contenus dans la Déclaration du Millénaire.
- Un large éventail d'activités de pays ont été entreprises afin de promouvoir les objectifs du Millénaire pour le développement. Les relations de l'OMS avec les institutions régionales telles que le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique ont également été utiles pour préconiser de faire une plus large place à la santé dans les politiques et plans nationaux.

Illustration de certaines réalisations

Le Comité régional de l'Afrique a adopté une résolution sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé dans la Région africaine ;¹ les participants aux discussions de groupe menées parallèlement à la réunion du Comité régional se sont également demandé comment agir face aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités en matière de santé. Une équipe comportant une composante développement durable a été chargée de coordonner la planification entre les trois niveaux de l'Organisation. Le but est d'offrir à un premier groupe de 13 pays un appui pour instaurer l'accès universel aux soins de santé comme principal élément de la stratégie de l'OMS en 2006-2007 pour aider les Etats Membres de la Région à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Des efforts ont également été faits afin d'aligner les différentes activités en rapport avec les objectifs pour assurer la cohérence de la planification du développement sanitaire, et ce dans les domaines suivants : les déterminants sociaux de la santé, les droits de l'homme, la pauvreté et la santé et la planification du développement sanitaire à travers des processus tels que les approches sectorielles, les cadres de dépenses à moyen terme, les documents stratégiques de réduction de la pauvreté et la planification en rapport avec les objectifs du Millénaire pour le développement. En particulier, l'action concernant les déterminants sociaux de la santé menée au Kenya promet d'offrir un moyen de montrer à d'autres pays comment obtenir des résultats sur le plan sanitaire de manière plus efficace en traitant les déterminants de la santé en amont, et comment intégrer une telle approche dans les cadres et cycles de planification.

¹ Résolution AFR/RC55/R2.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Renforcement des moyens disponibles à l'OMS, aux niveaux mondial, régional et des pays, ainsi que dans les Etats Membres, surtout les pays moins avancés, pour formuler les éléments sanitaires des stratégies nationales de lutte contre la pauvreté, y compris les cadres stratégiques de réduction de la pauvreté

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Evaluation indépendante et approbation de l'élément sanitaire des cadres stratégiques de réduction de la pauvreté	23 documents stratégiques de réduction de la pauvreté examinés	20 documents stratégiques de réduction de la pauvreté supplémentaires examinés	15 documents stratégiques de réduction de la pauvreté examinés
Recours à des outils, mécanismes et programmes de formation et de communication pour développer les capacités de l'OMS et des organismes de développement partenaires ainsi que des partenaires nationaux	Recours négligeable aux outils, mécanismes et programmes	Recours accru aux outils en question	Plus de 150 membres du personnel de l'OMS et des organismes de développement et organismes nationaux ont suivi avec succès le cours Banque mondiale/OMS

Le programme de travail de l'OMS consistant à surveiller la place accordée à la santé dans les documents stratégiques de réduction de la pauvreté a été poursuivi au cours de la période biennale et la base de données de l'OMS sur la santé dans les documents en question a été actualisée. En particulier, en 2001-2002, l'OMS a contribué à apporter une perspective sanitaire au bilan complet de l'approche des documents stratégiques de réduction de la pauvreté auquel ont procédé le FMI et la Banque mondiale. Les principales conclusions destinées à améliorer le soutien aux pays ont porté sur le renforcement de l'orientation à moyen terme des documents stratégiques de réduction de la pauvreté ; le renforcement des liens entre les documents stratégiques, les cadres de dépenses à moyen terme et les budgets ; l'élargissement et l'approfondissement de la participation ; l'utilisation des documents stratégiques comme cadre de responsabilité mutuelle pour les pays et les donateurs ; et l'adaptation des documents stratégiques de réduction de la pauvreté aux besoins des Etats fragiles et touchés par des conflits. Les bureaux régionaux ont fourni un soutien aux Etats Membres soit pour réviser leur stratégie de lutte contre la pauvreté, y compris pour l'estimation des ressources, afin d'élaborer un cadre de dépenses à moyen terme pour le secteur de la santé, soit pour constituer un groupe de travail national macroéconomie et santé et finaliser et publier un rapport national sur l'accroissement des investissements pour améliorer la santé.¹ Un mécanisme gouvernement-donneurs de promotion de l'engagement politique et financier en faveur de la santé pour le développement socio-économique a été mis en place. De plus, des documents qui formeront l'essentiel des matériels de formation ont été commandés et sont actuellement mis au point. Des programmes de formation et des ateliers ont été organisés pour le personnel de l'OMS et les partenaires nationaux afin de favoriser le recours accru aux différents outils.

Mise en oeuvre de programmes de renforcement des capacités dans les Etats Membres afin de protéger et de promouvoir la santé publique dans le contexte des accords commerciaux multilatéraux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Analyse des effets sur la santé publique de l'adhésion aux accords de l'OMC et autres accords commerciaux multilatéraux de certains pays dans chaque Région OMS et élaboration de ripostes stratégiques et politiques	Atelier spécialisé sur le commerce des services de santé et l'Accord général sur le commerce des services. Conclusions de celui-ci à suivre	Conclusions de l'atelier publiées, distribuées aux Régions OMS et aux pays et suivi des progrès mis en place	Atelier interrégional organisé avec la participation des Régions et organisation de missions dans les pays. Des demandes supplémentaires de missions dans les pays sont en suspens en raison des restrictions financières
Création et mise à jour de bases de données sur le site Web de l'OMS concernant les faits et les indicateurs mettant en évidence les liens entre mondialisation et santé	Glossaire et base de données	Le glossaire et la base de données ont été actualisés	Mise à jour régulière du glossaire et de la base de données pour tenir compte de la situation du moment

¹ *Scaling-up health investments for better health, economic growth and accelerated poverty reduction: final draft report of the Ghana Macroeconomics and Health Initiative*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

Des ateliers spécialisés sur le commerce, la santé et la mondialisation ont été organisés au cours de la période biennale et leurs conclusions publiées et présentées dans différentes instances. En collaboration avec le Département Maladies transmissibles, des études ont été effectuées sur l'évaluation rapide des répercussions économiques d'épidémies mondiales de maladies. Les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental ont collaboré à l'organisation d'un atelier interrégional à New Delhi en octobre 2004, qui portait sur la cohérence des politiques nationales et le développement des capacités en matière de commerce et de santé pour les pays en voie d'adhésion à l'OMC. Soixante participants des ministères de la santé et du commerce de 19 pays se sont demandé comment protéger et promouvoir la santé pendant que leurs pays menaient les négociations en vue de l'adhésion. Les pays ont préparé des projets de plan d'action nationaux sur le commerce et la santé afin que les groupes de travail existants ou nouvellement constitués dans ce domaine et comprenant des partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux majeurs puissent en approfondir l'examen et en poursuivre l'élaboration. Un groupe de travail technique de l'OMS sur la mondialisation, le commerce et la santé a rédigé un rapport du Secrétariat sur le commerce international et la santé qui a été examiné par le Conseil exécutif à sa cent-seizième session.¹ Deux cours de formation sur les accords commerciaux multilatéraux et la santé publique, et la politique de santé et la mondialisation ont été organisés au Siège. En réponse aux demandes formulées par des Etats Membres, des missions sur le commerce et la santé ont été envoyées en Malaisie et au Viet Nam en 2004.

En collaboration avec les organismes partenaires, y compris les organisations du système des Nations Unies, mise en commun des connaissances et des bonnes pratiques concernant les avantages sur le plan de la santé des politiques intersectorielles avec les Etats Membres dans toutes les Régions de l'OMS ; domaines de collaboration couverts : emploi, éducation, politique macroéconomique, environnement, transport, nutrition, sécurité alimentaire et logement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Utilisation d'instruments d'évaluation de l'impact sur la santé dans certains pays	Peu de politiques sanitaires assorties de plans d'investissement liant les stratégies au financement, au suivi et à l'évaluation	Mécanismes nationaux intersectoriels pour la santé et le développement mis en place afin d'élaborer des plans d'investissement sanitaire à intégrer dans les stratégies sectorielles	Près de 13 pays ont établi des mécanismes nationaux intersectoriels qui se sont traduits par une analyse de la santé et du développement à l'initiative des pays et, dans certains cas, par des plans d'investissement assortis de cibles et de coûts précis, et liés à d'autres processus de développement
Nombre de membres du personnel de l'OMS, aux niveaux mondial, régional et des pays, formés à l'utilisation de l'analyse transsectorielle ainsi qu'aux méthodes de planification et de prise de décision dans un ou plusieurs domaines de collaboration	Nombre très limité de membres du personnel formés aux niveaux régional et des pays	Au moins un membre du personnel formé dans chaque bureau régional	Développement des capacités dans les bureaux régionaux soutenu par un réseau d'experts. Au moins un réseau chargé dans chaque Région de soutenir le coordonnateur macroéconomie et santé au bureau régional

Activités de sensibilisation et bilans de situation entrepris dans une quarantaine de pays. Un instrument d'évaluation de l'impact sur la santé à l'intention des autorités locales a été élaboré, diffusé et a commencé à être largement appliqué. Des bilans critiques d'études de cas et de la littérature scientifique concernant l'aménagement urbain et la santé, l'activité physique et l'aménagement urbain ont été effectués. Un bilan critique des profils villes-santé dans toute l'Europe a été effectué. Des études de cas sur le vieillissement en bonne santé et une évaluation de l'impact sur la santé ont été effectuées et présentées. Un ensemble d'indicateurs a été élaboré et mis en commun avec les pays appliquant les recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé. Des rapports régionaux fondés sur les progrès accomplis par les pays dans la mise en oeuvre des recommandations de la Commission Macroéconomie et Santé ont été élaborés. Tous les pays de la Région de la Méditerranée orientale se sont efforcés de recenser des partenaires potentiels pour les initiatives à base communautaire ; parmi les exemples couronnés de succès figurent les pays suivants : Afghanistan, Arabie saoudite, Djibouti, Jordanie, Maroc, Oman, Pakistan, République arabe syrienne, République islamique d'Iran, Soudan et Yémen. Les points focaux OMS des six bureaux régionaux et de nombreux pays soutiennent les mécanismes nationaux macroéconomie et santé et d'autres processus intersectoriels.

¹ Document EB116/4.

Mise en place d'un suivi systématique et évaluation par l'OMS des méthodes, de l'impact et des résultats au plan sanitaire des stratégies de lutte contre la pauvreté, et notamment des progrès sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement, dans toutes les Régions de l'OMS

Mise à profit des nouvelles possibilités de financement en faveur de la santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Influence claire de l'OMS sur l'élaboration et l'application des stratégies de santé et de lutte contre la pauvreté des institutions partenaires	Influence très limitée de l'OMS	Influence accrue de l'OMS sur les stratégies des institutions partenaires	La Banque mondiale et la Commission européenne ont collaboré au Forum de haut niveau sur les OMD liés à la santé ainsi qu'au suivi et à l'établissement de partenariats dans ce domaine
Amélioration de la qualité des demandes de subventions au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, imputable à l'appui technique de l'OMS aux pays	Nombre limité de demandes de subventions de qualité suffisante pour obtenir un financement du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme	Fourniture d'un soutien technique à au moins 5 pays	Soutien technique apporté à 3 pays

En collaboration avec la Banque mondiale, l'OMS a mené à bien une série de réunions du Forum de haut niveau sur les OMD liés à la santé, la troisième et dernière réunion s'étant tenue à Paris en novembre 2005. On est parvenu à un accord sur la nécessité de mobiliser un financement durable à long terme en faveur du secteur de la santé et sur l'extrême importance qu'il y a à accroître le caractère prévisible de l'aide au développement pour la santé. Les discussions portant sur les instruments les mieux adaptés pour assurer une plus grande prévisibilité des ressources se poursuivront en 2006. La Commission européenne a participé avec succès à titre de partenaire privilégié au suivi et à la mise en place de partenariats en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans huit pays en vue d'accélérer la réalisation des objectifs. La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution intitulée : Accélérer la réalisation des objectifs de développement liés à la santé convenus sur le plan international, y compris ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire.¹ Au Niger, des efforts ont été faits pour soutenir une nouvelle orientation en faveur d'une approche sectorielle du développement sanitaire et un plan national de développement sanitaire basé sur les objectifs. Le premier forum international des connaissances sur la pauvreté et les inégalités en matière de santé a eu lieu à Paris en novembre 2004. Plusieurs études de cas illustrant la façon dont les systèmes de santé abordent le problème de la pauvreté ont été réalisées et une publication suivra en 2006. L'OMS a également fourni un soutien à l'Ethiopie, au Kenya et au Mozambique concernant leur demande de financement auprès du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Elaboration d'une stratégie OMS concernant la santé et les droits de l'homme et création de capacités dans toutes les Régions de l'OMS de façon à fournir un soutien technique aux Etats Membres et leur permettre d'intégrer les droits de l'homme dans leurs stratégies nationales de santé et de lutte contre la pauvreté

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Intégration des droits de l'homme dans les stratégies de santé et de lutte contre la pauvreté dans certains pays	Instruments et capacités disponibles limités au niveau des pays	Renforcement des capacités à l'OMS et parmi les partenaires nationaux en vue d'intégrer les droits de l'homme dans les stratégies et plans de santé et lutte contre la pauvreté	Assistance technique fournie aux pays à travers l'élaboration d'outils intégrant une approche fondée sur les droits dans les documents stratégiques de réduction de la pauvreté en ce qui concerne la santé, l'affectation de personnel dans 3 Etats Membres et une contribution technique à 17 stratégies OMS de coopération avec les pays

¹ Résolution WHA58.30.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Prise en compte des avis techniques de l'OMS en matière de santé dans les évaluations de la situation des droits de l'homme dans certains pays dans toutes les Régions de l'OMS	Signes très limités de cette prise en compte	Assistance technique aux évaluations des droits de l'homme liés à la santé apportée dans 6 pays	Assistance technique à 2 pays. Personnel technique à plein temps affecté dans quelques pays seulement pour soutenir la prise en compte des avis techniques

Un groupe de travail, chargé à l'échelle de l'Organisation de guider l'élaboration d'une stratégie OMS sur la santé et les droits de l'homme, a tenu sept réunions en 2004-2005 et rédigé un canevas de stratégie annoté. Les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont tenu des réunions d'information à l'intention des représentants de l'OMS sur la santé et les droits de l'homme. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a organisé une consultation interpays sur le projet de stratégie santé et droits de l'homme. Le Bureau régional de l'Europe a publié son cadre révisé de politique de la santé pour tous intégrant une approche fondée sur les droits de l'homme. Le processus d'élaboration à l'échelle de l'Organisation d'une stratégie OMS concernant la santé et les droits de l'homme n'est toutefois pas achevé et l'on ne sait pas très bien s'il pourra être poursuivi et comment, compte tenu des contraintes budgétaires et autres.

Afin de renforcer les capacités institutionnelles en matière de santé et droits de l'homme, des points focaux ont été créés dans tous les bureaux régionaux. Les bureaux régionaux ont en outre créé des groupes de travail techniques couvrant plusieurs domaines d'activité. Trois cadres associés ont été affectés au Mozambique, en Ouganda et au Viet Nam pour entamer des activités relatives à la santé et aux droits de l'homme dans ces pays. Cinq cours de formation ont été organisés au niveau des pays et deux au niveau régional, et plusieurs séances d'information ont eu lieu au Siège avec des institutions partenaires. Des contributions relatives à la santé et aux droits de l'homme ont été apportées à 17 stratégies de coopération avec les pays. Des modules et des outils de formation, y compris un outil d'enseignement à distance sur le Web, ont également été élaborés. Dans ce contexte, un document d'orientation sur la façon d'appliquer une approche fondée sur les droits de l'homme à la santé dans le contexte des stratégies de lutte contre la pauvreté a été largement diffusé et des consultations ont été entamées afin d'en améliorer encore l'application pratique. Les publications de la série santé et droits de l'homme ont été traduites dans d'autres langues et diffusées (par exemple la bande dessinée sur la stigmatisation du VIH a été présentée dans quatre pays d'Afrique subsaharienne et une publication a été traduite dans une dixième langue).¹ Un plan de travail mondial a été élaboré avec les bureaux régionaux et de pays afin de renforcer l'action de l'OMS dans le domaine de la santé et des droits humains des populations autochtones. Une collaboration efficace a été établie avec les organismes du système des Nations Unies chargés des droits de l'homme, et en particulier les organes des traités relatifs aux droits de l'homme et le Rapporteur spécial de la Commission des Droits de l'Homme sur le droit fondamental que constitue pour tout être humain la possession du meilleur état de santé physique et mental qu'il est capable d'atteindre, notamment en ce qui concerne les indicateurs du droit à la santé et les rapports des organes chargés des traités.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Une meilleure appréciation des liens entre santé et pauvreté et entre santé et croissance économique a créé un climat favorable au développement durable et à la salubrité de l'environnement.
- Des ressources mondiales en augmentation et un intérêt croissant pour le développement sanitaire ont incité les pays à prendre des mesures concernant la santé et le développement durable (par exemple le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, le plan d'urgence du Président des Etats-Unis d'Amérique pour la lutte contre le SIDA, la Fondation Bill et Melinda Gates, la Commission pour l'Afrique et les objectifs du Millénaire pour le développement).
- Une stratégie régionale bien conçue visant à renforcer l'élément sanitaire des initiatives à base communautaire pour garantir aux pauvres un accès aux services de santé de base.
- La volonté politique en faveur de la lutte contre la pauvreté et du développement durable dont ont fait preuve les gouvernements de certains pays, qui ont placé la santé au centre du développement et l'allocation de crédits supplémentaires pour améliorer la situation socio-économique des pauvres.

¹ 25 questions réponses sur la santé et les droits humains. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

- La mise en place de partenariats et la participation de partenaires potentiels afin de soutenir l'extension des programmes.
- Le suivi continu et un contact direct avec les bureaux des représentants de l'OMS.
- L'importance reconnue de l'échange de données d'expérience entre pays.
- L'existence de méthodologies éprouvées concernant les activités liées aux systèmes de santé face à la pauvreté.

Obstacles

- Une collaboration intrasectorielle insuffisante entre les différents programmes liés à la santé.
- Un soutien politique insuffisant au niveau national pour l'institutionnalisation des initiatives à base communautaire dans le cadre des politiques et plans nationaux de santé et développement.
- Des niveaux élevés de pauvreté dans les pays à faible revenu, conjugués à des situations d'urgence complexes, à l'insécurité et aux conflits politiques dans plusieurs pays.
- Les fonds alloués à la lutte contre la pauvreté sont relativement faibles par rapport au niveau réel de la pauvreté.
- La faiblesse des systèmes de fourniture de soins et un manque d'information fiable sur la pauvreté et la santé dans les pays à faible revenu.
- L'allocation insuffisante de fonds qui se répercute sur la planification des ressources humaines et donc sur l'exécution des activités prévues.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Les ressources supplémentaires allouées à l'amélioration de la santé des pauvres représentent un investissement dans le développement. A cet égard, l'appropriation des programmes par les gouvernements est essentielle. Une collaboration active avec les gouvernements sur ce point est donc l'un des objectifs de la prochaine période biennale. Une collaboration étroite et une participation active des représentants des ministères des finances, du budget et du plan sont des facteurs essentiels pour parvenir à élargir le programme de façon durable. La stratégie de coopération avec les pays est un élément central de cette collaboration et une participation active à celle-ci devrait porter ses fruits à l'avenir.
- Le rôle directeur des bureaux de pays de l'OMS, en collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies, les organisations non gouvernementales et d'éventuels partenaires pour la santé et le développement, est essentiel pour accroître l'aptitude des pays à réduire la pauvreté et à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Des partenariats efficaces avec les institutions de l'Union européenne et le Conseil de l'Europe se sont avérés fructueux. Par exemple, le réseau santé établi conjointement par l'OMS et le Conseil de l'Europe a un impact notable et ces activités seront poursuivies au cours de la prochaine période biennale.
- L'importance de pouvoir disposer d'un cadre général pour faciliter les mesures prioritaires, par exemple l'application des recommandations des comités régionaux concernant la pauvreté et la santé, et les activités liées aux objectifs du Millénaire pour le développement. Des liens entre les différentes initiatives et les programmes liés à la santé et au développement tels que les documents stratégiques de réduction de la pauvreté, les approches sectorielles et les stratégies de coopération avec les pays éviteront les doubles emplois et favoriseront les synergies. Ces liens devraient être encore renforcés en collaboration avec d'autres partenaires mondiaux en 2006-2007.
- Les informations fondées sur des données probantes et les descriptions des succès remportés sont des outils importants pour obtenir un soutien élargi de la part des responsables et des administrateurs de haut niveau en faveur de l'extension des programmes. Il est important de disposer d'un réseau établi tel que les villes-santé, car de nombreuses questions liées à la mise en oeuvre des politiques dans les domaines de la santé, de l'environnement et du développement sont en train de devenir des responsabilités au niveau infranational. Les activités de ces réseaux seront activement poursuivies au cours de la prochaine période biennale.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	28 840	15 144	15 864	31 008
des pays	46	43	20	32
Pourcentage alloué au niveau des Régions	22	26	32	29
mondial	32	31	48	39

NUTRITION

Objectif(s) de l'OMS

Fournir aux Etats Membres et à la communauté internationale des avis techniques autorisés et collaborer avec eux afin qu'ils soient mieux à même de repérer, de prévenir, de surveiller et de réduire la malnutrition et les problèmes de santé liés à l'alimentation, et promouvoir une alimentation saine.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Nombre, nature et étendue des avis techniques faisant autorité rédigés et diffusés pour prévenir, prendre en charge et surveiller la malnutrition et promouvoir une alimentation saine. Cinq séries de directives techniques portant sur la prise en charge et le suivi de la malnutrition ont été rédigées, puis diffusées. Des matériels didactiques relatifs à la prise en charge de l'alimentation du nourrisson en situation d'urgence ont été établis et diffusés.

Nombre d'Etats Membres et d'organisations internationales ayant collaboré avec l'OMS pour combattre la malnutrition et promouvoir une alimentation saine. Cent quatre-vingt Etats Membres et bon nombre d'organisations internationales ont collaboré avec l'OMS pour élaborer des stratégies et des programmes de surveillance visant à combattre la malnutrition et à promouvoir une alimentation saine.

Principales réalisations

- L'action menée dans le domaine de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant s'est intensifiée au cours de l'exercice. La première série de normes consacrées à la croissance de l'enfant a été élaborée, expérimentée et était prête à être diffusée auprès des Etats Membres début 2006. Ces nouvelles normes montrent que les enfants originaires de diverses régions géographiques présentent des profils de croissance très semblables lorsque leurs besoins de santé sont satisfaits. D'où l'établissement d'une norme unique de croissance pour les enfants, quelles que soient les circonstances.
- Dans le domaine des micronutriments, des consultations de spécialistes ont recommandé l'établissement de lignes directrices concernant la prévention de la carence en iode chez les femmes enceintes et les jeunes enfants, et la lutte contre les carences en folate et en vitamine B12. Des indicateurs permettant d'évaluer la teneur en zinc et en fer ont aussi été définis. L'Assemblée mondiale de la Santé a, en mai 2005, adopté une résolution tendant à éliminer durablement les troubles dus à une carence en iode.¹
- L'obésité de l'enfant est maintenant reconnue comme un gros problème de santé publique. Les recommandations formulées lors d'une réunion d'experts sur la prévention de la maladie ont donné lieu à l'élaboration d'une référence internationale de croissance pour les enfants d'âge scolaire et les adolescents et à la mise au point de programmes d'intervention sur la nutrition en milieu scolaire.
- Il a été clairement établi que la nutrition avait un rôle déterminant dans la réalisation de la quasi-totalité des objectifs du Millénaire pour le développement. La dénutrition a une incidence sur la mortalité infantile, la santé maternelle et des maladies comme le VIH/SIDA et le paludisme, et a des répercussions sur l'éducation et la sexospécificité.
- La nutrition a aussi été reconnue comme l'un des éléments majeurs d'une approche globale du VIH/SIDA et de l'action de l'OMS face aux situations d'urgence et aux crises survenues lors de l'exercice biennal.
- Le Département a fait l'objet d'une restructuration pour lui permettre de s'atteler aux problèmes de la dénutrition et du double fardeau – de plus en plus lourd – découlant des problèmes nutritionnels. On a insisté sur le resserrement des liens entre les domaines d'activité du programme afin de mettre en place une action intégrée et globale qui s'attaque à la malnutrition, laquelle englobe la sous-alimentation et la suralimentation tout au long de la vie. L'intensification de la collaboration avec les bureaux régionaux et au sein même de ces bureaux a également été considérée comme une priorité.

¹ Résolution WHA58.24.

Illustration de certaines réalisations

Une consultation technique sur le thème de la nutrition et du VIH/SIDA a été réunie à Durban (Afrique du Sud) en avril 2005. Les spécialistes du VIH/SIDA et de la nutrition, les représentants des pays africains les plus touchés, les organisations non gouvernementales et les organisations internationales concernées se sont accordés pour estimer que les données factuelles scientifiques et les expérimentations sur le terrain étaient désormais suffisantes pour permettre aux pays et à la communauté internationale d'incorporer des stratégies de nutrition dans les programmes de traitement et de soins relatifs au VIH/SIDA au plan mondial. A la demande des Etats Membres, un projet de résolution sur la nutrition et le VIH/SIDA sera soumis pour examen à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Formulation de stratégies appropriées et fourniture d'un soutien en vue d'une réduction durable de la malnutrition sous ses diverses formes, d'une amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et de la promotion de bonnes habitudes alimentaires, en particulier en collaboration avec la FAO à travers la Commission du Codex Alimentarius

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre et proportion de pays et de Régions visés ayant élaboré des stratégies et des programmes visant à réduire les principales formes de malnutrition et à promouvoir une alimentation appropriée	0	20	44 pays (220 %)

L'OMS et ses partenaires, dont l'UNICEF, ont encouragé la transposition locale, dans une dizaine d'Etats Membres africains, des recommandations mondiales sur l'alimentation au sein exclusive pendant six mois, puis l'introduction d'aliments complémentaires et la poursuite de l'allaitement. L'Organisation a aussi épaulé ces pays techniquement et financièrement pour qu'ils adoptent des plans d'action. L'initiative des hôpitaux « amis des bébés » a été relancée. Outre la diffusion généralisée d'un guide complet sur le suivi et l'évaluation, des matériels didactiques ont été révisés et simplifiés. Des réunions régionales, tenues en Espagne et au Botswana dans le but d'actualiser les critères mondiaux et les outils de formation et d'évaluation qui s'y rapportent, ont donné l'occasion de constituer des réseaux et d'obtenir une rétroinformation sur la stratégie mondiale concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et les défis que pose le VIH. Neuf cours de formation régionale, nationaux et institutionnels, destinés à 44 Etats Membres de la Région africaine, des Régions de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et des Amériques, et visant à aider les pays à mettre en place la structure nécessaire pour prendre en charge la malnutrition sévère, ont été organisés en 2004 et 2005. De ce fait, il existe maintenant un réseau composé de 81 animateurs qualifiés qui peuvent poursuivre l'action au niveau des pays ; un total de 118 praticiens ont également bénéficié d'une formation.

Renforcement de la surveillance nutritionnelle aux niveaux mondial, régional et des pays grâce à la création et à la mise en service de bases de données nutritionnelles OMS et à des activités connexes de surveillance nutritionnelle

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays disposant de données de surveillance représentatives au niveau national sur les principales formes de malnutrition, et étendue de la couverture nationale et régionale des banques de données nutritionnelles mondiales	50 pays	100 pays	180 pays pour l'anthropométrie de l'enfant (95 % des moins de cinq ans) 97 pays pour l'indice de masse corporelle (85 % de la population adulte, surcharge pondérale/obésité) 130 pays pour l'anémie 161 pays pour des politiques d'alimentation et de nutrition 168 pays pour l'alimentation au sein exclusive et la durée de l'allaitement

Au cours de l'exercice biennal, la tenue à jour et le renforcement des bases de données se sont poursuivis. L'un des temps forts a consisté à établir une base de données intégrée sur la nutrition permettant de dresser des profils par pays.

Fourniture d'un soutien adéquat à certains Etats Membres pour le renforcement et la mise en oeuvre de plans, politiques et programmes nutritionnels nationaux durables

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre et proportion (aux niveaux régional et mondial) de pays visés recevant un soutien technique qui sont parvenus à renforcer leurs plans, politiques et programmes nutritionnels nationaux	40 pays	30 pays	34 pays (113 %)

Quatre cours de formation ont été organisés en vue de renforcer la capacité des pays à concevoir et mettre en oeuvre des plans et des politiques intersectoriels efficaces dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition pour s'atteler aux problèmes de santé pertinents qui apparaissent ou réapparaissent, en particulier au double fardeau de plus en plus lourd qui en découle. L'OMS a aidé 26 pays de la Région africaine et des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental à renforcer leurs capacités. En outre, des plans d'action relatifs à la nutrition ont été établis ou adoptés dans 44 Etats Membres de la Région européenne. Dans la Région africaine, l'Afrique du Sud, le Bénin, le Botswana, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, le Ghana, la Guinée, la Namibie, le Niger, le Nigéria, la République démocratique du Congo et le Togo ont passé en revue leurs stratégies et programmes nutritionnels nationaux à l'issue de deux consultations régionales. Sept Etats Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est – Bangladesh, Bhoutan, Inde, Indonésie, Myanmar, Népal et Sri Lanka – et cinq Etats Membres de la Région du Pacifique occidental – Fidji, Iles Cook, Samoa, Tuvalu et Vanuatu – procèdent actuellement à la révision de leurs plans et politiques nutritionnels nationaux. En janvier 2005, une étude des réalisations et des défis liés à ces initiatives de renforcement des capacités a été conduite avec tous les protagonistes concernés, dont la FAO et l'UNICEF, afin de déterminer l'orientation des travaux futurs. On estime qu'un tiers des pays ayant bénéficié d'une formation ont réussi à renforcer leurs plans et programmes nutritionnels.

Mise au point et diffusion dans les pays et dans la communauté internationale de normes nutritionnelles, références, principes directeurs, manuels de formation et critères d'évaluation pour la prévention, la prise en charge et la réduction des principales formes de malnutrition dans le monde, qu'il s'agisse de sous-alimentation ou de suralimentation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre et nature des normes, principes directeurs et manuels de formation en matière de nutrition élaborés et diffusés dans les pays et dans la communauté internationale	0	5	5 (100 %)

Cinq publications ont été réalisées dans les domaines suivants : malnutrition sévère,¹ besoins en vitamines et en minéraux de la nutrition humaine,² alimentation du nourrisson dans les situations d'urgence,³ principes directeurs applicables à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en situation d'urgence⁴ et alimentation du nourrisson non allaité.⁵

¹ *Severe malnutrition: report of a consultation to review current literature, 6-7 septembre 2004*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² *Vitamin and mineral requirements in human nutrition*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

³ *Infant feeding in emergencies: Module 1 – for emergency relief staff*. OMS, UNICEF, LINKAGES, IBFAN, ENN et al., 2001; et *Module 2 – for health and nutrition workers in emergency situations*. ENN, IBFAN, Terre des hommes, UNICEF, HCR, OMS et PAM, 2004.

⁴ *Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

⁵ *Feeding the non-breast child 6-24 months of age*. Genève, 8-10 mars 2004 ; *rapport de réunion*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

Fourniture d'un soutien technique aux pays afin de répondre aux besoins des groupes vulnérables sur le plan nutritionnel ou souffrant d'insécurité alimentaire, en particulier grâce à une collaboration avec le Programme alimentaire mondial et les projets de développement et d'aide alimentaire d'urgence d'autres institutions internationales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Adéquation de l'action de l'OMS compte tenu des demandes de soutien technique – du Programme alimentaire mondial, d'autres organisations internationales et de pays hautement prioritaires – pour une aide nutritionnelle d'urgence et une action de développement assortie d'une aide alimentaire	Capacité limitée de faire face aux demandes de soutien technique	Améliorer l'action de l'OMS face aux situations d'urgence majeures	Accord conclu avec les partenaires des Nations Unies au sein du Groupe Nutrition de la Commission permanente interinstitutions sur les rôles et responsabilités de l'OMS

L'OMS a été présente dans toutes les situations d'urgence majeures survenues en 2004-2005 – séismes et tsunamis dans l'océan Indien, inondations à Djibouti et famine au Niger – participant à des missions d'évaluation axées à la fois sur la nutrition et sur les interventions sanitaires en cas de crise. Elle est aussi intervenue dans l'élaboration du plan de travail dévolu au Groupe Nutrition de la Commission permanente interinstitutions qui a fixé les responsabilités et rôles respectifs des organismes des Nations Unies en ce qui concerne la riposte aux situations d'urgence. Le recrutement de nouveaux collaborateurs, consécutif à la restructuration du secteur nutrition en situation d'urgence, est presque terminé.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Des sessions de planification commune ont permis de renforcer la constitution de réseaux avec les bureaux régionaux afin de consolider le domaine de la nutrition.
- Une approche mieux ciblée et un meilleur maillage interne entre les domaines d'activité du programme grâce au processus de restructuration.

Obstacles

- Malgré le succès remporté par la collecte générale de fonds, l'affectation spéciale d'une part importante des fonds recueillis par le Département s'est soldée par une réduction des ressources disponibles pour certaines activités.
- La faible capacité opérationnelle de certains bureaux régionaux vu l'ampleur des défis à relever, par exemple le Bureau régional de l'Afrique.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- La planification conjointe se poursuivra en 2006-2007 pour consolider le travail en réseau avec les bureaux régionaux.
- La structure du budget entrave la réalisation de tous les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. En 2006-2007, il conviendra de trouver davantage de fonds sans affectation spécifique pour les principaux domaines sous-financés. Les activités n'ayant pas de financement durable à long terme ne seront pas amorcées.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	20 526	8 134	9 272	17 407
des pays	27	23	7	14
Pourcentage alloué au niveau des Régions	24	39	21	29
mondial	49	38	72	57

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, dans les politiques de développement et les plans d'action nationaux en faveur de l'environnement et de la santé, y compris les cadres légaux et réglementaires régissant la gestion de l'environnement humain.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Meilleure intégration des aspects de salubrité de l'environnement dans les déclarations de politique et programmes de développement nationaux et internationaux.* Aux niveaux mondial, régional et national, l'action tendant à mieux intégrer les aspects de salubrité de l'environnement dans les déclarations de politique et programmes de développement nationaux et internationaux a porté ses fruits. A preuve, les douzième et treizième sessions de la Commission du Développement durable ; le Quatrième Sommet des Amériques ; la Quatrième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé (Budapest, 23-25 juin 2004) ; l'entrée en vigueur de la Convention de Stockholm sur les polluants organiques persistants (POP) et de la Convention de Rotterdam sur la procédure de consentement préalable en connaissance de cause applicable à certains produits chimiques et pesticides dangereux qui font l'objet d'un commerce international (2004), du Protocole sur l'eau et la santé (2005) ; ainsi que la Réunion de haut niveau de l'ANASE et des pays de l'Asie de l'Est sur la santé et l'environnement (décembre 2005).
- *Utilisation accrue des principes directeurs de l'OMS par les secteurs autres que la santé ayant en charge l'aménagement de l'environnement et le développement socio-économique.* L'utilisation des principes directeurs de l'OMS à la fois par le secteur de la santé et par les autres secteurs a été renforcée, en particulier dans les secteurs ayant en charge l'aménagement de l'environnement et le développement socio-économique. Le suivi de l'application des principes directeurs de l'Organisation par les Etats Membres a été amorcé dans certains domaines et révèle un taux d'utilisation élevé et une application rapide.

Principales réalisations

- Il y a eu un recentrage de l'action autour des pays à tous les niveaux de l'Organisation. Dans la Région africaine, par exemple, l'activité portant sur la santé au travail a été analysée et les résultats adoptés par le Comité régional, ce qui s'est traduit par une coopération resserrée avec l'OIT et par une coopération connexe avec les pays. L'appui du Siège à la constitution de réseaux et à la mise au point d'outils a aidé cette initiative, de même que des initiatives similaires lancées dans d'autres Régions.
- Une attention accrue a été portée à l'efficacité de la diffusion et, en particulier, à la plus grande utilisation des moyens électroniques. Dans la Région des Amériques, le réseau « sécurité et santé au travail » permet d'atteindre 80 % des spécialistes pertinents dans les établissements et pays visés, et compte plus de 1600 abonnés répartis dans 38 pays. Les sites Web en rapport avec le Département Protection de l'environnement humain figurent parmi ceux qui sont le plus consultés au Siège et la distribution gratuite de CD-ROM sur ce thème peut dépasser 100 000 par an.
- L'application d'approches fondées sur des structures permet d'avoir un impact sur des risques multiples ; au cours de l'exercice biennal, une attention particulière a été portée aux structures consacrées aux enfants et aux soins de santé, se traduisant par une action importante dans toutes les Régions et au Siège.
- Les questions de santé publique et d'environnement ont, de plus en plus, été au coeur des processus interministériels et intergouvernementaux, comme indiqué ci-dessus.
- L'exercice biennal a été marqué par un certain nombre de catastrophes qui ont mis à l'épreuve les systèmes et les ressources au-delà des limites normales. En particulier, la riposte aux séismes et aux tsunamis survenus dans l'océan Indien, laquelle a été coordonnée par le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est, a mobilisé les ressources du Siège et de plusieurs Régions. Il a notamment fallu remettre en état les services de base (eau et assainissement) pour prévenir des flambées de maladies et soutenir les efforts de reconstruction. De ce fait, la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours ont bénéficié d'un regain d'attention général.
- La troisième édition des *Directives de qualité pour l'eau de boisson*¹ est la publication de l'OMS venant au deuxième rang des téléchargements. Se fondant sur ce document, l'activité au plan régional a essentiellement porté sur sa diffusion et sur le renforcement des capacités afin d'aider les Etats Membres à faire face aux risques liés à l'eau.

¹ *Directives de qualité pour l'eau de boisson*. Vol. 1 : 3^e édition. Disponible sur le site http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/gdwq3/en.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Fourniture d'un soutien adéquat au secteur de la santé afin de renforcer les capacités de certaines institutions dans les pays hautement prioritaires, afin de gérer l'information sur la santé et l'environnement et de mettre en oeuvre les plans d'action

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion d'institutions des pays visés de chaque Région recevant un appui en vue d'échanger des informations aux niveaux national et local et de mettre en oeuvre des plans d'action pour la santé et l'environnement	Non établie	Non établie	Les institutions ciblées dans près de 75 % des Etats Membres de l'OMS ont bénéficié d'un appui

Le résultat escompté a été fixé en vue de concentrer l'activité sur les avantages que présente un appui accru aux institutions ciblées. Bien que ces institutions aient été épaulées dans près de 75 % des Etats Membres, dans bien des cas, plusieurs autres institutions s'occupant de différents aspects de l'environnement et de la santé ont bénéficié d'un soutien et, par conséquent, cette statistique sous-représente l'activité générale. L'exercice biennal s'est caractérisé par un recentrage significatif autour des pays, lequel s'est reflété dans l'appui consenti aux institutions ciblées dans la plupart des pays et dans toutes les Régions. Dans la Région du Pacifique occidental, par exemple, les activités ont notamment consisté à collaborer avec cinq pays pour mettre en place des capacités dans le domaine de l'environnement et de la santé et réunir des forums nationaux sur ce thème ; neuf pays ont été aidés à recenser les principaux problèmes fréquemment rencontrés en matière d'environnement et de santé et à resserrer efficacement la coopération entre les secteurs santé et environnement ; en outre, un atelier interpays consacré à la qualité de l'eau potable dans les communautés insulaires du Pacifique a fourni des informations nouvelles et débouché sur la formulation d'un cadre d'action applicable à tous les pays insulaires du Pacifique.

Fourniture d'un soutien logistique et technique approprié pour la prévention des incidents chimiques et intoxications, des accidents radiologiques et autres situations d'urgences technologiques ou environnementales, et la préparation à ces situations et l'intervention

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Réponse efficace des bureaux de l'OMS aux demandes d'avis techniques et de coopération pour la préparation aux catastrophes écologiques naturelles ou dues à l'homme	Accroissement du nombre de demandes de renseignements ayant trait à l'environnement et accroissement du nombre d'événements et de personnes touchées. Coordination interne limitée des activités en rapport	Coordination améliorée, interventions plus rapides et plus judicieuses	Resserrement significatif de la coopération entre les bureaux régionaux, au sein du Siège, et entre le Siège et les bureaux régionaux en ce qui concerne la prévention, la préparation, la riposte et la reconstruction

Au cours de l'exercice, la coopération s'est nettement resserrée entre les bureaux régionaux, au sein du Siège, et entre le Siège et les bureaux régionaux. Il s'agissait essentiellement de prévention, de préparation, d'intervention et de reconstruction. En même temps, le jeu de matériels a été étoffé et soumis à une évaluation opérationnelle de grande ampleur. Des procédures sont actuellement conçues et expérimentées en vue de renforcer les interventions et d'insister davantage sur la préparation. Deux situations d'urgence majeure liées à l'environnement (les séismes et tsunamis survenus dans l'océan Indien et le séisme survenu en Asie du Sud) se sont produites pendant l'exercice. Dans les deux cas, il y a eu une mobilisation de ressources aux niveaux des pays, du Siège et à l'échelon multirégional. L'expérience tirée de ces événements et d'autres cas indique une plus grande rapidité d'intervention, relayée par l'accroissement des moyens d'appui en rapport (réseaux, outils et principes directeurs). Dans la seule Région de la Méditerranée orientale, huit Etats Membres ont bénéficié d'un soutien pour étoffer la préparation au niveau des pays ; la capacité d'intervention spécialisée au sein de l'OMS a, elle aussi, été consolidée ; trois opérations ont été orchestrées pour faire face à des situations d'urgence chimique et 285 demandes d'avis technique ont été satisfaites.

Lancement d'initiatives de participation communautaire et d'autres initiatives pour traiter les problèmes d'hygiène de l'environnement des groupes de population vulnérables, en particulier les enfants, les travailleurs et les populations urbaines pauvres

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Réponse efficace des bureaux de l'OMS aux besoins des groupes cibles prioritaires, notamment activités de communication et d'éducation	Activité limitée et ad hoc ciblant les groupes vulnérables en ce qui concerne l'environnement et la santé	Amélioration recherchée à la fois dans le repérage des groupes prioritaires à l'échelle de l'Organisation et dans la réponse fournie à ces groupes, ainsi que dans l'activité générale de prestation de services	Accroissement important de l'activité constaté à tous les niveaux de l'Organisation, une attention spéciale étant accordée aux enfants et aux soins de santé. Efficacité renforcée grâce à la mise en place systématique de réseaux pour les initiatives et à l'utilisation accrue des moyens électroniques.

Cibler l'action sur les groupes hautement prioritaires a été considéré comme un moyen d'améliorer sensiblement l'impact général des activités dans toute l'Organisation. Cela s'est notamment traduit par un accroissement du nombre des partenariats et réseaux, des outils connexes et des actions promotionnelles et par un degré de participation accru des protagonistes. Un effort particulier a été déployé en direction des enfants et des soins de santé (salubrité de l'environnement physique et adéquation des agents de santé). Dans la Région européenne, les groupes hautement prioritaires ont été ciblés en partie grâce au réseau de « formation des formateurs » opérant à l'échelle de la Région, les dispensateurs de soins de santé faisant office de premier groupe cible dans 18 pays, l'objectif étant de sensibiliser à la santé et à l'environnement des enfants. Parmi les autres groupes de population vulnérables visés figuraient les populations rurales et urbaines démunies ainsi que les travailleurs et les établissements humains n'ayant accès ni à des combustibles propres, ni à l'eau, ni aux systèmes d'assainissement.

Réalisation d'évaluations de l'impact sur la santé fondées sur des bases scientifiques concernant les changements socio-économiques et technologiques et les changements climatiques mondiaux, la biodiversité, les ressources hydriques et l'habitat des vecteurs de maladies et autres écosystèmes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence d'une méthodologie d'évaluation complète ; mesure dans laquelle les questions mondiales liées à la santé et à l'environnement sont traitées et la charge de morbidité connexe quantifiée	39 évaluations mises en chantier ou actualisées au cours des 36 mois précédents	47	58 évaluations et outils méthodologiques d'évaluation ont été mis en chantier ou actualisés au cours des 36 mois précédents

La réalisation d'évaluations de l'impact sur la santé étaye une bonne part de la prise de décision et des avis relatifs aux politiques de santé et d'environnement. La formulation d'indicateurs rend bien compte de la mise à disposition d'une méthodologie et des évaluations spécifiques effectuées par le Siège et les bureaux régionaux. Elle ne réussit pas, toutefois, à refléter les efforts consentis, en particulier à l'échelon régional et des pays, pour appuyer le développement des capacités des pays. Les Régions européenne, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental ont toutes réalisé des activités substantielles dans un certain nombre de pays ; d'autres activités s'adressant aux groupes mal desservis ont été conduites dans l'ensemble des Régions.

Evaluation des risques professionnels et environnementaux et informations sur ceux-ci dans le cadre de partenariats, d'alliances et de réseaux de centres d'excellence nationaux et internationaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Augmentation du nombre d'organes intergouvernementaux, d'organisations non gouvernementales, d'associations professionnelles et d'institutions scientifiques collaborant avec l'OMS pour les questions liées à la santé et à l'environnement	14 réseaux interinstitutions d'envergure ; s'y ajoutent d'autres initiatives multipays	18 réseaux interinstitutions d'envergure ; s'y ajoutent d'autres initiatives multipays	27 initiatives interinstitutions et multipays d'envergure

La mise en place de partenariats visant à accroître l'impact figurait dans les recommandations préconisées par les forums intergouvernementaux tenus au cours de l'exercice et se traduit dans l'action menée pour atteindre ce résultat escompté, en particulier au niveau régional. En matière de partenariats, les activités se sont concentrées autour de ceux qui étaient susceptibles d'apporter une valeur ajoutée significative. Dans la Région des Amériques, l'alliance stratégique de quatre secteurs au niveau de l'hémisphère (santé, travail, environnement et éducation) a dynamisé la mise en oeuvre de la mission confiée au Quatrième Sommet des Amériques concernant la santé et la sécurité au travail. D'autres partenariats nouveaux et d'une importance majeure concernaient la santé et l'environnement des enfants, la santé sur le lieu de travail, l'eau de boisson, les changements climatiques, la corrélation entre la santé et l'environnement et la pollution à l'intérieur des bâtiments.

Elaboration de principes directeurs normatifs fondés sur des bases factuelles dans les principaux domaines de la salubrité de l'environnement (qualité de l'air et de l'eau, risques professionnels, radioprotection) aux fins de l'élaboration de politiques et de l'établissement de normes nationales et internationales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'instruments juridiques et réglementaires nationaux et internationaux basés sur les critères et principes directeurs de l'OMS en matière de salubrité de l'environnement	13 principes directeurs actualisés	16 principes directeurs actualisés avec des bases factuelles pour confirmer une utilisation significative dans les instruments réglementaires nationaux et internationaux	19 principes directeurs actualisés. Les bases factuelles qualitatives disponibles font état d'une application de grande ampleur

La cible des 16 principes directeurs normatifs a été légèrement dépassée, d'importants progrès ayant été enregistrés au regard des produits chimiques, radiologiques et de l'eau. L'activité régionale conduite au cours de l'exercice a principalement ciblé la troisième édition récemment parue des *Directives de qualité pour l'eau de boisson*, tout en soutenant fortement les demandes d'assistance formulées par les pays dans la plupart des Régions, en particulier dans les Régions de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental.

Elaboration d'outils et de principes directeurs concernant les bonnes pratiques et les interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour la réduction des risques pour la santé liés à l'exposition à des agents environnementaux dangereux, aux risques professionnels, aux nouveaux risques technologiques et au changement climatique mondial

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Accès des autorités sanitaires nationales et locales et des organismes chargés de l'environnement aux principes directeurs de l'OMS sous forme électronique ou imprimée pour la planification et la mise en oeuvre de la protection de la santé et de l'environnement	8 outils et évaluations de pointe	16 outils et évaluations de pointe avec des données factuelles sur l'accès	24 outils et évaluations de pointe. L'examen des données sur l'accès par des moyens traditionnels et électroniques confirme que cet accès s'élargit et va croissant

La fourniture d'outils et de principes directeurs de pointe relatifs aux actions d'un bon rapport coût/efficacité ont considérablement dépassé la cible fixée. Cela s'explique en grande partie par l'accélération des interventions dans les domaines fortement sollicités par les Etats Membres, comme l'estimation des coûts et de l'impact des interventions et l'estimation de la charge de morbidité liée aux maladies. Aux niveaux du Siège et des Régions, un effort important a été consenti dans le domaine de la traduction et de la diffusion généralisée de l'information par les moyens traditionnels et électroniques. Les 16 nouveaux principes directeurs élaborés au cours de l'exercice portent en particulier sur l'estimation globale de la charge de morbidité des maladies et l'analyse coût-efficacité/coût-avantages ; la santé au travail ; la prévention des intoxications ; les informations spécifiques à certains risques (bruit, radon, fluorures, rayons ultraviolets) et les évaluations basées sur les interventions (par exemple impact de la gestion de l'eau au niveau des ménages).

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Le rôle des mandats d'action officiels découlant des conventions, protocoles et autres accords intergouvernementaux et interministériels.
- L'exploitation des moyens électroniques pour étayer la diffusion générale de l'information.
- La crédibilité de l'OMS parmi les praticiens et les Etats Membres du domaine d'activité, reposant sur une réputation établie et sur la communication permanente de données factuelles scientifiques sur des questions d'intérêt pratique.
- Le resserrement de la coopération interinstitutions dans certains domaines (par exemple l'eau via ONU-Eau, interventions d'urgence).
- Les actions de coopération avec les partenaires.

Obstacles

- Les contraintes des ressources financières.
- Le rôle mineur des institutions sanitaires chargées de la santé et de l'environnement dans certains Etats Membres.
- L'inadéquation de la coopération interinstitutions dans certains domaines.
- La limitation, à tous les niveaux, des ressources humaines affectées au secteur de la santé et de l'environnement, à laquelle s'ajoutent des sollicitations exceptionnelles du personnel (riposte au tsunami).

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Avec le recentrage autour des pays, l'intérêt d'une action concertée à tous les niveaux de l'Organisation (bureaux de pays, bureaux régionaux et Siège) est de plus en plus manifeste. A preuve, le soutien accordé par l'Agence australienne pour le Développement international aux Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, à certains pays et au Siège. De telles opportunités devraient être étudiées plus avant afin d'accroître la mise à disposition générale des ressources et la capacité de conduire une action coordonnée en insistant sur les domaines prioritaires.
- L'expérience a mis en lumière le rôle décisif d'une action efficace à tous les niveaux de l'Organisation, et plus particulièrement au niveau des bureaux de pays, pour assurer un impact général à l'échelle du système. Des mesures seront prises pour mettre sur pied une stratégie mondiale coordonnée relative à la santé publique et à l'environnement et pour assurer une réactivité permanente face aux processus de planification des pays.
- L'importance de la mise à disposition de ressources multilingues s'impose de plus en plus et trouve son expression dans le volume conséquent de traductions effectuées dans les bureaux régionaux et au Siège. Cette activité continuera de façon plus systématique, notamment grâce aux moyens électroniques.
- Les avantages que présentent l'action multisectorielle et les initiatives conjointes eu égard à l'impact général sur la santé ont été soulignés. La tendance se poursuivra en 2006-2007 grâce à la constitution de réseaux et à des actions menées en partenariat et à l'aide d'outils de soutien, par exemple pour évaluer le coût et l'impact des interventions.
- Afin de tenir judicieusement compte des avantages de l'action multisectorielle en faveur de la santé, il conviendra de renforcer les apports du secteur de la santé aux processus intersectoriels, tant à l'échelle internationale que dans les Etats Membres où des mécanismes institutionnels pourraient être activés. Il s'agit notamment de fournir des outils de nature à faciliter la coordination et l'engagement auprès des secteurs chargés des déterminants environnementaux de la santé. Par conséquent, on s'emploiera à « repositionner » la santé et l'environnement de façon à étayer les actions de soutien à la santé menées par d'autres secteurs que celui de la santé.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	86 946	35 133	42 492	77 625
des pays	35	37	5	20
Pourcentage alloué au niveau des Régions	32	34	37	35
mondial	33	29	58	45

SALUBRITÉ DES ALIMENTS

Objectif(s) de l'OMS

Créer un environnement qui permette au secteur de la santé, en coopération avec les autres secteurs et des partenaires, d'évaluer rapidement et efficacement, de faire connaître et de gérer les risques d'origine alimentaire.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Nombre de pays présentant ou fournissant des données sur les maladies d'origine alimentaire et les risques liés à l'alimentation en vue de lancer et d'évaluer des stratégies d'intervention fondées sur les risques. Quarante-vingt-quatorze pays ont fourni des données sur la surveillance des maladies d'origine alimentaire.

Principales réalisations

- Le Fonds fiduciaire du Codex a subventionné la participation de 393 experts, originaires de 104 pays en développement, à 30 réunions du Codex et à un cours de formation connexe.
- Des opérations pilotes relatives à un projet de manuel de formation aux « Cinq clefs pour des aliments plus sûrs » ont été menées à bien dans deux ou trois pays de chaque Région de l'OMS. L'affiche originale des « Cinq clefs » a été traduite dans plus de 40 langues.
- Le Réseau international des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments et sa composante urgence ont été lancés en 2004 dans le but de fournir aux responsables de la réglementation des informations actualisées sur la salubrité des aliments et la gestion des risques. En décembre 2005, 145 pays étaient affiliés à ce Réseau.
- Des lignes directrices ont été établies concernant la réduction du risque associé au virus de la grippe aviaire sur les marchés d'animaux vivants et la mise en place de marchés alimentaires sans danger pour la santé dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Une consultation conjointe FAO/OIE/OMS sur le thème Grippe aviaire et santé humaine s'est tenue à Kuala Lumpur, en juillet 2005. Elle a porté sur les mesures de réduction des risques liés à la production, à la commercialisation et au contact direct avec des animaux et un document de promotion correspondant a été établi. Des conseils aux Etats Membres sur l'amélioration de la sécurité biologique dans toute la chaîne d'approvisionnement alimentaire ont été affichés sur le site Web de l'Organisation et diffusés auprès des pays pertinents.
- La publication du rapport intitulé « Biotechnologie alimentaire moderne, santé et développement »¹ a été suivie par la tenue, à Chiba (Japon), en septembre 2005, de la cinquième session de l'Equipe spéciale intergouvernementale ad hoc sur les aliments issus des biotechnologies du Codex.
- Le Système mondial de surveillance continue de l'environnement/Programme de surveillance et d'évaluation de la contamination des aliments a été étayé et comprend maintenant des données provenant de 42 pays environ.
- Des évaluations de risques ont été effectuées concernant l'*Enterobacter sakazakii* et autres micro-organismes présents dans les préparations en poudre pour nourrissons² et la *Listeria monocytogenes* présente dans les aliments prêts à consommer ;³ les résultats de ces évaluations ont été publiés.

Illustration de certaines réalisations

La première conférence panafricaine sur la salubrité des aliments en Afrique, réunie conjointement par l'OMS et la FAO, a accueilli plus de 185 participants originaires de 45 Etats Membres africains, ainsi que des observateurs. Outre d'autres recommandations, les délégués ont adopté à l'unanimité une résolution dans laquelle ils recommandaient un plan d'action stratégique quinquennal en neuf points sur la salubrité des aliments en Afrique pour adoption par les organismes chargés de l'alimentation et de la santé et l'Union africaine.

¹ *Biotechnologie alimentaire moderne, santé et développement : étude à partir d'exemples concrets*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² *Enterobacter sakazakii and other microorganisms in powdered infant formula : rapport de réunion*. Rome, FAO, et Genève, OMS, 2004.

³ FAO/OMS : *Risk assessment of Listeria monocytogenes in ready-to-eat foods – rapport technique*. Rome, FAO, et Genève, OMS, 2004.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Renforcement des programmes de surveillance des maladies d'origine alimentaire et de surveillance et d'action concernant les risques liés aux aliments

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays notifiant les résultats d'un système de surveillance des risques (microbiologiques et chimiques)	Risques microbiologiques : surveillance de la salmonelle dans 4 pays d'après les données mondiales fournies début 2004	14 pays	11 pays
	Risques chimiques : 42 pays répertoriés dans la base de données du Système mondial de surveillance continue de l'environnement – Programme de surveillance et d'évaluation de la contamination des aliments	47 pays	35 pays
Nombre de pays fournissant des données relatives à la surveillance d'une ou plusieurs maladies d'origine alimentaire	22 pays fournissant des données pour l'enquête mondiale sur la surveillance de la salmonelle début 2004	27 pays	66 pays

L'enquête mondiale sur la surveillance de la salmonelle a permis de développer la capacité d'évaluer les risques et de prendre en charge la salmonelle et autres agents pathogènes d'origine alimentaire comme les *Campylobacter*. Onze pays ont communiqué des données sur le suivi microbiologique. La formation à l'épidémiologie et aux techniques courantes de laboratoire aux niveaux régional et des pays a été déterminante pour le renforcement des capacités et, partant, 66 pays ont communiqué des données de surveillance. En ce qui concerne le Système mondial de surveillance continue de l'environnement et le Programme de surveillance et d'évaluation de la contamination des aliments, on peut consulter les données européennes relatives à l'exposition et aux apports sur les bases pertinentes des informations récapitulatives et tendances de la santé mondiale. Trente-cinq pays ont communiqué les résultats de leur suivi chimique. Parmi les autres réalisations figurent l'organisation du troisième atelier international sur les études de la ration totale, lequel s'est tenu à Paris en mai 2004, et le lancement, avec le concours de l'OMS/PNUE, de la quatrième enquête mondiale sur les polluants organiques persistants dans le lait humain.

Renforcement de l'évaluation des risques et des conseils scientifiques au niveau international et renforcement des capacités nationales d'évaluation des risques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'évaluations des risques (microbiologiques et chimiques) effectuées par la FAO et l'OMS	Risques microbiologiques : 3 Risques chimiques : pesticides 26, additifs alimentaires 27, agents contaminants 5 et médicaments vétérinaires 7	Risques microbiologiques : 3 de plus Risques chimiques : même productivité	Risques microbiologiques : 2 de plus Risques chimiques : 118 répartis comme suit : pesticides 52, additifs alimentaires 54, agents contaminants 5 et médicaments vétérinaires 7
Nombre de pays pouvant faire état d'activités d'évaluation des risques (microbiologiques et chimiques)	Sans objet	Accroissement de 30 %	43

Dans la Région européenne, les 25 pays de l'Union européenne ont adopté des méthodes de gestion des risques associés aux nouvelles technologies comme la culture d'aliments transgéniques. Dans la Région de la Méditerranée orientale, quatre Etats Membres sur 22 ont adopté des méthodologies d'appréciation et d'évaluation. Dans la Région africaine, un guide régional sur le suivi microbiologique des aliments et sur l'élaboration et la rédaction du droit de l'alimentation sont en cours d'impression et feront l'objet d'une diffusion.

Mise au point et diffusion d'outils d'évaluation et de gestion des risques et des avantages liés aux produits issus des nouvelles technologies dans l'alimentation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'outils mis au point et diffusés par l'OMS	4 rapports de consultation d'experts FAO/OMS sur l'évaluation des risques et 3 directives du Codex applicables à l'analyse des risques	2 consultations supplémentaires sur l'évaluation des risques et 1 rapport sur l'évaluation généralisée des aliments transgéniques	1

Un rapport sur l'évaluation généralisée des aliments transgéniques a été publié.

Renforcement des considérations sanitaires concernant les activités plurisectorielles de salubrité des aliments aux niveaux national et international

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays participant activement à la définition de normes internationales (Commission du Codex Alimentarius)	Participation de 89 pays en développement aux réunions de la Commission du Codex Alimentarius	Augmentation de 25 % du nombre de pays participants	122 (37 % d'augmentation)
Nombre de pays aidés par l'OMS à établir ou modifier les politiques, lois et stratégies d'application en matière de salubrité des aliments	Sans objet	20 pays	43

Un total de 104 pays a bénéficié du soutien accordé par le Fonds fiduciaire pour participer à diverses réunions d'experts du Codex. Un guide régional sur le droit de l'alimentation a été établi dans la Région de la Méditerranée orientale et plusieurs Etats Membres ont rédigé à l'échelon national des plans d'action, des politiques et des lois sur la salubrité des aliments, et ont harmonisé leurs systèmes en la matière. Dans la Région des Amériques, le plan d'action 2006-2007 de l'OPS/OMS relatif à la coopération technique dans le domaine de la salubrité des aliments a été adopté par la quatorzième réunion interaméricaine qui s'est tenue en avril 2005, au niveau ministériel, sur le thème de la santé et de l'agriculture,¹ puis entériné par la quarante-sixième session du Conseil directeur de l'OPS.² Au cours de l'exercice, le Deuxième Forum mondial FAO/OMS des responsables de la réglementation en matière de sécurité sanitaire des aliments s'est réuni à Bangkok en octobre 2004 et quatre conférences régionales conjointes consacrées à la salubrité des aliments se sont tenues au Costa Rica, en Jordanie, en Malaisie et au Zimbabwe. Des mesures ont également été prises pour appuyer l'action de l'OMS face à la grippe aviaire dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Le Forum mondial des responsables de la réglementation en matière de sécurité sanitaire des aliments et les conférences régionales consacrées à la salubrité des aliments ont eu pour effet d'accroître la prise de conscience et la volonté politique, en particulier dans la Région africaine et dans les Régions de la Méditerranée orientale et des Amériques. Dans la Région européenne, des directives concernant la mise en place de stratégies intersectorielles en matière de salubrité des aliments ont été élaborées au cours de l'exercice biennal et adaptées aux besoins nationaux spécifiques.

Renforcement des capacités dans le domaine de l'information sur les risques et l'éducation en matière de salubrité des aliments

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui ont utilisé et évalué des données s'inspirant des « Cinq clefs pour des aliments plus sûrs »	Sans objet	10 pays supplémentaires	55

¹ Résolution RIMS.A.R.7.

² Résolution CD42.R.3.

Suite au vif intérêt manifesté par les pays, le Réseau international des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments a été étoffé au cours de l'exercice biennal. Utilisant comme modèle les « Cinq clefs pour des aliments plus sûrs », des principes directeurs applicables à la manipulation élémentaire des aliments ont été élaborés, puis traduits dans des langues locales aux fins de diffusion dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Neuf Etats Membres ont participé à des études pilotes portant sur le manuel de formation aux « Cinq clefs », 55 Etats Membres utilisent ce manuel ainsi que les auxiliaires d'apprentissage/pédagogiques qui lui sont associés, et l'affiche originale a été traduite dans plus de 40 langues. Dans la Région des Amériques, des directives sur le renforcement des programmes nationaux relatifs à la salubrité des aliments, un manuel reposant sur les « Cinq clefs pour des aliments plus sûrs » et des bulletins techniques publiés par le Réseau international des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments et consacrés aux problèmes de salubrité qui apparaissent, comme l'acrylamide et la grippe aviaire, ont fait l'objet d'une large diffusion. En étroite collaboration avec les unités « Initiative communautaire » et « Développement de la santé des femmes », la documentation relative aux « Cinq clefs pour des aliments plus sûrs » a été distribuée dans les écoles ainsi qu'aux ménages à titre d'outil d'éducation sanitaire et par souci de renforcer l'autonomisation communautaire dans les villages.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Suite à la crise provoquée par la grippe aviaire, les questions de salubrité des aliments et d'élevage d'animaux destinés à la consommation ont eu davantage d'écho dans les médias internationaux.
- Dans certains Etats Membres, en particulier les pays développés, soutien accru aux politiques basées sur le principe du producteur au consommateur et aux autorités de sécurité sanitaire intégrée des aliments.

Obstacles

- La dotation insuffisante octroyée à la sécurité sanitaire des aliments dans plusieurs Régions et ses effets négatifs sur la détermination et la mobilisation des ressources extrabudgétaires nécessaires, auxquels s'ajoute un financement tardif qui ne permet pas de pratiquer l'évaluation des risques ni d'accomplir les travaux du Codex.
- Un surcroît de travail dans certains pays provoqué par des flambées de maladie et des situations d'urgence.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur mode d'application en 2006-2007

- La coopération et la collaboration entre tous les protagonistes, en particulier les organismes chargés de la santé, de l'alimentation et de l'environnement, sont nécessaires pour éviter les chevauchements. Par conséquent, les efforts tendant à oeuvrer de concert avec la FAO, le PNUE et l'OIIE sur les questions pertinentes d'environnement et de production alimentaire se poursuivront en 2006-2007.
- La mobilisation efficace des ressources lors de la préparation de projets tels que la mise en place de marchés alimentaires sans danger pour la santé et l'application des « Cinq clefs pour des aliments plus sûrs » sera élargie en 2006-2007.
- L'action de renforcement des capacités devrait avoir pour objet de promouvoir dans les pays la planification stratégique axée sur les risques et non de financer le matériel de laboratoire et la formation.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	22 453	8 565	5 494	14 059
des pays	43	29	3	19
Pourcentage alloué au niveau des Régions	26	28	12	22
mondial	31	43	85	59

PRÉPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE ET ORGANISATION DES SECOURS

Objectif(s) de l'OMS

Veiller à ce que les Etats Membres et la communauté internationale soient mieux équipés pour prévenir les catastrophes et en atténuer les conséquences sanitaires, en conciliant secours d'urgence et développement sanitaire durable grâce à des mécanismes de coordination appropriés et à une organisation des secours en situation d'urgence.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Données attestant de l'élaboration de politiques et de plans nationaux de lutte contre les catastrophes prévoyant la préparation et l'organisation des secours en tenant compte des perspectives de développement à plus long terme. Soixante-dix-huit Etats Membres ont fait figurer une composante préparation aux situations d'urgence et organisation des secours dans leurs documents stratégiques de coopération avec le pays. Le cadre d'action de Hyogo 2005-2015 a été adopté par 164 pays lors de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes qui s'est tenue à Kobe, Hyogo (Japon) du 18 au 22 janvier 2005. Ce cadre définit des objectifs et des priorités stratégiques en matière de prévention des catastrophes ainsi que des activités essentielles pour les atteindre. Dans une résolution adoptée à cette Conférence, toutes les parties ont convenu d'élaborer des indicateurs et des cibles afin de suivre la réalisation des buts stratégiques définis dans le cadre d'action.

Principales réalisations

- L'OMS a pu réagir rapidement lors des séismes et des tsunamis qui se sont produits le 26 décembre 2004 grâce à un extraordinaire effort à tous les niveaux de l'Organisation, le personnel du Siège et des bureaux régionaux prêtant main forte à celui de la Région de l'Asie du Sud-Est afin de planifier et de mettre en oeuvre la riposte de l'OMS. Plus de 200 membres du personnel ont été déployés dans les pays touchés au cours des semaines qui ont suivi la catastrophe.
- L'OMS a été désignée en 2005 institution chef de file du groupe pour la santé du Comité permanent interorganisations et chargée de coordonner les activités de celui-ci en leur conférant une nette orientation technique. L'Organisation dispose donc désormais d'une tribune pour prôner l'importance vitale de la santé dans les situations d'urgence.
- L'OMS a mis en oeuvre avec succès l'approche du groupe pour la santé à la suite du séisme qui a frappé l'Asie du Sud le 8 octobre 2005. Le mécanisme de coordination a été activé aux niveaux national et mondial en étroite collaboration avec les autres partenaires du système des Nations Unies et de l'action humanitaire.
- Les dons extrabudgétaires aux activités de secours d'urgence et de relèvement de l'OMS ont augmenté, ce qui témoigne de l'intérêt des donateurs pour le rôle de l'OMS et sa volonté de devenir plus opérationnelle dans les situations d'urgence.
- L'OMS a élargi sa présence sur le terrain pour ce domaine d'activité grâce aux fonds extrabudgétaires versés pour le programme de trois ans visant à renforcer l'efficacité de l'OMS dans les interventions sanitaires en cas de crise, dont le but est de développer les capacités institutionnelles de préparation aux situations d'urgence, d'intervention et de relèvement. Une soixantaine de membres du personnel ont été recrutés et affectés sur le terrain.
- L'OMS est de plus en plus largement reconnue comme l'institution faisant autorité en ce qui concerne la gestion de l'information sanitaire pour les situations d'urgence. Des publications de pointe telles que les manuels sur l'analyse de la désorganisation du secteur de la santé et la prise en charge des corps dans les situations de catastrophe ont été affichées sur son site Web. Ses évaluations des besoins sanitaires et ses enquêtes de mortalité ont aidé à mettre en lumière les crises émergentes et à formuler des stratégies d'intervention appropriées. L'initiative qu'elle a prise d'élaborer des normes et des références pour évaluer l'état de santé est une priorité du groupe pour la santé.
- Un grand nombre de pays de la Région des Amériques dotés de solides programmes de préparation aux situations d'urgence ont pu faire face à des catastrophes naturelles sans avoir recours à l'aide extérieure.
- L'OMS a ouvert 16 bureaux de terrain pour mettre en oeuvre des activités de secours d'urgence et améliorer le suivi de la situation lors de crises naissantes ou qui se poursuivent.
- Suite au séisme en Asie du Sud, l'OMS a collaboré étroitement avec les autorités nationales pakistanaises afin d'évaluer les besoins, d'établir les priorités en matière de santé, de remettre en état les services de soins de santé primaires, de coordonner l'action sanitaire et de mettre sur pied un système d'alerte précoce et d'action face aux maladies.
- L'action de relèvement de l'OMS dans les situations d'urgence complexes s'est traduite par une visibilité et une reconnaissance accrues de son action en cas de crise. De plus, son intervention rapide et efficace dans d'autres situations d'urgence, y compris les crises alimentaires au Niger en automne 2005, les nombreux ouragans qui ont frappé les Amériques et les suites de la crise en République démocratique du Congo, a été largement reconnue par les donateurs et par ses partenaires de l'action humanitaire.

Illustration de certaines réalisations

L'importance de l'information sanitaire en tant qu'indicateur fiable des situations de crise a été renforcée par suite des enquêtes sur la mortalité brute menées par l'OMS au Darfour (Soudan), qui ont contribué à porter la crise à l'attention de la communauté internationale, et de ses enquêtes sur la mortalité brute et la mortalité des moins de cinq ans dans le nord de l'Ouganda, qui ont montré que les taux de mortalité étaient bien au-dessus des seuils d'alerte. Dans l'ensemble, l'action de l'OMS en situation d'urgence a été plus largement reconnue grâce à son action dans l'Iraq d'après-guerre, où elle soutient la remise en état des systèmes de santé ; au Darfour, où elle soutient la prestation de services d'urgence aux populations déplacées à l'intérieur du pays ; au Niger touché par la sécheresse et les acridiens, où elle publie régulièrement des mises à jour sur le tableau et les tendances de la morbidité et de la malnutrition ; au Pakistan, où elle a coordonné efficacement l'action sanitaire à la suite du séisme survenu en octobre 2005 ; ainsi que dans de nombreux autres pays.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation**Prises de position politiques et en matière de sensibilisation visant à promouvoir la santé dans les situations d'urgence**

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Données montrant que les pays et organismes ont adopté des politiques reconnaissant que la santé est un facteur majeur à prendre en compte dans les situations d'urgence (par exemple nombre de documents stratégiques de coopération avec le pays comportant une composante préparation aux situations d'urgence et organisation des secours)	18	78	Se reporter au texte pour des explications détaillées

Le résultat escompté a été largement atteint. Avec la création du groupe pour la santé du Comité permanent interorganisations, les organisations du système des Nations Unies et autres organisations humanitaires ont expressément reconnu l'importance centrale de la santé dans les situations d'urgence. Avec le Comité permanent, l'OMS a contribué à promouvoir les aspects sanitaires des situations de crise et fait en sorte que la santé soit reconnue comme un élément central de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours. L'OMS a été désignée institution chef de file du groupe en 2005. De plus, 17 Etats Membres de la Région africaine, l'ensemble des Etats Membres de la Région des Amériques, 12 Etats Membres de la Région européenne et trois de la Région du Pacifique occidental ont inscrit une composante préparation aux situations d'urgence et organisation des secours dans leurs documents stratégiques de coopération avec les pays. En novembre 2005, les 11 Etats Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est ont, en collaboration avec l'OMS, élaboré des références et des cibles pour le suivi et la consolidation des plans de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours des pays. Six Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale reconnaissent désormais que la santé est une composante essentielle des stratégies d'organisation des secours.

Fourniture en temps opportun de données de santé publique fiables et objectives en encourageant leur utilisation pour la prise de décision et l'affectation des ressources aux niveaux national et international à la préparation aux situations d'urgence et à l'organisation des secours

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'outils et de systèmes, notamment volume d'informations sanitaires pour l'organisation des secours, la préparation et la réduction de la vulnérabilité aux situations d'urgence, mis en place dans les Etats Membres	Non établie	Non établie	Une trentaine d'outils nouveaux ou actualisés couvrant divers aspects de la gestion de l'information sanitaire pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours ont été produits

Pendant la période biennale, le rôle et l'autorité de l'OMS dans la gestion de l'information sanitaire en situation de crise se sont sensiblement accrus. Une trentaine d'outils nouveaux ou actualisés couvrant divers aspects de la gestion de l'information sanitaire pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours ont été produits, y compris des modèles pour l'évaluation rapide des besoins en matière de santé. Le manuel de l'OMS intitulé *Analysing disrupted health sectors*, publié fin 2005,

couvre les principaux domaines d'étude des secteurs de la santé désorganisés en cas de situation d'urgence, proposant des conseils pratiques, des données d'expérience provenant du terrain, des outils, des références et des suggestions d'études ultérieures. L'importance de l'information sanitaire en tant qu'indicateur fiable des situations de crise a été renforcée par des enquêtes sur la mortalité brute menée par l'OMS au Darfour (Soudan) ainsi que dans le nord du Nigéria. Ce domaine produit des résultats tangibles et une gamme de services stratégiques. Les partenaires attendent de plus en plus de l'OMS qu'elle joue le rôle de chef de file dans l'évaluation des besoins et le suivi des résultats (mortalité et survie) dans différents contextes.

Fourniture d'un soutien efficace au secteur de la santé des Etats Membres en vue de l'institutionnalisation des moyens disponibles localement pour réduire la vulnérabilité des personnes et des établissements de santé, se préparer aux situations d'urgence et organiser les secours

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays inscrivant une composante d'atténuation des catastrophes dans leurs politiques de coopération technique	Non établie	Non établie	Non établie
Nombre de points focaux qualifiés pour les interventions sanitaires en cas de crise/situations d'urgence et action humanitaire présents aux niveaux des bureaux régionaux et de pays	73	300	400

Le programme de trois ans visant à accroître l'efficacité de l'OMS dans les interventions sanitaires en cas de crise a contribué à développer les capacités afin d'aider les Etats Membres à se préparer aux situations de crise et à organiser les secours sur le terrain. Le programme est axé sur quatre fonctions essentielles de l'OMS en situation de crise (évaluer les priorités en matière de santé ; coordonner les interventions sanitaires ; repérer et combler les lacunes ; et soutenir le renforcement des capacités et des systèmes locaux). Au début du projet, une soixantaine de membres du personnel ont été recrutés, informés de façon approfondie sur les objectifs du programme et affectés dans des pays présentant un intérêt stratégique, principalement dans la Région africaine. Grâce au renforcement de la présence de l'OMS sur le terrain, l'action d'urgence est de mieux en mieux intégrée aux plans de pays et la qualité de sa contribution au processus des appels communs s'est considérablement améliorée. Près de 400 membres du personnel et partenaires de l'OMS ont été formés pendant la période biennale lors d'un total de 11 manifestations organisées à Genève, mais aussi au Congo, en Egypte, en Ethiopie, au Kenya, en Ouzbékistan et en République démocratique du Congo. Les cours de formation comprennent une introduction, un atelier sur la gestion de l'information sanitaire en situation de crise, un cours sur la gestion des projets et un cours de formation de formateurs.

Mise en place d'alliances associant les systèmes de santé, les organismes des Nations Unies, les organisations non gouvernementales et d'autres entités et visant à réduire la vulnérabilité et à fournir un appui sanitaire efficace de façon transparente et responsable

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Taux de financement des composantes sanitaires dans les appels communs	30 %	50 %	69 %
Nombre de projets conjoints et de mémorandums d'accord conclus avec les partenaires pour prévenir les catastrophes au niveau des pays	Non établie	Non établie	Plusieurs projets (voir ci-après)

L'OMS et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont voulu marquer le renforcement de leur collaboration par la signature d'une lettre d'accord commune en mai 2005. Dans la Région africaine, 13 projets conjoints ont été mis sur pied dans les pays. Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'OMS a mis en oeuvre des projets avec ses principaux partenaires, dont l'UNICEF, le PNUD et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, en Jordanie, en République islamique d'Iran, en Somalie et au Soudan. Le Bureau régional de l'Europe continue de collaborer étroitement avec le PNUD, l'UNICEF, le HCR et d'autres partenaires à l'élaboration de plans d'urgence et d'autres activités. Le Bureau régional des Amériques élabore un plan de travail conjoint pour la préparation aux situations d'urgence avec la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et l'UNICEF. Les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont conclu un accord avec le Centre asiatique de Préparation aux Catastrophes pour la formation à la préparation aux situations d'urgence et dispensé trois cours interrégionaux et au moins six cours nationaux pour

au total près de 300 personnes. Le Bureau régional du Pacifique occidental a continué à collaborer étroitement avec le Département de l'Aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO), l'Agence japonaise de Coopération internationale, le Comité de gestion des catastrophes de l'ANASE et autres. En ce qui concerne le financement à travers les appels communs, la cible de 50 % a été dépassée mais les fonds mobilisés ont été inégalement répartis, certains appels (notamment pour le tsunami) ayant reçu plus de fonds qu'il n'en avait été demandé tandis que d'autres n'ont pas été financés du tout.

Renforcement du rôle directeur de l'OMS en coordination avec les efforts internationaux de prévention des catastrophes et d'organisation des secours

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de bureaux régionaux et de pays répondant aux critères minimums pour les opérations	Non établie	Non établie	Non établie
Nombre d'évaluations extérieures reconnaissant la pertinence de l'assistance technique de l'OMS dans les situations d'urgence	1	2	7

Des progrès satisfaisants ont été faits dans ce domaine. Deux mois après les séismes et les tsunamis de décembre 2004, l'OMS a organisé un examen interne avec des interventions extérieures pour faire le bilan de ses opérations et en tirer les enseignements. En novembre 2005, l'OMS a par ailleurs procédé à un bilan interne de son intervention au Pakistan à la suite du tremblement de terre du mois précédent. De plus, des études menées conjointement avec les donateurs concernant l'action d'urgence de l'OMS sur le terrain ont été entreprises en 2004-2005. L'OMS a passé en revue avec le Département du Développement international du Royaume-Uni, l'Agence suédoise de Développement international et le Département de l'Aide humanitaire de la Commission européenne ses opérations humanitaires en Indonésie, au Libéria, en République démocratique du Congo, au Soudan, à Sri Lanka et au Tchad. Les études ont montré que si, dans certains pays, l'OMS avait été en mesure d'accomplir pleinement ses tâches et fonctions essentielles, dans d'autres, les effets déployés pour renforcer ses opérations de secours d'urgence n'étaient pas encore entièrement visibles. Les examinateurs ont mis en lumière l'importance cruciale de disposer de moyens d'urgence de modes opératoires normalisés, de procédures pour la délégation des pouvoirs, d'un fonds de secours d'urgence et d'un système administratif et logistique solide pour pouvoir déployer rapidement du personnel, des fournitures et du matériel en cas d'urgence. En 2004, l'OMS et le HCR ont élaboré une initiative conjointe visant à évaluer la santé et la nutrition. Une évaluation interne de l'action d'urgence de l'OMS au Guyana touché par des inondations a également été effectuée. Trois évaluations pilotes ont été entreprises en 2004 au Népal, au Pakistan et en Zambie, concernant la situation sanitaire et nutritionnelle et les interventions en faveur des populations réfugiées dans ces pays. En 2005, des évaluations à l'échelle du secteur de la santé ont été menées au Burundi et au Libéria. Au nombre des recommandations figurent généralement des conseils sur la manière d'améliorer la cohérence entre les projets des divers partenaires et le transfert de connaissances et de responsabilités des organisations non gouvernementales aux autorités sanitaires locales. Les conclusions de ces évaluations ont maintenant été intégrées dans l'action des Groupes Santé et Nutrition, et seront utilisées pour reformuler les stratégies du secteur de la santé et les conseils techniques.

Mise à disposition d'informations scientifiques faisant autorité et actualisées sur les meilleures pratiques et politiques sanitaires de prévention des catastrophes et d'aide humanitaire

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'enseignements conjoints tirés, d'exercices documentés et diffusés/promus	2	4	4
Nombre de publications techniques reflétant les meilleures pratiques et politiques de l'OMS en matière de prévention des catastrophes	Non établie	Non établie	Plusieurs publications, comme indiqué ci-après

L'OMS a convoqué une grande conférence à Phuket (Thaïlande) en mai 2005, consacrée aux enseignements à tirer de la catastrophe due au tsunami de décembre 2004, aussi bien en ce qui concerne les suites immédiates de la catastrophe que la première phase de relèvement. Un compte rendu complet de cette conférence a été publié dans *Prehospital and Disaster Medicine*.¹

¹ Plianbangchang S. WHO special report: preface. *Prehospital and disaster medicine*. 2005 : 20(6). Accessible en ligne à l'adresse <http://pdm.medicine.wisc.edu>.

L'OMS est également membre de l'initiative Tsunami Evaluation Coalition, qui regroupe plus d'une cinquantaine d'organisations membres et qui a pour but de promouvoir une approche sectorielle pour évaluer la réaction en cas de tsunami afin de développer au maximum les connaissances à l'échelle du secteur. Les premiers rapports sont attendus en février 2006. Au nombre des autres exercices conjoints visant à tirer les enseignements de l'expérience figurait un atelier organisé par l'OMS, le Ministère de la Santé de la République islamique d'Iran et d'autres partenaires, dans le sillage du séisme de Bam en 2003. Plus de 5000 CD-ROM de la bibliothèque sanitaire concernant les catastrophes et plus de 29 000 exemplaires du manuel sur la prise en charge des corps ont été distribués dans plusieurs langues. Parmi les nouvelles publications figurent des guides dans les domaines de la lutte antipaludique, de la nutrition, de la santé mentale, du VIH/SIDA dans les situations d'urgence, de la prise en charge clinique des victimes de viol et beaucoup d'autres. Parmi les publications régionales figurent un manuel d'intervention en situation d'urgence et un guide de poche national sur les situations d'urgence produit par le Bureau régional du Pacifique occidental, ainsi qu'un manuel de préparation en santé mentale produit par le Bureau régional des Amériques.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- L'amélioration de l'efficacité de l'OMS lors de crises récentes a renforcé sa crédibilité en tant que chef de file de la gestion des aspects sanitaires en situation d'urgence. Elle a également porté ses fruits puisque les donateurs se sont montrés plus confiants et les gouvernements, le secteur privé et le grand public plus généreux. Les donateurs s'intéressent de plus en plus à l'action de l'OMS en situation d'urgence et aux efforts qu'elle déploie pour jouer un rôle plus opérationnel.
- De nombreux donateurs et organisations humanitaires et du système des Nations Unies reconnaissent désormais le rôle central de la santé dans les situations d'urgence. Les ministres de la santé reconnaissent toujours davantage que la préparation aux situations d'urgence et leur gestion sont un élément essentiel de la planification sanitaire.
- Grâce à une excellente collaboration à l'échelle de toute l'Organisation, le domaine d'activité préparation aux situations d'urgence et organisation des secours est parvenu à rassembler l'expertise technique nécessaire pour traiter de façon globale les aspects sanitaires des situations d'urgence (santé mentale, santé maternelle et infantile, et nombreux autres Départements).
- L'afflux de fonds en provenance du programme de trois ans visant à accroître l'efficacité de l'OMS dans les interventions sanitaires en cas de crise a permis à l'Organisation de renforcer sa présence dans les pays ainsi que son appui aux Etats Membres sur le terrain.
- Le rôle de chef de file joué par l'OMS au sein du groupe pour la santé du Comité permanent interorganisations lui a permis de jouer un rôle plus visible dans la gestion des catastrophes et lui a donné les moyens d'améliorer la coordination des activités de secours d'urgence du secteur de la santé.
- L'utilisation de l'information sanitaire pour appeler l'attention sur les situations de crise et l'autorité de l'OMS dans ce domaine sont de plus en plus reconnues par ses partenaires de l'action humanitaire.

Obstacles

- Ce domaine d'activité n'est doté que de crédits modestes au titre du budget ordinaire et est lourdement tributaire des contributions extrabudgétaires. Toutefois, les donateurs ont tendance à financer les situations d'urgence majeures au détriment de crises de moins grande envergure, négligées, qui ne retiennent pas l'attention du public. De plus, la plupart des dons extrabudgétaires sont strictement réservés aux secours d'urgence en cas de catastrophe et ne couvrent pas les fonctions normatives de l'OMS, et notamment la préparation aux situations d'urgence et la planification. Cela entraîne des déficits de financement et se traduit par des déséquilibres dans l'action d'urgence.
- Les Etats Membres ne sont encore dotés que de programmes de préparation aux situations d'urgence et de renforcement des capacités et de plans d'urgence limités malgré une prise de conscience accrue de l'utilité de la prévision en cas de crise majeure.
- Le recrutement et la fidélisation d'un personnel qualifié et expérimenté dans les lieux d'affectation difficiles se sont révélés des obstacles majeurs.
- Des procédures administratives dépassées ont sérieusement compromis l'amélioration des mécanismes de riposte. Des expériences répétées ont montré que les procédures administratives normales de l'OMS n'étaient pas suffisamment réactives et souples pour permettre de répondre à des situations d'urgence de grande envergure.
- L'absence d'un fonds de roulement pour les situations d'urgence a compromis la rapidité de réaction de l'OMS face aux situations d'urgence majeures.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Le grand nombre de catastrophes majeures survenues en 2004-2005 a souligné l'importance de la préparation aux situations d'urgence. Les Etats Membres demandent de plus en plus d'accroître la capacité de préparation et de réduction des risques. L'OMS doit s'efforcer de garantir un financement stable aux activités de préparation aux situations d'urgence (les difficultés inhérentes à la mobilisation des fonds dans ce domaine ont été décrites ci-dessus). Il serait également essentiel de garantir un financement stable une fois que le programme de trois ans arrivera à son terme en avril 2007, pour permettre à l'OMS de mettre à profit les réalisations du programme et de maintenir sa présence sur le terrain.
- L'absence de personnel de terrain qualifié qui puisse être déployé rapidement est souvent un obstacle majeur. Pour remédier à cette pénurie, l'OMS prévoit de mettre sur pied un réseau d'action pour la santé en situation d'urgence qui aura pour but de constituer une réserve de personnel sanitaire international qualifié, expérimenté et formé pouvant être déployé rapidement en cas de crise ou de catastrophe. Les donateurs ont manifesté un réel intérêt pour cette idée et l'OMS espère mobiliser suffisamment de fonds pour en faire un programme à part entière auto-entretenu.
- En acceptant le rôle d'organisme chef de file du groupe pour la santé, l'OMS se voit confrontée à un double défi : elle doit jouer un rôle directeur fort et jouer un rôle de conseil vis-à-vis de ses partenaires de l'action humanitaire, mais montrer également qu'elle est elle-même disposée à entreprendre la réforme interne nécessaire pour pouvoir réagir efficacement en cas de crise. L'OMS doit pouvoir continuer à assumer la direction de l'intervention en coordonnant les efforts, en évaluant les besoins de santé, en établissant des normes et en suivant les résultats et l'efficacité de l'action.
- Les importants efforts de sensibilisation consentis par l'OMS pour montrer qu'elle dispose des connaissances, des moyens et de la dynamique nécessaires pour améliorer son efficacité en cas de crise ont donné des résultats en ce sens que les donateurs ont davantage confiance en elle et que les gouvernements, le secteur privé et le grand public se sont montrés généreux dans leurs contributions. Elle doit maintenir cette confiance en suivant étroitement les résultats du programme et en montrant qu'elle est capable de tenir ses promesses. La faiblesse des capacités administratives et de gestion des projets reste un obstacle majeur. La qualité du compte rendu aux donateurs est souvent irrégulière et de nombreux projets continuent d'être retardés ou assortis de moyens d'exécution insuffisants ou, au contraire, excessifs. C'est un domaine clé d'investissement et de progrès pour 2006-2007.
- L'OMS doit continuer à faire progresser l'élaboration, au niveau mondial, de modes opératoires normalisés pour les situations d'urgence. C'est un élément essentiel aussi bien du dispositif de réaction de l'OMS que de sa propre préparation institutionnelle aux situations d'urgence. Un groupe de travail interne constitué en 2005 a formulé plusieurs recommandations visant à améliorer l'action de l'OMS en situations de crise, y compris l'élaboration de modes opératoires normalisés à l'échelle de l'Organisation, la création d'un fonds d'urgence, le prépositionnement de stocks, une délégation de pouvoirs claire et la définition des responsabilités entre les trois échelons de l'Organisation. Le groupe poursuivra ses travaux en 2006.
- Comme cela a été maintes fois répété dans l'examen de l'action humanitaire effectuée à la demande du coordonnateur des secours d'urgence des Nations Unies en 2005, une collaboration étroite et des alliances entre partenaires de l'action humanitaire s'imposent si la communauté internationale veut vraiment améliorer son action collective à la suite d'une catastrophe ou d'une situation d'urgence. L'OMS doit continuer à forger des partenariats solides afin d'assurer une meilleure planification et une meilleure coordination de l'organisation des secours d'urgence dans l'ensemble du secteur de la santé. Les propres capacités d'action de l'OMS dépendent d'un investissement préalable dans la préparation de ses partenaires du secteur de la santé.
- Les donateurs insistent toujours davantage sur l'évaluation par une équipe indépendante des projets extrabudgétaires. En cela, ils ont contribué à faire en sorte que les évaluations fassent partie intégrante des activités de l'OMS. L'enjeu au cours de la prochaine période biennale sera d'institutionnaliser l'évaluation systématique des interventions de l'OMS en cas de crise. Le fait de reconnaître largement que ces évaluations offrent la possibilité de tirer des enseignements et donc d'améliorer l'efficacité sera déterminant pour assurer des résultats solides sur le terrain et permettra également de renforcer les relations entre l'OMS et les principaux donateurs.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	119 037	8 574	238 800	247 375
des pays	82	44	75	74
Pourcentage alloué au niveau des Régions	11	29	10	11
mondial	7	27	15	15

MÉDICAMENTS ESSENTIELS : ACCÈS, QUALITÉ ET USAGE RATIONNEL

Objectif(s) de l'OMS

Collaborer avec les pays à l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi de politiques pharmaceutiques nationales ; développer l'accès équitable aux médicaments essentiels, en particulier pour les problèmes de santé prioritaires ; garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments à travers une réglementation pharmaceutique appropriée ; améliorer l'usage rationnel des médicaments par les professionnels de la santé et les consommateurs.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Pourcentage de la population mondiale ayant accès aux médicaments essentiels. D'après les estimations établies en 2005, dans 18 pays (13 pays à faible revenu et 5 pays à revenu intermédiaire), moins de la moitié de la population a couramment accès à une gamme élémentaire de médicaments essentiels ; dans 46 pays (24 pays à faible revenu, 19 pays à revenu intermédiaire et 3 pays à revenu élevé), 50 à 80 % de la population a aisément accès aux médicaments essentiels. D'après les estimations établies en 2003, près d'un tiers de la population mondiale n'avait pas couramment accès aux médicaments essentiels. Il en résulte chaque jour 27 000 cas de décès qui pourraient être évités.

Nombre de pays dotés d'une politique pharmaceutique nationale, nouvelle ou mise à jour au cours des dix dernières années. A la fin 2005, 65 pays avaient soit adopté une nouvelle politique pharmaceutique nationale, soit mis à jour la politique officiellement en vigueur au cours des dix dernières années.

Principales réalisations

- Plusieurs politiques, normes et critères en vigueur au plan mondial dans le domaine des médicaments ont été instaurés en suivant des modalités transparentes et normalisées de mise au point technique et de consultations.
- Le programme de présélection est désormais largement admis. Au cours de la période considérée, plus de 70 nouveaux médicaments prioritaires contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ont fait l'objet d'une évaluation et d'une présélection.
- La méthodologie normalisée OMS/Health Action International relative aux enquêtes sur les prix des médicaments a été appliquée dans une quarantaine au moins de pays à revenu faible et intermédiaire. La plupart des conclusions sont à la disposition du public. Des recommandations et des plans relatifs aux actions de sensibilisation et d'intervention stratégique dans les pays ont été rédigés.
- Le réseau OMS de spécialistes nationaux des médicaments en Afrique a été renforcé et étendu. Les Etats Membres ont bénéficié d'un soutien technique en ce qui concerne l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi des politiques nationales relatives aux médicaments. Un appui a été octroyé aux initiatives régionales tendant à consolider les mécanismes d'achat et d'approvisionnement en médicaments, par exemple dans la Région de la Méditerranée orientale, et pour combattre les contrefaçons via l'instauration d'un système d'alerte rapide dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. La collaboration avec des groupes économiques sous-régionaux d'Afrique – Communauté de Développement de l'Afrique australe, Union économique et monétaire ouest-africaine et Communauté de l'Afrique orientale – s'est intensifiée dans le domaine de la réglementation et de l'harmonisation des médicaments.
- L'OMS a publié des documents d'orientation et des directives de premier plan sur la ligne de conduite à l'égard de la médecine traditionnelle, y compris pour la réglementation des phytomédicaments.
- La collaboration avec les organismes des Nations Unies et les organisations internationales a permis d'accroître la prestation de services sous forme de conseils techniques et d'orientations concernant l'élaboration et la mise en oeuvre des droits de propriété intellectuelle en rapport avec la santé publique. En outre, l'OMS a étroitement oeuvré avec l'UNICEF, le FNUAP, l'ONUSIDA, la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, notamment, pour promouvoir la cohérence de leurs politiques relatives à la qualité, aux achats et aux droits de propriété intellectuelle liés aux médicaments. L'Organisation supervise le processus de coordination.

Illustration de certaines réalisations

Malgré les efforts soutenus consentis par les pays et les partenaires, il n'y a pas eu d'impact significatif sur la charge de morbidité liée à la tuberculose dans la Région africaine. L'étude de l'incidence de la maladie entre 1993 et 2003 montre que, parmi les trois Régions où elle a continué de croître, la plus forte hausse a eu lieu en Afrique. La diffusion de médicaments de mauvaise qualité est l'une des principales raisons qui expliquent le développement de la résistance antibactérienne aux médicaments couramment utilisés pour traiter la tuberculose. Dans le but d'assurer l'accès à des médicaments de qualité garantie, des échantillons d'antituberculeux, dont la rifampicine, l'isoniazide et la combinaison des deux, ont été recueillis auprès de 7 pays aux fins d'un contrôle de qualité. Ce contrôle a permis de mettre en évidence les déficiences de certains échantillons eu égard aux matières actives et aux profils de dissolution. Des entrevues ont eu lieu avec les autorités nationales intéressées et se poursuivront afin de mettre au point des mesures réglementaires appropriées pour remédier au problème des médicaments antituberculeux de mauvaise qualité.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation**Fourniture d'un soutien adéquat aux pays pour l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi des politiques nationales concernant les médicaments, y compris la surveillance de l'impact des accords commerciaux pertinents et de la mondialisation sur l'accès aux médicaments et les recommandations à ce sujet**

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de pays visés dotés de plans pour la mise en oeuvre de politiques nationales concernant les médicaments, nouvelles ou actualisées depuis cinq ans	49/103 (48 %)	Non établie	66/103 (68 %)
Nombre de pays dotés de capacités accrues pour suivre les répercussions des différents accords commerciaux sur l'accès aux médicaments essentiels	32/105 (30 %)	Non établie	13 pays supplémentaires

La série d'enquêtes conduites par l'OMS a été examinée et un nouvel instrument permettant de mesurer l'accès aux médicaments à l'échelon des ménages a été mis au point et utilisé. Ces analyses ont, pour la première fois, été effectuées pendant l'exercice biennal et un rapport regroupant les premiers résultats est à disposition. Seize pays de la Région du Pacifique occidental, 15 pays d'Europe centrale et orientale, 15 pays de la Région de la Méditerranée orientale et 23 pays de la Région africaine ont bénéficié d'un soutien technique pour élaborer, mettre en oeuvre et suivre leur politique nationale concernant les médicaments. Ces politiques mettent généralement plusieurs années à se développer et les retombées de cet effort ont des chances de transparaître au cours du prochain exercice. Dans la région de l'Asie et du Pacifique, l'OMS a, en collaboration avec le PNUD et des partenaires de la société civile, oeuvré de concert avec les responsables du commerce, des brevets et de la santé de 18 pays de la région pour renforcer la capacité d'appréhender les éléments nouveaux intervenus en droit international dans le domaine de la santé publique et de la propriété intellectuelle, et a fourni une assistance technique concernant la mise en oeuvre, dans le droit national des brevets, des assouplissements prévus aux termes de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). En Afrique, l'OMS a organisé, avec le concours de l'Union africaine, du PNUD et des partenaires de la société civile, un atelier chargé de former les responsables du commerce, de la santé et des brevets, originaires de 34 pays de l'Union africaine, à l'élaboration et à la mise en oeuvre de dispositions qui régissent le droit de propriété intellectuelle en tenant compte de la composante santé publique et s'inscrivent dans le droit fil de l'Accord sur les ADPIC et de la Déclaration de Doha. Parallèlement aux activités de formation et de renforcement des capacités, l'OMS a publié des guides techniques et stratégiques sur les aspects relatifs à la mise en oeuvre de la Déclaration de Doha et de l'Accord sur les ADPIC. L'Organisation a également prodigué son assistance technique dans le cadre d'ateliers régionaux organisés par l'OMC autour de l'Accord sur les ADPIC dans le but de présenter le point de vue de l'OMS sur des questions cruciales ayant trait à l'incidence des accords commerciaux et des droits de propriété intellectuelle sur l'accès aux médicaments.

Fourniture d'un soutien adéquat aux pays en vue de promouvoir l'innocuité, l'efficacité et l'usage rationnel de la médecine traditionnelle ainsi que des médecines complémentaires et parallèles

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mise en place d'un réseau mondial de bases factuelles et d'un système de surveillance de l'innocuité et de l'efficacité de la médecine traditionnelle et des médecines complémentaires et parallèles	Aucun réseau de ce type en vigueur	Réseau mis en place fin 2005	Réseau de « coopération internationale entourant la réglementation des plantes médicinales » créé en novembre 2005

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de pays visés dotés de lois et de réglementations sur les médicaments à base de plantes	82/127 (65 %)	Non établie	98/127 (77 %)

Une enquête mondiale portant sur la ligne de conduite à l'égard de la médecine traditionnelle et la réglementation sur les médicaments à base de plantes a été menée dans le but de définir la situation, les difficultés et les besoins des pays en matière de réglementation de la médecine traditionnelle ainsi que des médecines complémentaires et parallèles, et de recenser des domaines auxquels l'OMS pourrait apporter sa collaboration et son soutien. Les informations sur la médecine traditionnelle dans les pays sont restreintes et les données expérimentales de même que les mécanismes appropriés d'assurance qualité font toujours défaut. Plus de 120 pays ont demandé à l'OMS de les aider à étayer les aspects réglementation et recherche des systèmes d'information. Le réseau de coopération internationale entourant la réglementation des plantes médicinales a été créé à Ottawa, en novembre 2005, et regroupe des organismes régionaux comme le Forum régional du Pacifique occidental pour l'harmonisation des médicaments à base de plantes, le Réseau panaméricain pour l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique, le Comité des médicaments à base de plantes, émanation des institutions européennes, le Product Working Group on Traditional Medicines and Health Supplements de l'ANASE et le Parlement latino-américain. Ce réseau contribuera à résoudre les problèmes liés à la réglementation et à la sécurité d'emploi des médicaments à base de plantes, tout en encourageant le dialogue sur ce sujet parmi ses membres. L'OMS a organisé un atelier interrégional de formation sur les bonnes pratiques agricoles et de collecte et sur les bonnes pratiques de fabrication des médicaments à base de plantes ; 46 participants originaires de 23 pays, y compris des représentants des autorités nationales chargées des médicaments, des instituts de recherche et de l'industrie pharmaceutique, y ont pris part. L'OMS a publié des documents d'orientation et des directives de premier plan sur la médecine traditionnelle, notamment deux séries de directives sur les bonnes pratiques de gestion appliquées aux produits pharmaceutiques à base de plantes et évaluant l'innocuité et la qualité des médicaments à base de plantes au regard des polluants et des résidus, une monographie sur les bonnes pratiques agricoles et de collecte d'*Artemisia annua* L, Volume 4 des monographies de l'OMS sur certaines plantes médicinales, des monographies sur les plantes médicinales couramment utilisées dans les Etats nouvellement indépendants, deux autres jeux de directives sur la formation de base à la chiropraxie et sur l'innocuité de cette pratique, et sur la formation de base et l'innocuité des phytomédicaments.

Fourniture de lignes directrices concernant le financement de l'approvisionnement et une plus grande accessibilité économique de médicaments essentiels, tant dans le secteur public que dans le secteur privé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Diffusion de directives concernant une assurance-maladie couvrant les médicaments	Néant	Directives établies et diffusées	Les travaux n'ont pas démarré en raison d'un manque de financement
Nombre de pays autorisant la substitution par des génériques dans les pharmacies privées	99/132 (75 %)	Non établie	85/132 (64 %)

La méthodologie normalisée OMS/Health Action International pour les enquêtes sur le prix des médicaments est désormais appliquée dans au moins 40 pays à revenu faible et intermédiaire pour enregistrer le prix et la disponibilité de 30 produits génériques et de marque. On évalue si un médicament est abordable en comparant son coût avec le salaire le plus bas perçu dans le secteur public. Les conclusions de la plupart des études de pays ont été analysées et sont à disposition du public. Des recommandations et des plans relatifs aux actions de sensibilisation et d'intervention stratégique dans les pays ont été élaborés. Un nouvel outil permettant de suivre le prix des médicaments a été conçu, mis à l'essai et est maintenant prêt à l'emploi. Une stratégie régionale tendant à améliorer l'accès aux médicaments essentiels dans la Région du Pacifique occidental pour la période 2005-2010 a été approuvée lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional du Pacifique occidental et encadrera la mise en oeuvre des politiques des pays relatives à l'accès.¹ L'état de la production des médicaments locaux a fait l'objet d'une évaluation dans une quinzaine de pays d'Afrique. Les résultats seront analysés et serviront à mettre sur pied une structure régionale destinée à renforcer la capacité des pays. En raison d'un manque de financement, il n'a pas été possible d'élaborer de lignes directrices mondiales, ni d'étendre les travaux à l'ensemble des Régions. Dans la Région européenne, l'appui consenti aux Etats Membres pour qu'ils renforcent leur système de remboursement des médicaments s'est poursuivi.

¹ Résolution WPR/RC55.R4.

Promotion de systèmes efficaces de gestion de l'approvisionnement en médicaments dans les secteurs public et privé, afin d'assurer la continuité de l'offre de médicaments et de contribuer à améliorer l'accès à ceux-ci

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de pays visés où les achats du secteur public sont basés sur une liste nationale de médicaments essentiels	87/127 (66 %)	Non établie	85/127 (66 %)
Pourcentage de pays visés dont au moins 75 % des achats du secteur public font l'objet d'appels d'offres	58/70 (83 %)	Non établie	60/70 (85 %)

Bon nombre de pays de toutes les Régions ont bénéficié d'un appui technique leur permettant de renforcer leur système d'approvisionnement en médicaments, notamment d'établir les plans d'achats destinés au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Une enquête réalisée dans la Région africaine a conclu que beaucoup de pays devraient actualiser leur liste nationale de médicaments essentiels pour servir de base aux stratégies publiques d'achat. Une vaste étude interpays portant sur l'efficacité des systèmes d'approvisionnement des organisations confessionnelles a été présentée sous sa forme définitive. Dans la Région de la Méditerranée orientale, les pays Membres du Conseil de Coopération du Golfe ont bénéficié d'un soutien afin d'améliorer leurs modalités d'achat de médicaments.

Renforcement et promotion de normes et directives mondiales applicables à la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de dénominations communes internationales (générique) attribuées	Environ 200 dénominations nouvelles attribuées par exercice biennal	200	230
Nombre de substances psychotropes et de stupéfiants passés en revue aux fins de classement pour le contrôle international	Environ 5 substances psychotropes et stupéfiants passés en revue par exercice biennal	5	0 Réunion du Comité d'experts reportée à 2006

Au cours de l'exercice, l'OMS a attribué 230 nouvelles dénominations communes internationales suite à l'adoption, par le Conseil exécutif, en janvier 2005, d'une procédure révisée.¹ En outre, un nouveau système de nomenclature a été mis au point et approuvé pour les produits issus des biotechnologies. Du fait de la demande écrasante de nouvelles normes, une réunion supplémentaire du Comité d'experts des spécifications relatives aux préparations pharmaceutiques a été organisée afin d'arrêter définitivement et d'approuver un certain nombre de documents normatifs, dont les directives interinstitutions des Nations Unies sur l'assurance qualité dans les systèmes d'achat de médicaments et les normes mondiales de qualité applicables aux nouveaux médicaments essentiels pour traiter le VIH/SIDA.

Promotion d'instruments de réglementation efficace des médicaments et d'assurance de la qualité afin de renforcer les autorités nationales de réglementation des médicaments

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage des pays visés ayant mis en place un système de réglementation des médicaments de base	90/130 (69 %)	Non établie	104/130 (80 %)
Pourcentage des pays visés ayant mis en place des procédures de base pour l'assurance de la qualité	111/137 (81 %)	Non établie	71/137 (52 %)

¹ Résolution EB115.R4.

Six pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental sont en train de concevoir et d'expérimenter des méthodes de lutte contre la contrefaçon de médicaments. Un système d'alerte rapide a été lancé à cet effet en mai 2005 et 28 pays s'y sont déjà ralliés. Le programme de présélection de l'OMS, qui a pour objet de sauver des vies et d'améliorer la santé en garantissant la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments, a ajouté 31 nouveaux antirétroviraux à la liste des produits présélectionnés en 2005, étoffant ainsi l'accès à un choix de produits de qualité. En outre, l'OMS a organisé six cours de formation à l'intention des fabricants locaux et des responsables des pouvoirs publics pour les aider à renforcer la capacité de production et d'évaluation des médicaments selon des normes de qualité internationale. Dans la Région africaine, trois laboratoires de contrôle de la qualité ont satisfait aux évaluations de présélection. Un plan stratégique régional sur cinq ans, destiné à conforter les autorités de réglementation en Afrique, a été formulé à l'occasion d'une conférence qui a réuni à Addis-Abeba, en octobre 2005, les responsables de la réglementation des médicaments. Dans ce cadre, les pays ont bénéficié d'un soutien technique direct pour évaluer et affermir leurs autorités de réglementation pertinentes et pour étoffer leurs effectifs. La collaboration se poursuit avec des blocs économiques sous-régionaux comme la Communauté de Développement de l'Afrique australe et l'Union économique et monétaire ouest-africaine, ainsi qu'avec d'autres entités, notamment le Réseau panaméricain pour l'harmonisation de la réglementation pharmaceutique, afin de faciliter l'harmonisation des réglementations en matière de médicaments.

Promotion de la sensibilisation et de principes directeurs sur l'usage rationnel et selon un bon rapport coût/efficacité des médicaments en vue d'améliorer leur usage par les professionnels de santé et par les consommateurs

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage des pays visés dotés d'une liste nationale des médicaments essentiels mise à jour au cours des cinq dernières années	82/114 (72 %)	Non établie	68/114 (59 %)
Pourcentage des pays visés ayant mis à jour des directives cliniques au cours des cinq dernières années	47/76 (62 %)	Non établie	57/76 (75 %)
Pourcentage des pays visés ayant commencé à mettre en oeuvre une campagne d'éducation du public sur l'usage rationnel des médicaments	72/120 (60 %)	Non établie	12/120 (10 %)

La quatorzième liste modèle des médicaments essentiels a été établie en 2005. Le Conseil exécutif a évoqué la question de l'usage rationnel des médicaments et de l'amélioration de l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens, et rédigé une résolution qui a ensuite été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé.¹ Dans trois projets pilotes relatifs à l'endiguement de la résistance aux antimicrobiens, de nouvelles méthodes de surveillance applicables aux régions rurales ont été mises au point afin d'étudier l'incidence des changements de prescription d'antibiotiques dans les secteurs public et privé. Ces nouvelles méthodes sont essentielles pour suivre le développement de la résistance et contrôler l'impact des interventions tendant à juguler ce phénomène. Des pays appliquent des programmes permettant de promouvoir l'utilisation rationnelle des médicaments par les prescripteurs et les consommateurs. Dans l'ensemble, on constate, toutefois, un retard dans le domaine de l'action politique si bien que, malgré l'existence de lignes de conduite et d'intervention efficaces, moins de la moitié des pays interrogés les mettent en oeuvre. D'où un résultat de traitement sous-optimal et un gaspillage de ressources économiques.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Des méthodes rigoureuses et normalisées pour élaborer, par le biais de comités d'experts et de processus consultatifs, des documents normatifs de niveau mondial ont garanti l'indépendance totale, la haute qualité technique et l'excellente réputation de l'action menée par l'OMS dans le domaine des médicaments. L'augmentation de la demande et le soutien politique apporté au programme de présélection ont accru la visibilité de l'Organisation.
- Le programme de médicaments continue de bénéficier du concours de collaborateurs dévoués, dont beaucoup sont souvent reconnus comme des sommités dans leur domaine. Moyennant quoi le Département est généralement en mesure d'obtenir conseils et assistance technique auprès de spécialistes de premier plan. L'appui soutenu que les bureaux de pays ont prêté aux

¹ Résolution WHA58.27.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

spécialistes des médicaments a renforcé le rôle de l'Organisation et la capacité technique au niveau des pays, tout en encourageant une collaboration pérenne avec les Etats Membres.

- L'approche de l'OMS, qui consiste à réunir les responsables de la santé, du commerce et des brevets, permet d'élaborer les politiques et les décisions avec plus de cohérence dans les domaines interdépendants de la santé publique, du commerce et des droits de propriété intellectuelle.

Obstacles

- Une dépendance croissante à l'égard du financement spécialement affecté, même pour des fonctions normatives mondiales, et la charge correspondante de la collecte de fonds et de l'information des donateurs ont été préjudiciables à la stabilité des effectifs et à la planification à long terme et ont alourdi les frais généraux. A l'avenir, des lignes budgétaires spécifiquement destinées à la gestion des programmes, à la collecte de fonds et à l'information des donateurs seront incorporées dans toutes les propositions de financement afin d'amortir le coût de ces fonctions essentielles.
- L'intensification des travaux sur les médicaments dans tous les secteurs, y compris pour des maladies prioritaires comme le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, s'est soldée par un manque d'homogénéité dans l'approche adoptée par les différents Départements, et par une diminution du rapport coût/efficacité et de la qualité technique. Des efforts circonstanciés seront consentis pour promouvoir une approche coordonnée et cohérente des politiques relatives aux médicaments dans l'Organisation, en insistant sur des normes de qualité uniformes et des directives cliniques reposant sur des bases factuelles dans tous les Groupes.
- La connaissance et la prise de conscience des questions relatives aux droits de propriété intellectuelle et leur incidence pour la santé publique et l'accès aux médicaments sont encore faibles dans bon nombre de pays et les compétences locales demandent à être étoffées.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur mode d'application en 2006-2007

- La demande de lignes directrices normatives et de soutien technique pour les médicaments est supérieure aux ressources humaines et financières disponibles. La collecte de fonds, notamment au niveau des Régions et des pays, devra être développée. En conséquence, en 2006-2007, la sensibilisation politique aux retombées bénéfiques au plan mondial de l'action normative de l'Organisation ainsi que les activités de collecte seront intensifiées.
- La capacité des pays à mener une action dans le domaine des médicaments sera confortée et l'on insistera plus précisément sur l'appui aux structures sous-régionales.
- Une collaboration plus étroite avec d'autres programmes de l'OMS, par exemple le VIH/SIDA, l'organisation des services de santé, la tuberculose et le paludisme, et avec d'autres organismes internationaux, tant au niveau mondial qu'au niveau des pays, sera assurée grâce à l'intensification des activités de coordination des politiques pharmaceutiques dans l'Organisation et entre les institutions des Nations Unies.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	51 447	16 217	33 739	49 956
des pays	15	34	13	20
Pourcentage alloué au niveau des Régions	28	24	22	22
mondial	57	42	65	58

VACCINATION ET MISE AU POINT DE VACCINS

Objectif(s) de l'OMS

Réaliser des progrès substantiels dans les domaines suivants : innovation – développement de nouveaux vaccins, produits biologiques et technologies liées à la vaccination, mis à la disposition des pays pour réduire la charge des maladies revêtant une importance pour la santé publique ; systèmes de vaccination – accroître l'impact des services de vaccination en tant que composante des systèmes de prestations sanitaires ; lutte accélérée contre la maladie – maîtrise, élimination ou éradication des maladies hautement prioritaires tout en renforçant l'infrastructure sanitaire.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- Couverture des enfants de moins d'un an par trois doses de vaccin anti-hépatite B : 48 % d'enfants couverts dans 192 Etats Membres.
- Couverture des enfants de moins d'un an par trois doses de vaccin DTC (diphtérie-tétanos-coqueluche) : 78 % d'enfants couverts dans 192 Etats Membres.
- Nombre de cas de poliomyélite notifiés au niveau mondial : 2039 cas notifiés en 2003-2004.

Principales réalisations

- En 2005, l'Assemblée mondiale de la Santé a, dans sa résolution WHA58.15, adopté une nouvelle stratégie tendant à lutter contre les maladies évitables par la vaccination, lesquelles déciment plus de 2 millions de personnes chaque année. Ce document intitulé *La vaccination dans le monde : Vision et stratégie 2006-2015*, élaboré conjointement par l'OMS et l'UNICEF, se fixe quatre objectifs principaux : vacciner davantage de personnes contre un plus grand nombre de maladies ; adopter toute une série de nouveaux vaccins et de nouvelles techniques ; intégrer la vaccination dans d'autres interventions de santé et dans la surveillance sanitaire ; et gérer les programmes de vaccination et les activités connexes dans le cadre de l'interdépendance mondiale.
- Des progrès importants ont été réalisés dans le domaine de la recherche vaccinale. Parmi les nouveautés figurent deux vaccins contre les rotavirus, deux contre la méningite, un vaccin pneumococcique nonavalent conjugué, deux vaccins contre le papillomavirus humain qui protègent contre le cancer du col de l'utérus, un vaccin contre le paludisme attestant une protection de 58 % contre la maladie aiguë dans un essai clinique de phase II, un vaccin contre le choléra témoignant d'une efficacité de protection qui avoisine 80 % dans un contexte où les revenus sont faibles, et un vaccin contre l'encéphalite japonaise. De plus, dix pays en développement prioritaires ont sensiblement progressé dans la préparation d'un vaccin contre le VIH.
- Devant la menace de pandémie, le Comité d'experts de l'OMS sur la normalisation biologique a établi de nouvelles lignes directrices concernant la production de vaccins contre la pandémie de grippe humaine et le contrôle de leur qualité. Il a aussi approuvé la première norme internationale applicable à un test génétique humain.
- La qualité des vaccins et la sécurité vaccinale se sont améliorées. Le nombre d'Etats Membres utilisant des vaccins de qualité garantie est passé à 179 (93 %). Vingt-quatre (13 %) autres Etats Membres ont commencé à se servir de seringues autobloquantes pour les vaccinations systématiques (111 (58 %) au total). L'emploi des seringues autobloquantes a connu un essor prodigieux : dans la Région africaine, il concerne 85 % des pays, dans la Région de l'Asie du Sud-Est – 91 % (tous sauf un), dans la Région européenne – 41 %, et dans la Région de la Méditerranée orientale – 45 %.
- La mise en oeuvre de l'approche intitulée « Atteindre chaque district » a permis d'améliorer la couverture vaccinale systématique. Au plan mondial, la couverture obtenue en administrant trois doses de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3) a été assurée à 78 %¹ ; dans la Région africaine, elle a augmenté de 8 %, s'établissant à 66 % au total. Fin 2004, 102 pays avaient atteint une couverture en DTC3 supérieure à 90 %, 80 pays – entre 50 et 89 %, et seuls dix pays avaient une couverture inférieure à 50 % (contre 20 pays en 2000).
- La mortalité par rougeole à l'échelle mondiale a chuté de 23 % après 2002. La plus forte baisse a été enregistrée en Afrique et dans le Pacifique occidental, où l'on estime qu'elle a respectivement reculé de 32 % et 44 %. Les résultats obtenus par l'Afrique ont un effet décisif sur les chiffres mondiaux puisqu'ils représentent plus de 50 % des cas de décès dus à la rougeole depuis 2002. Une baisse de mortalité par rougeole a aussi été attestée dans la Région de l'Asie du Sud-Est (8 %) et dans la Région de la Méditerranée orientale (22 %). La Région européenne a, pour sa part, enregistré une diminution de 52 %, avec

¹ Les chiffres de la couverture en DTC3 se fondent sur les estimations établies par l'OMS/UNICEF.

moins de 1000 cas de décès. La Région des Amériques a maintenu l'interruption de la transmission en signalant moins d'une centaine de cas en 2005.

- Bien que l'objectif mondial tendant à éliminer le tétanos maternel et néonatal d'ici 2005 n'ait pas été atteint, des progrès importants ont été accomplis. Vingt-six pays ont mené des activités de vaccination supplémentaires dans les régions très exposées, protégeant plus de 17 millions de femmes en âge de procréer par l'administration d'au moins deux doses de tétanos toxoïde. Le Népal, le Rwanda, le Togo et le Viet Nam ont été validés comme ayant réussi à éliminer le tétanos maternel et néonatal. L'Etat indien de Kerala a, en outre, été validé à l'issue d'un contrôle effectué par une équipe internationale.

Illustration de certaines réalisations

- Une avancée importante dans l'élimination des poliovirus de types 2 et 3 dans les zones qui restent touchées par la maladie a conduit à la mise au point et l'adoption de deux nouveaux vaccins. Le vaccin antipoliomyélitique buccal monovalent de type 1 et son homologue de type 3 offrent une protection plus élevée contre certains types de virus que le vaccin antipoliomyélitique buccal trivalent, couramment utilisé. Le vaccin monovalent de type 1 a été mis au point en 2005 en un temps record, et administré pour la première fois en Egypte et en Inde. Les deux vaccins sont maintenant à la disposition de tous les pays. Les vaccins buccaux monovalents devraient devenir le « cheval de bataille » de la dernière phase de l'action menée en 2006 pour éradiquer la poliomyélite dans le monde. Déjà administré dans une dizaine de pays – Angola, Egypte, Erythrée, Ethiopie, Inde, Indonésie, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen –, le vaccin buccal monovalent de type 2 connaîtra un élargissement spectaculaire en 2006 dans le but d'interrompre plus rapidement la transmission des souches restantes de poliovirus sauvage.
- L'Egypte et le Niger ont jugulé la transmission du poliovirus indigène, ramenant de six à quatre le nombre de pays d'endémie (Afghanistan, Inde, Nigéria, Pakistan), le plus faible jamais enregistré. La plupart des pays d'Afrique et d'Asie qui ont été réinfectés au cours de l'épidémie multipays survenue entre 2003 et 2005 sont de nouveau exempts de poliomyélite ; et, sur les huit pays qui doivent encore arrêter la transmission du virus importé, la Somalie constitue le plus grand défi à relever. Ce progrès est le fruit de l'élaboration et de l'introduction rapides de nouveaux vaccins antipoliomyélitiques buccaux monovalents et des améliorations apportées à la qualité des activités d'éradication, visant à atteindre davantage d'enfants lors des campagnes de vaccination supplémentaires.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Promotion de la recherche et développement et mesures visant à faciliter l'évaluation préclinique de nouveaux vaccins expérimentaux contre la tuberculose, le paludisme, la shigellose et la dengue (en collaboration avec le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales) et contre le VIH/SIDA (en collaboration avec l'ONUSIDA)

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de vaccins expérimentaux soutenus par l'OMS passant du stade de l'évaluation préclinique à celui de l'évaluation clinique ou progressant dans la phase de l'évaluation clinique	0 sur 6	6 sur 6	4 sur 6
Proportion de l'aide de l'OMS à la recherche et au développement de vaccins allouée à des chercheurs de pays en développement	40 %	50 %	50 %

L'essai du vaccin antipaludique phase I s'est achevé en Chine par une analyse préliminaire attestant son innocuité et son immunogénicité. Le vaccin conjugué antiméningococcique A a été testé en Inde en phase I. Le vaccin antileishmanien phase II l'a été en Amérique latine. Le vaccin contre l'encéphalite japonaise, actuellement en phase III, a été expérimenté en Australie. Deux essais de vaccin antirougeoleux administré par aérosol ont été reportés à 2006 pour permettre un dialogue et une coordination approfondis avec les Régions (régionalisation des activités).

Essais cliniques (innocuité, immunogénicité et efficacité) facilités pour un certain nombre de nouveaux vaccins contre le VIH/SIDA, les pneumococcies, les méningococcies, *E. coli* entérotoxigène, l'encéphalite japonaise, les rotavirus et les papillomavirus humains, ainsi que pour des vaccins contre d'autres maladies infectieuses, le cas échéant

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de partisans de l'introduction précoce de vaccins contre les pneumococcies, les rotavirus ou les infections dues au papillomavirus humain dans les pays à revenu faible et intermédiaire possédant des données à l'appui de décisions reposant sur des bases factuelles	0 sur 34	6 sur 34	6 sur 34
Nombre de pays en développement prioritaires ayant progressé dans la mise au point d'un vaccin contre le VIH (plans nationaux, activités de formation, renforcement des infrastructures et/ou essais cliniques)	0 sur 32	10 sur 32	10 sur 32

L'évaluation de l'innocuité de la dose néonatale du vaccin pneumococcique conjugué s'est achevée. Les essais cliniques des vaccins contre les rotavirus ont pris fin en Afrique et en Asie. Le programme africain de vaccination contre le SIDA a facilité la mise en route d'essais cliniques du vaccin contre le VIH en Afrique et a continué d'épauler des pays dans les préparatifs qu'ils mènent aux fins d'essais.

Promotion de stratégies appropriées et fourniture d'un appui pour l'introduction accélérée des vaccins sous-utilisés, en particulier les vaccins anti-hépatite B et anti-Hib

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage d'enfants de moins d'un an vivant dans des pays où ont été introduits le vaccin anti-hépatite B et le vaccin anti-Hib et où il existe une charge de morbidité substantielle	44 % de nouveau-nés ont été couverts par trois doses de vaccin anti-hépatite B dans 192 Etats Membres	58 % de nouveau-nés ont été couverts par trois doses de vaccin anti-hépatite B dans 192 Etats Membres	48 % de nouveau-nés ont été couverts par trois doses de vaccin anti-hépatite B dans 192 Etats Membres
	32 % de nouveau-nés ont été couverts par trois doses de vaccin anti-Hib dans 149 Etats Membres où la charge de morbidité est substantielle	40 % de nouveau-nés ont été couverts par trois doses de vaccin anti-Hib dans 149 Etats Membres où la charge de morbidité est substantielle	43 % de nouveau-nés ont été couverts par trois doses de vaccin anti-Hib dans 149 Etats Membres où la charge de morbidité est substantielle

La Région du Pacifique occidental (qui représente 40 % de la mortalité mondiale due à l'hépatite B) a été l'une des premières Régions à fixer une date cible pour la lutte contre l'hépatite B. Tous les pays de la Région sauf un ont introduit le vaccin anti-hépatite B dans les programmes de vaccination systématique. Douze (6 %) Etats Membres supplémentaires (dont l'Italie) ont intégralement ou partiellement inscrit le vaccin anti-hépatite B au calendrier de leurs vaccinations. Au total, 153 Etats Membres (80 %) ont mis en place le vaccin. Huit autres (4 %) ont introduit le vaccin anti-Hib dans les programmes de vaccination systématique – ce qui représente un total de 92 Etats Membres (48 %). Les Régions ont déployé des efforts soutenus pour évaluer la charge de morbidité de la maladie et l'intérêt économique de l'adoption des vaccins contre l'hépatite B et le Hib. C'est dans le cadre du mandat confié par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, dont fait partie l'OMS, qu'a été lancée l'initiative anti-Hib.

Mise au point définitive et promotion de directives actualisées (ou nouvelles) sur la standardisation et le contrôle des produits biologiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de produits biologiques prioritaires pour lesquels les recherches nécessaires aux termes de la réglementation sont en cours ou pour lesquels les recommandations relatives à la production et au contrôle correspondent aux derniers progrès de la science	Recherche aux termes de la réglementation concernant 4 produits biologiques sur 14, recommandations concernant 6 produits biologiques sur 16	Recherche aux termes de la réglementation concernant 14 produits biologiques, recommandations concernant 16 produits biologiques	Les recherches aux termes de la réglementation sont en cours pour 13 produits biologiques sur 14 Les recommandations sont en cours pour 15 produits biologiques sur 16

Les directives et recommandations applicables aux vaccins à ADN, aux vaccins vivants atténués contre les rotavirus (par voie buccale), au vaccin antirabique inactivé et au vaccin anticoquelucheux à germes entiers ainsi que les documents relatifs aux réactifs de référence pour les anticorps anti-encéphalite japonaise ont été parachevés et adoptés par le Comité d'experts de la Standardisation biologique. Les recherches aux termes de la réglementation ont été mises en route pour le vaccin du BCG. Des lignes directrices relatives au vaccin contre la dengue et les documents de référence internationaux ont été parachevés. Des travaux sont en cours concernant les techniques moléculaires de contrôle de la qualité, les directives sur l'évaluation de la stabilité des vaccins et des substrats cellulaires, les normes applicables aux vaccins contre le papillomavirus humain, l'encéphalite japonaise et les pneumocoques. Les recherches nécessaires aux termes de la réglementation sont en cours pour les vaccins contre la tuberculose et le VIH.

Fourniture d'un soutien adéquat pour la mise en oeuvre de politiques et le renforcement des capacités afin d'assurer un approvisionnement durable et la qualité de tous les vaccins distribués par les services de vaccination nationaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de pays dont le système de vaccination n'utilise que des vaccins de qualité vérifiée (selon les critères de l'OMS)	174 (91 %) Etats Membres sur 192	179 (93 %) Etats Membres sur 192	179 (93 %) Etats Membres
Pourcentage de pays prévoyant une ligne budgétaire pour les vaccins et les seringues	98 (51 %) Etats Membres sur 192	115 (60 %) Etats Membres sur 192	105 (55 %) Etats Membres ont une ligne budgétaire pour les vaccins et les seringues

La procédure révisée de présélection des vaccins a été formulée et mise en application. Le réseau d'organismes de réglementation des vaccins des pays en développement a été créé afin de fournir une tribune de discussion et de promouvoir la connaissance des politiques et procédures relatives à l'évaluation des nouveaux vaccins. Des centres de formation relatifs à l'approvisionnement en vaccins ont été mis en place en Lettonie, au Maroc et au Sri Lanka. Dix-neuf cours internationaux portant sur la gestion, la qualité et la réglementation en matière de vaccins ont été organisés dans huit autres pays. Des ateliers de formation internes se sont déroulés en Chine, en Inde, en Indonésie, en République islamique d'Iran, en Thaïlande et au Viet Nam. La capacité de production des vaccins à travers le monde a fait l'objet d'un examen minutieux permettant de formuler la stratégie d'approvisionnement en nouveaux vaccins de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (18 fabricants implantés dans neuf pays et cinq multinationales ont été interrogés sur 12 vaccins différents).

Fourniture d'un soutien adéquat pour le renforcement des capacités des pays prioritaires de mettre en oeuvre un système complet permettant d'assurer la sécurité des injections aux fins de vaccination

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de pays assurant des pratiques stériles en matière d'injection pour la vaccination (selon le diagramme OMS)	37 (22 %) des 165 Etats Membres faisant partie des pays en développement	132 (80 %) des 165 Etats Membres faisant partie des pays en développement	62 (38 %) des 165 Etats Membres faisant partie des pays en développement

Le Comité consultatif mondial de la Sécurité vaccinale a tenu quatre réunions pour examiner des questions en rapport avec la sécurité des injections et des vaccins. Depuis 2001, plus de 80 pays utilisent un outil normalisé pour mesurer l'innocuité des injections. L'achat par l'UNICEF de seringues autobloquantes a augmenté, passant de 442 millions en 2003 à plus de 700 millions en 2005. Les avis donnés aux pays sur la performance, la qualité et la sécurité du matériel d'injection ont fortement progressé. Soixante-douze demandes de seringues ont été examinées, dont 39 remplissaient les conditions requises pour être mises à la disposition des pays par les organismes et institutions spécialisés du système des Nations Unies. Vingt-trois (12 %) autres Etats Membres – un total de 131 (68 %) – ont déclaré surveiller les manifestations postvaccinales indésirables.

Fourniture d'un soutien technique et politique adéquat aux pays prioritaires afin de renforcer les fonctions essentielles en matière de vaccination et les capacités de gestion à tous les niveaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de pays surveillant la couverture vaccinale au niveau du district (ensemble des antigènes administrés de manière systématique)	150 (78 %) Etats Membres sur 192 surveillent la couverture vaccinale au niveau du district du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche	163 (85 %) Etats Membres sur 192 surveillent la couverture vaccinale au niveau du district du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche	152 (79 %) Etats Membres surveillent, au niveau du district, la couverture du vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC3)

Tous les Etats Membres sauf un ont communiqué leurs données relatives aux vaccinations effectuées en 2004 en remplissant le formulaire de déclaration commun OMS/UNICEF. Dans 51 (27 %) des Etats Membres, l'ensemble des districts ont obtenu une couverture en DTC3 supérieure à 80 %. Deux « semaines de vaccination » ont été conduites dans la Région des Amériques avec la participation de 36 pays et ont permis d'atteindre 82 millions de personnes. Une « semaine de vaccination » a aussi été orchestrée dans huit pays de la Région européenne. Un plan global pluriannuel tendant à regrouper tous les plans relatifs à la vaccination a été élaboré en collaboration avec l'UNICEF et d'autres interlocuteurs de premier plan. Des lignes directrices ont été publiées et des programmes de formation ont été organisés dans les Régions et certains pays. Des réseaux ont été mis sur pied pour surveiller la méningite purulente en pédiatrie dans la Région de la Méditerranée orientale et les rotavirus dans les Régions africaine et de la Méditerranée orientale. Le mécanisme international de financement pour la vaccination a été créé dans le but de traduire dans les faits une approche novatrice de la collecte de fonds. Les US \$4 à 8 milliards collectés serviront à accroître l'accès aux vaccins existants et à accélérer l'introduction de nouveaux vaccins.

Fourniture d'un soutien et coordination efficace en vue de l'éradication de la poliomyélite et de la certification de toutes les Régions OMS comme étant exemptes de poliomyélite

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de Régions OMS certifiées exemptes de poliomyélite	Trois Régions sur six	Trois Régions sur six	Trois Régions sur six

En janvier 2004, les ministres de la santé des pays toujours touchés par la maladie ont signé la Déclaration de Genève pour l'éradication de la poliomyélite, s'engageant à intensifier et à mener à terme, au plan mondial, les activités d'éradication pertinentes. Le plan stratégique 2004-2008 de l'initiative mondiale d'éradication de la poliomyélite a été lancé. Plus de 25 pays d'Afrique, du Proche-Orient et d'Asie ont relancé des campagnes de vaccination de masse pour faire cesser ou prévenir la propagation ultérieure, aux plans national et international, d'une épidémie multipays partie du Nigéria septentrional.

Malgré une forte augmentation des coûts, le déficit de financement a pu être comblé pour les activités menées en 2004-2005. La Région européenne a été la première à terminer la première phase de confinement en laboratoire des poliovirus. Un document-cadre a été publié à l'intention des responsables des politiques nationales au sein des pays utilisant le VPO.¹ Le Comité consultatif mondial d'Éradication de la Poliomyélite a été institué dans le but d'éclairer la « fin de partie » de l'éradication.

L'infrastructure d'éradication de la poliomyélite a servi à réagir aux situations d'urgence sanitaire et humanitaire internationales, notamment aux tsunamis survenus en Asie du Sud, au séisme qui a frappé le Pakistan, ainsi qu'aux flambées épidémiques de grippe aviaire et de fièvre hémorragique de Marbourg.

¹ Document-cadre destiné aux responsables des politiques nationales au sein des pays utilisant le VPO : arrêt de l'utilisation du vaccin antipoliomyélique oral (VPO) dans la vaccination systématique après l'éradication mondiale de la poliomyélite. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Fourniture d'un soutien adéquat pour le renforcement des capacités en vue de mettre en oeuvre des stratégies de lutte contre les principales maladies évitables par la vaccination et leur élimination

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de pays visés mettant régulièrement en oeuvre des stratégies tendant à éliminer le tétanos maternel et néonatal	29 (51 %) sur les 57 Etats Membres prioritaires	45 (76 %) sur les 58 Etats Membres prioritaires	43 (74 %) sur les 58 Etats Membres qui n'ont pas réussi à éliminer le tétanos maternel et néonatal (le dénominateur inclut le Timor-Leste) mettent en oeuvre des stratégies pour atteindre cet objectif
Pourcentage de pays d'endémie ayant intégré le vaccin anti-amaril dans leur système de vaccination antirougeoleuse systématique	29 (74 %) sur les 39 pays visés	33 (85 %) sur les 39 pays visés	33 (85 %) sur les 39 pays visés intègrent le vaccin anti-amaril dans leur système de vaccination antirougeoleuse systématique

Quatre Etats Membres de plus ont atteint l'objectif visé, à savoir l'élimination du tétanos maternel et néonatal (au total 9 sur les 58 Etats Membres prioritaires). Une enquête a été menée en Afghanistan dans le but d'évaluer l'incidence de départ du tétanos néonatal. Plusieurs évaluations prévues dans ce domaine ont été différées en raison de facteurs extérieurs ou de la progression plus lente que prévue de la mise en oeuvre du programme. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a approuvé un investissement en faveur de l'élimination du tétanos maternel et néonatal à hauteur de US \$62 millions. Par ailleurs, elle a consacré US \$58 millions à la lutte contre la résurgence de la fièvre jaune en Afrique de l'Ouest.

Fourniture d'un soutien adéquat pour la mise en oeuvre de stratégies visant à obtenir une réduction durable de la mortalité par rougeole et à interrompre la transmission dans les zones où des buts pour l'élimination de la rougeole ont été fixés

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de population de moins d'un an vivant dans des pays où des stratégies de réduction durable de la mortalité par rougeole ou d'élimination de la rougeole ont été mises en oeuvre	59 % de la population de moins d'un an vit dans 163 Etats Membres offrant une deuxième occasion de vaccination contre la rougeole	72 % de la population de moins d'un an vit dans 187 Etats Membres offrant une deuxième occasion de vaccination contre la rougeole	64 % de la population de moins d'un an vit dans 168 Etats Membres offrant une deuxième occasion de vaccination contre la rougeole

Cent soixante-huit (88 %) Etats Membres proposent une deuxième occasion de vaccination antirougeoleuse. Dix (5 %) Etats Membres de plus ont commencé à mettre en oeuvre la stratégie OMS/UNICEF pour réduire durablement la mortalité rougeoleuse (145 (76 %) au total). L'Inde, le Nigéria et le Pakistan continuent de représenter de gros défis. Des progrès ont été réalisés pour élargir le réseau des laboratoires de recherche sur la rougeole et la rubéole et l'intégrer aux autres réseaux de recherche sur les maladies (soit un total de 700 laboratoires de recherche sur la rougeole répartis dans 161 pays). Quatre-vingt-treize pour cent des 116 laboratoires participant à l'opération ont satisfait aux essais d'aptitude menés en 2005. La Région européenne a incorporé dans son plan stratégique régional l'objectif d'éliminer la rubéole. Cent dix-huit (61 %) Etats Membres ont intégré le vaccin antirubéoleux dans leur système de vaccination systématique (un pays ne l'a fait que partiellement).

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Le renforcement des capacités des Régions et des pays passe nécessairement par le maintien de l'excellence technique dans le soutien prodigué.
- Une étroite collaboration entre les bureaux de l'OMS et l'engagement effectif de leurs homologues nationaux sont des éléments déterminants. La coordination entre les programmes de pays, les laboratoires et tous les intervenants a été décisive pour la détection précoce et la lutte contre les importations et les flambées épidémiques de poliomyélite.
- Le renforcement de l'engagement politique de nombreux Etats Membres a contribué aux progrès réalisés pour atteindre les objectifs de vaccination.

- L'appui pérenne des partenaires aux principales initiatives menées à tous niveaux reste un facteur essentiel pour atteindre les objectifs d'éradication et d'élimination.
- Le resserrement de la collaboration et du soutien des partenaires a sensiblement amélioré les activités de vaccination menées hors initiatives.

Obstacles

- L'écart entre les ressources nécessaires et les ressources disponibles continue de se creuser à tous les niveaux, notamment en ce qui concerne l'introduction de nouveaux vaccins, la qualité des vaccins et les activités relatives à la réglementation, le renforcement de la surveillance ainsi que la lutte contre les nouvelles maladies et leur élimination.
- Dans un contexte de ressources restreintes, les priorités concurrentes entre les différents programmes de santé fragilisent les activités de vaccination et de mise au point de vaccins.
- Le manque de ressources humaines, le taux de rotation élevé et la relative médiocrité des capacités techniques et de gestion de certains pays, aux niveaux national et de district, continuent de poser de gros problèmes.
- Le degré d'appui gouvernemental à certaines fonctions demande à être amélioré.
- Le faible montant des dépenses de santé publique par habitant, associé dans certains Etats Membres à une forte dépendance vis-à-vis de l'extérieur, reste un obstacle.
- La pénurie de vaccins et le prix élevé des nouveaux venus contrecarrent les efforts tendant à accroître la couverture vaccinale.
- L'insécurité qui prévaut dans certains pays et territoires interrompt les activités à des moments critiques et limite l'accès ainsi que la couverture vaccinale.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Il est impératif d'avoir des stratégies et des politiques claires et efficaces. L'adoption de La vaccination dans le monde : Vision et stratégie de même que la formulation de plans stratégiques régionaux et de plans de pays pluriannuels et complets devraient conduire à une amélioration générale.
- Une planification conjointe et une coordination étroite entre le Siège et les bureaux régionaux ont facilité la mise en oeuvre des activités et devraient continuer.
- L'approche intitulée « Atteindre chaque district » a permis d'améliorer la couverture vaccinale systématique. Cet effort devrait se poursuivre.
- La qualité et la sensibilité de la surveillance devraient être maintenues au plus haut niveau possible pour permettre de prendre des décisions éclairées, de détecter de façon précoce les situations problématiques et d'y faire face en temps utile.
- Pour garantir des ressources financières adéquates et durables, une bonne stratégie de mobilisation s'impose. Il y aurait lieu d'explorer la possibilité de coopérer plus largement avec les partenaires et les bailleurs de fonds actuels, et d'en faire intervenir activement de nouveaux, y compris au niveau des pays.
- Une action de sensibilisation et une communication efficaces sont essentielles pour atteindre les objectifs de vaccination au plan mondial. La stratégie en la matière devrait être affinée et les ressources accrues.
- Le manque de moyens, de capacités techniques et de gestion aux niveaux des pays et des districts reste un problème. Chaque fois que possible, il conviendrait d'étayer par la formation, la supervision régulière et l'assistance le soutien apporté aux pays pour qu'ils renforcent leurs capacités.
- L'infrastructure mise en place dans le cadre de l'initiative d'éradication de la poliomyélite pourrait être utilisée plus efficacement pour appuyer d'autres initiatives tendant à juguler et éliminer la maladie. La participation et l'intégration à d'autres systèmes de prestation de soins de santé seraient bénéfiques.
- Les travaux préparatoires à l'introduction de vaccins nouveaux et sous-utilisés ainsi que l'intégration de la vaccination dans d'autres interventions appellent une planification précoce et un suivi continu pour faciliter la bonne exécution des activités à venir.
- La mise à disposition des vaccins devrait être assurée pour continuer d'accroître la couverture vaccinale.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	437 146	16 431	671 824	688 255
Pourcentage alloué au niveau des pays	63	27	49	49
des Régions	21	26	38	38
mondial	16	47	13	13

SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE ET TECHNOLOGIE CLINIQUE

Objectif(s) de l'OMS

Veiller à ce que les Etats Membres soient convenablement équipés pour élaborer, appliquer et suivre une politique nationale et pour améliorer l'accès à du sang, à des produits sanguins et à des technologies cliniques sûres, de qualité assurée et utilisées de manière appropriée.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Nombre de pays mettant en oeuvre des politiques, des programmes et des plans efficaces pour assurer la sécurité du sang, des produits sanguins, des injections et des appareils et actes médicaux, et leur utilisation clinique appropriée. Cent soixante-deux pays ont signalé l'élaboration ou la mise en oeuvre de politiques, de programmes et de plans efficaces pour la fourniture de produits sanguins sécurisés.

Principales réalisations

- La collaboration et les partenariats avec les organisations préoccupées par la sécurité transfusionnelle dans le monde ont été renforcés et le réseau a été élargi grâce à la Collaboration mondiale pour la sécurité des dons de sang. L'OMS a organisé un forum de haut niveau destiné aux responsables de la politique sanitaire, à l'issue duquel une déclaration de consensus sur les bonnes pratiques en matière de sécurité transfusionnelle a été rédigée.
- Un appui technique a été fourni aux pays suivants pour l'élaboration de programmes nationaux de transfusion sanguine reposant sur des politiques et des plans nationaux bien formulés : Bhoutan, Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Ethiopie, Fidji, Haïti, Indonésie, Lesotho, Mali, Namibie, Philippines, République démocratique populaire lao, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sri Lanka et Viet Nam. Les informations produites à partir de la base de données mondiale sur la sécurité transfusionnelle 2001-2002 ont servi à recenser les besoins des pays afin de renforcer les services de transfusion sanguine.
- L'OMS a joué un rôle catalyseur en mobilisant des ressources pour le Bangladesh, le Cambodge, l'Ethiopie, Haïti, l'Indonésie, la Namibie, la République populaire démocratique de Corée, Sri Lanka et le Timor-Leste pour renforcer les services nationaux de transfusion sanguine avec le concours du Gouvernement luxembourgeois, de l'Union européenne, de la Banque mondiale, du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, de la Banque japonaise pour la Coopération internationale et du Plan d'urgence du Président pour le VIH/SIDA (Etats-Unis d'Amérique). Une assistance technique a été fournie afin de renforcer les services de transfusion sanguine, notamment dans les pays émergeant de situations d'urgence complexes tels que l'Afghanistan et l'Iraq.
- Avec la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, l'OMS a renforcé les capacités en vue du recrutement de donneurs bénévoles grâce à une formation en cascade dans plus de 60 pays, avec plus de 180 participants ; une formation à l'entretien de la chaîne du froid a été dispensée à plus de 90 participants de 40 pays avec l'appui du Gouvernement luxembourgeois ; une formation permanente à la gestion de la qualité a été proposée dans le cadre de huit cours régionaux et/ou nationaux ; 20 inspecteurs de la qualité de 15 pays ont également été formés ; des visites de suivi ont été effectuées et les systèmes de qualité des programmes de transfusion sanguine ont été renforcés dans 25 pays ; des cours régionaux de formation avancée en gestion de la qualité pour les services de transfusion sanguine ont été organisés, attirant 24 participants de 11 pays ; une formation a par ailleurs été dispensée sur la mise en place de systèmes de transfusion clinique sûrs et appropriés à 178 participants de 14 pays.
- La nouvelle équipe chargée des actes cliniques a renforcé ses activités en matière de soins d'urgence et de soins chirurgicaux essentiels dans les hôpitaux de premier recours, mettant au point un module de gestion intégrée pour les décideurs et les dispensateurs de soins. Elle a également élaboré une approche normalisée et rentable du renforcement des capacités dans les pays à travers la coopération entre les autorités sanitaires et les organisations non gouvernementales. Des travaux ont été entamés en vue de la mise sur pied d'une initiative mondiale pour les soins d'urgence et les soins chirurgicaux essentiels, car l'importance de ces aspects pour la réalisation des OMD 4, 5 et 6 est de plus en plus largement reconnue.
- L'action en cas de catastrophe a été améliorée grâce à une collaboration visant à améliorer la formation des agents de santé aux soins d'urgence et aux compétences chirurgicales essentielles, à l'utilisation appropriée du sang et à l'élaboration de lignes directrices adaptées aux besoins locaux. Suite aux séismes et aux tsunamis de décembre 2004, un projet de technologie de l'information et de la communication unifiée a été lancé à Sri Lanka en collaboration avec la Banque mondiale.
- En application de la résolution WHA57.18 sur la transplantation d'organes et de tissus humains, des travaux ont été entrepris en vue d'assurer des transplantations adaptées, sûres et efficaces en tenant dûment compte de la dignité des donneurs et des receveurs.
- Un appui a été apporté afin d'évaluer la situation en matière de sécurité des injections, d'élaborer une politique et d'adopter divers programmes d'intervention visant à améliorer la sécurité des injections et la lutte contre l'infection. Des évaluations ont

été effectuées au Cambodge, en Chine, à Fidji, à Kiribati, en Mongolie, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam. L'OMS a collaboré avec l'industrie et avec ses partenaires afin de mettre au point un système amélioré de présélection des dispositifs d'injection, en se fondant sur le succès du système des fiches d'information sur les produits pour le matériel et les dispositifs de vaccination, vieux de 25 ans. Les normes OMS/UNICEF de performance, de qualité et de sécurité pour la présélection des seringues autobloquantes pour la vaccination et des dispositifs empêchant la réutilisation des appareils curatifs sont entrées en vigueur en juin 2005. Plus de 70 dossiers de produits sur la sécurité des injections ont été passés en revue et 39 produits avaient été approuvés au 30 juillet 2005 (à temps pour respecter la date de l'appel d'offres de la Division des Approvisionnements de l'UNICEF). L'autofinancement du système commence par la perception de droits sur l'examen des dossiers.

Illustration de certaines réalisations

- La résolution WHA58.13 a fait de la Journée mondiale du don de sang, le 14 juin, une manifestation annuelle, qui a été célébrée dans plus de 75 pays en 2004 et plus de 90 en 2005.
- Des exigences minimales concernant la sécurité des cellules et tissus humains essentiels destinés à la transplantation ont été définies. Les capacités des dispensateurs de santé dans les établissements de soins de premier niveau en matière de soins d'urgence et de soins chirurgicaux essentiels ont été renforcées grâce à des ateliers de formation en Ethiopie, au Ghana, au Kirghizistan, aux Maldives, en Mongolie, au Mozambique, au Pakistan et au Viet Nam.
- Des directives techniques ont été établies concernant les technologies diagnostiques et de laboratoire afin de renforcer les capacités nationales de réglementation et de surveillance de la qualité des produits diagnostiques, en particulier les tests concernant le VIH. C'est important compte tenu de la quantité de tests produits localement en Chine. Une mission impliquant plusieurs partenaires représentant l'OMS, l'UNICEF, l'ONUSIDA et l'initiative VIH/SIDA de la Fondation Clinton ainsi qu'un représentant du Ministère chinois de la Santé ont apporté une contribution technique à l'approche nationale mise en place pour élargir la prévention, le traitement et les soins aux adultes et aux nourrissons infectés par le VIH ; l'OMS a fourni un soutien logistique pour la mise au point de normes diagnostiques et de laboratoire.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Fourniture d'un soutien aux pays pour concevoir et appliquer des politiques nationales de sécurité du sang et des produits sanguins, des injections et des appareils médicaux, et des services de laboratoire et de diagnostic, ainsi que pour en suivre les effets

Renforcement de la collaboration et des partenariats au niveau mondial pour améliorer l'accès à un sang sécurisé et à des technologies cliniques sûres

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage des pays visés dotés de politiques efficaces et du cadre législatif nécessaire pour assurer l'utilisation sûre et appropriée du sang, des produits sanguins, des injections et des appareils médicaux ainsi que des services de laboratoire et de diagnostic	Les données de 2002 indiquent qu'une politique nationale de transfusion sanguine a été élaborée et mise en oeuvre dans 145 pays	24 autres pays ont déclaré avoir élaboré une politique nationale de transfusion sanguine	17 pays supplémentaires
Nombre de collaborations et de partenariats mondiaux effectifs visant à améliorer la sécurité du sang et des produits sanguins, des injections et des appareils et actes médicaux	10 réunions, formations et élaboration de matériel compris Aucune collaboration au niveau mondial dans le domaine des soins d'urgence et soins chirurgicaux essentiels	20 initiatives supplémentaires Une réunion dans l'optique d'une initiative mondiale sur les soins d'urgence et soins chirurgicaux essentiels, formation dans les pays et mise au point d'outils	20 initiatives supplémentaires Une réunion dans l'optique d'une initiative mondiale

S'agissant de la technologie diagnostique et de laboratoire, la collaboration a été renforcée avec des partenaires clés, y compris l'ONUSIDA, l'UNICEF, la Banque mondiale, le FNUAP, Médecins sans Frontières, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'initiative VIH/SIDA de la Fondation Clinton, les Centers for Disease Control and Prevention d'Atlanta, en Géorgie (Etats-Unis d'Amérique), l'Union internationale contre la Tuberculose et l'Association mondiale des Sociétés de Pathologie et Biologie médicales. Au moins cinq réunions ont été tenues avec la plupart de ces partenaires.

L'OMS a contribué à la création de l'International Association for Safe Injection Technology et à la mise sur pied d'un groupe de travail de l'Organisation internationale de Normalisation sur les nouvelles normes applicables aux dispositifs d'injection.

Au Viet Nam, des unités de gestion des projets ont été créées et dotées de personnel et divers soutiens techniques apportés pour la mise en oeuvre du projet régional de centre de transfusion sanguine. Un soutien a également été apporté afin de renforcer les services nationaux de transfusion sanguine au Bhoutan, en Indonésie, en République démocratique populaire lao et à Sri Lanka ; préparer un cadre pour mettre en oeuvre la réforme des services de transfusion sanguine (avec des fonds de diverses sources) ; et élaborer et mettre en oeuvre une politique visant à mettre en place des services de transfusion sanguine coordonnés au niveau national au Brunéi Darussalam, en Chine, à Fidji et aux Philippines. Une analyse des politiques nationales a été entreprise dans neuf Etats Membres de la Région européenne. Trois Etats Membres ont formulé un projet de politique transfusionnelle. Le Bangladesh, l'Inde, le Népal et la Thaïlande ont déjà mis en place des politiques.

Fourniture de conseils sur la gestion des achats et des prix plus abordables pour le matériel, les technologies diagnostiques et les injections et appareils médicaux essentiels

Appui et amélioration de l'accès aux technologies nouvelles appropriées dans des situations où les ressources sont limitées

Fourniture de conseils sur la recherche de donneurs de sang et la gestion des stocks

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Diffusion de lignes directrices pour la gestion des achats	Disponibles dans 5 pays	Disponibles dans 8 pays	Normes de présélection pour les dispositifs d'injection disponibles en ligne pour tous les Etats Membres
Pourcentage des économies réalisées grâce aux achats en vrac	30 % à 50 %	50 %	Entre 50 % et 77 %
Nombre de nouvelles technologies appuyées	1 : échelle colorimétrique pour l'hémoglobine Soins chirurgicaux d'urgence et services hospitaliers de district disponibles dans toutes les Régions Pas de matériel de radiographie numérique disponible	1 nouvelle : glacière pour la préservation de la chaîne du froid promue dans au moins un pays dans 6 Régions Nécessaire intégré supplémentaire à mettre à disposition Un système mis à disposition pour tous les Etats Membres	Ateliers sur la sécurité de la chaîne du froid pour le sang organisés dans 3 pays 4 pays ont mis en oeuvre le nouvel outil de gestion intégrée de l'OMS pour les soins chirurgicaux et soins d'urgence essentiels dans leurs programmes de formation Un système mis à disposition pour tous les Etats Membres
Pourcentage des pays visés attestant d'un système de recherche de donneurs de sang et de gestion des stocks	39 pays	45 pays	45 pays

Les normes de présélection concernant les dispositifs d'injection ont été mises à disposition en ligne, diffusées à travers des contacts régionaux et appliquées dans la Région de l'Asie du Sud-Est pour soutenir les appels d'offres du Gouvernement indien, et sont utilisées par l'OMS/OPS dans le cadre des spécifications relatives aux appels d'offres. Les dispositifs comportant des

éléments destinés à en empêcher la réutilisation ont été promus avec la création d'une norme ISO et la présélection des dispositifs par l'OMS.

L'accès à de bons outils diagnostiques présélectionnés à prix réduit a augmenté grâce au système d'achat en vrac des Nations Unies. L'OMS et l'UNICEF ont facilité l'achat d'environ 2,6 millions de nécessaires d'épreuve pour le VIH en 2004. L'OMS fournit des conseils techniques et une rétroinformation dans ce domaine à toutes les institutions des Nations Unies.

La résolution WHA58.13 établissant la Journée mondiale du don de sang le 14 juin a été adoptée. La Journée mondiale du don de sang 2004 a été célébrée dans plus de 75 pays et en 2005 dans plus de 90. Un appui a été apporté au Cambodge, aux Philippines et à la République démocratique populaire lao pour célébrer la Journée mondiale du don de sang ; un atelier régional et trois ateliers nationaux de formation de formateurs sur la recherche des donneurs de sang ont été organisés. Une formation a également été organisée en Chine au niveau des provinces. Un soutien a été apporté à Vanuatu pour la mise en place d'un programme de recrutement de donneurs de sang volontaires.

Elaboration et promotion de normes et procédures internationales et de préparations biologiques de référence pour les produits sanguins et les substances biologiques connexes et les méthodes diagnostiques *in vitro*

Appui au renforcement des capacités des autorités nationales de réglementation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays visés dotés d'autorités compétentes pour le contrôle des produits sanguins et des substances biologiques connexes, des méthodes diagnostiques <i>in vitro</i> et des appareils et actes médicaux	85 normes établies Aucune dans le domaine des actes cliniques et chirurgicaux	8 nouvelles normes de remplacement établies et 2 nouveaux documents d'orientation Un document d'orientation pour le renforcement des capacités	Organes méthodologiques nationaux établis/envisagés pour la mise en oeuvre dans 8 pays d'Europe centrale et orientale 8 pays ont établi des organismes nationaux chargés d'appliquer les meilleures pratiques dans le domaine des soins d'urgence et soins chirurgicaux essentiels pour une méthodologie de formation normalisée
Nombre de préparations biologiques internationales de référence produites et promues	0	Au moins 10 autorités de réglementation nationales appuyées	Principes directeurs de l'OMS diffusés aux homologues nationaux dans 52 Etats Membres

La sécurité et l'efficacité des produits sanguins et des méthodes de diagnostic *in vitro* connexes reposent sur des systèmes d'assurance de la qualité validés. Les autorités nationales de réglementation et les fabricants des Etats Membres sont confrontés à une double difficulté pour assurer la qualité et l'innocuité de ces produits : le risque de contamination par des agents pathogènes véhiculés par le sang et la difficulté de valider les systèmes d'assurance de la qualité en raison de la variabilité inhérente aux produits biologiques.

Fourniture d'un soutien technique et politique adéquat pour la validation d'outils et de stratégies nouveaux de sécurité transfusionnelle, d'aide au diagnostic et de sécurité des injections et des appareils médicaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'outils et de stratégies nouveaux validés	0	12	12
Nombre de pays et de partenaires utilisant l'information et les lignes directrices techniques	0	16	22 pays. Plusieurs activités de sensibilisation des pays aux nouvelles lignes directrices, recommandations et informations techniques

Des projets de lignes directrices pour la présélection des technologies VIH-SIDA, y compris des tests de dépistage du VIH, et de mise en évidence des CD4 et de la charge virale ont été mis au point et sont actuellement examinés ; une déclaration sur le dépistage précoce de l'infection à VIH chez les nourrissons exposés a également été préparée.

Un guide de la sélection et de l'achat ainsi qu'un manuel sur la gestion, l'entretien et l'utilisation du matériel de chaîne du froid pour le sang ont été préparés et diffusés dans toutes les Régions. Un module structuré de formation des formateurs mis au point conjointement par l'OMS et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge pour la formation en cascade des services chargés de rechercher des donneurs a été évalué en Chine et à Singapour. Des lignes directrices de l'OMS pour la mise en place d'un système d'évaluation externe de la qualité appliqué à la sérologie des groupes sanguins ont été publiées.¹ La version française est désormais disponible et une version chinoise est en préparation.

Renforcement des systèmes de gestion de la qualité et promotion d'un système d'évaluation externe de la qualité pour les laboratoires et les services de transfusion

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays visés ayant mis en place des systèmes de gestion de la qualité pour les services de laboratoire et de transfusion	40 laboratoires de référence et centres de transfusion sanguine nationaux	60	60
Efficacité et nombre de laboratoires et de services de transfusion participant à des systèmes d'évaluation externe de la qualité	60 % d'une efficacité acceptable	65 % d'une efficacité acceptable	75 %

Avec plus d'une centaine de gestionnaires professionnels de haut niveau, les laboratoires de référence et services de transfusion sanguine nationaux ont mis en oeuvre des systèmes améliorés de gestion de la qualité. Une formation et un appui technique ont été dispensés aux pays afin de renforcer leurs capacités dans ce domaine et mettre en place des systèmes de gestion de la qualité dans les services de transfusion sanguine. Un outil de formation pertinent est également disponible sur un CD-ROM interactif, et des réseaux de qualité efficaces ainsi que des bulletins d'information existent. Un cours de formation avancée en gestion de la qualité pour les services de transfusion sanguine a attiré 24 participants de 11 pays. Quatre cours de formation à la gestion de la qualité ont été dispensés et plus de 80 professionnels ont été formés dans la Région européenne. Un appui a été fourni à 6 pays pour organiser des cours nationaux de formation en gestion de la qualité ; 18 pays ont mis en place un processus de gestion de la qualité dans leurs services de transfusion sanguine ; des visites de suivi ont été effectuées par des experts en Mongolie, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et en République démocratique populaire lao. Un appui a été fourni à 17 pays afin qu'ils améliorent leurs systèmes nationaux de gestion externe de la qualité et un appui technique a également été apporté pour la mise en place de systèmes d'évaluation de la qualité pour la sérologie des groupes sanguins ; un atelier sur le renforcement de la sécurité transfusionnelle et des services de laboratoire dans la Région du Pacifique occidental a été suivi par 21 participants de 13 pays.

Des systèmes d'évaluation externe de la qualité ont été mis en place pour divers marqueurs de laboratoire, y compris ceux des infections à VIH, de l'hépatite B et de l'hépatite C, l'immunophénotypage des CD4, l'hématologie, la parasitologie, la chimie clinique et la coagulation. En moyenne, l'efficacité des laboratoires a augmenté après leur participation à trois distributions consécutives de matériel d'évaluation externe de la qualité. Des centres régionaux d'excellence sont devenus opérationnels dans la plupart des Régions de l'OMS et ont apporté un soutien aux établissements les moins efficaces. Des lignes directrices concernant les bonnes pratiques de laboratoire, des fiches d'information technique et des guides d'entretien pour les tests de laboratoire de base au niveau du district ont été distribués. Leur traduction dans d'autres langues officielles de l'OMS est en préparation.

¹ *Evaluation externe de la qualité des pratiques des laboratoires de biologie transfusionnelle. Recommandations pour la mise en place d'un système d'évaluation externe de la qualité appliqué à la sérologie des groupes sanguins.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Fourniture d'un appui technique pour le renforcement des capacités afin d'améliorer l'usage approprié, sûr et économique de la transfusion, des injections, de l'imagerie diagnostique et de la radiothérapie, des services de laboratoire et de diagnostic et des appareils et actes médicaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays utilisant les matériels de formation, les lignes directrices et les recommandations de l'OMS pour le renforcement des capacités concernant l'imagerie diagnostique et la radiothérapie, l'entretien du matériel et la gestion des déchets, la transfusion et les services diagnostiques et de laboratoire	0	12	35 pays
Proportion des pays visés attestant de l'utilisation sûre et appropriée du sang et des produits sanguins	10	15	15 pays
Proportion des pays visés utilisant les injections de manière sûre et appropriée	0	2	19 pays

Un appui technique a été apporté pour le renforcement des capacités en matière d'utilisation clinique du sang afin d'assurer l'utilisation appropriée, sûre et rentable des transfusions. Un atelier interpays visant à mettre au point un mécanisme qui permette de garantir l'usage sûr et approprié du sang a été suivi par 28 participants de 10 pays. Un appui a été fourni à la Papouasie-Nouvelle-Guinée pour l'élaboration de lignes directrices nationales concernant l'utilisation clinique du sang, et pour évaluer les services d'imagerie diagnostique au niveau national ; ainsi qu'à la République populaire démocratique de Corée pour évaluer les services d'imagerie diagnostique et définir des mesures visant à les améliorer. Un nouveau centre d'excellence pour la formation à l'imagerie diagnostique a été créé au Cameroun.

Des ateliers régionaux ont été organisés dans toutes les Régions pour tester et réviser les matériels de formation concernant les technologies de dépistage rapide du VIH et de comptage des CD4+. Plusieurs pays mettent actuellement au point leurs propres plans d'exécution. Les matériels et manuels de formation sont actuellement traduits dans d'autres langues.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Les autorités nationales ont fait preuve d'un intérêt et d'un engagement croissants en faveur de l'amélioration de la sécurité transfusionnelle.
- La présence de l'OMS dans les pays, accompagnée d'une forte volonté politique, a permis à l'OMS de renforcer son rôle de conseil.
- L'échange d'informations et le maillage accru entre professionnels et établissements dans ce domaine aux niveaux national, interpays et mondial ainsi qu'une sensibilisation, un intérêt et un appui accrus des autorités nationales et des partenaires mondiaux ont conduit à la mise sur pied d'initiatives mondiales (concernant les actes chirurgicaux, par exemple) et de centres d'excellence (pour l'imagerie diagnostique).
- Des manifestations telles que la Journée mondiale du don de sang ont permis d'accroître la visibilité des dons de sang et de sensibiliser aux problèmes, à la nécessité de l'action et au rôle de l'OMS.
- Une action continue de sensibilisation, de communication et d'établissement de réseaux avec les gouvernements et d'autres partenaires ainsi que la poursuite de la collaboration avec les organes scientifiques et professionnels ont abouti à de meilleures références mondiales concernant les pratiques ; la collaboration avec la Transplantation Society, par exemple, a abouti à un consensus mondial sur les soins à prodiguer aux donneurs vivants de reins.
- Des manuels de formation pratique ont été produits.
- Le premier système de radiographie informatisé à bas prix a été testé avec succès.
- L'engagement des pays à fournir des antirétroviraux génériques a souligné la nécessité de renforcer l'infrastructure des laboratoires.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Obstacles

- Malgré le fait que l'on se préoccupe de plus en plus de la sécurité transfusionnelle au niveau mondial, ce domaine a souffert d'une grave pénurie de ressources humaines et d'un manque de financement stable pour permettre d'atteindre les cibles et les résultats escomptés aux niveaux mondial, régional et des pays et d'assurer des activités de suivi adéquates.
- Au niveau des pays, la faiblesse de l'infrastructure a été un obstacle majeur à la mise en oeuvre de systèmes de qualité dans le cadre des services de transfusion sanguine.
- Les complexités politiques et juridiques de la réforme du système actuel de transfusion sanguine ont retardé les progrès dans certains pays.
- La promulgation de lois sur les transplantations a été retardée dans certains pays, où s'est développée une lucrative industrie du tourisme de la transplantation.
- L'instabilité des mécanismes de prise de décision a des répercussions directes au niveau des pays en ce qui concerne la reconnaissance des homologues nationaux chargés de la sécurité transfusionnelle.
- Les systèmes de collecte et de gestion de données validées (bases de données et dossiers) sur la sécurité transfusionnelle au niveau national laissent à désirer.
- L'infrastructure permettant de mettre en oeuvre des systèmes de qualité dans les laboratoires de santé est insuffisante. Le suivi au laboratoire des traitements antirétroviraux est un nouveau domaine qui exige un matériel sophistiqué et du personnel qualifié. De plus, les aspects de laboratoire sont traités par différents programmes de l'OMS.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- L'établissement de synergies avec les partenaires internationaux favorisera les activités conjointes et évitera les doubles emplois et le gaspillage de ressources. Des efforts seront donc faits en 2006-2007 pour mettre en place et mettre en oeuvre des activités conjointes avec les organisations non gouvernementales.
- Des campagnes mondiales telles que la Journée mondiale du don de sang sont un moyen efficace et rentable de sensibiliser et de maintenir la dynamique du programme de sécurité transfusionnelle. L'utilisation constructive des possibilités médiatiques offertes par les grandes manifestations de l'OMS telles que la Journée mondiale du don de sang et la Journée de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients fera progresser l'action de l'OMS.
- La transparence des activités de transplantation favorise la confiance et encourage la sécurité des dons. Elle décourage l'exploitation de populations pauvres et vulnérables dans le cadre d'un tourisme des greffes et du trafic d'organes et de tissus humains destinés aux transplantations. En 2006-2007, les Etats Membres seront encouragés à assurer la transparence des activités de transplantation comme l'une des principales exigences en matière de sécurité, d'efficacité et d'éthique.
- Une meilleure supervision et un appui aux homologues nationaux sont nécessaires pour assurer la cohérence de l'exécution aux niveaux local et national. Un suivi et une évaluation efficaces seront donc effectués au cours de la période biennale pour soutenir les homologues nationaux.
- Une meilleure visibilité du programme de sécurité transfusionnelle est une condition préalable à un financement stable pour la mise en oeuvre du plan de travail. Les efforts de sensibilisation seront donc accélérés grâce à une collaboration des réseaux et des partenariats internationaux.
- Les programmes OMS concernant la sécurité transfusionnelle, les laboratoires, la sécurité des injections et les actes cliniques devraient être reliés aux programmes de lutte contre les maladies telles que le VIH/SIDA. Toutefois, le fait que les systèmes doivent garantir des améliorations durables devrait toujours être pris en compte lors de l'élaboration et de l'exécution des programmes.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	24 635	12 980	9 248	22 228
des pays	30	35	20	29
Pourcentage alloué au niveau des Régions	19	25	21	23
mondial	51	40	59	48

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, mettre en place des moyens d'utiliser ces données et soutenir le dialogue, aux niveaux national et international, sur les moyens d'améliorer la performance des systèmes de santé.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Existence d'outils pratiques pour aider les décideurs et les professionnels de la santé à analyser la situation sanitaire et les systèmes de santé et à formuler des politiques nationales permettant d'améliorer la performance des systèmes de santé.* Des outils pratiques ont été mis au point et sont désormais utilisés dans des domaines critiques pour le développement des systèmes de santé.
- *Renforcement de la capacité des pays à adapter et à utiliser ces outils dans leur propre contexte.* De nombreux pays sont maintenant dotés de capacités supplémentaires pour utiliser les outils et les informations qui leur sont fournis aux fins de l'élaboration de politiques.
- *Existence de réseaux opérationnels d'institutions régionales et nationales et de partenariats actifs avec des organismes internationaux soutenant l'analyse et le développement d'une gestion, d'un financement, d'une génération de ressources et d'une prestation de services plus efficaces dans les pays.* Des réseaux régionaux et mondiaux existent désormais pour différentes activités ainsi qu'une collaboration accrue avec des partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Principales réalisations

- La mise en commun des données a été développée : les données issues de l'enquête sur la santé dans le monde ont été préparées et fournies aux pays pour analyse, et sont mises à disposition en ligne ; les bases de données sur les dépenses de santé, la mortalité et la disponibilité des ressources humaines ont été mises à jour et publiées en ligne ainsi que dans les rapports sur la santé dans le monde ; le projet CHOICE de l'OMS fournit désormais des estimations par Région concernant les coûts et les effets de plus de 800 interventions.
- Les systèmes nationaux d'information sanitaire ont été renforcés, certains par interaction avec le Réseau de métrologie sanitaire, dont le cadre est utilisé par les pays et les partenaires de l'action de développement pour aligner les activités associées à la production, l'analyse et l'utilisation des statistiques sanitaires. Quarante et un pays ont bénéficié de fonds de développement du Réseau pour commencer à renforcer leurs systèmes nationaux d'information sanitaire.
- De nouveaux progrès ont été faits en aidant les pays à atteindre l'objectif de la couverture universelle des services de santé de base avec l'adoption, en mai 2005, par l'Assemblée de la Santé d'une résolution sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale.¹ Une stratégie sur le financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est a été adoptée par le Comité régional du Pacifique occidental,² un soutien technique a été fourni aux pays de toutes les Régions souhaitant modifier leurs systèmes de financement.
- La diffusion d'informations a été encouragée dans le cadre des rapports sur la santé dans le monde et sur la santé en Europe et de publications dans la littérature scientifique, y compris une série concernant la rentabilité des interventions visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et des publications sur les dépenses catastrophiques, l'efficacité des établissements de santé en Afrique et les comités de bioéthique dans la Région africaine.

¹ Résolution WHA58.33.

² Résolution WPR/RC56.R6.

Illustration de certaines réalisations

A mesure que des ressources plus importantes sont dégagées en faveur de la santé, en partie pour aider les pays à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, il devient de plus en plus important de suivre l'utilisation des fonds de façon structurée et systématique tant sur le plan de l'élaboration de politiques que pour assurer la transparence et la responsabilité financières. L'OMS a favorisé l'élaboration de comptes nationaux de la santé dans les pays et leur a fourni à cet égard les indications normatives. *Le Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé – avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenu* (produit conjointement par la Banque mondiale et l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique) a été traduit dans les six langues officielles de l'OMS. Plus de 100 Etats Membres ont désormais achevé au moins un exercice de comptabilisation complète des dépenses de santé. Une assistance technique a été fournie à plusieurs pays pour entreprendre le premier exercice de ce type ou les exercices suivants. On a également entamé le suivi de ressources par maladie concernant les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, certains pays préparant des comptes pour la santé de l'enfant, la santé génésique, le paludisme, la tuberculose et le VIH. Parmi les partenaires figurent l'ONUSIDA, l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, la Banque mondiale, l'Agence suédoise de Coopération au Développement international et l'OCDE.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Elaboration d'un cadre validé et d'instruments concrets en vue de soutenir un accroissement de la capacité des systèmes de santé nationaux pour obtenir, analyser et utiliser l'information critique, y compris l'information relative à la santé, à la réactivité, à l'équité des contributions financières, aux facteurs de risque, aux coûts et à l'efficacité d'interventions importantes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Disponibilité et actualisation régulières des bases de données et autres instruments pratiques pour aider les décideurs et les professionnels de la santé à analyser les situations sanitaires, les principaux problèmes de santé, systèmes et possibilités d'intervention	Bases de données disponibles sur les comptes de la santé, la mortalité, les années de vie ajustées sur l'incapacité et les ressources humaines pour la santé	Mise à jour des bases de données disponibles et élaboration de nouvelles bases sur le coût/efficacité et les dépenses catastrophiques et l'offre de services	Bases de données actualisées et bases de données sur le coût/efficacité et les dépenses catastrophiques établies Cartographie des services commencée
Renforcement de la capacité de certains pays à adapter le cadre et les instruments à leur propre contexte	Capacité limitée de mesure de la mortalité, des dépenses et du nombre et de la répartition des agents de santé	Capacité renforcée dans 20 pays	Capacité renforcée dans plus de 50 pays

Des comptes nationaux de la santé et des bases de données sur la mortalité ont été tenus, actualisés chaque année et publiés dans le *Rapport sur la santé dans le monde* et en ligne, et des données relatives aux tendances sont désormais disponibles. De nouvelles estimations de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et de ses causes ont été établies en collaboration avec certains partenaires. La base de données sur la mortalité et la population ainsi que la base régionale de données sanitaires essentielles pour la Région OMS des Amériques ont été mises à jour chaque année, ce qui a été à l'origine d'initiatives dans au moins 21 Etats Membres et de la préparation de nombreuses analyses de la situation sanitaire, y compris en vue de l'établissement du rapport sur les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, et de profils de santé sous-régionaux pour l'Amérique centrale. Les profils des systèmes de santé nationaux de tous les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est ont été mis à jour et une formation à l'utilisation des données a été encouragée. Les services de bibliothèque ont été améliorés dans 10 pays. Les profils des systèmes de santé de pays et les bases de données régionales du Bureau régional du Pacifique occidental ont été actualisés et une formation à l'utilisation des informations pour l'analyse des politiques à l'intention des responsables de santé de province a été dispensée. Le Bureau régional a également publié des guides à l'usage des pays désireux de promouvoir les meilleures pratiques et une approche logique de la conception des systèmes nationaux d'information sanitaire. Une base de données étendue concernant les coûts et l'efficacité des interventions sanitaires est également disponible en ligne, de même qu'un Atlas mondial des personnels de santé.

Le cadre du Réseau de métrologie sanitaire décrit les normes et les processus des systèmes d'information sanitaire de pays et représente une structure de soutien essentielle autour de laquelle les pays et les partenaires de l'action de développement peuvent mobiliser et aligner leurs ressources. Il est lié à l'outil d'évaluation qui permet aux pays d'évaluer la qualité des statistiques sanitaires et de repérer les principales lacunes et les faiblesses auxquelles il faut remédier. Le cadre a été testé dans des pays pilotes et des éditions prototypes ont été utilisées pour produire des profils de systèmes d'information sanitaire dans six pays. Une série de consultations techniques a permis de dégager un consensus sur la normalisation du questionnaire et des outils en vue d'améliorer la comparabilité des résultats des autopsies verbales.

Utilisation de réseaux et de partenariats nationaux et internationaux pour les estimations et méthodes épidémiologiques, la surveillance des principaux résultats des systèmes de santé, l'analyse économique, la mesure de l'efficacité des systèmes de santé et les classifications internationales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de réseaux efficaces d'institutions régionales et nationales qui conçoivent des méthodes permettant d'obtenir des estimations sur des paramètres essentiels liés aux politiques de santé et les moyens d'utiliser ceux-ci aux niveaux national et infranational	1 réseau mondial et 2 réseaux régionaux sur les comptes de la santé 1 réseau mondial sur les classifications	Mettre sur pied un réseau supplémentaire sur l'économie et le financement de la santé dans la Région africaine Mettre sur pied un Réseau mondial de métrologie sanitaire	Le réseau du Comité consultatif africain pour l'économie de la santé et le Réseau de métrologie sanitaire ont été créés Le Réseau de la famille OMS des classifications internationales a été élargi en Afrique, en Asie et en Amérique latine
Elaboration et utilisation de mécanismes favorisant l'accès à des données comparables sur les systèmes de santé et l'échange de celles-ci par les pays et l'OMS	Accès limité des pays aux bases de données de l'OMS à travers le portail des systèmes d'information statistique de l'OMS et l'Atlas mondial des personnels de santé	Accès amélioré grâce à des sites Web actualisés et à une meilleure diffusion Sites actualisés concernant les comptes nationaux de la santé, la rentabilité, les classifications internationales et l'enquête sur la santé dans le monde	Les sites Web existants ont été actualisés et de nouveaux sites conviviaux ont été créés comme prévu Les données et rapports de l'enquête sur la santé dans le monde ont commencé à être mis en ligne Des rapports de pays ont été rédigés et diffusés

L'appui aux réseaux existants a été maintenu et des rapports de pays ont été préparés concernant les dépenses catastrophiques, les dépenses de santé et l'enquête sur la santé dans le monde. Des mises à jour de classifications existantes ont été publiées sur le Web, la révision de la Classification internationale des Maladies a commencé et un prototype de classification des interventions a été testé ; des informations essentielles du *Rapport sur la santé dans le monde* ont été publiées sous forme imprimée ainsi que des publications telles que les *Statistiques sanitaires mondiales 2005*¹ et le *Rapport sur la santé en Europe 2005*.² Un soutien a continué d'être apporté pour l'application de la Dixième Révision de la Classification internationale des Maladies au Bureau régional de l'Europe et une formation connexe a été dispensée dans huit Etats Membres. Le réseau de centres collaborateurs pour la famille OMS des classifications internationales a été renforcé et de nouveaux centres ont commencé à être désignés en Afrique, en Asie et en Amérique latine. Une base de données sur la mise en oeuvre de la Classification internationale des Maladies a été constituée afin d'orienter les efforts de renforcement des capacités dans les pays. Elle devrait également aider à la Onzième révision de la Classification. Une norme pour la comparaison des données relatives aux sorties d'hôpital a été définie, puis adoptée par plusieurs pays ainsi que par l'OCDE et Eurostat. La première adaptation de la Classification internationale du fonctionnement,

¹ *Statistiques sanitaires mondiales 2005*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² *Rapport sur la santé en Europe 2005 : l'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations*. Copenhague, Bureau régional OMS de l'Europe, 2005.

du handicap et de la santé pour les enfants et les jeunes a été rédigée, traduite et publiée dans plus de 30 langues et des articles ont été publiés dans diverses revues à comité de lecture. Des essais de terrain de la Classification internationale des interventions sanitaires sont en cours dans quelque 70 pays.

Une évaluation complète des systèmes nationaux d'information sanitaire a été effectuée dans 10 pays, ce qui a fourni des bases pour apporter ultérieurement des améliorations. Des outils analytiques améliorés et des activités de formation sont en cours dans le cadre des travaux sur les systèmes d'information et d'analyse sanitaire. Le Comité consultatif africain pour l'économie de la santé a été constitué et a tenu sa première réunion en novembre 2004, au cours de laquelle un plan stratégique d'économie sanitaire pour la Région africaine a été élaboré pour la période 2006-2015. Le Bureau régional du Pacifique occidental a collaboré avec le Réseau de métrologie sanitaire et les ministères de la santé afin de mettre au point des moyens de renforcer les systèmes d'information sanitaire des pays. Des réseaux de comptes nationaux de la santé existent dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental parallèlement à une collaboration importante entre l'OMS, l'OCDE, la Banque mondiale et certains organismes bilatéraux. L'OMS collabore avec de nombreuses institutions, en particulier l'OIT, l'Agence allemande de Coopération technique, l'Agence suédoise de Coopération au Développement international, l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique, la Banque mondiale et l'OCDE sur divers aspects du financement des systèmes de santé.

Définition et validation de normes, de règles, d'une terminologie et de méthodes à l'usage des décideurs nationaux pour les principales questions, y compris la santé de la population, la réactivité et l'équité des contributions financières et leur mesure, les classifications internationales, l'efficacité économique, les coûts économiques, les conséquences éthiques de l'allocation des ressources et l'analyse coût/efficacité du choix des combinaisons efficaces d'interventions

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de normes, de règles, d'une terminologie et de méthodes déterminées visant à satisfaire les besoins prioritaires des pays et des Régions pour produire des bases factuelles qui serviront de fondement à la politique sanitaire	Existence de normes et de règles concernant les comptes nationaux de la santé et les classifications internationales des maladies et du fonctionnement, du handicap et de la santé Principes directeurs sur l'analyse fonctionnelle des postes	Normes, méthodes et directives concernant le rapport coût/efficacité, les dépenses catastrophiques et les ressources humaines pour la santé Prototype de classification internationale des interventions sanitaires testé	Principes directeurs pour la réalisation d'études coût/efficacité ; méthodes permettant de mesurer la proportion de ménages confrontés à des dépenses catastrophiques en raison de leurs dépenses de santé et l'appauvrissement qui en découle ; principes directeurs concernant l'évaluation rapide des ressources humaines pour la santé et le développement des personnels de santé dans les situations consécutives à un conflit Prototype de classification internationale des interventions sanitaires testé
Renforcement de la capacité des pays visés d'obtenir et d'utiliser cette information de manière à compléter les systèmes d'information statistique courants	De nombreux pays ne disposent que de capacités limitées pour appliquer les normes et règles existantes	Appui technique et renforcement des capacités dans au moins 20 pays	Appui fourni à plus de 30 pays

Des principes méthodologiques applicables aux systèmes d'information et d'analyse sanitaires sont actuellement mis au point et diffusés à des fins de surveillance de la santé publique et d'analyse de la situation sanitaire et pour soutenir le développement des systèmes d'information sanitaire. Une formation à la Dixième Révision de la Classification internationale des Maladies a été dispensée. L'OMS a contribué à la définition de la nouvelle norme pour la conservation, la tenue et la représentation des classifications fixée par le Comité européen de Normalisation et l'Organisation internationale de Normalisation. Des méthodes de suivi des dépenses ont été publiées dans les six langues officielles ainsi qu'un guide relatif à l'établissement des comptes nationaux de la santé dans les pays à faible revenu.¹ Des méthodes pour la réalisation d'études de coût ont également été élaborées et des stratégies permettant d'estimer les conséquences économiques des maladies sont en préparation.

¹ *Guide pour l'élaboration des comptes nationaux de la santé – avec des applications spéciales pour les pays à faible et à moyen revenu.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Existence d'une base factuelle pour guider les recommandations politiques dans les domaines essentiels, et notamment le financement des soins de santé, la gestion avisée, la génération de ressources et la fourniture de services

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mise au point de la politique de l'OMS sur le financement des systèmes de santé	Absence de politique OMS	Politique élaborée	Politique finalisée (résolution WHA58.33 et stratégie sur le financement des soins de santé pour les pays des Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est adoptées par la résolution WPR/RC56.R6)
Existence d'un recueil de données sur les approches relatives à la gestion avisée, à la génération de ressources et à la fourniture de services	Existence limitée de telles données à l'OMS	Base de connaissances sur les approches novatrices de la prestation de services améliorée	Etudes visant à développer et diffuser les connaissances là où elles font défaut par exemple, concernant les stratégies novatrices pour améliorer les services de santé et renforcer les systèmes de santé achevées dans 12 pays à faible revenu ; études de cas de pays sur l'efficacité de la gestion du système de santé achevées
Renforcement des moyens de certains pays pour leur permettre d'analyser et d'appliquer ces données à l'élaboration de politiques nationales	Certains pays n'avaient que des capacités limitées dans ce domaine	Renforcement des capacités dans au moins 10 pays	Capacité renforcée dans 30 pays de toutes les Régions

Une étude sur l'impact des stratégies novatrices pour améliorer les services de santé et renforcer les systèmes de santé a été menée à bien dans 12 pays à faible revenu et des ateliers ont été organisés pour la diffuser. Trois études de cas de pays sur l'efficacité de la gestion des systèmes de santé ont été menées à bien. Des principes directeurs sur le suivi de l'offre et du déploiement des ressources ont été diffusés et des cours de formation sur l'utilisation de l'information en vue d'intégrer des bases factuelles à l'élaboration des politiques ont été organisés dans certains pays. En collaboration avec l'Institut de la Banque mondiale, sept cours de formation phares ont été organisés dans la Région européenne concernant la réforme du secteur de la santé et le financement durable de la santé et la pauvreté, l'équité et les systèmes de santé ; quatre cours ont été organisés au niveau régional, deux au niveau sous-régional et un au niveau national. Dans la Région africaine, des rapports sur les programmes de sécurité sociale kenyan et nigérian ont été préparés ainsi que sur les coûts des programmes de maternité sans risque au Ghana et au Nigéria. Une stratégie conjointe de financement des soins de santé a été élaborée dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental et une évaluation des systèmes de financement de la santé dans plusieurs pays a été effectuée. Une résolution sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale a été adoptée par l'Assemblée de la Santé en 2005 pour jeter les bases des travaux de l'OMS dans ce domaine. Un soutien technique à la politique de financement de la santé a été fourni à plus de 30 pays, tandis que des ateliers ou des séminaires étaient organisés pour les pays d'Afrique de l'Est et les pays francophones dans la Région de la Méditerranée orientale. L'Observatoire européen des politiques et systèmes de santé a publié deux ouvrages sur le financement de la santé et la réglementation en Europe ainsi que des notes d'accompagnement.

Existence de mécanismes opérationnels et d'outils validés pour actualiser régulièrement les informations et faciliter l'analyse systématique de la performance des systèmes de santé aux niveaux national et infranational ; formulation et mise en oeuvre de stratégies qui permettent d'améliorer la performance des systèmes d'information sanitaire dans différents contextes en soutenant et en complétant les systèmes de statistiques courants

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence et utilisation d'instruments pratiques pour évaluer la performance des systèmes de santé aux niveaux national et infranational, une attention particulière étant accordée aux contextes pauvres en ressources	Peu d'outils de calcul des coûts disponibles Première version d'un outil de simulation permettant	Outils de calcul des coûts de l'extension des interventions et du coût de programmes ou de maladies particuliers	Outils de calcul des coûts et de suivi des maladies mis au point Outils de simulation testés et nouvelle version mise au point, diffusée et utilisée dans les pays

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
	d'étudier les répercussions financières de l'élargissement de la protection contre les risques financiers mise au point	Outils de suivi des ressources pour des maladies particulières Outil de simulation mis au point	
Formulation de stratégies convenues pour renforcer les systèmes d'information sanitaire afin d'obtenir des informations pertinentes en temps opportun à l'usage des responsables politiques nationaux	Les stratégies existantes étaient largement fonction de programmes axés sur des maladies particulières, et l'on observait un manque général d'intégration	Cadre du Réseau de métrologie sanitaire universellement adopté comme norme mondiale pour le développement des systèmes d'information sanitaire	Outils d'évaluation du Réseau de métrologie sanitaire mis au point et utilisés dans les pays à faible et moyen revenus
Poursuite de la mise au point de l'instrument de l'enquête sur la santé dans le monde avec la participation de pays et d'experts internationaux	Enquête sur la santé dans le monde entreprise dans 70 pays	Analyse, utilisation des politiques et poursuite de l'enquête sur la santé dans le monde	L'instrument relatif à l'enquête sur la santé dans le monde a été affiné et mis en oeuvre dans le cadre des enquêtes nationales sur la santé
Existence de données issues de l'enquête sur la santé dans le monde qui pourront être utilisées comme données publiques par la communauté nationale et internationale	Aucune donnée de pays disponible	Collaborer avec les pays afin de finaliser l'analyse et de placer les données dans le domaine public	Les données issues de l'enquête sur la santé dans le monde ont été préparées et communiquées aux pays pour analyse. Les résultats ont été mis à disposition sur le Web. Des ensembles de données seront publiés de manière progressive à partir d'avril 2006

Des activités concernant les systèmes d'analyse et d'information sanitaire ont été entreprises en coordination avec plusieurs initiatives régionales et mondiales, par exemple le Réseau de métrologie sanitaire, afin de renforcer les systèmes d'information sanitaire des pays, y compris par la mise en place de cadres de référence, de méthodologies et d'instruments d'évaluation. Une évaluation de la performance des systèmes de santé au niveau infranational a été publiée en Indonésie et sera distribuée aux pays de la Région de l'Asie du Sud-Est pour examen. Un cadre stratégique birégional pour le renforcement des systèmes d'information sanitaire en Asie et dans le Pacifique a été élaboré et 5 pays de la Région ont participé à l'enquête sur la santé dans le monde. En Indonésie, l'enquête nationale sur la santé 2004 a été révisée pour intégrer les méthodes utilisées dans le cadre de l'enquête sur la santé dans le monde. Une série d'ateliers interpays, organisés en Afrique, en Asie/Pacifique, en Méditerranée orientale, en Amérique latine et en Europe, ont permis de faire largement partager le cadre du Réseau de métrologie sanitaire aux pays et aux partenaires de l'action de développement. Les données issues de l'enquête sur la santé dans le monde, menée dans 70 pays, ont été traitées et communiquées aux pays pour analyse. Deux ateliers ont été organisés pour aider 18 pays de la Région africaine à analyser les données et à établir les rapports. Les tableaux de l'enquête sur la santé dans le monde sont désormais disponibles sur le site Web. L'instrument utilisé pour l'enquête a été affiné et est appliqué dans le cadre des enquêtes nationales sur la santé dans les pays membres du Conseil de Coopération du Golfe, y compris le Yémen. Il a également été adapté pour pouvoir être utilisé dans le cadre de l'enquête OMS sur le vieillissement et la santé de l'adulte dans le monde et des modules ont été utilisés lors de l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe, financée par la Commission européenne. L'OMS collabore avec Eurostat et avec la Commission économique pour l'Europe à la mise au point d'un instrument commun pour mesurer l'état de santé sur la base de l'enquête sur la santé dans le monde.

Conception et validation d'outils pratiques de planification à l'usage des décideurs pour soutenir la mise en oeuvre de politiques et stratégies nouvelles afin d'améliorer la performance des systèmes de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence d'outils pratiques déterminés que les responsables politiques pourront utiliser dans la planification et la politique nationale, dans le cadre fixé par l'OMS	Existence limitée d'outils pratiques à l'intention des responsables des politiques dans les pays	Elaborer ou adopter des outils de pays pour la prise de décision aux niveaux national et des districts	Outil OMS CHOICE de contextualisation des pays pour la fixation de priorités Principes directeurs pour la planification au niveau du district dans la Région africaine Outils de calcul des coûts pour les pays adaptés des outils mondiaux
Incorporation de ces outils dans le processus d'élaboration des politiques dans certains pays	Utilisation limitée des outils dans les pays	Outils utilisés dans 10 pays	Outils utilisés dans 18 pays

Dans la Région africaine, le Bureau de l'OMS en Namibie a élaboré des principes directeurs en économie sanitaire destinés à la planification au niveau du district, qui ont ensuite été appliqués. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, un modèle de profil de système de santé a été élaboré pour aider les pays à élaborer des politiques et planifier des politiques nationales. Six pays de la Région ont mis sur pied des bases de données ou des indicateurs sanitaires essentiels au niveau national ou infranational. L'outil de simulation pour l'estimation des répercussions financières des changements apportés aux systèmes de financement de la santé a encore été affiné en collaboration avec l'Agence allemande de Coopération technique et testé dans un certain nombre de contextes. Un nombre croissant de pays rendent compte de leurs dépenses de santé régulièrement et utilisent ces outils à des fins d'élaboration de politiques. La base de données régionale OMS CHOICE a été adoptée et constitue un outil de contextualisation pour la fixation de priorités par les pays. Des outils de calcul des coûts ont été élaborés, affinés et utilisés pour estimer les coûts de l'extension des interventions essentielles, les besoins en ressources pour remédier aux pénuries de personnel de santé et l'élaboration des demandes de financement adressées au Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. En collaboration avec les partenaires du Réseau de métrologie sanitaire, plusieurs outils ont été mis au point afin de soutenir l'élaboration de politiques fondées sur des données factuelles, notamment le cadre du Réseau et l'outil d'évaluation, l'outil destiné à soutenir la synthèse, l'analyse et l'utilisation des données de pays et l'outil de planification du Réseau. Tous ces outils ont pour but de permettre aux administrateurs de santé de district de fournir de meilleures données sur la répartition spatiale des interventions sanitaires, des services et des ressources, y compris les ressources humaines, les infrastructures et le matériel.

Existence de bases factuelles pour guider l'élaboration et l'application de politiques sanitaires favorables aux pauvres et d'interventions liées à la santé conformes aux stratégies de réduction de la pauvreté et aux objectifs du Millénaire pour le développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pour tous les pays participant au processus stratégique de réduction de la pauvreté : <ul style="list-style-type: none"> existence de données scientifiques sur ce qui constitue des politiques et interventions sanitaires favorables aux pauvres aptitude à analyser des politiques nationales à partir d'une perspective sanitaire favorable aux pauvres et basée sur des faits dans les pays visés 	L'OMS n'apportait qu'un soutien limité au processus national associé aux objectifs du Millénaire pour le développement/ documents stratégiques de réduction de la pauvreté	Appui fourni à 6 pays dans le cadre des documents stratégiques de réduction de la pauvreté	7 pays ont reçu un appui dans le cadre des documents stratégiques de réduction de la pauvreté/objectifs du Millénaire pour le développement/cadres de dépenses à moyen terme

La Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé a entamé ses travaux. L'OMS a largement contribué aux travaux entrepris par le Conseil économique et social, le Programme d'action de Bruxelles en faveur des pays les moins avancés pour la décennie 2001-2010, à l'examen par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international des documents stratégiques de réduction de la pauvreté, et à l'élaboration d'un cadre pour soutenir les processus nationaux. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des ateliers sur les objectifs liés à la santé ont été organisés dans 5 pays. Dix pays de la Région sur 11 ont présenté des rapports sur les progrès qu'ils ont accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs. Il a été recommandé aux pays de la Région

du Pacifique occidental de ventiler les données par sexe et par niveaux géographique et socio-économique pour faire apparaître les inégalités, en particulier s'agissant des indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Avec l'appui des équipes de pays des Nations Unies, la plupart des pays ont établi des rapports par objectif afin de suivre les progrès compte tenu des cibles.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Un engagement des pouvoirs publics dont témoigne l'adoption de la résolution sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale.
- Des outils, méthodes et bases de données améliorés fournissant des données factuelles pour faciliter la prise de décision au niveau des pays, alliés au renforcement des capacités et à un appui technique concernant leur utilisation.
- Une collaboration accrue entre les différents niveaux de l'Organisation et avec les partenaires internationaux.

Obstacles

- Les restrictions financières ont été une entrave à toutes les activités et les demandes d'appui technique des pays ont dépassé les capacités.
- Les faibles investissements dans la production, la diffusion et l'utilisation de données factuelles pour la santé dans certains pays en raison de besoins et priorités concurrents.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Il faudrait centrer davantage l'attention sur l'adaptation aux pays des outils et des informations.
- Il est difficile de mobiliser des contributions extrabudgétaires réservées à cette activité, dont de nombreux donateurs estiment qu'il s'agit d'une activité fondamentale de l'OMS. Il faudrait encourager les donateurs à investir davantage dans ce bien public mondial.
- Malgré un financement international accru dans des programmes prioritaires dans les pays, beaucoup ont du mal à développer des activités en raison de contraintes liées aux systèmes de santé, y compris le manque d'information et le sous-développement des systèmes de financement de la santé. Une plus grande attention devrait être portée à la création de synergies entre les activités des programmes prioritaires et les activités des systèmes de santé.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	80 606	29 252	29 915	59 167
des pays	37	27	3	15
Pourcentage alloué au niveau des Régions	27	33	34	34
mondial	36	40	63	51

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 actualisées qui reposent sur des données factuelles et donnent les indications nécessaires pour l'élaboration des politiques de santé et des pratiques sanitaires aux niveaux national et international.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Accroissement mesurable de l'utilisation de l'information de l'OMS dans tous les médias. Un accroissement de l'utilisation de l'information de l'OMS dans tous les médias a été observé, en particulier après la traduction du contenu du premier niveau du site Web de l'OMS dans les six langues officielles.

Application des meilleures pratiques pour le stockage, la gestion et l'accessibilité de l'information sanitaire. L'application des meilleures pratiques a été développée en ce qui concerne la gestion et l'accessibilité de l'information sanitaire pour les Etats Membres et le personnel de l'OMS à tous les niveaux. Des réalisations supplémentaires en matière de cybersanté dans les pays ont également été enregistrées dans le contexte de la nouvelle stratégie de gestion du savoir.

Principales réalisations

- Le Département Gestion du savoir a été créé en 2004. La coordination a été améliorée au cours de la période biennale grâce à la mise en place d'une équipe de direction mondiale associant des coordonateurs au Siège et dans les bureaux régionaux.
- Une stratégie de gestion du savoir a été publiée en septembre 2005 après une année de planification, de consultations régionales et avec la contribution de diverses parties prenantes,¹ l'idée étant de combler l'écart entre savoir théorique et mise en pratique pour ce qui est de la santé dans le monde en améliorant l'accès à l'information sanitaire ; en traduisant les connaissances en politiques et mesures concrètes ; en partageant et en répliquant les connaissances tirées de l'expérience ; en renforçant la cybersanté dans les pays et en favorisant un environnement propice à la gestion du savoir.
- L'accès à l'information sanitaire a été amélioré grâce à l'élargissement à 105 pays de l'InterRéseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches et l'approbation du concept de bibliothèque sanitaire mondiale par le Neuvième Congrès mondial sur l'information sanitaire et les bibliothèques de santé (Salvador, Bahia, Brésil, 20-23 septembre 2005).
- Le partage du savoir a également été amélioré grâce à l'accès en ligne à la documentation scientifique pour tout le personnel de l'OMS à tous les niveaux et à une série de séminaires sur la gestion du savoir organisés au Siège. La Région des Amériques a recours à la retransmission sur le Web et le logiciel OpenLink a été utilisé pour la première fois pour communiquer des informations sur les réunions, les missions et les consultations à tous les niveaux de l'Organisation.
- Le lancement de l'initiative Historique de la santé dans le monde, en janvier 2005, a été marqué par un séminaire auquel a participé le Dr Halfdan Mahler, ancien Directeur général.
- La cybersanté a été renforcée dans les pays grâce à la création de l'Observatoire mondial pour la cybersanté en application de la résolution WHA58.28 et la stratégie OMS de cybersanté a été examinée lors du Sommet mondial sur la société de l'information (Tunis, 16-18 novembre 2005). Une stratégie de traitement électronique des dossiers de santé pour les soins aux malades du SIDA a été élaborée.
- Une plate-forme de technologies de l'information et de la communication pour la santé dans les pays lusophones mise au point en collaboration avec la Région africaine et l'OPS, ainsi qu'un projet de traduction russe dans la Région européenne ont été mis en chantier. Des milliers de publications multilingues et des services de bibliothèque sont toujours disponibles.
- Plusieurs publications phares de l'OMS sont parues, y compris le *Rapport sur la santé dans le monde*, le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, la *Classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes*, dixième révision, deuxième édition, et le *Rapport sur la santé en Europe 2005*.²
- La mise en pratique des connaissances a été intensifiée au cours de la période biennale, par exemple avec la réplique dans d'autres régions du Réseau des bases factuelles en santé du Bureau régional de l'Europe, et une conférence sur la traduction pratique des connaissances en matière de santé dans le monde a été organisée à Genève. Un registre et un réseau mondial des partenaires de la santé publique ont également été mis sur pied.

¹ Document WHO/EIP/KMS/2005.1.

² *Rapport sur la santé en Europe 2005 : l'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations*. Bureau régional de l'Europe. Organisation mondiale de la Santé, Copenhague, 2005.

Illustration de certaines réalisations

L'unité cybersanté a contribué à deux objectifs stratégiques de gestion du savoir : l'accès à l'information sanitaire et le renforcement de la cybersanté dans les pays. A noter parmi ces réalisations l'Observatoire mondial pour la cybersanté, un réseau de groupes nationaux créé en 2005 et chargé d'analyser les évolutions et les tendances en matière de cybersanté dans le but de fournir des données factuelles et d'infléchir les politiques et les pratiques. Une première enquête mondiale sur la cybersanté a permis d'obtenir des données auprès d'une bonne centaine de pays à travers une collaboration étroite à l'échelle de toute l'Organisation. L'Interréseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches continue de se développer : 1800 institutions de 105 pays ont bénéficié du programme depuis décembre 2005 et le nombre de téléchargements d'articles scientifiques en texte intégral a pratiquement doublé pour atteindre 3 300 000 en 2005. Les premières réalisations du réseau, créé en 2005 pour répondre aux besoins d'information des Etats Membres lusophones de l'OMS, ont été notamment la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2005* et des documents complémentaires en portugais. Des activités normatives sur les dossiers de santé électroniques pour les soins aux malades du SIDA ont également été menées. L'OMS a plus largement participé à la seconde phase du Sommet mondial sur la société de l'information (Tunis, 16-18 novembre 2005). Le succès des séances et des consultations informelles a mis en lumière diverses initiatives de l'OMS en matière de cybersanté ; un rapport spécial intitulé « Connecting for health: global vision, local insights » a été publié conjointement par l'OMS et la Commission européenne.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation**Mise en oeuvre de stratégies et de politiques de gestion de l'information sanitaire à l'échelle de l'Organisation et réévaluation et actualisation périodiques**

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de produits d'information correspondant aux stratégies et politiques organisationnelles	352 848 exemplaires de produits payants distribués en 2002-2003 Aucune politique des publications définie pour l'Organisation	286 375 exemplaires de produits payants distribués en 2004-2005 Nouvelles politiques des publications élaborées pour l'OMS	Le nombre d'exemplaires distribués a baissé à mesure que la diffusion sur le Web augmentait. Les stratégies et politiques de publication de l'OMS ont été révisées ; de nouvelles politiques ont été élaborées. Publications régionales conformes aux politiques des bureaux régionaux (par exemple 200 dans la Région européenne)
Fréquence de l'évaluation et de l'actualisation des stratégies et politiques	Aucune	Biennale	Politique révisée concernant les critères minimums auxquels doivent répondre les produits d'information de l'OMS

Au cours de la période biennale, un groupe d'examen de la politique des publications a été créé auquel siègent deux représentants de chaque Région et de l'ensemble des Groupes du Siège. Le groupe s'est réuni quatre fois et a constitué des groupes de travail sur la diffusion équitable, les politiques de publication, le multilinguisme, l'assurance de qualité et le suivi. Des projets de politiques sur l'identité des auteurs et les droits d'auteur ainsi qu'une politique révisée sur les critères minimums applicables à l'information sanitaire ont été élaborés. Certaines Régions ont en outre élaboré des politiques spécifiques sur la conception, la production, la traduction et la diffusion des publications et le nombre de publications conformes à ces politiques est en augmentation.

Planification, production et diffusion des produits d'information sanitaire dans les médias appropriés (y compris l'impression, le Web, les multimédias et les CD-ROM) et dans les langues appropriées (notamment l'ensemble des langues officielles de l'OMS dans le cas de produits prioritaires déterminés d'intérêt mondial), améliorés au moyen de processus, politiques et services de production/diffusion rationalisés

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Disponibilité de données sur les tendances concernant les ventes et la distribution des produits d'information sanitaire	US \$5 582 000 en 2002-2003	US \$6 350 000 en 2004-2005	Augmentation des recettes de 14 %

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de statistiques sur l'accès aux sites Web de l'OMS	Les consultations du site Web n'étaient pas systématiquement suivies	Suivi systématique des consultations du site Web	Les données relatives à l'utilisation du site Web ont été recueillies de façon continue au Siège et dans les Régions
Proportion des produits d'information mondiaux disponibles dans plusieurs langues sur le site Web de l'OMS	Tous les produits figurant au premier niveau de navigation du site Web de l'OMS ainsi que les communiqués de presse sont systématiquement publiés en anglais, espagnol et français	Tous les produits figurant au tout premier niveau de navigation du site Web de l'OMS ainsi que les communiqués de presse sont systématiquement publiés dans les six langues officielles	Le premier niveau de navigation du site Web de l'OMS, les communiqués de presse et les bulletins sur les flambées épidémiques ont été publiés systématiquement dans les six langues officielles
Accroissement de la diffusion grâce à l'octroi de licences	35 contrats de licence et de vente	50 contrats de licence et de vente	L'OMS a passé des contrats de licence et de vente avec 5 grands libraires et bibliothèques en ligne, outre la vente de droits d'auteur et de reproduction

Le service des Editions de l'OMS a été créé à la suite de la restructuration des diverses activités de publication au Siège. Plusieurs nouvelles initiatives ont été lancées et on a enregistré une augmentation des recettes des ventes et du nombre de nouvelles voies de diffusion. Le site Web de l'OMS a été remanié dans les six langues officielles et le volume de matériel figurant dans le nouveau système de gestion du contenu augmente en permanence. La plupart des sites Web régionaux ont été actualisés et de nouveaux systèmes ont été mis en place pour le suivi des statistiques de l'utilisation du Web tant au Siège que dans certaines Régions. En 2005, le site Web de l'OMS a été consulté par plus de 2,6 millions d'utilisateurs chaque mois, qui ont consulté en moyenne 32 millions de pages. Le nombre de sites Web et d'affichages multilingues continue à augmenter. Pour garantir le multilinguisme, les contrats de traduction d'ouvrages publiés dans des langues autres que l'anglais ont été plus nombreux, passant de 381 à 401 au cours de la période considérée.

Publication de certaines informations sanitaires prioritaires dont le *Rapport sur la santé dans le monde*, le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, le contenu du site Web de l'OMS et des produits d'information régionaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion du contenu du site Web OMS au niveau mondial qui suit les lignes directrices concernant l'usage, l'accessibilité et l'identification	120 sites mis à jour et publiés au moyen du système OMS de gestion du contenu du Web	Augmentation du nombre de sites gérés et publiés au moyen du système OMS de gestion du contenu	150 sites actualisés et publiés au moyen du système OMS de gestion du contenu

L'utilisation du système OMS de gestion du contenu permet de faire en sorte que le contenu du Web soit publié conformément aux toutes dernières normes en vigueur dans le secteur concernant l'usage, l'accessibilité et l'identification de l'entreprise/organisation. Au cours de la période biennale, le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* a continué d'être publié mensuellement sous forme imprimée et sous forme électronique et a été largement cité et utilisé. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2004 – Changer le cours de l'histoire* a été consacré au VIH/SIDA ; le *Rapport sur la santé dans le monde, 2005 – Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* a porté sur le même thème que la Journée mondiale de la Santé et été publié dans les six langues officielles. Parmi les produits d'information régionaux publiés au cours de la période biennale figurent des périodiques, des rapports sur la santé dans les Régions et divers manuels, guides et matériels de formation et de sensibilisation. Ces matériels ont souvent également été traduits dans les langues appropriées.

Introduction d'un cadre d'évaluation pour les produits d'information sanitaire de l'OMS, et notamment des politiques sur les meilleures pratiques telles que les normes de qualité scientifique et rédactionnelle ; des évaluations régulières des besoins des publics cibles ; et l'évaluation des produits avec retour d'information ayant trait aux enseignements qui en sont tirés vers les unités d'origine et les directeurs exécutifs

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de produits d'information sanitaire évalués	Non établie	Echantillons de produits d'information sanitaire à évaluer	L'évaluation n'a pu être menée à bien au Siège en raison de la restructuration du Département et de ses conséquences budgétaires. Un examen est prévu dans le cadre du travail du nouveau groupe chargé de la politique d'édition. Les bureaux régionaux procèdent à des examens périodiques (par exemple les 10 principaux produits d'information de l'Organisation dans la Région européenne sont évalués tous les six mois)
Nombre d'études de cas et de rapports sur les enseignements tirés	Non établie	Non établie	Retardée en raison de la restructuration des Editions de l'OMS
Nombre de plans concernant les produits d'information sanitaire adaptés au cadre d'évaluation	Non établie	Non établie	Retardée en raison de la restructuration des Editions de l'OMS

Au cours de la période biennale, plusieurs programmes de formation ont été mis en oeuvre en vue d'améliorer le niveau de rédaction, d'édition et de lecture d'épreuves au sein de l'Organisation. Des outils ont également été mis à disposition sur le site Web pour aider tant le personnel permanent que les rédacteurs et éditeurs travaillant à l'extérieur à améliorer la qualité scientifique et rédactionnelle des produits d'information de l'OMS. On a renoncé au projet de chaîne de production de l'information en raison de la lenteur et des progrès du coût et des systèmes plus simples sont à l'étude. Au moins un bureau régional a entamé une évaluation périodique des produits d'information prioritaires pour l'Organisation et reçoit des pays des rapports sur l'utilisation de ces produits.

Etablissement du cadre de connaissances sanitaires de l'OMS, et notamment : l'identification et l'organisation d'éléments relatifs aux connaissances essentielles (telles que documents et ensembles de données structurés) et amélioration de l'accès de l'ensemble du personnel de l'OMS aux informations dont il a besoin ; fourniture d'un appui relatif aux techniques de l'information et de la communication aux usagers concernés au sein de l'OMS ; promotion et facilitation des meilleures pratiques relatives à la gestion des données sanitaires de l'OMS (par exemple stockage des données, séries d'instruments d'aide à la prise de décision) ; et renforcement de la capacité des pays à accéder à ce cadre, à l'utiliser et à y contribuer

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'éléments de connaissance sanitaire identifiés et statistiques relatives à l'usage	Non établie	Intégralité de la collection imprimée dans toutes les bibliothèques de l'OMS Statistiques recueillies sur l'utilisation des matériels imprimés et en ligne	23 000 consultations de périodiques imprimés ; 12 000 consultations d'ouvrages ; 40 000 consultations en texte intégral de produits d'information de l'OMS sur la base de données de la bibliothèque de l'OMS ; 25 000 demandes de recherche et demandes de renseignements générales ; 750 000 téléchargements d'articles en ligne pour toute l'Organisation

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Satisfaction des membres du personnel de différents lieux d'affectation en ce qui concerne l'appui à l'information dont ils ont besoin pour leur travail	Rétroinformation positive mais accès insuffisant aux ressources payantes	10 % d'augmentation de l'accès aux ressources électroniques	Abonnements reposant sur les besoins exprimés par le personnel. L'accès électronique aux ressources peu demandé a été éliminé progressivement en raison des restrictions budgétaires
Nombre de communautés de pratiques bénéficiant d'un appui	Peu de communautés de pratiques spontanées à l'OMS	Croissance du nombre d'utilisateurs	19 communautés bien caractérisées
Proportion des ensembles de données sanitaires de l'OMS qui respectent les critères relatifs aux meilleures pratiques en matière de gestion de l'information	Non établie	Non établie	Non évaluée systématiquement

La base de données complète de la bibliothèque de l'OMS fournit des services en ligne en texte intégral tels que l'accès à la base de données mondiale en texte intégral et des collections de matériels imprimés, des matériels de formation, des services de recherche approfondie et de conseil et un réseau de communautés de pratiques à l'intérieur de l'OMS et au niveau mondial. Elle est considérée comme faisant autorité et comme novatrice au sein du système des Nations Unies et parmi l'ensemble des bibliothèques internationales, et est largement utilisée par les centres collaborateurs de l'OMS et pour la création de nouvelles plates-formes utilisées par les communautés de pratiques favorisant les réseaux de connaissance à l'appui de la santé pour tous.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- La créativité et le dévouement du personnel.
- Un engagement en faveur de la constitution d'une équipe mondiale chargée de diriger l'élaboration et la mise en oeuvre de la stratégie de gestion du savoir.
- L'élaboration efficace d'une stratégie clairement comprise par l'ensemble de l'Organisation.
- L'engagement et le professionnalisme du personnel envers la réalisation des résultats escomptés malgré la pénurie de ressources humaines et financières.
- L'aptitude à rechercher et à forger des alliances avec d'autres partenaires sur la base d'intérêts communs.
- Le soutien permanent en faveur des fonctions essentielles des services d'édition et de bibliothèque malgré les contraintes budgétaires.
- La recherche de nouvelles possibilités présentant un intérêt étendu et la définition du rôle de l'OMS à cet égard.
- Un renforcement efficace de la technologie.
- Une nouvelle orientation de l'action au niveau des pays.

Obstacles

- Une communication insuffisante de la stratégie de gestion du savoir à tous les niveaux de l'Organisation et auprès des partenaires et publics clés.
- Le manque de personnel possédant les compétences nécessaires pour appliquer la nouvelle stratégie à un moment où les choses évoluent rapidement, mais il sera remédié à ce problème dans une certaine mesure pendant la période biennale 2006-2007.
- Des difficultés pour aligner rapidement les approches et objectifs communs aux bureaux régionaux et au Siège.
- Le fait de devoir se concentrer sur de trop nombreux objectifs différents, l'essentiel des ressources étant encore consacré à la prestation de services internes.
- La réalisation de produits d'information sanitaire dépend de processus de planification en amont. Les Editions de l'OMS ont besoin de meilleurs renseignements commerciaux sur les tendances, les besoins et l'impact de leurs activités.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

- Une Région n'a pas de budget spécial pour ce domaine d'activité alors que, dans d'autres, les activités de gestion du savoir sont réparties entre plusieurs Départements.
- L'absence de données claires concernant l'efficacité des pratiques de gestion du savoir pour améliorer les résultats sur le plan sanitaire de façon systématique.
- La gestion du savoir est encore un domaine nouveau qui a besoin d'être davantage soutenu dans la communauté de la santé publique en général.
- L'absence de mesure claire de la gestion des connaissances dans les pays.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Il est important de tenir compte des demandes des pays et de s'attacher surtout à faire correspondre les moyens, qui évoluent, à ces demandes au cours de la période biennale.
- Il faudrait mieux faire connaître les avantages de la gestion du savoir. En 2006-2007, un inventaire des exemples de réussite dans le secteur de la santé sera établi et diffusé. Des membres du personnel sont actuellement recrutés pour diriger cette entreprise.
- Des personnes sont également recrutées pour mettre sur pied un programme de formation à la gestion du savoir ainsi qu'un instrument destiné à la fois au personnel et à des agents de santé au niveau des pays.
- Les activités sont réorientées en faveur des pays. De nouvelles ressources doivent donc être mobilisées afin de renforcer les systèmes de santé et d'améliorer les résultats sur le plan sanitaire dans les pays.
- Les pays doivent pouvoir bénéficier d'une aide plus efficace en matière de gestion du savoir. Des personnels sont actuellement recrutés pour élaborer un modèle de fourniture efficace d'assistance technique aux pays prioritaires en 2006-2007.
- Il est indispensable d'évaluer les besoins en matière de publications de l'OMS et leur impact, malgré les difficultés rencontrées. Les nouvelles approches dans ce domaine devraient être considérées comme prioritaires afin d'accroître la productivité et d'être utiles au public cible.
- Le mouvement de modernisation devrait se poursuivre. La diffusion externe d'informations en ligne a amélioré les services aux usagers aux niveaux régional et mondial. De meilleurs mécanismes institutionnels de gestion du savoir seront mis au point au plan interne pour soutenir cette activité.
- Il convient que les Régions s'approprient davantage l'exécution du plan de gestion du savoir. Des moyens d'encourager la direction régionale d'événements et de projets clés et de poursuivre la collaboration et le soutien mondial aux initiatives fondamentales seront donc recherchés en 2006-2007.
- Des mesures doivent être prises pour évaluer l'efficacité des outils, techniques et méthodes de gestion du savoir pour améliorer les résultats sur le plan sanitaire. Certaines mesures sont proposées dans le plan opérationnel et dans le système de métrologie appliqué aux pays.
- Il convient de développer une base de connaissances concernant les pratiques efficaces. Des efforts seront faits pour travailler avec la communauté de la santé publique à développer la gestion du savoir dans le cadre des politiques de santé et des efforts menés dans la communauté.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	46 162	30 554	18 758	49 302
des pays	9	5	4	4
Pourcentage alloué au niveau des Régions	37	52	10	36
mondial	54	43	86	60

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 susceptibles d'améliorer la santé ; inciter la communauté mondiale de la recherche à se pencher sur les problèmes de santé prioritaires ; et lancer 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.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Mise en place de systèmes de recherche en santé solides dans les pays. Les systèmes de recherche en santé ont été renforcés dans 13 pays à revenu faible et intermédiaire à travers leur participation à l'initiative pour l'analyse des systèmes de recherche en santé, qui a pour but de renforcer les capacités nationales et les systèmes de recherche en santé dans les Etats Membres, plus particulièrement les pays en développement.

Accent mis au niveau mondial sur la recherche ayant trait aux problèmes de santé des pays en développement. Une importance accrue a été accordée à la recherche sur les problèmes de santé des pays en développement. Le Sommet ministériel sur la recherche en santé, qui s'est tenu à Mexico en novembre 2004, a été axé sur les recherches nécessaires pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. C'était la première fois que des ministres de la santé se réunissaient pour examiner la question de la recherche en santé.

Principales réalisations

- La collaboration avec les bureaux régionaux a été plus fréquente au cours de la période biennale ; ils ont par exemple été associés à l'organisation des réunions préparatoires en vue du Sommet ministériel sur la recherche en santé et à l'initiative pour l'analyse des systèmes de recherche en santé.
- Suite au Sommet ministériel, un réseau de politiques à bases factuelles destiné à combler l'écart entre les politiques et pratiques de recherche dans le secteur de la santé a été mis en place dans la Région du Pacifique occidental et le sera dans la Région africaine en 2006.
- Depuis le Sommet ministériel, une place plus importante a été faite à la recherche en santé dans les débats des organes directeurs de l'OMS. Le rapport issu du Sommet a également permis de sensibiliser à la question de la recherche en santé et au rôle et aux responsabilités de l'OMS à cet égard.¹
- L'OMS a pu apporter un appui aux pays et à la communauté internationale grâce au réseau de politiques reposant sur des données factuelles, à l'initiative pour l'analyse des systèmes de recherche en santé et au registre international des essais cliniques.

Illustration de certaines réalisations

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA58.34, dans laquelle elle a pris acte des conclusions du Sommet ministériel sur la recherche en santé tenu à Mexico en novembre 2004.² Parmi les 400 participants au Sommet figuraient 21 ministres de la santé, trois ministres adjoints et 28 chefs de délégation, soit un contraste frappant avec la Conférence internationale sur la recherche en santé pour le développement organisée en 2000, à laquelle un seul ministre de la santé était présent. Le principal objectif de la prochaine conférence internationale consistera à persuader les ministres de la santé de participer aux débats pour veiller à ce que les conclusions de leurs travaux soient entérinées par l'ensemble des Etats Membres.

¹ *World report on knowledge for better health: strengthening health systems.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (Résumé d'orientation en français : Rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé – Renforcement des systèmes de santé).

² Résolution WHA58.34.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Actualisation de la politique de recherche de l'OMS compte tenu des tendances émergentes, des progrès scientifiques contemporains intéressant la santé, du manque de connaissances et des aspects éthiques de la recherche afin de renforcer la capacité de rationaliser la prise des décisions concernant les priorités de la recherche

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mesure dans laquelle les prises de positions de l'OMS sur les politiques de recherche reflètent les tendances actuelles et les progrès des connaissances ainsi que des normes éthiques d'un bon niveau	Les tendances, les progrès ainsi que les normes éthiques n'étaient pas systématiquement reflétés dans les prises de position de l'OMS sur les politiques de recherche	Tendances, progrès et normes manifestement pris en compte dans les prises de position de l'OMS sur les politiques de recherche	Le document exposant le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé examiné par le Conseil exécutif en janvier 2006 devrait entraîner des changements dans la politique de recherche à l'OMS
Niveau d'importance et présence de la politique de recherche de l'OMS dans le programme mondial de recherche en santé	Présence et importance limitées	Positionnement de la politique de recherche de l'OMS au centre du programme mondial	Importance accrue de la politique de recherche de l'OMS, comme en témoignent le Sommet ministériel sur la recherche en santé et la publication d'un rapport ¹

Le rôle et les responsabilités actuels et futurs de l'OMS en matière de recherche en santé aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Organisation sont précisés dans la prise de position.

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 liens pratiques et durables entre les comités consultatifs mondiaux et régionaux de la recherche en santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de comités consultatifs régionaux de la recherche en santé entretenant des liens opérationnels et administratifs avec le Comité consultatif mondial de la Recherche en Santé	6	6	6
Nombre de partenariats et de réseaux mis en place pour améliorer la coopération internationale entre l'OMS et d'autres organisations participant à la recherche en santé	3	5	5

Tous les présidents des comités consultatifs régionaux de la recherche en santé sont désormais membres à part entière du Comité consultatif de la Recherche en Santé. Outre le lancement du réseau des politiques à bases factuelles et du registre international des essais cliniques en 2005, l'OMS a poursuivi sa coopération et continué d'entretenir des liens avec le Forum mondial de la recherche en santé et le Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement. L'Alliance pour la recherche sur les systèmes et politiques de santé fait désormais partie de l'OMS, leurs travaux respectifs étant de plus en plus interconnectés. Le Bureau régional du Pacifique occidental a favorisé des partenariats à long terme avec le Forum for Ethical Review Committees dans la Région du Pacifique occidental et le Conseil de la Recherche en Santé de Nouvelle-Zélande, et a collaboré avec l'Alliance pour la recherche sur les systèmes et politiques de santé et des partenaires canadiens à la mise en place du réseau des politiques à bases factuelles. Il a en outre conclu un accord de collaboration ponctuelle avec le Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement et le Conseil de la Recherche en Santé du Pacifique.

¹ *World report on knowledge for better health: strengthening health systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 (Résumé d'orientation en français : Rapport mondial sur les connaissances pour une meilleure santé – Renforcement des systèmes de santé).

Mise en oeuvre d'un cadre pour la fourniture d'un soutien général et technique destiné à renforcer la recherche en santé et les capacités de recherche en santé des pays en développement, y compris les méthodes et stratégies permettant d'évaluer les performances des systèmes de recherche en santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de bureaux régionaux, de bureaux de pays et de centres collaborateurs de l'OMS disposant d'un accès au Web en temps réel concernant 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	Non établie	Non établie	Données non disponibles
Travaux d'analyse et méthodes relatifs à l'évaluation de la performance des systèmes de recherche en santé	10	15 pays étaient invités à l'origine à faire partie du projet pilote d'analyse des systèmes de recherche en santé	13 pays à revenu faible et intermédiaire ont été associés au projet pilote
Nombre d'initiatives visant à renforcer les capacités de recherche en santé dans certains domaines	3	5	5

Les études pilotes portant sur la recherche sur les systèmes de santé menées dans 13 pays sont pratiquement terminées. Des outils et des méthodologies de recherche sur les systèmes de santé ont été mis à disposition des pays, qui pourront les adapter à leurs besoins. Le réseau de politiques à bases factuelles a été mis sur pied dans cinq pays de la Région du Pacifique occidental et sera étendu à la Région africaine en 2006. Le Bureau régional du Pacifique occidental a également été associé à des recherches liées aux maladies non transmissibles, à des enquêtes sur l'approche STEPwise de la surveillance et à un nouveau programme de petites subventions à la recherche mis en place sous les auspices du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales.

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 manifeste donnée aux problèmes de recherche en santé dans les rapports, les documents et les communiqués de presse de l'OMS	Importance insuffisante accordée à la recherche en santé à l'OMS	Importance accrue accordée à la recherche en santé à l'OMS	La prise de position sur le rôle et les responsabilités de l'OMS dans la recherche en santé a été examinée par le Conseil exécutif en janvier 2006. Le Sommet ministériel sur la recherche en santé a été cité dans les rapports de huit autres Départements du Siège. Dans les Régions, des activités de recherche ont été soutenues par les comités consultatifs régionaux de la recherche en santé et leurs homologues régionaux de 4 Départements.

La Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA58.34, dans laquelle elle priait le Directeur général d'entreprendre une évaluation des ressources internes de l'OMS, de ses compétences et de ses activités dans le domaine de la recherche en santé en vue d'établir un rapport de situation sur le rôle et les responsabilités de l'Organisation dans ce domaine et de faire rapport à la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé.¹

¹ Résolution WHA58.34.

Instauration de mécanismes de renforcement de la capacité des centres collaborateurs de l'OMS à 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 de centres nationaux ou régionaux	Non établie	Non établie	Au cours de la période biennale, les centres collaborateurs ont été rationalisés et le nombre de centres inactifs a été considérablement réduit
Niveau de soutien technique et d'appui à la mobilisation des ressources fournis aux centres collaborateurs de l'OMS pour les activités liées à la recherche dans les domaines prioritaires	Non établie	Non établie	Peu de progrès réalisés en raison des restrictions financières

Le Bureau régional du Pacifique occidental a soutenu la création d'un réseau de centres collaborateurs et de centres d'expertise en Thaïlande. Un secrétariat de réseau a été constitué et un bulletin d'information mensuel est distribué en Thaïlande et dans d'autres Etats Membres.

Fourniture d'un soutien et de conseils aux Etats Membres et à l'intérieur de l'Organisation pour les questions d'éthique et santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'Etats Membres et de programmes de l'OMS recevant des conseils pour les questions d'éthique et santé	Non établie	Non établie	En 2004-2005, 359 propositions émanant de 75 Etats Membres en 2004 et 53 en 2005 ont été passées en revue. En 2004-2005, le Comité d'examen éthique a examiné 357 propositions émanant de Départements de l'OMS

Le représentant du personnel au Comité d'examen éthique de la recherche était membre du Comité de sélection des propositions de financement du Bureau régional de la Méditerranée orientale sous forme de subventions spéciales à la recherche dans les domaines prioritaires de la santé publique. Une réunion par satellite du Forum mondial sur la bioéthique dans la recherche en santé, qui s'est tenue à Blantyre (Malawi) en mars 2005, a été organisée pour la Région africaine. Le Bureau régional du Pacifique occidental a parrainé les participants d'une dizaine de pays afin qu'ils puissent suivre une formation en éthique de la recherche ou des conférences telles que la Conférence annuelle du Forum for Ethical Review Committees dans la Région du Pacifique occidental (Pattaya (Thaïlande), décembre 2005).

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Une culture institutionnelle qui apprécie une recherche solide.
- Une meilleure visibilité des initiatives de recherche à l'OMS.

Obstacles

- L'existence de ressources humaines et financières limitées, qui n'a pas permis de répondre correctement aux attentes découlant du Sommet ministériel sur la recherche en santé.
- Les conflits de responsabilités du personnel dans certains bureaux régionaux ont limité le temps disponible pour les activités de recherche en santé.
- Un manque de volonté politique et d'engagement en faveur de la recherche en santé : c'est lors du Sommet ministériel sur la recherche en santé que les ministres de la santé ont abordé le sujet pour la première fois.
- Des retards dans la mise sur pied d'un registre international des essais cliniques efficace par suite des intérêts particuliers défendus par les laboratoires pharmaceutiques.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Une meilleure planification s'impose en ce qui concerne les grandes initiatives. Par conséquent, des réunions préparatoires en vue du Sommet ministériel de 2008 ont déjà été organisées.
- En 2006-2007, les demandes de financement tiendront compte des priorités, des programmes d'action et des activités des donateurs.
- Une planification conjointe avec les bureaux régionaux pour la recherche en santé doit prendre en compte les différences dans les priorités, les degrés de sensibilisation et les capacités dans les Régions.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	20 217	8 024	5 919	13 943
des pays	37	15	1	9
Pourcentage alloué au niveau des Régions	23	42	42	42
mondial	40	43	57	49

ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Objectif(s) de l'OMS

Travailler avec les Etats Membres afin de renforcer la capacité des pays à fournir des services de santé de qualité, d'un coût abordable, efficaces et équitables à leur population, et notamment aux groupes les plus pauvres et les plus vulnérables, en mettant en place ou en renforçant les systèmes de planification et de prestation de services, en réunissant des données et en élaborant des outils susceptibles de favoriser la formulation et la mise en oeuvre de politiques éclairées et fondées sur la participation.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Existence d'outils pratiques pour aider les décideurs et les professionnels de la santé à analyser l'impact des systèmes de santé sur l'accès et les résultats sur le plan sanitaire pour les pauvres et à améliorer la qualité et la performance des services de santé. Des principes directeurs ont été élaborés sur les aspects suivants : développement des ressources humaines pour la santé dans les situations consécutives à un conflit, évaluation rapide, politique et planification, fonctions essentielles de santé publique, comptes nationaux de la santé et analyse du secteur de la santé.

Renforcement de la capacité des pays à adapter et à utiliser ces outils dans leur propre contexte. Quarante-six pays ont amélioré leur capacité d'utiliser ces outils et ces directives à travers des ateliers régionaux de formation, des manifestations nationales, des études pilotes et la constitution de groupes de travail techniques.

Mise en place de réseaux opérationnels d'institutions régionales et nationales et de partenariats actifs avec des organismes internationaux soutenant la mise en place d'une administration générale, d'un financement, et d'une génération de ressources et d'une fourniture de services plus efficaces dans les pays. Les partenariats ont été renforcés et des réseaux régionaux ont été mis sur pied ou renforcés dans toutes les Régions.

Principales réalisations

- L'attention portée récemment aux personnels de santé par les forums de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, la consultation d'Oslo, l'initiative commune d'apprentissage et la consultation de la Région africaine ont contribué à l'élaboration de stratégies communes destinées à favoriser un effort plus concerté des principaux partenaires. Un groupe de travail provisoire s'est employé à mieux définir une alliance mondiale des personnels de santé susceptibles d'accroître l'efficacité des stratégies de pays pour renforcer les personnels de santé. De nombreuses activités ont été suscitées par le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* et la Journée mondiale de la Santé 2006, tous deux consacrés aux ressources humaines pour la santé.
- L'OMS a lancé l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients afin d'accroître la sensibilisation et l'engagement politique en faveur d'une amélioration de la sécurité des patients dans tous les Etats Membres en s'appuyant sur les efforts et initiatives nationaux existants. L'Alliance devrait améliorer sensiblement la sécurité à long terme et déboucher sur une diminution à la fois des effets indésirables et des dépenses.
- La Commission des Déterminants sociaux de la Santé, composée de 20 commissaires issus des gouvernements, de la société civile et des universités et représentant l'ensemble des Régions, a été chargée de promouvoir des changements au plan des politiques et des mesures concernant les déterminants sociaux de la santé.

Illustration de certaines réalisations

Les Forums de haut niveau qui se sont tenus à Abuja en 2004 et Paris en 2005 et la consultation d'Oslo en 2005 ont conféré aux ressources humaines pour le développement sanitaire un rang de priorité élevé. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* a été à l'origine d'améliorations dans la collecte et la vérification des données dans toutes les Régions, d'études sur la réglementation et l'accréditation des agents de santé dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale et sur les migrations des personnels de santé dans la Région du Pacifique occidental, et de dialogues de haut niveau sur les politiques dans la Région européenne. La consultation des partenaires au Bureau régional de l'Afrique en juillet 2005 a ouvert la voie à la mise en oeuvre d'un programme d'action concernant les ressources humaines pour la santé, approuvé à Abuja, Paris et Oslo. L'analyse et l'examen de la situation entrepris aux niveaux national et régional dans la Région du Pacifique occidental ont conduit à l'élaboration d'un projet de stratégie régionale pour 2006-2015. Un projet de code de pratiques pour le recrutement du personnel de santé dans les pays insulaires du Pacifique est également en cours d'élaboration. Une cartographie complète des ressources humaines pour le développement sanitaire a été entreprise dans 14 Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, l'accent a été mis sur le renforcement des institutions de santé publique. Dans la Région européenne, l'application en 2004 des conclusions d'une étude a soulevé des questions concernant la politique des migrations et un dialogue sur le sujet a été organisé pour les pays baltes en 2005. Dans la Région des Amériques, il existe des observatoires des ressources humaines et des efforts se poursuivent pour établir le même type d'organes dans la Région africaine.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation**Validation des cadres à utiliser par les pays pour la collecte et l'analyse des changements dans l'organisation des systèmes de santé et leurs effets sur l'accès aux services et les résultats sur le plan sanitaire pour les pauvres**

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence d'outils pratiques (tels que les comptes nationaux de la santé) pour aider les responsables politiques à analyser les changements dans les systèmes de santé ainsi que leurs effets sur l'accès aux services et les résultats sur le plan sanitaire pour les pauvres.	Aucune dans les pays en développement	Outils mis au point et testés dans les pays cibles	Plusieurs outils ont été mis au point, y compris des principes directeurs sur les ressources humaines pour la santé dans les situations consécutives à un conflit

Plusieurs mécanismes et indicateurs destinés à améliorer la prestation des services de santé et les résultats ont été conçus et mis en oeuvre dans certains Etats Membres, notamment les profils de pays ; l'outil d'analyse du secteur de la santé ; les comptes nationaux de la santé ; et un outil relatif aux fonctions essentielles de santé publique dans la Région des Amériques. Dans la Région européenne, des comptes nationaux de la santé adaptés aux besoins des pays sont en cours d'élaboration et/ou appliqués dans trois Etats Membres ; et des outils d'évaluation de la qualité, de mesure de l'exécution, d'accréditation et d'autorisation en sont à des stades divers de mise au point.

Formulation de stratégies destinées à renforcer les capacités nationales concernant l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques visant à améliorer la santé des pauvres, en mettant l'accent sur les problèmes de santé prioritaires et l'amélioration de l'administration générale (législation, réglementation et accréditation comprises)

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Renforcement des capacités nationales pour ce qui est de formuler et d'appliquer des politiques visant à améliorer la santé des pauvres dans certains pays de toutes les Régions de l'OMS	Capacité limitée	Capacité améliorée, avec la mise au point notamment d'outils et de documents de fond	Un outil applicable à l'exclusion sociale a été conçu et mis en oeuvre dans 9 pays

Dans la Région européenne, des documents relatifs à la politique sanitaire ont été élaborés ou mis à jour dans quatre Etats Membres ; des documents portant spécifiquement sur la santé et la pauvreté ont été rédigés dans deux Etats Membres ; et un niveau d'exécution des travaux préparatoires satisfaisants a été atteint dans dix Etats Membres.

Tenue à jour et extension des bases de connaissances, des réseaux et des partenariats afin de renforcer les moyens des pays et soutenir ainsi l'amélioration de l'administration générale des systèmes de santé, le financement, la génération de ressources et la fourniture de services dans les pays, ainsi que le renforcement des processus gestionnaires aux niveaux national et infranational

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mise en place de réseaux opérationnels d'institutions régionales et nationales et de partenariats actifs avec d'autres organismes internationaux soutenant le développement d'une administration générale, d'un financement, d'une génération de ressources et d'une fourniture de services plus efficaces dans les pays	Réseaux émergents dans certaines Régions	Réseaux développés et renforcés dans toutes les Régions	Réseaux régionaux établis ou renforcés dans toutes les Régions
Mise en place de bases d'information publiquement accessibles sur l'organisation des fonctions des systèmes de santé	Lacunes dans l'offre et l'utilisation de la base d'information	Amélioration dans l'offre et l'utilisation des ressources en matière d'information dans les systèmes de santé	Profils des systèmes de santé de pays disponibles pour la plupart des pays des Régions de l'Europe et de la Méditerranée orientale. Un site Web spécial destiné aux administrateurs des services de santé et axé sur ceux qui disposent de ressources limitées a été créé au Siège

Au niveau mondial, un réseau de spécialistes du développement des personnels de santé compte plus de 600 abonnés. Le réseau, qui est animé par l'OMS, a été créé en collaboration. Une alliance sur les ressources humaines pour la santé a été créée en 2006. Au niveau régional, l'Observatoire des ressources humaines pour la santé a poursuivi ses travaux dans la Région des Amériques. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des réseaux fonctionnels ont été établis pour la santé publique et l'enseignement médical. Dans la Région européenne, le projet « hôpitaux-santé » a été mis en place, les partenariats (avec le Conseil de l'Europe, la Commission européenne, la Banque mondiale et l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique) renforcés et un cours commun sur la réforme du secteur de la santé et le financement durable a été organisé avec la Banque mondiale. Dans la Région du Pacifique occidental, une initiative de téléenseignement, le Pacific open learning health network, a été créé par le Bureau régional et ses partenaires afin de favoriser l'accès à l'information et à la formation des agents de santé des petits pays insulaires. Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'Observatoire régional des systèmes de santé a établi des profils de systèmes de santé pour 18 Etats Membres selon un modèle standard. Parmi les autres exemples d'information accessible au public figurent l'Atlas mondial des personnels de santé et la base de données sur les comptes nationaux de la santé au Siège, un centre d'information sur la réforme du secteur de la santé dans la Région des Amériques et une publication sur les systèmes de santé en transition pour les Etats Membres de la Région européenne.¹

Validation des données et des meilleures pratiques et soutien aux pays afin de définir et d'appliquer des options politiques relatives à la fourniture des services de santé et à la mise en valeur et à l'utilisation des ressources humaines (y compris les questions concernant la motivation et les migrations)

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence et mise en oeuvre d'options politiques visant à améliorer la couverture des services de santé et le recrutement et l'utilisation des ressources humaines, et mise en oeuvre de celles-ci sur la base de données validées et des meilleures pratiques dans des pays de toutes les Régions de l'OMS	6 pays ont exécuté une analyse approfondie des ressources humaines pour la santé ; 4 pays ont élaboré des plans nationaux	20 pays appliquent les options politiques et les outils	26 pays ont élaboré et mis en oeuvre des options politiques sur les ressources humaines pour la santé concernant notamment la fidélisation et la migration des personnels de santé

¹ *Health systems in transition : learning from experience*. Copenhague, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

Seize pays insulaires du Pacifique ont élaboré un projet de code de pratique pour le recrutement du personnel de santé. Quatorze Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale utilisent les options et outils politiques de l'OMS sur le développement des ressources humaines. Dans la Région africaine, 12 pays ont préparé des politiques et des plans relatifs aux personnels de santé et quatre pays ont appliqué des stratégies de fidélisation du personnel.

Elaboration de stratégies, de méthodes, de principes directeurs et d'instruments qui permettent aux pays d'évaluer la couverture et les services des dispensateurs et d'améliorer la prestation et la qualité des services de santé aux particuliers et aux populations

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de stratégies, méthodes et instruments et possibilité de les appliquer dans certains pays en vue d'évaluer la couverture et la performance des dispensateurs, et d'améliorer la prestation et la qualité des services de santé	6 pays utilisant le module de technologies sanitaires essentielles pour l'affectation des ressources et l'amélioration de la prestation de services	10 pays utilisant le module de technologies sanitaires essentielles	10 pays utilisant le module de technologies sanitaires essentielles pour l'affectation des ressources et l'amélioration de la prestation de services, notamment concernant l'initiative Pour une grossesse à moindre risque
Indices de l'application des instruments au niveau infranational dans certains pays de toutes les Régions de l'OMS	Utilisation ou application des outils incertaine	Utilisation des outils dans 25 pays	<p>Outils concernant les programmes d'assurance de la qualité et l'évaluation de la qualité et la performance des hôpitaux utilisés dans 21 pays.</p> <p>Un cadre destiné à évaluer les méthodes de développement gestionnaire dans les pays à faible revenu a été appliqué dans 3 pays africains en 2005</p>

En prévision de la réunion de Montreux sur le bon fonctionnement des systèmes de santé, tenue à Glion-sur-Montreux (Suisse) en avril 2005, des cadres techniques ont été élaborés en ce qui concerne le financement de la santé, les personnels de santé, les systèmes d'information sanitaire, la gestion locale et le rôle du secteur non étatique dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans les pays à faible revenu. Y ont été définis la façon dont les initiatives mondiales en matière de santé pouvaient contribuer à renforcer certains éléments des systèmes de santé ainsi que les obstacles éventuels. Quinze Etats Membres de la Région de la Méditerranée orientale ont appliqué un programme national d'assurance de la qualité. Dans la Région européenne, des outils permettant d'évaluer la qualité et la performance des hôpitaux ont été soumis à des essais pilotes dans 40 hôpitaux de six Etats Membres. Au niveau des pays, le Bangladesh a révisé et réintroduit un outil de planification destiné à être utilisé au niveau local. D'autres outils et principes directeurs sont en préparation dans toutes les Régions. Dans la Région européenne, la mise à jour des évaluations des besoins sanitaires de 29 pays a débouché sur des recommandations concernant la couverture et les ressources humaines. L'élaboration de la stratégie sur le renouvellement des soins de santé primaires a par ailleurs été poursuivie dans le cadre de consultations nationales et régionales.

Elaboration de méthodes, principes directeurs et outils pour la planification, l'éducation, la gestion et l'amélioration de l'efficacité des personnels de santé et l'harmonisation de la participation du secteur privé à la réalisation des buts nationaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Conception de méthodes et d'outils permettant d'améliorer la répartition, la qualité et les résultats des personnels de santé disponibles et utilisés dans certains pays de toutes les Régions de l'OMS	0	10 pays mettant à l'essai des outils spéciaux	Outils mis au point et testés dans 9 pays

Plusieurs outils en rapport avec les personnels de santé ont été utilisés dans cinq Etats Membres de la Région du Pacifique occidental : un modèle d'estimation/projection, des outils d'évaluation des services du personnel et des indicateurs de la charge de travail pour les besoins en personnel. Dans la Région européenne, des outils applicables à l'enseignement et à l'accréditation sont actuellement mis au point avec des partenaires tels que la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine, et des études liées au *Rapport sur la santé dans le monde, 2006* ont été effectuées.

Fourniture aux pays d'avis techniques et politiques, fondés sur les faits et les meilleures pratiques, afin d'améliorer la prestation des services de santé et les investissements dans les ressources humaines et matérielles, ainsi que l'utilisation de celles-ci

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Perfectionnement des mécanismes, méthodes et capacité à l'appui des demandes émanant des pays pour obtenir des avis sur l'amélioration des politiques et systèmes, à comparer avec la base établie en 2002-2003	Approche non systématique de l'appui aux pays	Mécanismes améliorés d'appui aux pays	Parmi les améliorations figure une approche plus systématique de l'appui aux pays en matière de décentralisation, de financement des soins de santé et de développement des ressources humaines pour la santé

Une évaluation rapide des capacités gestionnaires concernant la prestation de services de santé au niveau du district a été effectuée avec le Siège en Afrique du Sud, en Ouganda et au Togo. Les enseignements tirés permettront de susciter un débat aux niveaux national et interpays et seront pris en compte dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*. Dans la Région européenne, cinq dialogues sur les politiques et deux ateliers internationaux de haut niveau ont été organisés. Dans la Région du Pacifique occidental, un appui a été fourni à l'Indonésie afin d'accroître la décentralisation du secteur de la santé ; les capacités, aux niveaux régional et national, de conseil en macroéconomie et santé ont été renforcées et des ateliers sur le financement des soins de santé ont été organisés. Au Siège, des avis techniques sur certains aspects du développement des ressources humaines ont été fournis aux programmes de santé prioritaires tels que Halte à la tuberculose, le VIH/SIDA et le paludisme. En outre, une publication a paru, contenant des recommandations générales adressées aux décideurs, aux gestionnaires des soins de santé, aux administrateurs et aux dispensateurs de soins concernant l'extension rapide des services de santé, en prenant le traitement du VIH/SIDA comme exemple.

Elaboration de stratégies, lignes directrices, outils et partenariats afin de renforcer les capacités de l'OMS et des pays d'articuler et de mettre en oeuvre des politiques de santé équitables à l'appui des stratégies nationales de réduction de la pauvreté et des objectifs du Millénaire pour le développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Renforcement de la capacité institutionnelle à l'OMS et dans les pays appliquant des stratégies de réduction de la pauvreté pour la formulation de politiques sanitaires en faveur des pauvres et la mise en place d'interventions dans le contexte de programmes nationaux de réduction de la pauvreté	Connaissance limitée des politiques en faveur des pauvres à l'OMS et dans les Etats Membres	Amélioration des connaissances sur les objectifs du Millénaire pour le développement et les documents stratégiques de réduction de la pauvreté	Rapports sur les objectifs du Millénaire pour le développement et analyse des documents stratégiques de réduction de la pauvreté publiés par le Siège ainsi que par les Bureaux régionaux de l'OMS pour les Amériques, l'Europe et le Pacifique occidental

Un rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement a été rédigé à l'intention de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'Europe et un groupe spécial sur les OMD a été créé. Des outils d'intégration des questions de pauvreté et de sexes/pécificité dans les études et la formation des professionnels de santé ont été mis au point dans la Région du Pacifique occidental. Au Bangladesh, des personnels de santé des niveaux primaire et secondaire ont été formés à la prestation de services en faveur des pauvres. Dans la Région des Amériques, une formation aux approches sectorielles a été dispensée dans sept Etats Membres.

Elaboration de stratégies, méthodes, lignes directrices et outils visant à aider les pays à mettre sur pied et renforcer des politiques et des systèmes fondés sur des bases factuelles nécessaires pour améliorer la sécurité des patients en tant qu'aspect fondamental de la qualité des soins de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de stratégies, méthodes, lignes directrices et outils, capacité de les appliquer et éléments attestant de leur utilisation dans 40 pays pour établir et renforcer les politiques et les systèmes nécessaires pour améliorer la sécurité des patients	Aucun pays	40 pays dotés de stratégies, méthodes et outils en matière de sécurité des patients	46 pays ont amélioré leur capacité d'appliquer des outils et des recommandations grâce à : des ateliers de formation régionaux, des manifestations nationales, le renforcement des capacités, des études pilotes et des groupes de travail techniques
Existence d'un cadre et de mécanismes politiques propres à promouvoir une culture de la sécurité et à appuyer des changements systématiques en vue d'une amélioration de la sécurité des patients	Discussions sur les mécanismes destinés à appuyer les efforts en matière de sécurité des patients mis en place	Déployer des activités de sécurité des patients dans toutes les Régions	Ateliers et manifestations régionaux relatifs à la sécurité des patients organisés dans 5 Régions couvrant une bonne centaine de pays. Travaux entamés dans les 6 domaines d'action pour la sécurité des patients contenus dans le programme de l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients

L'Alliance mondiale pour la sécurité des patients a été créée en octobre 2004 comme un moyen de collaboration et d'action internationales dans le domaine de la sécurité des patients. Des outils et des principes directeurs concernant la propreté des mains, le compte rendu et l'enseignement, ainsi que la recherche sur la sécurité des patients ont été mis au point. Dans la Région de la Méditerranée orientale, des études et des enquêtes ont été menées et des principes directeurs élaborés sur les services de recours dans cinq Etats Membres, et sur les services médicaux d'urgence dans 14 Etats Membres. Dans la Région de l'Europe, un document sur les systèmes de santé a été rédigé en vue de la cinquante-cinquième session du Comité régional de l'Europe. Dans la Région des Amériques, un réseau régional chargé de préparer des lignes directrices sur les pratiques cliniques a été établi et trois Etats Membres ont mis au point des projets de recherche sur la qualité des soins et la sécurité des patients.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Le regain d'intérêt pour le renforcement des systèmes de santé et le fait que l'on reconnaisse la nécessité d'une action plus concertée et que l'on attend de l'OMS qu'elle joue le rôle directeur nécessaire.
- Des partenariats mondiaux et régionaux renforcés et un engagement accru en faveur des systèmes de santé et des ressources humaines pour la santé, notamment en Afrique.
- L'augmentation des fonds disponibles au niveau des pays à travers des mécanismes de financement internationaux et la nécessité d'une approche concertée.
- Une demande forte de la part des Etats Membres qui souhaitent recevoir une aide pour améliorer leurs services et systèmes de santé.

Obstacles

- Des ressources humaines et financières limitées pour faire face à une demande accrue.
- La structure du programme général de travail et les obligations connexes en matière de compte rendu compromettent la coordination et le travail d'équipe au niveau mondial.
- Un manque d'engagement des principaux partenaires ou d'autres engagements des homologues nationaux.
- Les biais provoqués par l'affectation de fonds importants aux domaines prioritaires ne favorisent pas des améliorations plus durables dans les systèmes de santé.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Une exposition accrue du personnel des systèmes de santé de pays à la situation dans d'autres pays permet de développer les connaissances et les compétences et favorise la prise de conscience et le renforcement des capacités ; la pratique devrait être encouragée au cours de la prochaine période biennale.
- L'établissement de partenariats et la recherche d'un consensus en matière de renforcement des systèmes de santé exigent une approche plus concertée et un engagement soutenu de la part de tous les niveaux de l'OMS et de ses partenaires.
- Le besoin d'une approche coordonnée à long terme des ressources humaines et des systèmes de santé devrait être en partie satisfait par le projet de stratégie régionale des ressources humaines pour 2006-2015 et la stratégie de renforcement des systèmes de santé en préparation au Bureau régional du Pacifique occidental et au Siège, respectivement.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	159 966	101 440	44 494	145 935
Pourcentage alloué au niveau des pays	61	65	39	57
des Régions	22	25	24	25
mondial	17	10	37	18

ORGANES DIRECTEURS

Objectif(s) de l'OMS

Fournir un appui aux organes directeurs régionaux et mondiaux en les aidant pour la préparation et la conduite de leurs sessions, y compris en diffusant rapidement, sous une forme facilement accessible, lisible et de haute qualité, la documentation pertinente puis les procès-verbaux et les résolutions après les sessions, en vue de faciliter l'élaboration des politiques.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Un consensus élargi lors des délibérations de l'Assemblée de la Santé. Au cours de l'exercice 2004-2005, le niveau de consensus atteint lors de la négociation des résolutions a été nettement supérieur à celui des années précédentes, comme en témoigne, par exemple, l'accord relatif à l'accroissement du budget ordinaire intervenu pour la première fois en 10 ans.

Principales réalisations

- Au cours de l'exercice, les comités régionaux se sont chacun réunis deux fois, les travaux préparatoires étant généralement effectués par un ou plusieurs comités ou sous-comités permanents.
- 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.
- Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif a été constitué en remplacement de trois instances – le Comité de Développement du Programme, le Comité de l'Administration, du Budget et des Finances et la Commission de Vérification des Comptes.
- Le Règlement sanitaire international (2005) a été adopté.
- Les travaux menés en vue de la première Conférence des Parties par le groupe de travail intergouvernemental de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui est un organe à composition non limitée, se sont achevés.
- Des réunions ont eu lieu 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.
- Les Régions ont signalé que la tenue de réunions régionales des organes directeurs allait bon train et que leurs conclusions aussi pragmatiques que pertinentes reflétaient le resserrement de la coopération, l'intensification de la communication et de la coordination des politiques entre les Etats Membres et le Secrétariat, voire, dans certains cas, l'amélioration de la documentation.

Illustration de certaines réalisations

Malgré certains problèmes de connectivité et la nécessité de fournir des documents à plus d'une quarantaine de pays, pour la première fois dans la Région africaine, toute la documentation pertinente a été affichée sur l'Internet avant la tenue de la cinquante-cinquième session du Comité régional ; le rapport régional a, quant à lui, été affiché dans les quatre semaines qui ont suivi la clôture des travaux. L'ensemble des pays et des organisations qui y ont participé ont aussi reçu des CD-ROM contenant l'intégralité des documents.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

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 quant à leur mise en oeuvre

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de résolutions concernant la politique générale qui ont été adoptées et qui sont applicables aux niveaux mondial, régional et national	Pas de corrélation directe entre les résolutions et le budget programme	Nombre accru de résolutions conformes au budget programme approuvé	Pour la cent dix-septième session du Conseil exécutif, l'ensemble des résolutions (100 %) établies par le Secrétariat ont été chiffrées et rattachées au budget programme 2006-2007

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Il a surtout été question du réalisme devant présider à l'établissement des rapports sur l'application des résolutions par les Etats Membres et le Secrétariat. Au cours de l'exercice biennal, 25 résolutions à caractère technique sur 33 étaient assorties d'un cadre pouvant être qualifié de réaliste (sur deux ou plusieurs années). Conformément à l'article XV du Règlement financier, les préparatifs ont débuté en 2005 pour toutes les résolutions proposées au Conseil exécutif, lesquelles devront s'accompagner d'un document indiquant leur incidence en matière de ressources. L'approche adoptée pour chiffrer les résolutions et les rattacher au budget programme sera affinée au cours de l'année 2006.

Amélioration de la communication entre les Etats Membres, les membres du Conseil exécutif et le Secrétariat de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Fréquence de l'utilisation effective des voies de communication entre les Etats Membres et les organes directeurs aux niveaux mondial, régional et national concernant les activités de l'OMS	Séances d'information pour les missions, Conseil exécutif virtuel, site Web, consultation électronique	Mécanisme supplémentaire	Création, en juillet 2005, du Bulletin d'information bimensuel du Conseil exécutif

En 2004, plus de 6,5 millions de pages ont été téléchargées à partir des sous-sites des organes directeurs opérant dans le cadre du site Web de l'OMS ; en 2005, le chiffre correspondant s'établissait à 10 millions, ce qui plaçait les pages Web des organes directeurs en huitième position des pages pertinentes les plus consultées. La même année, la ventilation par langue montre qu'environ 24 % des documents téléchargés étaient en anglais, et 13 à 18 % en arabe, chinois, espagnol, français et russe. En 2004, le Conseil exécutif virtuel a été revalorisé en site Web fonctionnant dans les six langues officielles et, en 2005, il a permis d'héberger des consultations sur les objectifs du Millénaire pour le développement et la recherche en santé.

Déroulement des réunions des organes directeurs dans toutes les langues officielles de l'Organisation au niveau mondial et dans les langues officielles choisies au niveau des comités régionaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de réunions des organes directeurs tenues dans les langues officielles appropriées	100 %	100 %	100 %

Toute la documentation de l'Assemblée de la Santé, du Conseil exécutif, des comités régionaux et des autres réunions intergouvernementales 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, et d'autres documents volumineux n'ont pu être produits en temps utile. Les Régions n'ont pas fait état de ce problème.

Amélioration de la communication et de la coordination dans l'établissement des programmes de travail au niveau des organes directeurs régionaux et mondiaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Degré de concordance des ordres du jour et des résolutions des organes directeurs régionaux et mondiaux	Faible coordination structurelle	Resserrement de la coordination formelle	Données factuelles attestant le resserrement de la coordination entre les organes directeurs régionaux et mondiaux

En 2005, deux comités régionaux ont formellement prié le Directeur général d'inscrire des points à l'ordre du jour du Conseil exécutif. Au cours de l'année 2004, tous les comités régionaux ont examiné le budget programme 2006-2007. En 2005, le programme général de travail, l'allocation stratégique des ressources et le plan stratégique à moyen terme ont été passés au crible.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Meilleure coordination avec les Etats Membres au niveau des Régions et du Siège.

Obstacles

- Au Siège, le volume de la documentation requise pour les réunions qui se déroulent souvent presque l'une après l'autre. Le fait que le « principe des quatre pages » ne soit en général ni approprié, ni observé aggrave encore l'incidence de cet impératif.
- Les ressources humaines et financières sont insuffisantes pour surmonter le problème susmentionné.
- Un bureau régional a signalé que la distance empêche de diffuser les documents en temps utile.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Une consultation d'envergure et approfondie avec les Etats Membres est très importante pour préparer les réunions et sera élargie, dans la mesure du possible, en 2006-2007.
- Une documentation concise et bien faite est utile aussi bien aux Etats Membres qu'au Secrétariat. Il conviendra donc, en 2006-2007, de doter l'Organisation des ressources humaines nécessaires à son établissement, compte tenu notamment de la demande croissante de production de documents.
- La plupart des réunions des organes directeurs sont entravées par un ordre du jour surchargé. En 2006-2007, la sélection des points de l'ordre du jour devra faire preuve d'une plus grande discipline.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	27 791	23 794	4 568	28 362
des pays	0	0	0	0
Pourcentage alloué au niveau des Régions	12	17	11	16
mondial	88	83	89	84

MOBILISATION DES RESSOURCES ET COOPÉRATION EXTÉRIEURE ET PARTENARIATS

Objectif(s) de l'OMS

Négocier, maintenir et élargir des partenariats en faveur de la santé au niveau mondial ; renforcer la collaboration de l'OMS avec les organes gouvernementaux et intergouvernementaux, les organisations représentant la société civile, le secteur privé et les fondations ; et garantir la base de ressources de l'Organisation.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Nombre de partenariats fonctionnels établis avec les organes du système des Nations Unies, le secteur privé et la société civile. Au moins 300 partenariats ont été établis avec des organismes du système des Nations Unies, le secteur privé et la société civile.

Principales réalisations

- Des consultations et une coordination efficaces ont été établies au sein du système des Nations Unies et avec des organisations intergouvernementales.
- Des réseaux ont été constitués au sein du Secrétariat de l'OMS afin de renforcer la cohérence des activités mises en oeuvre avec des partenaires extérieurs dans le domaine de la santé.
- La question du développement sanitaire a pris de l'importance dans les instances internationales telles que l'Assemblée générale des Nations Unies, le groupe des pays du G8, l'Union européenne, le Forum économique mondial et la Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique.
- La communauté internationale a été mobilisée avec succès pour prendre des mesures sur les questions de santé telles que le tabagisme, la grippe aviaire, le Règlement sanitaire international (2005), la recherche en santé ou encore la santé mentale, la salubrité de l'environnement et la vaccination.
- La participation du secteur privé à la recherche de solutions aux problèmes de santé publique s'est développée au cours de la période biennale.
- On a observé une amélioration de l'alignement des activités au niveau des pays grâce au système du Coordonnateur résident des Nations Unies et à la participation active de l'OMS dans des domaines prioritaires de l'aide humanitaire et du développement.
- Une nouvelle collaboration stratégique a été établie avec la Commission européenne, l'ANASE, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, l'Organisation de la Conférence islamique et les Volontaires des Nations Unies, notamment. Plusieurs nouveaux partenariats et alliances importants ont été mis en place, par exemple dans les domaines de la métrologie sanitaire, de la santé du nouveau-né, de la mère et de l'enfant, du traitement et du stockage en toute sécurité de l'eau par les ménages, des maladies chroniques et de la prévention de la violence.
- Au total, 184 organisations non gouvernementales sont maintenant en relations officielles avec l'OMS.

Illustration de certaines réalisations

En 2004-2005, les contributions volontaires ont augmenté d'environ 30 % par rapport à 2002-2003. Une meilleure répartition des ressources entre les différents domaines d'activité et bureaux a également été observée. Les ressources disponibles ont dépassé les besoins approuvés dans le budget programme pour 22 domaines d'activité et tous les domaines ont été financés à au moins 70 %. Cela représente une amélioration significative par rapport à la période biennale précédente et montre que l'on est parvenu à mieux faire correspondre les contributions et les priorités institutionnelles définies dans le budget programme.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Mise en place de partenariats durables et élargis en faveur de la santé au niveau mondial ; renforcement de la collaboration avec les organes gouvernementaux et intergouvernementaux, les organisations de la société civile, le secteur privé et les fondations ; et garanties quant à la base de ressources de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de réunions d'information et de consultations avec les organisations de la famille du système des Nations Unies, d'autres organisations et les parties intéressées du secteur de la santé	Consultations annuelles sur les politiques ; échanges techniques réguliers	Consultations annuelles sur les politiques ; échanges techniques réguliers	Augmentation significative due au nombre accru de partenariats

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de domaines d'activité où il y a concordance avec les autres partenaires	27 domaines d'activité définissent le programme technique de l'OMS, or la collaboration n'est pas toujours fondée sur ceux-ci	Collaboration avec les partenaires sur la base des domaines d'activité	Alignement plus poussé des domaines d'activité, mais les partenariats sont encore souvent fondés sur des interventions sanitaires particulières

Le développement des partenariats pour la santé dans le monde tels que le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a montré l'importance de l'orientation stratégique et technique conférée par l'OMS tant au niveau mondial qu'au niveau des pays et la nécessité d'une participation systématique de l'OMS aux mécanismes de consultation et d'exécution.

Mise en place d'un mécanisme efficace de coordination des contributions et d'information s'agissant d'importantes instances internationales, y compris les grandes conférences et les sommets des Nations Unies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Déclarations finales et plan d'action des conférences nationales, régionales et mondiales, et élaboration d'ordres du jour qui tiennent compte des buts et des priorités de l'OMS	Les intérêts sanitaires ne sont pas toujours adéquatement pris en compte dans les instances internationales s'agissant d'aide humanitaire et de développement	Incorporation systématique du développement sanitaire dans le contexte des objectifs du Millénaire pour le développement ou lors de manifestations internationales destinées à répondre aux besoins des Etats Membres et aux buts et priorités de l'OMS	Participation active de l'OMS aux travaux de l'Organisation des Nations Unies et d'autres instances internationales de développement afin de promouvoir la santé en tant que déterminant essentiel du développement, du bien-être social et de la réalisation des OMD. Dans la résolution WHA58.25, le Secrétariat a été prié d'adhérer au programme international d'harmonisation et d'alignement et de coordonner son action avec celle des autres organisations du système des Nations Unies. Les questions de santé ont été inscrites avec succès dans les stratégies régionales telles que le Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique

L'OMS a coorganisé deux forums de haut niveau sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé à Abuja en décembre 2004 et à Paris en novembre 2005, au cours desquels des stratégies ont été mises au point afin d'orienter les approches sectorielles en matière de développement à l'échelle du système des Nations Unies. Le Bureau régional de l'Afrique a entrepris une planification à l'échelle de toute l'Organisation afin d'améliorer l'accès aux interventions essentielles de santé publique. Les stratégies de coopération avec les pays sont appliquées systématiquement, conformément au programme d'harmonisation établi au Forum de haut niveau de Paris en vue de renforcer le sentiment d'appropriation des pays, de développer des capacités et d'utiliser les systèmes de pays pour la mise en oeuvre des programmes de coopération en matière de santé. L'OMS a été invitée à faire office de coordonnateur pour les questions de sécurité routière au sein du système des Nations Unies. Cinq résolutions adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa cinquante-neuvième session intéressent particulièrement l'OMS : Décennie pour faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique (résolution 59/256) ; Intensification du renforcement des capacités dans le secteur de la santé publique à travers le monde (résolution 59/27) ; Examen triennal complet des activités opérationnelles de développement du système des Nations Unies (résolution 59/250) concernant l'harmonisation et le système du Coordonnateur résident ; Renforcement des secours d'urgence, du relèvement, de la reconstruction et de la prévention au lendemain de la catastrophe du raz-de-marée de l'océan Indien (résolution 59/279) ; et Déclaration des Nations Unies sur le clonage des êtres humains (résolution 59/280).

Conformément aux buts fixés lors des forums de haut niveau sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, le Bureau régional de l'Afrique collabore étroitement avec l'Union africaine dans le cadre du Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique afin de mettre en oeuvre la stratégie sanitaire de ce dernier ; le Bureau régional OMS des Amériques collabore avec la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes à la préparation d'un rapport spécial pour la Région ; le Bureau régional de la Méditerranée orientale collabore avec les organismes des Nations Unies afin de faire en

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

sorte que tous les Etats Membres établissent des rapports sur la santé ; et le Bureau régional du Pacifique occidental collabore avec la Banque asiatique de Développement à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et de l'Europe ont uni leurs efforts pour faire face à la catastrophe provoquée par les séismes et le tsunami dans l'océan Indien. Des modalités de coopération ont été décidées avec la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et les Volontaires des Nations Unies afin d'améliorer l'action sanitaire sur le terrain.

Collecte de fonds dynamique et coordonnée auprès des donateurs actuels et potentiels, axée sur une base de ressources intégrant le budget programme et les fonds à objet non désigné par domaine d'activité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau de ressources extrabudgétaires	Report des programmes techniques de US \$500 millions	Contributions volontaires de US \$1,4 million	Contributions volontaires de US \$1,9 million
Degré d'augmentation du financement sans affectation spéciale	19,6 % des contributions volontaires reçues en 2002-2003 ont été enregistrées sans affectation spéciale	Non établie	20,4 % des contributions volontaires reçues en 2004-2005 ont été enregistrées sans affectation spéciale (soit une augmentation de 8 %)

En 2004-2005, les opérations de collecte de fonds de l'OMS ont rapporté des ressources suffisantes pour atteindre l'objectif du budget programme. Une amélioration significative dans la coordination des ressources a débouché sur un meilleur alignement entre les domaines d'activité par rapport à la période biennale 2002-2003 ; de ce fait, les ressources ont été plus étroitement alignées sur des priorités approuvées du budget programme. Bien que l'augmentation des contributions sans affectation spéciale n'ait été que de 8 %, le fait que des contributions volontaires reçues en 2004-2005 se soient élevées à environ US \$600 millions de plus que pour 2002-2003 montre que le montant effectif du financement à objet non désigné a été considérablement supérieur. Même si pratiquement la moitié des ressources ont été mobilisées pour les efforts relatifs à la poliomyélite et aux situations d'urgence, l'Organisation a atteint un peu plus de 100 % de la cible des recettes fixées pour tous les autres domaines d'activité réunis.

Mobilisation de nouveaux partenaires, notamment dans le cadre d'alliances mondiales et amélioration de l'interaction avec le secteur privé

Elaboration et application de principes directeurs régissant les relations avec des entreprises commerciales

Sensibilisation du personnel aux questions ayant trait à la collaboration avec le secteur privé et notamment aux conflits d'intérêts

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de partenaires du secteur privé travaillant avec l'OMS pour atteindre des résultats sur le plan de la santé publique	74	100	114
Nombre de séances de formation et d'orientation sur la gestion des conflits d'intérêts	0	1	2

La période biennale a été marquée par des progrès notables dans l'application d'une approche cohérente de la collaboration avec le secteur privé et dans la sélection de partenaires susceptibles d'aider à atteindre les objectifs de l'OMS. Une meilleure sensibilisation du personnel à la méthodologie à suivre pour associer le secteur privé à la réalisation des objectifs mondiaux de santé publique s'est traduite par une coopération efficace avec les secteurs pharmaceutique, des assurances-maladie, des transports, de l'assainissement, des technologies d'information et de la chimie.

Révision des politiques et stratégies applicables aux relations entre l'OMS et les organisations de la société civile

Mise en place de mécanismes efficaces, y compris d'une base de connaissances, pour une collaboration mutuellement bénéfique ; renforcement de la communication et du dialogue entre l'OMS et les organisations de la société civile

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Documents d'orientation, instruments et principes directeurs applicables aux relations avec les organisations de la société civile effectivement utilisés	La politique de l'OMS concernant les relations avec les organisations non gouvernementales telle que définie dans la résolution WHA.40.25 et divers documents d'orientation internes	Révision de la politique OMS concernant les organisations non gouvernementales ainsi que des lignes directrices pour son application	Proposition soumise à la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé et lignes directrices et principes efficaces rédigés. L'Assemblée de la Santé a demandé de plus amples consultations
Nombre de séances de formation et de séminaires sur les relations avec les organisations de la société civile	Réunion annuelle des coordonnateurs des Nations Unies chargés des relations avec les organisations non gouvernementales. Séances d'information pour les organisations non gouvernementales lors des réunions des organes directeurs	Réunion annuelle des coordonnateurs des Nations Unies chargés des relations avec les organisations non gouvernementales Séances d'information pour les organisations non gouvernementales lors des réunions des organes directeurs	Participation aux réunions des coordonnateurs des Nations Unies et à l'élaboration de lignes directrices pour renforcer les capacités du système du Coordonnateur résident avec le Groupe des Nations Unies pour le Développement. Information des organisations non gouvernementales préalablement aux réunions des organes directeurs de l'OMS

La nouvelle politique proposée en matière de relations avec les organisations non gouvernementales a été révisée par le Conseil exécutif à sa cent treizième session et par la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé, à la suite de quoi il a été décidé de laisser suffisamment de temps pour des consultations avec toutes les parties intéressées dans l'espoir de parvenir à un consensus. La question serait ensuite traitée dans une future Assemblée de la Santé.¹ En attendant, la politique en vigueur continue d'être appliquée, le Conseil exécutif passant en revue les rapport triennaux sur la collaboration ou sur l'état des relations entre l'OMS et quelque 152 organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS, ainsi que les demandes d'admission aux relations officielles. Les bureaux régionaux ont fait état d'une forte participation des organisations de la société civile aux conférences ministérielles, d'une collaboration renforcée avec la société civile au niveau des pays et, dans la Région des Amériques, de l'élaboration de lignes directrices pour la collaboration avec le secteur privé.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Prise de conscience croissante de la part des décideurs aux niveaux national et international quant à l'importance du développement sanitaire dans la lutte contre la pauvreté.
- Relations privilégiées de l'OMS avec les autorités sanitaires nationales.

¹ Voir document WHA57/2004/REC/3, procès-verbal de la quatrième séance, section 7.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

- Reconnaissance croissante par les partenaires du rôle technique et de coordination de l'OMS dans l'action sanitaire internationale.
- Participation active des bureaux de pays au plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement et aux bilans communs de pays.
- La réorganisation des structures de mobilisation et de coordination des ressources a créé les conditions d'un meilleur alignement des ressources financières et d'une meilleure exécution du budget programme.

Obstacles

- Une répartition inégale des contributions volontaires en raison de leur affectation spéciale.
- Des complications découlant de la collaboration avec le secteur privé en raison de la grande diversité des intervenants et du type d'échanges ainsi que de la structure décentralisée de l'OMS.
- Le manque de directives claires pour aider les représentants de l'OMS à travailler plus efficacement avec les équipes de pays des Nations Unies.
- L'absence de critères en fonction desquels définir le rôle de l'OMS, la nature de sa participation aux partenariats et l'étendue de sa responsabilité dans les partenariats qu'elle héberge.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Le financement du budget programme et l'alignement des ressources peuvent être améliorés grâce à des approches coordonnées, simplifiées et harmonisées vis-à-vis des partenaires de l'OMS. Un groupe de travail composé de représentants des Etats Membres apportant des contributions volontaires poursuivra ses travaux en s'efforçant d'améliorer l'harmonisation et l'alignement.
- Il est important de veiller à ce qu'il y ait des consultations politiques complètes et à ce que l'on parvienne à un accord sur la politique avant la prise de toute mesure, de même qu'il est important de réviser la politique de collaboration avec les organisations non gouvernementales. Il conviendrait donc d'avoir davantage recours à des mécanismes de consultation informelle.
- Une exécution plus stricte des politiques, des normes et des règles applicables aux interventions sanitaires adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé s'impose dans le cadre des partenariats public-privé ; des directives officielles seront donc établies dans un proche avenir afin de définir les rôles dans l'action de santé publique avec le secteur privé.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	38 264	19 016	9 720	28 736
des pays	8	0	1	1
Pourcentage alloué au niveau des Régions	46	45	57	49
mondial	46	55	42	50

PLANIFICATION, SUIVI ET EVALUATION DES PROGRAMMES

Objectif(s) de l'OMS

Mettre en place des mécanismes pleinement efficaces à l'échelle de l'Organisation pour une gestion fondée sur les résultats et une administration performante, qui soient ancrés dans la stratégie institutionnelle de l'OMS.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Augmentation de la proportion des résultats escomptés qui sont pleinement atteints.* La proportion des résultats escomptés considérés comme pleinement atteints est passée de 24 % en 2002-2003 à 53 % en 2004-2005.
- *Réduction du nombre d'évaluations ad hoc des programmes requises par les parties prenantes, expression de la confiance dans le cadre d'évaluation de l'Organisation.* Le nombre d'évaluations hors cadre a diminué, passant de 14 en 2002-2003 à 12 en 2004-2005.

Principales réalisations

- Des progrès sensibles ont été réalisés pour renouveler le cadre de gestion fondé sur les résultats, en impulsant notamment la formulation d'un plan stratégique à moyen terme sur six ans, 2008-2013.
- Fin 2004, une évaluation à mi-parcours, basée sur une méthode harmonisée de notation pour évaluer l'état d'avancement des travaux au regard des résultats escomptés a été mise en place avec succès dans toute l'Organisation.
- Il a été procédé à la mise à jour du système de gestion des activités, et des systèmes équivalents et tous les bureaux régionaux, ainsi que le Siège, ont contribué à l'élaboration du système mondial intégré de gestion.
- Le système de gestion des activités a été déployé avec succès dans tous les bureaux de pays de la Région africaine.
- Des consultations portant sur le onzième programme général de travail ont été menées dans toutes les Régions.
- Les mécanismes d'examen par les pairs, mis en place au Siège et dans certaines Régions de l'OMS ont permis d'améliorer la qualité des plans stratégiques et opérationnels.

Illustration de certaines réalisations

Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des « Journées de pays » ont été organisées pour neuf des 11 pays de la Région. Le Bureau régional conviait les représentants de l'OMS, les fonctionnaires du pays et les représentants des ministères de la santé à participer, avec ses collaborateurs, à trois jours de discussions sur les résultats escomptés et les plans de travail du pays (dans certains cas, des fonctionnaires du Siège étaient aussi présents). Cette initiative a donné aux pays l'occasion d'exposer leurs besoins spécifiques et permis aux membres du Bureau régional de faire connaître leurs engagements auprès des bureaux de pays.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Intégration à la gestion quotidienne des programmes, à tous les niveaux de l'Organisation – au Siège et dans les bureaux régionaux et de pays –, de processus uniformes et cohérents en matière de planification, budgétisation, suivi, établissement de rapports et évaluation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mise au point et préparation par les domaines d'activité du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays de plans de travail et de rapports de suivi paraissant à intervalles réguliers et suivant les lignes directrices établies	Tous les domaines d'activité ont participé à l'appréciation de l'exécution du budget programme, menée en fin d'exercice biennal à l'échelle de l'Organisation suivant les lignes directrices établies	Tous les domaines d'activité participent à l'appréciation de l'exécution du budget programme, menée en fin d'exercice à l'échelle de l'Organisation, ainsi qu'à l'examen à mi-parcours, suivant les lignes directrices établies	Tous les domaines d'activité ont participé à l'appréciation de l'exécution du budget programme, menée en fin d'exercice à l'échelle de l'Organisation, ainsi qu'à l'examen à mi-parcours, suivant les lignes directrices établies. Toutes les Régions ont signalé que le budget, les plans de travail et les rapports de suivi étaient établis conformément aux lignes directrices établies, bien qu'à des degrés divers, notamment en ce qui concerne le suivi

L'uniformité et la cohérence se sont améliorées au cours de l'exercice biennal. Le suivi du plan de travail et celui des progrès accomplis pour atteindre les résultats escomptés à mi-parcours n'ont, toutefois, pas été conduits de façon uniforme dans tous les bureaux et le regroupement des résultats du suivi ne s'est pas effectué conformément au processus prévu à l'échelle de l'Organisation dans la Région des Amériques. Des modèles de rapport normalisé tant pour l'évaluation à mi-parcours que pour l'appréciation de l'exécution en fin d'exercice sont maintenant en vigueur à l'échelle des Régions et du Siège, mais ne le sont pas encore au niveau des pays. Pour ce qui est de la cohérence du plan de travail, des améliorations sensibles ont été constatées au Siège grâce à l'introduction d'un mécanisme d'examen par les pairs, à une meilleure formation et au soutien direct d'un service d'assistance. Des progrès ont aussi été enregistrés dans l'élaboration de plans axés sur un pays, notamment dans les Régions européenne et de l'Asie du Sud-Est, et ce bien que le Siège n'ait pas pleinement participé au processus de planification.

Introduction, à tous les niveaux de l'Organisation, d'une culture de pratiques de gestion fondées sur les résultats

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de membres du personnel formés à tous les niveaux de l'Organisation aux principes de gestion fondés sur les résultats	Néant	500 membres du personnel	Au moins 620 membres du personnel

L'ensemble des Régions et le Siège indiquent que les principes et pratiques de gestion fondés sur les résultats sont, globalement, de mieux en mieux compris et acceptés. Les matériels de formation ont été actualisés et affinés dans certaines Régions ; celle de la Méditerranée orientale a, par exemple, modifié ses modules afin d'incorporer une composante sexospécifique à la planification.

Mise en place d'un système efficace d'information pour la gestion du programme à l'appui des efforts visant à accroître la responsabilité et la performance de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Utilisation journalière par les administrateurs de programme à tous les niveaux de l'Organisation d'un système d'information gestionnaire amélioré et convivial	Néant	75 % des administrateurs de programme	Pourcentage précis non connu

L'utilisation des systèmes d'information gestionnaire et leur convivialité continuent de varier d'une Région sur l'autre et au Siège : certains bureaux font état d'un degré d'acceptation et d'utilisation élevé, tandis que d'autres font part d'une préférence notoire pour l'improvisation en matière d'organisation de la planification, de la budgétisation et du suivi. Des améliorations substantielles des systèmes d'information gestionnaire sont, toutefois, signalées au Siège et dans la Région de l'Asie du Sud-Est grâce aux mises à jour des systèmes de gestion des activités. Dans la Région européenne, cette option n'a pas été soutenue intégralement pour répondre à certaines exigences du suivi et de l'évaluation, ce qui s'est soldé de façon négative sur l'établissement des rapports. Le fait que le système de gestion des activités ait été qualifié de périmé en attendant l'introduction du système mondial intégré de gestion a déjà commencé à influencer sur le respect des besoins des usagers.

Mise en place d'un système d'évaluation couvrant à la fois l'exécution des budgets programmes successifs et des domaines d'activité ou thèmes spécifiques à tous les niveaux de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Degré de satisfaction des organes directeurs pour ce qui est de la profondeur et de l'ampleur de la couverture et de l'établissement de rapports sur les évaluations et l'appréciation des résultats à tous les niveaux de l'Organisation	Une présentation plus claire du cadre d'évaluation de l'OMS s'impose	Soutien exprimé par le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé aux évaluations et appréciations entreprises	Notification des résultats des évaluations effectuées et de leur suivi au Comité du Programme, du Budget et de l'Administration. Les comités régionaux sont satisfaits des évaluations et appréciations conduites et certaines Régions témoignent d'une satisfaction accrue (Région des Amériques par exemple)

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Etendue de l'application aux futurs budgets programmes et aux programmes généraux de travail des enseignements tirés des évaluations	Non établie	Non établie	Les enseignements tirés des différents types d'évaluation ont été transmis à l'administration en vue de déceler les orientations communes marquantes dont il faudra tenir compte dans les budgets et la planification

Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif s'est félicité de l'accroissement des capacités dans les unités chargées des évaluations et de l'appréciation, ainsi que des travaux accomplis pendant l'exercice biennal, bien qu'une action complémentaire s'impose pour mettre en oeuvre les recommandations formulées et les enseignements tirés. Les comités régionaux ont été satisfaits des évaluations et appréciations conduites pendant l'exercice, certaines Régions témoignant d'une satisfaction accrue (la Région des Amériques).

Un système d'évaluation fonctionne dans toutes les Régions. Aucune évaluation spécifique n'a, toutefois, été conduite dans la Région africaine au cours de l'exercice biennal. Une évaluation programmatique régionale portant sur la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre ces maladies a été réalisée dans la Région du Pacifique occidental, et la Région de l'Asie du Sud-Est signale qu'il convient d'insister davantage sur les résultats et l'obligation redditionnelle pendant l'évaluation. Dans la Région européenne, l'évaluation en tant que telle a été revalorisée grâce à une formation assurée en interne et en externe et à la constitution d'une équipe spéciale pertinente.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Un réseau efficace de spécialistes de la planification opérant à l'échelle de l'Organisation a permis d'imprimer une dimension mondiale à la conception du cadre gestionnaire rénové, du système de gestion et d'autres initiatives importantes en matière de développement.
- Un solide encadrement des initiatives visant à promouvoir le changement a été instauré dans ce domaine d'activité.
- Des améliorations sur le plan de la connexité ont permis de communiquer en temps utile avec les pays, notamment dans la Région africaine.

Obstacles

- L'absence d'outils fonctionnant « en temps réel » entrave un suivi financier régulier.
- Les procédures complexes auxquelles certains bailleurs de fonds recourent dans le domaine financier et en matière d'affectation des crédits empêchent d'allouer efficacement les ressources et d'harmoniser les contributions volontaires avec le budget programme.
- Des ressources suffisantes ont été mises à disposition pour couvrir toute la gamme d'activités, notamment en ce qui concerne les évaluations menées dans la Région africaine.
- Le degré d'intégration des systèmes d'information est toujours faible dans toute l'Organisation.
- Certaines Régions, ainsi que le Siège, s'estiment surchargées par la planification et l'établissement des rapports.
- La place prépondérante accordée à l'évaluation a été jugée significative dans la Région européenne et sera confortée en 2006-2007, en faisant peut-être intervenir de façon permanente des partenaires extérieurs.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Le renforcement ultérieur de la gestion fondée sur les résultats dans tous les secteurs de l'OMS nécessite une action énergique à tous les niveaux de l'Organisation, ainsi que le concours des Etats Membres. Des efforts accrus à cet égard s'imposeront en 2006-2007 à l'appui du cadre gestionnaire rénové et de la formulation de plans stratégiques à moyen terme.
- La mise en valeur des systèmes d'information doit être expliquée correctement et, parallèlement, il y a lieu d'améliorer les cultures et les pratiques de gestion de façon à ce que les systèmes de gestion de l'information soient utilisés à meilleur escient. Il faudra se souvenir lors du lancement, en 2007, du système mondial de gestion.
- Il est reconnu qu'une interaction efficace entre les pays et les bureaux régionaux conduit à une mise en oeuvre efficace et qu'elle devrait être confortée en 2006-2007.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

- La formation continue et les cours de recyclage sont toujours nécessaires pour appuyer une gestion fondée sur les résultats et devraient être valorisés lors de l'exercice à venir.
- Les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et les résultats escomptés au plan régional par domaine d'activité ne coïncident pas toujours avec la réalité des programmes au niveau des pays. On espère que l'alignement des pays sur le modèle de fonctionnement va en s'améliorant grâce à la mise en place d'objectifs stratégiques et à un nombre plus limité de résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation à partir de 2008.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	11 326	6 244	4 187	10 431
des pays	3	2	0	1
Pourcentage alloué au niveau des Régions	48	60	33	49
mondial	49	38	67	50

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES

Objectif(s) de l'OMS

A l'appui de la stratégie institutionnelle, fournir des services de ressources humaines efficaces en temps voulu.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Niveau d'excellence atteint en ce qui concerne la prestation en temps voulu de services de ressources humaines de grande qualité au Siège, dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays. La qualité et la prestation en temps voulu des services de ressources humaines ont été obtenues en améliorant la mise à disposition d'informations sur les politiques et procédures en matière de ressources humaines ; en favorisant l'alignement des résultats stratégiques et des compétences et connaissances du personnel grâce à une redéfinition des compétences ; et en assurant une participation accrue et active des administrateurs à toute une série de processus, y compris la planification des ressources humaines, la gestion des services du personnel et le perfectionnement du personnel.

Principales réalisations

- Le cadre de compétences a été mis en oeuvre au niveau mondial et intégré dans les fonctions principales des ressources humaines.
- Le Programme d'encadrement mondial a été mis en oeuvre avec succès.
- Un accord du Comité d'apprentissage mondial a été obtenu concernant la stratégie d'apprentissage à l'échelle de l'Organisation et des fonds ont été alloués au Siège, aux bureaux régionaux et de pays.
- La prestation de services de ressources humaines a été améliorée grâce à de meilleures politiques de planification, à une rationalisation des méthodes de recrutement et de classification, accompagnée de l'introduction et du développement d'outils électroniques conviviaux, et à l'intégration des fonctions de service au personnel moyennant une simplification des politiques, des procédures et des méthodes.
- Le guide électronique et le système pilote de gestion et de développement des services du personnel sous forme électronique ont été lancés avec succès.
- La redéfinition des compétences au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays a été soutenue par le personnel des ressources humaines au niveau mondial.
- Des mesures de soutien au personnel ont été mises en place à travers des droits accrus tels que le congé de paternité ou l'amélioration des prestations d'assurance-maladie pour le personnel temporaire, et l'approbation de l'approche « opérations spéciales » par le Conseil exécutif.¹ Une série d'ateliers et de matériels pédagogiques ont permis de sensibiliser le personnel au problème du VIH/SIDA sur le lieu de travail. Un appui renforcé a également été fourni grâce à un recentrage des services médicaux.
- Un appui aux ressources humaines au plan mondial a été fourni et une participation à la définition des processus a été favorisée dans le cadre du système mondial de gestion.

Illustration de certaines réalisations

Le modèle de compétences OMS a été introduit dans la Région européenne dans le cadre d'un essai pilote du système électronique de développement et de gestion des services du personnel, et dans le cadre du perfectionnement du personnel grâce à la participation de hauts responsables au Programme mondial d'encadrement. L'exercice de réexamen des contrats a été mené à bien dans la Région européenne pendant la période biennale, ce qui s'est traduit par une augmentation des effectifs du personnel au bénéfice d'engagements de durée déterminée de 40 % à 60 %, par une plus grande diversité de ressortissants de pays non représentés et sous-représentés, et par une augmentation du nombre de femmes dans les rangs du personnel.

¹ Document EB115/45.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Mise en oeuvre au niveau mondial et application efficace et efficiente des éléments essentiels du cadre stratégique de ressources humaines, dont la planification des ressources humaines, la rationalisation des processus de recrutement et de classification et tous autres besoins apparus lors du suivi

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Fourniture en temps voulu de services de ressources humaines de qualité	Projet de stratégie diffusé	Approbation et mise en oeuvre du projet de stratégie de recrutement	Amélioration des résultats du recrutement des ressources humaines au niveau mondial en termes de qualité et de diversité
Planification efficace du personnel, notamment élargissement du recrutement des femmes et des ressortissants de pays non représentés et sous-représentés	Sélection de femmes à des postes de la catégorie professionnelle représentant 38 % Pas d'approche cohérente et globale de la planification des ressources humaines	Faciliter la réalisation de la cible de 50 % pour le recrutement de femmes et 60 % pour les ressortissants de pays en développement Document de fond et modèle de planification des ressources humaines acceptés en vue d'une approche mondiale	Attention particulière désormais systématiquement portée aux candidatures féminines en vue de leur inscription sur une liste restreinte Utilisation accrue et réaction positive des utilisateurs de l'outil ePOD de gestion électronique des postes et de la nouvelle norme-cadre, système de recrutement électronique amélioré
Satisfaction des usagers concernant les services chargés des ressources humaines	Aucune reconnaissance	Motivation accrue du personnel en raison de politiques plus conviviales Mise en place d'un réseau de soutien	Réaction positive du personnel concernant l'amélioration des prestations d'assurance-maladie pour le personnel temporaire et le congé de paternité Le Conseil exécutif a pris note de la stratégie de recrutement Mise en place de l'approche « opérations spéciales »

Au cours de la période biennale, le recrutement électronique a été mis en place dans tous les bureaux régionaux. L'installation et la formation ont été assurées et l'évaluation des compétences a été intégrée au système de sélection. Une stratégie de recrutement a également été élaborée et le Conseil exécutif en a pris note.¹ En 2005, un groupe de travail a été chargé de passer en revue les procédures de sélection actuelles au Siège. Les recommandations du groupe concernant la rationalisation ont été passées en revue et sont en cours d'application. Outre la formation à la nouvelle norme-cadre qui leur a été dispensée, les administrateurs et le personnel des ressources humaines du Siège ont été dotés de l'outil électronique de gestion des postes, qui facilite la rédaction et le classement en ligne des descriptions de poste et des avis de vacance. La mise en oeuvre de la revue des orientations stratégiques et des compétences au Siège s'inscrivait dans la stratégie visant à assurer une structure organique solide et une bonne planification des ressources humaines. Ce processus est facilité par des outils de gestion et de planification des ressources humaines. En ce qui concerne le VIH/SIDA sur le lieu de travail, des résultats ont été obtenus dans le cadre des programmes ACTION à l'échelle du système des Nations Unies et grâce aux trousseaux de prophylaxie post-exposition, ainsi que dans le cadre de stratégies d'information sur le VIH/SIDA. Un changement majeur a été apporté au Règlement de l'Assurance-Maladie du Personnel en ce qui concerne la couverture du personnel temporaire et des personnes à charge, et des séances d'information ont été organisées au Siège. En 2004, un groupe de travail sur le harcèlement a été chargé au Siège de rechercher les moyens de traiter efficacement toute forme de harcèlement. Le groupe de travail a soumis son rapport et ses recommandations qui sont actuellement examinés. Le Conseil exécutif a pris note des changements concernant le congé de paternité, conformes aux recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale. L'approche « opérations spéciales » pour tous les membres du personnel de l'OMS affectés au niveau international a été mise en oeuvre conformément aux principes directeurs du système commun des Nations Unies. Les fonctions des services de personnel ont été renforcées afin d'offrir des services et

¹ Document EB113/2004/REC/2, procès-verbal de la dixième séance, section 4.

conseils plus rapides, plus réactifs et plus dynamiques au personnel et à l'administration. Un service unique d'accueil du personnel a également été créé au Siège et les processus et procédures relatifs aux ressources humaines ont été simplifiés et rationalisés. La fourniture d'avis spécialisés sur les droits du personnel a été renforcée, à la satisfaction du personnel. Le Service médical commun à Genève a été dissous et remplacé par Service médical et de santé créé pour mieux centrer les ressources sur les services plutôt que sur l'administration. L'OMS a également pris l'initiative de l'élaboration de recommandations pour l'établissement d'un plan d'urgence des services médicaux des Nations Unies en cas de pandémie de grippe aviaire. Des services de conseil et d'appui ont été proposés au cours de la période biennale, notamment concernant la gestion du stress ou l'aide à la recherche d'emploi dans le cadre de l'exercice de revue des orientations stratégiques et des compétences.

Conception des fonctions essentielles d'un système d'information relatif aux ressources humaines et refonte des processus pertinents

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Conception validée à tous les niveaux de l'Organisation	L'information sur les ressources humaines était difficile à trouver en raison du trop grand nombre de sources	Information sur les ressources humaines accessible et conviviale Mise en oeuvre d'un système électronique	Lancement avec succès du guide électronique en septembre 2005 Définition des processus de ressources humaines pour le système mondial de gestion achevée

Le guide électronique des ressources humaines a été présenté en septembre 2005 ; il rassemble des informations présentées sous forme d'une base de données accessible et facile à consulter. L'introduction du système électronique de gestion des postes permet le suivi et le compte rendu des mesures de classement à prendre. Des membres du personnel du Siège et de certaines Régions ont participé à la définition des processus de ressources humaines pour le système mondial de gestion.

Mise en place, surveillance et évaluation systématique d'une stratégie d'encadrement et du développement du personnel à l'échelle de l'Organisation

Mise en place, au niveau mondial, du cadre de compétences fondamentales et intégration de ce cadre aux principales fonctions des ressources humaines (recrutement, services accomplis et développement du personnel)

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Amélioration des services accomplis par le personnel à l'appui des buts organisationnels	Données non disponibles de façon systématique pour le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays	Système électronique de développement et de gestion des services du personnel à tester au Siège, dans 2 bureaux régionaux et 2 bureaux de pays en 2005 Programmes d'apprentissage mondiaux liés aux compétences essentielles à élaborer	Le système électronique de développement et de gestion des services du personnel fournit des rapports sur le respect des processus ; il a été soumis à un essai pilote au Siège, dans 2 bureaux régionaux et dans 2 bureaux de pays, ce qui permettra d'établir des bases en vue de l'amélioration des résultats en 2006-2007 Les programmes mondiaux d'apprentissage ont été mis en place avec succès, y compris l'évaluation à 360° Une enquête auprès du personnel sur les perceptions des différents aspects de la gestion, de l'exécution des tâches et de l'apprentissage a été entreprise en 2005 et servira de référence pour 2006-2007

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
		Compétences gestionnaires et directionnelles à prendre comme base pour la conception et l'évaluation du Programme mondial d'encadrement Les cadres supérieurs se verront appliquer une évaluation à 360° et un plan de développement personnel dans le cadre du Programme mondial d'encadrement	
Efficacité du cadre de compétences fondamentales et des applications connexes, y compris la gestion et le développement des services accomplis, et le roulement et la mobilité	Compétences non intégrées	Compétences pleinement intégrées aux principaux processus relatifs aux ressources humaines	Cadre de compétences essentielles mis en oeuvre au niveau mondial et intégré dans : - la conception des postes - la sélection et le recrutement - la gestion des services du personnel et - les programmes de développement du personnel

Le fonds de développement personnel et le Comité mondial d'apprentissage ont été créés et des fonds ont été alloués au Siège ainsi qu'aux niveaux régional et des pays. Les programmes exécutés à tous les niveaux de l'Organisation ont été passés en revue par le Comité mondial d'apprentissage fin 2005 – premier exercice du genre. Le Comité a approuvé une déclaration mondiale sur le développement du personnel à l'OMS, ainsi que les domaines prioritaires et les publics cibles pour 2006-2007, de même qu'un cadre d'obligation redditionnelle pour le développement du personnel.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Un personnel des ressources humaines dévoué et compétent.
- Des ressources consacrées à la gestion et au développement des ressources humaines et un appui de la direction.
- Une concentration sur la gestion des ressources humaines au sein du système des Nations Unies.

Obstacles

- La revue des orientations stratégiques et des compétences a exigé un solide appui en personnel et en ressources.
- Il faudrait réorienter radicalement la culture institutionnelle afin de susciter un soutien en faveur de la nouvelle approche de l'apprentissage dans toute l'Organisation. Les changements, auxquels le personnel comme les cadres supérieurs semblent réceptifs, demanderont plusieurs années avant d'être entièrement intégrés dans les méthodes de travail de l'OMS.
- La mise en oeuvre du système de roulement et de mobilité du personnel a été retardée faute de ressources.
- Le processus de gestion des postes ne peut être pleinement mis en place avant la fin de la phase de conception du système mondial de gestion.
- Des systèmes dépassés empêchent des gains de productivité maximums.

- Le report d'une réunion du Conseil mondial personnel/administration en raison de la décision de l'Assemblée générale des Nations Unies de retarder son examen des recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- A court, moyen et long terme, l'Organisation doit rendre son action plus durable et plus stratégique et l'orienter davantage sur les résultats tout en s'assurant qu'un dialogue est maintenu avec les partenaires à tous les niveaux. Cela exigera des réunions plus régulières avec les directeurs, les administrateurs, les Unités d'appui administratif et le personnel des ressources humaines et les associations du personnel au niveau mondial afin de solliciter leurs avis et leurs contributions sur des questions essentielles relevant de la politique des ressources humaines.
- La visibilité des ressources humaines doit être améliorée moyennant la fourniture d'avis et de recommandations au personnel et aux administrateurs et l'amélioration de la capacité des administrateurs à traiter des questions gestionnaires grâce au Programme mondial d'encadrement et à des programmes d'apprentissage et d'acquisition de compétences fonctionnelles.
- Le système mondial de gestion servira de catalyseur principal pour définir le modèle de délégation des pouvoirs et de responsabilités dans toutes les activités liées aux ressources humaines.
- Le cadre de responsabilités partagées pour le développement du personnel est un excellent point de départ. En outre, l'examen des activités de développement du personnel entrepris à l'échelle de l'Organisation indique qu'une approche plus durable et plus stratégique des activités de développement du personnel devrait être adoptée en 2006-2007. Le Comité mondial d'apprentissage a défini six domaines prioritaires et publics cibles pour 2006-2007. Il s'efforce de changer la façon dont les fonds de perfectionnement du personnel sont alloués afin de fournir des incitations à l'apprentissage dans ces domaines.
- Le Programme mondial d'encadrement est opérationnel et se poursuivra en 2006-2007. De nouvelles activités seront prévues pour les participants actuels pour un nouveau groupe à dater de début 2006. Une enquête auprès du personnel destinée à évaluer la façon dont le personnel perçoit les administrateurs et les responsables a été entreprise mi-2005. La prise en compte des résultats de l'enquête sera une priorité au cours de la prochaine période biennale, la gestion des services du personnel restant une question clé.
- Les opérations doivent être maintenues parallèlement au développement et à l'adaptation aux nouveaux systèmes, tout en tenant compte des restrictions de ressources. Il sera donc décisif à cet égard de veiller à ce que des compétences adaptées soient en place.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	34 912	16 647	21 233	37 881
des pays	3	0	0	0
Pourcentage alloué au niveau des Régions	38	46	37	41
mondial	59	54	63	59

BUDGET ET GESTION FINANCIÈRE

Objectif(s) de l'OMS

Appliquer les meilleures pratiques de gestion financière avec intégrité et transparence, en fournissant un appui efficace à l'administration des finances dans toute l'Organisation et pour toutes les sources de fonds, et en assurant notamment l'établissement de rapports financiers pertinents à tous les niveaux, tant sur les plans interne qu'externe.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Acceptation par les organes directeurs du rapport financier biennal, des états financiers vérifiés (y compris un rapport sans réserve), du rapport et des états financiers intérimaires.*
- *Exécution du budget et surveillance qui permet aux Etats Membres et autres bailleurs de fonds de juger les résultats financiers.* Les états financiers, y compris l'avis du Commissaire aux Comptes, seront présentés en mai 2006 pour examen et approbation par l'Assemblée de la Santé.

Principales réalisations

- Les recettes et les dépenses, y compris une augmentation de 40 % des contributions volontaires, ont été bien étudiées, enregistrées à des niveaux sans précédent et ont fait l'objet de comptes rendus au cours de l'exercice.
- Des progrès importants ont été accomplis dans l'élaboration des politiques en vue d'établir les fondations du nouveau système intégré de gestion, de comptabilité et d'administration dans le cadre du système de gestion mondial.
- Des améliorations de la gouvernance institutionnelle ont été introduites avec la publication de la politique de prévention des fraudes et du cadre de transparence.
- De nouvelles politiques financières en matière de recettes et dépenses ont été élaborées en vue de leur mise en oeuvre en 2006. Ces changements accélèrent le déblocage des recettes pour l'exécution des programmes et la couverture des dépenses et s'orientent vers le principe de la gestion fondée sur les résultats, selon lequel la comptabilité des dépenses correspond aux résultats obtenus.
- La poursuite d'une stratégie de protection des devises extrêmement efficace a permis de s'assurer que l'Organisation était bien protégée par rapport à la faiblesse accrue du dollar des Etats-Unis d'Amérique.
- Le rapport financier statutaire a été achevé dans les délais fixés.

Illustration de certaines réalisations

Le tremblement de terre et le tsunami de décembre 2004 ont considérablement ébranlé les mécanismes de gestion financière en 2004-2005. Les fonds ont rapidement été versés au Siège, au Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et aux pays touchés et il a fallu mettre en place des modalités pour les manipuler avec transparence sans entraver les opérations de secours. La plus grande difficulté a été de trouver des personnels expérimentés pour contrôler et surveiller le flux des ressources. Les membres du personnel de la Région de l'Asie du Sud-Est ont fait des sacrifices personnels pour aller travailler sur le terrain pendant plusieurs mois consécutifs au pied levé. Des modalités simplifiées pour recevoir les dépôts, transférer les espèces, effectuer et enregistrer les versements ont été mises en place en toute transparence. Plusieurs mois après la catastrophe, lorsque les bailleurs de fonds ont commencé à demander des comptes au sujet de leurs contributions, les mesures prises dès le début ont facilité la production des rapports financiers détaillés exigés par les donateurs.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Surveillance du budget, comptabilité et établissement de rapports financiers fonctionnant sur la base des règles et pratiques administratives modernes dans un cadre de contrôle interne rigoureux conformément au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière ainsi qu'aux politiques et modalités, ce qui permet de jauger l'apport de l'Organisation par rapport au budget, au niveau d'exécution et aux résultats escomptés pour toutes les sources de fonds

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Rapidité concernant la fourniture de l'information	95 % des rapports financiers des donateurs publiés en temps voulu	100 %	100 %

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
	Rapport financier statutaire publié avant la fin mars	Une semaine plus tôt	Achevé en 2004
Exactitude de l'information	Exactitude à 100 % et respect du Règlement financier et des Règles de Gestion financière	Exactitude à 100 % et respect du Règlement financier et des Règles de Gestion financière	Exactitude à 100 % et respect du Règlement financier et des Règles de Gestion financière
Acceptation par les donateurs de rapports financiers exacts et produits en temps voulu	Rapport financier conforme aux besoins spécifiques des donateurs, mais faible niveau d'acceptation des rapports financiers standard remplaçant des rapports précis	Acceptation accrue par les donateurs des rapports financiers standard	Progrès notables en matière d'acceptation
Niveau de mise en oeuvre des recommandations issues de la vérification	100 % de mise en oeuvre	100 % de mise en oeuvre	100 % de mise en oeuvre

La surveillance du budget, la comptabilité et le compte rendu financier ont été effectués avec efficacité au cours de l'exercice. L'établissement de rapports financiers destinés aux donateurs a été facilité grâce à une collaboration étroite avec les représentants de ces derniers et l'utilisation accrue des formats standard. Préparés à temps, les états financiers ont permis un compte rendu financier transparent sur le degré d'exécution de l'OMS. Toutes les questions de vérification interne et externe soulevées au cours de la période ont été correctement résolues. Des améliorations continuent d'être apportées en ce qui concerne la fourniture, en temps utile, d'informations financières et l'établissement efficace et opportun de rapports sur la gestion. Toutes les recommandations issues des vérifications ont été mises en oeuvre, mais il y a eu des cas où les retards ont été considérables. Il faut perfectionner les mécanismes de surveillance pour mieux rendre compte de ce type de retard et mieux le surveiller.

Gestion financière efficace des ressources de l'Organisation dans la limite des liquidités et paramètres de risque acceptables en vue de maximaliser leur potentiel

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau de recettes perçues sur les liquidités par rapport aux niveaux de référence acceptés	Résultat réel en 2002-2003 par rapport au niveau de référence	Dépasser le niveau de référence	Résultats généraux se situant au niveau de référence, bien que les fonds à court terme aient été inférieurs d'environ 0,4 % au niveau de référence et les fonds à long terme légèrement supérieurs
Efficacité des opérations bancaires	Frais bancaires réels en 2002-2003 Exactitude des versements aux comptes bancaires	Frais bancaires réduits 100 %	Cible atteinte avec des bénéficiaires payés correctement en temps voulu 100 %
Protéger efficacement des risques de change les principales devises dans lesquelles sont encourues les dépenses autres que celles en dollars des Etats-Unis d'Amérique en utilisant la stratégie de la couverture des risques	Taux de change réel des Nations Unies au cours de l'exercice	Taux de change prévu dans les coûts standard utilisés pour la budgétisation	Gains de US \$30 millions issus de la couverture des risques qui ont, en grande partie, comblé le fossé entre les taux de change réels et les taux de change budgétaires

On a obtenu de bons résultats pour ce qui est de la gestion des liquidités en excès découlant à la fois du délai entre la réception des fonds des donateurs et la mise en oeuvre, et les réserves financières à long terme telles que le fonds de l'assurance-maladie du personnel. La surveillance des revenus des investissements, de leur comptabilité et de leur compte rendu a été menée avec succès par l'intermédiaire du dépositaire global. Le total des revenus des investissements pour l'exercice s'est élevé à US \$70 millions, le rendement général en pourcentage correspondant au niveau de référence. Les revenus des investissements à court terme par

rapport au niveau de référence (à 3 mois en dollars des Etats-Unis d'Amérique (taux LIBOR)) ont été touchés négativement par un profil de maturité des investissements légèrement plus long que le niveau de référence, adopté pour des raisons stratégiques afin de garantir un niveau minimum aux revenus des investissements. Ce type de profil a légèrement retardé les avantages que présentait pour l'OMS l'élévation rapide des taux d'intérêt à court terme (en dollars des Etats-Unis d'Amérique) en 2005. Les mesures de protection des devises ont entraîné des mouvements de trésorerie d'un montant de US \$30 millions pour compenser l'effet de la faiblesse du dollar sur la valeur du budget ordinaire. La mise en place d'un système bancaire sur l'Internet dans certains bureaux régionaux et de pays a permis d'accélérer les paiements aux bénéficiaires avec des frais bancaires réduits et celle d'un nouveau mécanisme de paiement bancaire au Siège de centraliser un grand nombre de paiements qui étaient précédemment effectués par l'intermédiaire des bureaux de pays, ce qui a réduit leur charge de travail.

Efficacité et réactivité de l'administration financière des contrats avec les fournisseurs, des demandes de remboursement, des traitements des membres du personnel, des droits, des indemnités et des pensions de retraite

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Ponctualité et exactitude des versements aux membres du personnel et aux retraités conformément à l'ensemble de leurs droits à rémunération/pension respectifs, aux fournisseurs et aux contractants conformément à leurs contrats respectifs et aux demandes de remboursement conformément aux règles régissant leurs droits	Non établie	Non établie	Malgré d'importantes contraintes en matière de ressources, des politiques et des modalités ont été adoptées pour remédier aux divers retards dans le paiement des frais de voyage du personnel au Siège. Certaines questions doivent encore être étudiées en 2006-2007

Les paiements aux membres du personnel et aux fournisseurs ont été correctement gérés, mais il faut continuer à améliorer la situation en ce qui concerne les économies et la réduction des retards, notamment en ce qui concerne les demandes de remboursement des frais de voyage au Siège.

Elaboration de nouveaux systèmes de gestion financière intégrée et de comptes rendus sur la base des règles et pratiques administratives modernes permettant au personnel, dans tous les lieux d'affectation et à tous les niveaux, d'avoir accès à l'information financière nécessaire pour pouvoir atteindre ses objectifs

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mise à l'épreuve et acceptation des nouveaux systèmes	Systèmes financiers existants	Identifier et mettre en place des améliorations ad hoc	Mise en oeuvre réussie de systèmes interservices de bordereaux comptables et de comptes d'avance dans les bureaux de pays
Cohérence des services et des informations pour toutes les sources de fonds et tous les domaines d'activité	Certaines différences entre les systèmes financiers des Régions et du Siège Insuffisance de la fourniture d'informations financières au niveau du terrain due aux limites du système	Elimination des différences financières au niveau du terrain Amélioration des délais concernant les informations	Conception et mise au point de nouvelles politiques et modalités de comptabilité concernant les recettes et les dépenses. Lancement de politiques concernant la méthode des coûts standard. Ces nouveautés contribuent à la standardisation des systèmes et modalités dans toute l'Organisation Pas réalisée

Des travaux préparatoires de bonne qualité ont été effectués concernant les nouvelles politiques et modalités financières, jetant ainsi les bases du projet de système de gestion mondial.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- De nombreuses transactions comptables et ajustements de comptes faits manuellement ont été automatisés afin d'augmenter l'efficacité des opérations financières et également veiller à leur exactitude (notamment celles des systèmes de comptes d'avance utilisés au niveau des pays).
- La participation active des Régions aux analyses, aux évaluations et aux consultations liées au système de gestion mondial a été très bénéfique au projet dudit système.
- Des vérifications des comptes internes et externes ont été coordonnées avec succès et aucune grande question liée à la vérification ne restait en suspens à la fin de l'exercice biennal.

Obstacles

- L'absence de moyens pour former le personnel à la mise en oeuvre des règles et modalités financières de l'OMS a réduit l'efficacité, notamment au niveau des pays.
- Les inadéquations du système, telles que l'absence de cohérence entre la comptabilité et la gestion des informations financières, l'absence d'intégration et l'incapacité d'intégrer les systèmes de terrain à ceux des Régions et du Siège entravent la production en temps utile d'informations sur la gestion.
- Des problèmes de connectivité dans certains bureaux de terrain ont retardé l'enregistrement des transactions.
- L'incapacité de certains bureaux de terrain à respecter les politiques et modalités établies ont entraîné des erreurs dans la publication de documents portant sur les engagements de dépenses.
- La fluctuation des taux de change a été à l'origine d'importantes variations entre les frais liés aux dépenses de personnel et divers autres coûts tels qu'ils étaient initialement prévus et ceux réellement engagés en dollars : même si ce type de fluctuation est géré au niveau macroéconomique par la couverture des risques, au niveau de la mise en oeuvre du programme, il survient des distorsions entre les actifs réels et les actifs budgétisés, ce qui fausse le compte rendu de gestion.
- Les difficultés de trésorerie ont soumis à rude épreuve certaines fonctions comptables dans certains bureaux (par exemple les comptes personnels des membres du personnel) et empêché toute amélioration du compte rendu et de la surveillance de l'exécution du budget.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Il est important de mettre au point des plans de travail réalistes, ce qui permet d'accroître le degré d'exécution du budget. On a par conséquent consacré davantage de temps à l'élaboration du plan de travail pour 2006-2007.
- Le projet de système de gestion mondial a progressé lentement en 2004-2005, mais il doit s'accélérer en 2006-2007. Des efforts considérables sont déployés pour clarifier et faciliter la délégation de pouvoir au moyen du nouveau système.
- Le financement et la délégation de pouvoir continueront de se faire du centre vers les Régions et les pays. Il faudra consolider les moyens, par exemple en nommant du personnel supplémentaire et en améliorant les compétences.
- Il est important de continuer à fournir des rapports mensuels sur l'état de la mise en oeuvre pour toutes les sources de fonds afin d'assurer l'exécution rapide des projets financés par les donateurs.
- Il est important de poursuivre la coordination avec tous les membres du personnel responsables de l'autorisation d'accords ainsi que de la réception et de l'enregistrement en temps voulu des fonds volontaires afin d'accélérer la mise en oeuvre.
- La gestion financière intégrée doit être bien planifiée et coordonnée avec toutes les parties avant la mise en oeuvre. On s'efforcera par conséquent d'intensifier davantage la communication et la coordination avec les clients et de veiller ainsi à la transparence et à l'efficacité des opérations.
- La formation du personnel des bureaux régionaux et des bureaux de pays aux règles et modalités financières est extrêmement importante et doit être menée de façon soutenue. On poursuivra donc la mise au point de modules qui permettront à davantage de membres du personnel des unités techniques, des bureaux régionaux et des bureaux de pays de l'OMS de recevoir une formation élémentaire en finances et comptabilité.
- Il est nécessaire de réduire les délais des paiements aux membres du personnel et aux fournisseurs ; cela se fera grâce à l'amélioration des systèmes et aux changements des règles administratives qui seront introduits dans le cadre du système de gestion mondial.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	43 841	21 363	22 296	43 659
des pays	0	0	0	0
Pourcentage alloué au niveau des Régions	40	45	35	40
mondial	60	55	65	60

INFRASTRUCTURE ET INFORMATIQUE

Objectif(s) de l'OMS

Garantir l'accès, en temps voulu, à une infrastructure, des services d'achat et un appui logistique efficaces afin de faciliter l'application des programmes techniques à tous les niveaux organiques.

Fournir un cadre bien géré en ce qui concerne les technologies de l'information et de la communication, répondant aux besoins de l'ensemble des usagers.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Adéquation, coût/ efficacité et fiabilité de l'infrastructure et des services d'appui logistique à tous les niveaux organiques. Les services assurés pendant toute la période biennale ont été fiables et rapides et les efforts visant à apporter de nouvelles améliorations ont été poursuivis.

Augmentation de la proportion des systèmes informatisés utilisés couramment dans les bureaux de l'OMS sur la base de plans stratégiques et opérationnels mondiaux approuvés. Le nombre de systèmes communs utilisés au Siège et au niveau régional a augmenté au cours de la période biennale et la portée des systèmes déjà mis en place a été élargie ; entre autres exemples, figurent les systèmes d'achat, les voyages, la gestion des services du personnel et le recrutement. L'accent a été mis sur le système mondial de gestion, auquel des ressources sont affectées de préférence à d'autres domaines.

Principales réalisations

- Une participation active à l'échelle de l'Organisation au système mondial de gestion, le projet de connectivité des pays, la sécurité mondiale des technologies de l'information, le système de gestion de l'identité de l'OMS, et l'inventaire des produits/applications des technologies de l'information.
- La stratégie de connectivité des pays a été achevée et le projet de stratégie mondiale OMS des technologies de l'information et de la communication a été préparé et est maintenant prêt à être soumis à l'examen des Etats Membres.
- Les raccordements au réseau privé mondial, réseau interne pour toute l'Organisation, ont sensiblement augmenté.
- Des prix concurrentiels ont été obtenus pour des biens grâce au système d'achat électronique et aux catalogues OMS.
- Les systèmes d'information pour le suivi des mouvements du personnel à des fins de sécurité ont été améliorés.
- Des améliorations importantes ont été apportées aux systèmes de technologie de l'information, notamment ceux qui concernent l'accès au courrier électronique et les services de téléphonie pour les personnes en déplacement, les espaces de travail virtuels et la sécurité des applications de gestion de l'exécution des tâches.
- La riposte aux situations d'urgence comme les inondations, les tremblements de terre, les tsunamis et les maladies nouvelles, émergentes et réémergentes a été rapide et efficace.
- Au Siège, le Centre stratégique d'opérations sanitaires et son annexe ont été installés, inaugurés et ont été déjà utilisés lors de plusieurs crises, y compris la catastrophe due aux séismes et aux tsunamis survenus dans l'Océan Indien en décembre 2004.

Illustration de certaines réalisations

A titre de première étape vers une approche stratégique de la gestion et de l'entretien des biens immobiliers de l'OMS, un plan directeur d'équipement sur dix ans a été élaboré pour toute l'Organisation, qui prévoit les travaux d'entretien, de transformation, de construction et de rénovation nécessaires pour maintenir la viabilité générale, l'état et la sécurité des bâtiments au cours des dix prochaines années. La première phase de construction, qui a comporté l'achèvement en 2005 du nouveau bâtiment du Bureau régional du Pacifique occidental, était importante pour l'ensemble de la Région. La deuxième phase, qui prévoit la rénovation du bâtiment d'origine, le rééquipement des installations existantes et la remise en état de la voie d'accès, sera poursuivie en 2006.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Maintien d'une infrastructure et d'un appui logistique et en matière d'achats appropriés et d'un bon rapport coût/efficacité assurant le bon fonctionnement et la sécurité des bureaux établis

Poursuite de l'appui fourni à l'exécution des programmes d'une façon rationnelle et durable

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Degré de satisfaction concernant les opérations courantes de tous les bureaux grâce à des services d'appui à l'infrastructure fiables et efficaces	Pas d'enquête de satisfaction	Enquête de satisfaction effectuée fin 2005	Le degré de satisfaction dans la plupart des bureaux se maintient ou s'améliore
Temps minimum consacré à la fourniture des marchandises entre la demande et l'arrivée dans le pays destinataire	6 mois	4 mois	3,5 mois en moyenne. Le déploiement du système de demande d'achat électronique dans tous les bureaux régionaux, au Siège et dans un grand nombre de bureaux de pays a considérablement réduit le cycle d'achat

Le bon fonctionnement et la sécurité des bureaux établis ont été assurés comme prévu grâce à des vérifications périodiques et des examens des systèmes appliqués et à des contrats d'entretien. En outre, l'entretien régulier des locaux et le renforcement des mesures de sécurité ont contribué à la sécurité globale et au bon état général des bureaux régionaux. On manque toujours de locaux à usage de bureaux dans les Bureaux régionaux OMS de l'Afrique, des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental tandis qu'une enquête auprès du personnel du Siège a montré que la gestion des bureaux était un sujet de préoccupation et de mécontentement. Le degré de satisfaction de la clientèle a été évalué sur la base d'un certain nombre de plaintes reçues ou au moyen d'une enquête auprès du personnel.

Poursuite de l'appui fourni aux organes directeurs et aux réunions techniques au niveau mondial sous la forme d'une préparation et d'un appui logistique efficaces, et notamment fourniture des documents de l'OMS en temps voulu

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Satisfaction des Etats Membres concernant les dispositions prises pour le bon déroulement des réunions	Pas d'enquête de satisfaction	Enquête effectuée	Aucune enquête de satisfaction n'a été effectuée. Toutefois, les observations reçues avant, pendant et après les réunions montrent que la préparation et la coordination aux niveaux mondial, régional et des pays restent satisfaisantes

Les réunions des organes directeurs mondiaux et régionaux ainsi que les réunions techniques à tous les niveaux de l'Organisation ont été préparées efficacement et se sont déroulées harmonieusement. Des équipements et des services ont également été fournis pour d'autres grandes réunions telles que celles sur la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, la révision du Règlement sanitaire international, la grippe aviaire et la grippe pandémique humaine et d'autres questions de santé émergentes. Pour certaines réunions, la distribution des documents a été plus tardive qu'on ne l'aurait souhaité, mais ces cas étaient en grande partie dus à une finalisation tardive des documents imputable elle-même à un délai très court de préparation de la réunion. Les efforts déployés afin de rationaliser les services de soutien logistique en procédant à une analyse critique des services fournis et en publiant des principes directeurs, des listes de vérification et des calendriers ont permis d'endiguer les coûts. Une étude approfondie des méthodes de distribution des documents permettra de réduire les coûts de production au cours de la prochaine période biennale.

Mise à disposition de fournitures sanitaires de la plus haute qualité au meilleur prix pour les programmes techniques et les Etats Membres, au moyen de 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 effectués par tous les bureaux de l'OMS en vertu de contrats négociés au niveau central et se traduisant par une baisse du coût unitaire (économies d'échelle)	Aucun mécanisme disponible	30 % des achats reposant sur des contrats négociés au niveau central	Plus de 40 % du total des achats à l'échelle de l'Organisation effectués à travers des accords mondiaux négociés au niveau central
Niveau accru des achats remboursables	US \$16 millions	Double du montant de base des achats remboursables	Les achats remboursables effectués au nom des gouvernements, d'organisations non gouvernementales ou d'autres institutions des Nations Unies ont plus que doublé par rapport à la période biennale précédente
Fréquence de l'utilisation des mécanismes disponibles au niveau des pays	12 000 commandes passées par les Régions et les pays	25 % d'augmentation des commandes passées par les Régions et les pays	L'augmentation des achats des pays et des Régions a été de 30 % après la mise en place de catalogues électroniques en ligne de l'OMS, accessibles au niveau mondial

Les efforts visant à mettre à disposition des fournitures sanitaires de qualité au meilleur prix ont été encouragés dans toute l'Organisation par divers moyens. D'importantes économies ont été réalisées en évitant des coûts directs et indirects. Les achats autonomes ont augmenté dans de nombreux bureaux régionaux et de pays grâce à l'utilisation du système d'achat électronique de l'OMS. L'utilisation des catalogues de l'OMS a accru les avantages dérivés des accords globaux avec des fournisseurs régionaux, amplifiant encore le pouvoir d'achat de l'OMS.

Conception et mise en oeuvre de plans stratégiques et opérationnels mondiaux pour les techniques de l'information et de la communication

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Adoption de plans stratégiques applicables aux technologies de l'information et de la communication pour les systèmes institutionnels et de télécommunication à l'OMS, des plans opérationnels étant disponibles au Siège et dans les bureaux régionaux	Aucune stratégie mondiale des technologies de l'information et de la communication en place. Toutes les Régions visant à élaborer des plans stratégiques pour les technologies de l'information et de la communication	Plans stratégiques et opérationnels élaborés et soumis aux organes directeurs pour examen	Elaboration du projet de stratégie mondiale OMS des technologies de l'information et de la communication achevée avec la contribution de tous les bureaux régionaux. Le projet de stratégie est maintenant prêt à être présenté aux organes directeurs. Le Bureau régional des Amériques a achevé l'élaboration d'un processus régional visant à définir une stratégie régionale des technologies de l'information
Mise en place, dans l'ensemble de l'OMS, de plans et d'une infrastructure d'urgence approuvés pour les télécommunications	Pas de plan d'urgence ni d'infrastructure disponible	Plans d'urgence et infrastructure mis en place au Siège et dans tous les bureaux régionaux	Plans et infrastructure mis en place dans les Bureaux régionaux des Amériques et de l'Asie du Sud-Est ainsi qu'au Siège

Deux plans mondiaux des technologies de l'information et de la télécommunication ont été élaborés au cours de la période biennale. Le premier, la stratégie de connectivité des pays, offre un cadre au projet dans ce domaine. Dans ce cadre, 85 bureaux de pays ont été raccordés pendant la période biennale. Le deuxième, la stratégie mondiale OMS des technologies de l'information et de la communication, est encore sous forme de projet et doit être ratifié par un comité mondial des technologies de l'information et de la communication qui sera créé sous peu. Des plans d'urgence pour les technologies de l'information et de la communication ont été mis en oeuvre au Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et au Siège pour faire face aux événements découlant des séismes et tsunamis survenus dans l'océan Indien. La planification préalable au niveau mondial en cas de grippe

aviaire s'est traduite par des plans visant à améliorer la connectivité des pays ainsi que les capacités du site Web pour l'information du public en cas de pandémie. Le Bureau régional des Amériques s'est doté de plans d'urgence et d'une infrastructure.

Mise en place d'un réseau de communication et de systèmes administratifs et techniques reliant les bureaux de l'OMS, afin d'améliorer la collaboration et la coordination grâce au partage de l'information

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Accès sécurisé de tous les bureaux de l'OMS aux bases de données communes	25 lieux d'affectation raccordés au réseau privé mondial	100 lieux d'affectation raccordés au réseau privé mondial	85 lieux d'affectation raccordés au réseau privé mondial dans toute l'Organisation. Celui-ci assure des voies de communication sécurisées et gérées pour les transmissions vocales, vidéo et de données
Echange électronique des informations financières, administratives et sanitaires entre les bureaux de l'OMS	Non établie	Non établie	Le projet de connectivité des pays apporte actuellement une grande différence dans l'aptitude de nombreux bureaux de pays à accéder à l'information sous une forme sécurisée et fiable

L'élaboration d'un plan de continuité des opérations en matière de technologie de l'information a progressé et, suite à des négociations, il a été convenu que l'UNICEF et le Bureau régional de l'Europe s'apporteraient un soutien mutuel en cas de catastrophe chez l'un ou chez l'autre. De nouvelles technologies et applications sont constamment développées ou acquises et l'on porte davantage d'attention aux approches mondiales de l'OMS, ce qui permet aux personnels des différents lieux d'affectation de mettre en commun leur expérience en matière de fourniture d'informations à l'échelle de l'Organisation. Les pays bénéficiant d'une connectivité améliorée grâce au réseau privé mondial, les possibilités de mise en place de systèmes pour soutenir les opérations de pays augmentent. Ainsi, les comptes financiers et personnels sont désormais accessibles via Internet au Bureau régional de l'Afrique. Le Siège et les Bureaux régionaux de l'Afrique, des Amériques et de l'Asie du Sud-Est continuent à augmenter l'offre d'applications accessibles à travers Internet et l'Intranet. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a créé plusieurs systèmes d'information pour les bureaux régionaux et de pays, y compris des sites Web, et a amélioré le système de gestion des activités pour répondre aux besoins. Au Siège et dans les bureaux régionaux et de pays, la recherche a été axée sur SharePoint, un outil collectif de mise en commun de l'information sous diverses formes parmi un large éventail d'utilisateurs à la fois à l'intérieur de l'Organisation et à l'extérieur. Par exemple, SharePoint est utilisé pour les sites Web du partenariat Halte à la tuberculose et du dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments, et offre une plate-forme unique qui permet de suivre conjointement, au niveau mondial, les commandes de médicaments, les achats, la facturation et les promesses de dons. De nombreux sites liés à la santé, concernant le VIH par exemple, utilisent SharePoint pour diffuser des matériels et comme outil de collecte des données pour les équipes basées au Siège qui utilisent le matériel pour fournir de meilleures indications et des informations à jour à leurs collègues sur le terrain.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Des indications claires et un appui gestionnaire pour l'élaboration et la mise en oeuvre de projets et d'initiatives.
- L'examen collégial et un bon travail d'équipe à l'intérieur des bureaux et entre eux.
- Un personnel motivé et dévoué.
- Une reconnaissance au plus haut niveau de l'importance des technologies de l'information pour faciliter la transformation stratégique de l'organisation en une organisation fondée sur les connaissances, et l'intégration horizontale de la fonction technologie de l'information dans la structure organique.

Obstacles

- Les réductions budgétaires et les retards de financement ont réduit le temps disponible pour la mise en oeuvre prévue des projets.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

- Les responsabilités accrues et l'étendue des activités, des ressources humaines limitées et le manque de compétences techniques dans certains domaines clés font que les membres du personnel sont sollicités de façon excessive.
- La lenteur et la complexité des processus de recrutement.
- Le manque de techniques opérationnelles actualisées restreint la prestation de services.
- La division du personnel et des responsabilités entre deux lieux d'affectation au Bureau régional de l'Afrique.
- Une infrastructure insuffisante dans certains bureaux.
- Des bâtiments vieillissants qui auraient besoin de travaux de réparation, de rénovation et d'entretien majeurs. Le manque de fonds pour des travaux importants fait que des mesures incomplètes et provisoires sont prises, ce qui, à terme, coûte cher.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- Les services (sous-traités ou non) devraient être passés en revue pour en vérifier le rapport coût/efficacité au cours de la prochaine période biennale. L'externalisation devrait être envisagée comme moyen de réduire et de maîtriser les dépenses opérationnelles et d'améliorer la performance.
- Des pratiques standard devraient être définies et reproduites en matière d'administration générale afin d'améliorer le niveau des services. Il convient également de continuer à associer activement tous les échelons aux projets pour améliorer l'efficacité.
- Une planification globale des besoins en matière de technologies de l'information et de la communication doit reposer sur un soutien actif des hauts responsables extérieurs à ce domaine, à qui il revient de définir et d'orienter les priorités en matière de systèmes administratifs dans chaque lieu d'affectation.
- La gouvernance mondiale et l'appui aux technologies de l'information et de la communication aideront à mettre en oeuvre la stratégie mondiale des technologies de l'information et de la communication, à réduire les doubles emplois et à rapprocher les équipes chargées de ce domaine à l'OMS.
- Les négociations communes avec les principales compagnies aériennes afin d'étendre les tarifs négociés aux Régions et aux pays doivent être poursuivies.
- L'évaluation systématique des dossiers doit être poursuivie dans tous les bureaux et unités afin d'assurer des pratiques efficaces et efficientes de tenue des dossiers et la conservation en toute sécurité des informations importantes et d'utiliser l'espace au maximum.
- Il est indispensable de faire en sorte que les projets bénéficient de ressources suffisantes avant même d'en commencer l'exécution.
- La production et la distribution des documents doivent être améliorées et simplifiées.
- Des plans de travail clairs et concis sont nécessaires dans le cadre du système de gestion des activités, assortis des besoins financiers et de limites éventuelles clairement définies et comprises, tout en restant suffisamment souples pour répondre à l'évolution constante des priorités.
- Le mouvement en faveur d'une simplification des procédures doit être poursuivi.
- Les services d'appui doivent être associés dès le départ à la phase d'intervention en cas de catastrophe.
- Les technologies de l'information et des télécommunications doivent être des éléments stratégiques dans l'élaboration de plans complets de préparation.
- Des inventaires des services et matériels essentiels doivent être dressés.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	174 715	90 915	99 232	190 147
Pourcentage alloué au niveau				
des pays	7	0	0	0
des Régions	32	42	36	39
mondial	61	58	64	61

DIRECTEUR GÉNÉRAL, DIRECTEURS RÉGIONAUX ET FONCTIONS INDÉPENDANTES**Objectif(s) de l'OMS**

Orienter, inspirer et diriger l'activité de tous les bureaux de l'OMS afin d'optimiser leur rôle dans l'amélioration sensible de la santé des populations des Etats Membres conformément aux orientations stratégiques institutionnelles et dans le cadre général de la Constitution de l'OMS.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Ampleur des prestations de tous les domaines d'activité énumérés dans le budget programme, telle qu'elle ressort de l'évaluation de fin d'exercice. Selon l'appréciation de l'exécution à la fin de la période biennale, la proportion des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour lesquels les buts ont été établis et pleinement atteints était de 53 % en 2004-2005 contre 24 % en 2002-2003.

Principales réalisations

- La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est entrée en vigueur le 27 février 2005. Fin 2005, 115 Etats Membres ainsi que la Communauté européenne étaient devenus Parties contractantes à la Convention.
- Le Règlement sanitaire international (2005) a été adopté¹ et des discussions ont été entamées avec les Etats Membres sur l'application volontaire de certaines dispositions.
- Depuis la mi-2005, l'OMS met en garde les Etats Membres au sujet des risques d'une épidémie de grippe aviaire qui toucherait l'homme au cas où le virus aviaire muterait et un plan d'action stratégique en cas de pandémie de grippe a été établi.
- Le Centre stratégique d'opérations sanitaires a été créé et apporte un appui crucial aux efforts de secours, qu'il s'agisse des séismes et tsunamis survenus dans l'océan Indien, du séisme survenu en Asie du Sud, de l'épidémie de grippe aviaire, de la crise humanitaire dans la région soudanaise du Darfour ou des flambées de fièvres hémorragiques à virus Marburg et Ebola.
- La stratégie « 3 millions d'ici 2010 », lancée en décembre 2003, a permis de tripler le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement de l'infection à VIH dans les pays à revenu faible et moyen et a créé une dynamique en faveur de l'accès universel au traitement d'ici 2010, but approuvé par le Sommet du G8 de Gleneagles (Ecosse) en juillet 2005 et par l'Assemblée générale des Nations Unies à sa soixante session en septembre 2005.
- L'OMS a fait paraître de nombreuses publications importantes, dont les rapports sur la santé dans le monde 2004 et 2005, et des publications portant notamment sur la prévention des maladies chroniques² et la santé des femmes et les violences familiales à l'égard des femmes.³
- Au nombre des nouveaux partenariats constitués figurent le Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, le Réseau de métrologie sanitaire, le dispositif international de financement des vaccinations et l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients.
- Les Etats Membres ont approuvé plusieurs stratégies importantes, notamment la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé⁴ et la stratégie relative à la santé génésique.⁵
- Les Directeurs régionaux pour les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont été élus en 2004 et ceux des Régions africaine et européenne en 2005. Le Directeur général a également nommé deux Sous-Directeurs généraux en 2005.
- Fin 2005, les contributions volontaires s'élevaient à US \$1 920 000 000, soit une augmentation de US \$550 millions par rapport à la période biennale précédente. Plus de 63 % des fonds ont été alloués aux Régions et aux Etats Membres.

¹ Résolution WHA58.3.

² *Prévention des maladies chroniques : un investissement vital : Rapport mondial de l'OMS*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

³ *Etude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et les violences familiales à l'égard des femmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

⁴ Résolution WHA57.17.

⁵ Résolution WHA57.12.

Illustration de certaines réalisations

Grâce à une collaboration efficace avec les Etats Membres et les partenaires et à une approche ciblée de l'OMS, fin 2005, le poliovirus autochtone continuait de sévir à l'état endémique dans quatre pays seulement et, dans 15 des 21 pays réinfectés, les épidémies avaient été maîtrisées.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Mise en oeuvre des résolutions et décisions des organes directeurs de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau d'approbation par les organes directeurs des rapports réguliers sur la mise en oeuvre des résolutions et décisions	Pleine approbation de l'ensemble des rapports réguliers sur la mise en oeuvre des résolutions et décisions	Pleine approbation de l'ensemble des rapports réguliers sur la mise en oeuvre des résolutions et décisions	Les rapports des Directeurs régionaux aux comités régionaux et du Directeur général aux organes directeurs ont été approuvés. Les résolutions et les décisions des organes directeurs ont été adoptées et ont guidé l'action de l'Organisation

Le budget programme 2006-2007 a été adopté moyennant une augmentation de 17 % du budget et de 4 % du niveau des contributions. Au cours de la période biennale, des décisions ont été prises quant à la façon dont le Secrétariat pourrait améliorer le compte rendu sur les progrès accomplis dans la mise en oeuvre des résolutions et des décisions prises lors des périodes biennales précédentes, et sur les éléments supplémentaires essentiels à faire figurer dans les résolutions soumises aux organes directeurs, et notamment les incidences financières de celles-ci.

Amélioration de la cohérence et de la synergie entre les activités des différentes parties de l'Organisation pour la mise en oeuvre du budget programme

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Degré de collaboration dans la définition des résultats escomptés et des plans de travail et utilisation de systèmes communs à l'ensemble de l'Organisation pour leur mise en oeuvre	Collaboration irrégulière entre les différents niveaux de l'Organisation pour la formulation des résultats escomptés et la planification des activités conjointes	Participation régulière des Régions et des pays à la définition des résultats escomptés et amélioration de la collaboration à la planification des activités conjointes	Un processus d'élaboration du budget programme plus collectif a été instauré, et notamment un examen paritaire avec une participation des pays et des Régions. La participation des trois niveaux de l'Organisation à la planification des activités conjointes s'est également améliorée dans de nombreux domaines d'activité mais pas tous

Tous les bureaux régionaux ont fait état d'une meilleure collaboration pour la préparation du budget programme et la planification conjointe. Des procédures plus efficaces ont permis d'améliorer la coordination entre les trois échelons de l'Organisation.

Bonne gestion de l'exécution du programme et évaluation de l'impact des activités de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Etendue de l'action mise en oeuvre sur la base des examens stratégiques et des évaluations programmatiques, thématiques et par pays	Non établie	Liaison avec l'administration en ce qui concerne l'adoption et la mise en oeuvre des recommandations et les enseignements tirés	Enseignements tirés et recommandations faites à la suite des évaluations thématiques et de pays acceptés par la direction en vue de leur incorporation dans les plans de travail

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Gestion optimale de l'Organisation à tous les niveaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Fréquence de la mise en oeuvre des recommandations issues de la vérification intérieure et extérieure des comptes	Majorité de recommandations mises en oeuvre	Exécution satisfaisante des recommandations importantes	Le Bureau des services de contrôle interne suit l'état d'avancement de toutes ses recommandations afin de vérifier que des mesures ont été effectivement mises en oeuvre par la direction ou que la direction a accepté le risque que pourrait comporter son absence d'intervention. Le Bureau est généralement satisfait de la façon dont ont été exécutées les recommandations importantes des vérificateurs. La majorité des recommandations des plans de travail de 2004 et des plans antérieurs ont été déclarées comme ayant été exécutées, vérifiées par le Bureau, les dossiers ayant ensuite été considérés comme clos

Protection accrue du statut juridique et des intérêts de l'Organisation moyennant des services et des avis juridiques prompts et précis

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Réactivité aux demandes d'avis et de services juridiques et fréquence de l'application de ces avis au sein des programmes de l'Organisation	La réactivité a été compromise par le manque de ressources humaines. La fréquence de la mise en oeuvre des avis juridiques est généralement acceptable	Meilleure réactivité aussi bien dans le temps qu'en ce qui concerne la précision des avis	La situation au regard des ressources humaines a été améliorée avec le recrutement de deux juristes, ce qui permet de fournir des avis juridiques plus rapides et plus précis et donc de permettre un taux plus élevé d'exécution par les programmes

La révision du Règlement sanitaire international a été menée à bien et celui-ci a été adopté en mai 2005.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	28 670	24 092	11 521	35 613
des pays	0	2	0	1
Pourcentage alloué au niveau des Régions	33	46	10	35
mondial	67	52	90	64

PRÉSENCE DE L'OMS DANS LES PAYS

Objectif(s) de l'OMS

Assurer les fonctions de base de l'OMS au niveau des pays conformément à la stratégie de l'Organisation en mettant particulièrement l'accent sur son rôle d'orientation et de coordination de la santé au niveau international, comme le prévoit la Constitution.

Indicateur(s) et degré de réalisation

Pourcentage des ressources de l'OMS – personnel et fonds – allouées aux fonctions de base de l'OMS dans les pays. Dans le budget programme 2004-2005, au titre de ce domaine d'activité, 5,6 % des crédits de l'OMS ont été alloués au soutien des fonctions de base de l'Organisation dans les pays.

Efficience et efficacité avec lesquelles sont utilisés le personnel et les fonds de l'OMS du point de vue des résultats en matière de santé obtenus dans les pays (mesurés par différents moyens de surveillance et d'évaluation dans l'Organisation). Quatre-vingt-dix pour cent des bureaux de pays de l'OMS ont recours aux stratégies de coopération avec les pays pour assurer efficacement les fonctions de base de l'Organisation au niveau des pays ; huit évaluations de performance ont été réalisées au niveau des pays et une Région a expérimenté des indicateurs clés pour apprécier l'action des pays.

Principales réalisations

- L'initiative en faveur des pays a été présentée à la cent seizième session du Conseil exécutif, en mai 2005.
- Des stratégies de coopération avec les pays ont été parachevées dans 130 pays à la fin de l'année 2005 et ont servi à documenter la planification opérationnelle pour 2006-2007 et à formuler la stratégie de l'Organisation.
- La délégation d'autorité aux représentants de l'OMS s'est accrue dans la plupart des Régions.
- Les 46 bureaux de pays implantés dans la Région africaine étaient reliés au Réseau privé mondial.
- Suite à la mise en oeuvre de la stratégie de coopération avec les pays, toutes les Régions ont été en mesure d'assurer plus efficacement les fonctions de base de l'OMS au niveau des pays : dans la Région des Amériques, cinq pays principaux ont été ciblés ; le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a établi des examens pertinents pour tous les pays et la délégation d'autorité à tous les représentants de l'OMS a fortement progressé ; dans la Région européenne, les stratégies de coopération avec les pays ont corrélé assistance technique, action nationale et intervention du système de santé ; dans la Région de la Méditerranée orientale, 17 stratégies de ce type ont été parachevées et appliquées afin de renforcer la présence de l'OMS dans les pays ; dans la Région du Pacifique occidental, les premières stratégies de coopération multipays ont été élaborées en étroite collaboration avec le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est.

Illustration de certaines réalisations

En 2004, le Bureau régional de l'Afrique et le Siège ont élaboré conjointement un cadre de nature à renforcer le soutien technique que l'OMS prodigue aux pays afin de contribuer à améliorer les résultats en matière de santé dans la Région africaine ; il en a résulté la mise sur pied du concept de plan et budget axés sur un seul pays. S'inspirant des leçons tirées de ce processus, un programme ambitieux, tendant à renforcer la capacité des équipes de pays pour redéfinir le profil des 46 équipes de pays de l'OMS dans la Région africaine, a été lancé. En 2005, lors d'un atelier tenu à Maputo, il a été décidé de consolider la planification conjointe et novatrice aux trois niveaux de l'Organisation en vue d'atteindre une couverture universelle et de permettre l'accès aux services de santé essentiels dans 13 pays africains.

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation

Stratégies de l'OMS et affectation de ressources techniques et financières – y compris des effectifs dans les pays – conformes aux stratégies de coopération avec les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de documents analytiques concernant l'élaboration de la prochaine stratégie institutionnelle de l'OMS et des prochains programmes généraux de travail et projet de budget programme	92 stratégies de coopération avec les pays ont été conduites. Aucune analyse des stratégies au plan mondial n'est disponible	Elargir la stratégie de coopération avec les pays et instaurer une analyse au plan mondial	130 stratégies de coopération avec les pays ont été conduites. Une analyse régionale a été menée à bien. Une analyse mondiale a éclairé le onzième programme mondial de travail
Plans d'activités (2004-2005) à l'échelle de l'OMS et projet de budget programme 2006-2007 reflétant l'appui technique et les ressources financières nécessaires pour mettre en pratique les stratégies de coopération avec les pays	Les stratégies de coopération avec les pays n'ont pas été utilisées systématiquement dans les plans de travail 2004-2005, pas plus que dans le projet de budget programme 2006-2007	Veiller à ce que la majorité des pays recourent aux stratégies de coopération avec les pays pour préparer les plans de travail 2004-2005 et le budget programme 2006-2007	Les stratégies de coopération avec les pays ont servi à éclairer la conception de la plupart des plans de travail des bureaux de pays au cours de l'exercice biennal, ainsi que l'élaboration du budget programme 2006-2007
Planification des effectifs de l'OMS au niveau des pays sur la base du programme stratégique de l'OMS, exprimé dans la stratégie de coopération avec les pays, et ce qu'implique cette planification pour l'Organisation	La planification des effectifs de l'OMS au niveau des pays n'est pas alignée sur la stratégie de coopération avec le pays	Alignement de la planification des effectifs de l'OMS au niveau des pays lorsqu'une stratégie de coopération avec le pays existe	La plupart des stratégies de coopération avec les pays aboutissent à la redéfinition du profil des équipes de pays. Toutes les Régions s'y sont attelées

Tous les plans d'activités biennaux sont tirés de la stratégie de coopération avec les pays, et la planification conjointe a débuté entre les trois niveaux de l'Organisation.

Efficacité de la performance des équipes de l'OMS dans les pays, surtout en ce qui concerne le renforcement des capacités nationales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Utilisation des évaluations de la performance de l'OMS au niveau des pays pour le renforcement des équipes de pays	Evaluations à moyen terme et en fin d'exercice, mais des lacunes demeurent concernant l'évaluation de la performance de l'OMS au niveau des pays	Mise au point d'un cadre pour évaluer la performance de l'OMS au niveau des pays	Un groupe de travail interrégional/Siège a été constitué en 2005 dans le but de concevoir un cadre pour évaluer la performance de l'OMS au niveau des pays

Au cours de l'exercice biennal, des évaluations de performance au niveau des pays ont été conduites dans toutes les Régions par le Bureau de la vérification intérieure des comptes et de la surveillance.

Systemes administratifs, gestionnaires et de communication efficaces pour soutenir l'action de l'OMS dans les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Délégation d'autorité avérée et cadre de responsabilité pour tous les pays où l'OMS est présente	Les représentants de l'OMS ont fait part d'une délégation d'autorité insuffisante lors de la troisième réunion mondiale des représentants de l'OMS et des agents de liaison	Délégation d'autorité renforcée dans toutes les Régions	La délégation d'autorité programmatique et financière aux représentants de l'OMS a fortement augmenté dans la plupart des Régions. Un cadre de responsabilité existe
Analyse des études de gestion sur les bureaux dans les pays, surtout ceux dont les composantes opérationnelles sont importantes	Aucune analyse connue	Etude conduite dans la plupart des bureaux de pays	Etudes conduites dans 4 Régions
Nombre de bureaux dans les pays en mesure de maintenir des communications régulières avec le bureau régional et le Siège par le Réseau privé mondial de l'OMS et par Internet	4 bureaux de pays et 6 bureaux régionaux sont connectés au Réseau privé mondial	Accroissement du nombre de pays ayant accès au Réseau privé mondial et couverture intégrale pour la Région africaine	Les 6 bureaux régionaux et les 85 bureaux de pays sont connectés au Réseau. Cinquante-six autres bureaux de pays sont dans la phase de mise en oeuvre. Des installations de vidéoconférence sont à disposition dans les 6 bureaux régionaux. La plupart des bureaux de pays ont leur propre site Web ou une page d'accueil sur les sites des bureaux régionaux

Dans la Région des Amériques, l'appréciation à moyen terme et les évaluations de fin d'exercice – qui sont des documents officiels – ont été conduites pour tous les bureaux de pays et les programmes techniques, y compris les aspects relatifs à la gestion. Dans la Région africaine, l'Angola et le Nigéria ont mené l'étude de gestion dans le cadre de la redéfinition du profil. Dans la Région de la Méditerranée orientale, une base de données relative à l'évaluation des bureaux de pays a été conçue et utilisée.

Au titre d'une délégation d'autorité renforcée, le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a engagé dans les bureaux de pays du personnel pour des périodes de longue et courte durée, et plafonné à US \$50 000 la conclusion d'accords pour exécution de travaux. Le Bureau régional de l'Europe a étoffé la délégation d'autorité dans plusieurs bureaux de pays, selon leur capacité.

Tous les représentants de l'OMS ont été inclus dans le Programme d'encadrement mondial.

Informations fiables et à jour sur les questions de santé disponibles dans les pays à l'intention du personnel de l'OMS et autres intervenants contribuant à la réalisation des objectifs nationaux en matière de santé et de développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de centres de documentation efficaces dans les bureaux de pays de l'OMS, fondés sur des normes bien définies de l'OMS et permettant l'accès virtuel à l'information	Non établie	Non établie	La grande majorité des bureaux de pays ont à leur disposition un centre de documentation/une bibliothèque/une base de gestion des connaissances fondé(e) sur des normes de l'OMS

Dans la Région africaine, la quasi-totalité des pays gère des bibliothèques dénommées « blue trunk libraries ». Le Réseau privé mondial, qui englobe maintenant tous les pays, offre un plus grand accès virtuel à l'information. La plupart des bureaux de pays situés dans la Région des Amériques disposent de centres de documentation et de pages Web qui fournissent un accès virtuel à l'information par l'intermédiaire de la bibliothèque virtuelle en santé. Dans la Région de la Méditerranée orientale, les bureaux de pays ont tous accès aux bases de données ainsi qu'aux bibliothèques et centres de documentation virtuels via l'Intranet du Bureau régional et le portail du Département de la planification, du suivi et de l'évaluation des programmes.

Soutien fondé sur des politiques opérationnelles claires aux composantes sanitaires du développement national, à la réduction de la pauvreté et aux secours d'urgence, et coordination des efforts de coopération tels que le bilan commun de pays et le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de lignes directrices sur différents types de procédures et de dispositifs de coordination pour la coopération au développement au niveau des pays	Note d'orientation du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (2003) ; lignes directrices établies en 2004 concernant la programmation commune au sein des Nations Unies ; aucune proposition portant sur les approches sectorielles, les stratégies de réduction de la pauvreté, les objectifs du Millénaire pour le développement ou les Nations Unies	Distribution aux Régions de la note d'orientation révisée de l'OMS concernant les procédures du Fonds mondial au niveau des pays. Elaboration d'un document exposant la position de l'OMS sur les approches sectorielles et distribution aux Régions	Un ensemble d'outils et de lignes directrices visant à améliorer le soutien de l'OMS aux stratégies nationales de développement et aux autres procédures de coordination a été mis au point en collaboration avec les autres services techniques pertinents. Y figurent les éléments suivants : document d'orientation sur les activités de l'OMS relatives au Fonds mondial ; harmonisation et alignement à l'OMS ; ressources fondamentales ; guide sur le rôle de l'OMS dans les approches sectorielles du développement sanitaire
Existence d'un groupe interrégional et d'un groupe dans les pays comprenant des personnels qualifiés appuyant activement les efforts de renforcement de la capacité nationale concernant les dispositifs et procédures de coordination liés à la santé aux niveaux national et international	Absence de groupe interrégional ou de groupe dans les pays comprenant des personnels qualifiés	Renforcement des capacités en personnel dans les bureaux de pays mis en route dans toutes les Régions	Les stratégies de coopération dans les pays servent à mieux aligner les priorités et stratégies nationales en matière de santé (par exemple les stratégies de réduction de la pauvreté) et à les harmoniser avec l'Organisation des Nations Unies et les autres partenaires du développement. L'OMS a participé activement à 71 campagnes au titre de la stratégie de réduction de la pauvreté. 85 % des bureaux de pays prennent part au mécanisme du bilan commun de pays/plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement

L'OMS a pleinement participé au processus de réforme des Nations Unies en tant que membre du Groupe des Nations Unies pour le Développement et prend part aux travaux de ses groupes de travail. La quatrième réunion du réseau d'unités de soutien aux pays est venue d'une stratégie visant à renforcer la capacité des équipes de pays en tenant compte du concept d'harmonisation et d'alignement. Les informations du Groupe des Nations Unies pour le Développement sur le mécanisme du bilan commun de pays/plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ont été largement échangées et diffusées par le biais des bureaux régionaux.

Facteurs de réussite et obstacles

Facteurs de réussite

- Un environnement propice a été instauré en améliorant la communication et la coordination entre les trois niveaux de l'Organisation.
- Des orientations claires ont été énoncées dans les lignes directrices régionales.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

- Un appui financier a été fourni au réseau d'unités de soutien aux pays.
- Il existe un solide engagement en faveur de l'appui aux pays.

Obstacles

- Les fonds mis à disposition ont été insuffisants, en particulier pour déterminer correctement la présence de l'OMS dans les pays – mécanisme clé du renforcement des systèmes nationaux de santé.
- La lenteur et le manque de convivialité des procédures administratives ont fait obstacle au bon fonctionnement.
- La délégation d'autorité a été limitée aussi bien dans le domaine technique qu'administratif.
- L'évaluation des performances a été médiocre, de même que le cadre de responsabilité.

Enseignements tirés en 2004-2005 et leur application en 2006-2007

- L'engagement politique des administrateurs est nécessaire pour conforter l'appui à la coopération technique au niveau des pays.
- Le mécanisme des stratégies de coopération avec les pays permet de bien connaître et comprendre les besoins de santé et les priorités de chaque pays en la matière ; une fois adopté et rendu opérationnel dans toute l'Organisation, il devient un puissant outil de collaboration avec les Etats Membres et les principaux partenaires du développement sanitaire.
- Assurer un niveau suffisant de ressources pour la présence dans les pays et un renforcement des capacités conforme aux stratégies de coopération avec les pays constitue un bon investissement. Cela permet d'établir une bonne communication et collaboration avec tous les partenaires, d'instaurer une coordination efficace entre les activités de l'OMS et de réunir les différents niveaux de l'Organisation.
- En mettant l'accent sur le cadre des systèmes de santé dans la collaboration de l'OMS avec les pays, on peut alors prodiguer des avis techniques durables et contribuer à mieux faire comprendre le rôle des autres acteurs nationaux et internationaux intervenant dans le domaine de la santé.
- L'amélioration des télécommunications a renforcé l'efficacité de l'action menée dans les pays.

En 2006-2007, les enseignements tirés du précédent exercice serviront notamment :

- à préconiser un niveau suffisant de ressources pour renforcer la présence de l'OMS à l'échelon des pays ;
- à élargir le mécanisme des stratégies de coopération avec les pays ;
- à renforcer la communication entre les bureaux régionaux afin d'échanger expériences, enseignements tirés et bonnes pratiques, via la mise au point et l'utilisation du portail du réseau d'unités de soutien aux pays.

Budget approuvé et dépenses effectives

	Budget approuvé	Dépenses effectives		
		Budget ordinaire	Autres fonds	Ensemble des fonds
Total 2004-2005 (en milliers de US \$)	148 630	134 267	27 167	161 434
Pourcentage alloué au niveau				
des pays	92	96	60	90
des Régions	5	2	29	6
mondial	3	2	11	4

DIVERS

COUVERTURE DU RISQUE DE CHANGE

But Lorsque la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution portant ouverture de crédits pour 2002-2003, elle a également adopté un nouveau mécanisme de couverture du risque de change en remplacement de l'ancien mécanisme de compensation.¹ Ce nouveau mécanisme obéit aux dispositions de l'article 4.4 du Règlement financier, qui stipule que ... *Le mécanisme a pour objet de maintenir le niveau du budget de façon que les activités représentées par le budget approuvé par l'Assemblée de la Santé puissent être menées indépendamment des effets des fluctuations des taux de change par rapport au dollar des Etats-Unis et au taux de change officiel de l'Organisation des Nations Unies.* ... Il est proposé qu'une procédure semblable soit suivie pour 2004-2005 aussi bien pour le budget ordinaire que pour la partie des autres fonds représentée par le compte spécial de frais généraux.

Résultats escomptés	Indicateur(s) et degré de réalisation
Protection du budget ordinaire et de la partie des autres fonds représentée par le compte spécial des frais généraux contre l'impact des fluctuations des taux de change de sorte que les niveaux budgétaires approuvés puissent être exécutés pleinement ou au maximum, indépendamment des effets des fluctuations des monnaies par rapport au dollar des Etats-Unis	<i>Adéquation des prévisions budgétaires de sorte que la couverture du risque de change soit telle que la mise en oeuvre des propositions programmatiques n'ait pas à souffrir de fluctuations défavorables des taux de change.</i> Les mesures de protection des taux de change se sont traduites par une marge brute d'autofinancement de US \$30 millions qui a permis de compenser l'effet produit par la faiblesse du dollar sur le montant du budget ordinaire.

Les gains de US \$30 millions, qui découlent des opérations de couverture du risque de change, ont presque comblé l'écart entre les taux de change effectifs et ceux du budget.

FONDS IMMOBILIER

But Le fonds immobilier a été créé par la Vingt-Troisième Assemblée mondiale de la Santé² en vue de dégager des fonds pour couvrir les coûts de l'acquisition de terrains et de bâtiments, des grosses réparations et des transformations des bâtiments à usage de bureaux de l'Organisation et de l'entretien, de la réparation ou de la transformation de certains logements du personnel. Conformément au Règlement financier révisé et afin d'accroître la transparence sur le plan financier des opérations immobilières de l'Organisation, le financement de ce fonds relève désormais du budget ordinaire et non plus directement des recettes diverses (anciennement recettes occasionnelles).

Résultats escomptés	Indicateur(s) et degré de réalisation
Fourniture de locaux à usage de bureaux et de logements du personnel, le cas échéant, selon un bon rapport coût/efficacité et un niveau acceptable de sécurité	<i>Achèvement des travaux de construction et d'entretien conformément aux plans et calendriers pertinents.</i> Les plans d'entretien à court terme ont été respectés et la stratégie tendant à élaborer un plan directeur décennal a été soumise pour approbation à la cent dix-septième session du Conseil exécutif. ³

Les projets de construction et de rénovation entrepris au cours de cet exercice comprenaient l'agrandissement du Bureau régional du Pacifique occidental et la rénovation du système de climatisation du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est. Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation du Siège ont fait l'objet de réparations importantes et des travaux de remise à neuf ont été engagés dans les Bureaux régionaux de l'Europe et des Amériques.

¹ Résolution WHA54.20, section A.

² Résolution WHA23.14.

³ Document EB117/18.

FONDS POUR LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

But Le fonds pour la technologie de l'information a été créé par le Directeur général en 2001, pour couvrir la mise en place par l'Organisation d'un système de gestion mondial, en application de l'article 9.3 du Règlement financier. En vertu de l'article 3.2 du Règlement financier, le montant du budget ordinaire qu'il est proposé de virer au fonds pour la technologie de l'information est indiqué dans le projet de budget programme pour 2004-2005.

Résultats escomptés	Indicateur(s) et degré de réalisation
Evaluation des différentes solutions par rapport aux exigences du système, compte tenu des besoins des utilisateurs et sur la base de processus gestionnaires rationalisés	<p><i>Attribution des contrats en fonction des besoins à remplir.</i> Ont été attribués deux premiers contrats qui satisfont aux exigences fixées pour chacun. Le premier, qui porte sur un logiciel commercial destiné au système de gestion mondial, permettra à tout le personnel de l'OMS d'utiliser le système, la protection des prix étant garantie jusqu'en 2013. Le deuxième, qui concerne la mise en oeuvre, couvre le cycle de vie du projet, y compris jusqu'au déploiement du système à l'échelle mondiale.</p> <p><i>Nombre de solutions adaptées mises en place compte tenu des besoins répertoriés.</i> Dans le système de gestion mondial, l'accent est mis sur la rationalisation et l'harmonisation des processus dans toute l'Organisation afin de minimiser le recours aux solutions individualisées ; le degré d'utilisation de ces dernières sera d'ailleurs fixé en 2006.</p>
Etablissement et mise en oeuvre d'un plan détaillé assorti d'une définition claire des rôles, des responsabilités et des calendriers pour appliquer la ou les solutions choisie(s)	<p><i>Franchissement des étapes successives du projet.</i> Les étapes successives ont été franchies dans les domaines suivants : mise en place de la structure du projet, définition de la gouvernance, de l'équipe et du plan ; cartographie des processus existants et élaboration de l'orientation future ; conclusion de contrats avec le fournisseur de logiciels commerciaux et le partenaire d'exécution.</p>

Ce projet vise à faciliter la réforme gestionnaire et à améliorer l'efficacité administrative. L'orientation future, les principaux indicateurs d'exécution et les changements escomptés ont été précisés, la structure du projet et de la gouvernance a été fixée et l'équipe chargée du projet a été engagée. La structure comprend un conseil d'administration et un comité d'utilisateurs, ainsi qu'une participation régionale de façon à satisfaire les besoins fonctionnels et techniques de tous les niveaux de l'Organisation. Un plan a été mis au point, les processus existants ont été cartographiés et les travaux relatifs à la phase de définition du projet ont débuté. Le contrat portant sur l'acquisition du logiciel commercial a été attribué à l'issue d'un processus approfondi de comparaison, d'examen et de négociation. Bien que ce processus ait nécessité plus de temps que prévu, le contrat qui en a résulté se caractérisait par la souplesse de son régime de délivrance des licences à l'échelle de l'entreprise, permettant une utilisation mondiale et une protection des prix garantie jusqu'en 2013. On a commencé par définir les insuffisances qui pourraient empêcher le logiciel de satisfaire les besoins futurs. Les négociations menées avec un partenaire d'exécution ont débouché sur la conclusion d'un contrat à prix constant qui tiendra compte des besoins de l'Organisation pendant tout le cycle de vie du projet, y compris jusqu'au déploiement du système à l'échelle mondiale.

FONDS POUR LA SÉCURITÉ

But Conformément à l'article 9.3 du Règlement financier, le fonds pour la sécurité a été créé par le Directeur général pour financer en 2002-2003 la part de dépenses incombant à l'OMS au titre des dispositions prises au niveau du système des Nations Unies pour assurer la sécurité sur le terrain. En application du concept de budget brut, tel qu'il ressort de l'article 3.2 du Règlement financier, ce poste figure dans le projet de budget programme pour 2004-2005.

BUDGET PROGRAMME 2004-2005 – APPRECIATION DE L'EXECUTION

Résultats escomptés	Indicateur(s) et degré de réalisation
Mise en place de systèmes fiables au sein de l'Organisation pour suivre les questions de sécurité sur tous les lieux d'affectation où travaille le personnel	<i>Rapidité de réaction en cas d'incidents.</i> La capacité de réaction s'est améliorée suite au renforcement des effectifs chargés de la sécurité tant au Siège que dans la plupart des Régions. Or, le fait que les incidents ne soient pas notifiés au moment où ils se produisent empêche encore d'intervenir comme il conviendrait.
Formation d'un nombre croissant de membres du personnel de l'OMS au système de gestion de la sécurité des Nations Unies et aux mesures de sécurité individuelle	<i>Respect des procédures de sécurité au niveau des pays.</i> Au niveau des pays, les représentants de l'OMS et leur personnel ne respectent pas encore à la lettre les procédures de sécurité. En 2006-2007, un plus gros effort sera déployé sous forme de réunions régionales et de visites dans les pays afin de mieux informer les représentants. L'introduction d'un cadre d'obligation redditionnelle devrait donner lieu à des améliorations.
Fourniture d'un appui efficace pour faire en sorte que l'OMS satisfasse aux normes minimales de sécurité opérationnelle, fixées par le Coordonnateur des Nations Unies pour les mesures de sécurité, dans tous ses bureaux de pays	<i>Respect des normes minimales de sécurité opérationnelle.</i> Le manque de ressources fait obstacle au respect des normes. Une enquête prévue en 2006-2007 définira les besoins et les ressources nécessaires.

L'OMS a versé une contribution de US \$6,6 millions au Département de la Sûreté et de la Sécurité des Nations Unies, laquelle englobe les coûts liés à la sécurité sur le terrain, la participation au système de gestion de la sécurité des Nations Unies et l'appui aux projets de formation et à l'élaboration des politiques. Plusieurs cours de formation ont été organisés au Siège, ainsi qu'aux niveaux régional et des pays. Le traitement des visas de sécurité a été simplifié au Siège et l'OMS a collaboré avec le Département de la Sûreté et de la Sécurité des Nations Unies pour mettre au point un système tendant à améliorer l'efficacité à tous les niveaux. Priorité a été donnée à la sécurité des équipes déployées ou opérant sur le terrain, aux missions d'évaluation de la sécurité et à la gestion d'une capacité de réserve en la matière.

COUVERTURE DU RISQUE DE CHANGE

Dépenses par rapport au budget programme approuvé (en milliers de US \$)

Budget programme approuvé	Dépenses effectives
20 000	14 550

FONDS IMMOBILIER

Dépenses par rapport au budget programme approuvé (en milliers de US \$)

Budget programme approuvé	Dépenses effectives
6 000	11 851

FONDS POUR LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION

Dépenses par rapport au budget programme approuvé (en milliers de US \$)

Budget programme approuvé	Dépenses effectives
35 000	41 943

FONDS POUR LA SÉCURITÉ

Dépenses par rapport au budget programme approuvé (en milliers de US \$)

Budget programme approuvé
9 000

Dépenses effectives
19 215