Organisation mondiale de la Santé

Rapport sur les résultats de l'OMS

Budget programme 2018-2019

Examen à mi-parcours

Rapport sur les résultats de l'OMS

Budget programme 2018-2019
Examen à mi-parcours

Organisation mondiale de la Santé

Crédits photo

Page de couverture – OMS/Y. Shimizu
Page 1 – OMS/C. Black
Page 4 – OMS/A. Loke
Page 6 – Bureau régional OMS de l'Europe
Page 7 – OMS/Olivia Acland
Page 11 – OMS/C. McNab
Page 14 – OMS/W. Owens
Page 15 – OMS/L. Mackenzie
Page 17 – OMS/E. Kabambi
Page 18 – Korea Center for Disease Control and Prevention
Page 19 – OMS/C. Black
Page 20 – OMS/C. Black
Page 26 – OMS/Y. Shimizu
Page 28 – Bureau régional OMS de l'Afrique
Page 29 – OMS/Y. Shimizu
Page 32 – Bureau régional OMS des Amériques
Page 32 – S. Hawkey
Page 33 – OMS/E. Villalobos Prats
Page 33 – OMS/F. Naumann
Page 34 – Pixabay/R. Pastryk
Page 38 – OMS/Y. Shimizu
Page 40 – Présidence de l'Uruguay
Page 40 – OMS/C. Black
Page 41 – Bloomberg Philanthropies
Page 42 – Unsplash/C. MacNewton
Page 48 – OMS/O. Asselin
Page 56 – OMS Mongolie
Page 57 – OMS/A. Shpigunov
Page 58 – Bureau régional OMS des Amériques
Page 62 – OMS/G. Elham
Page 63 – OMS /A. Zaidi
Page 65 – OMS Tchad
Page 68 – OMS/L. Cipriani
Page 76 – OMS Viet Nam
Quatrième page de couverture – OMS/W. Owens

Conception d'origine : Studio FFFOG
Autres éléments de conception et de mise en page : Inis Communication

Table des matières

1

Avant-propos du Directeur général

2

Résumé d'orientation

Résultats

4 Systèmes de santé

14 Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire

26 Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

38 Maladies non transmissibles

48 Maladies transmissibles

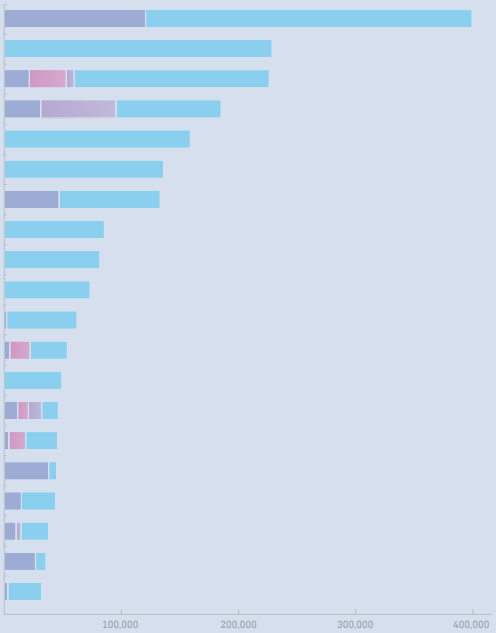
62 L'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite

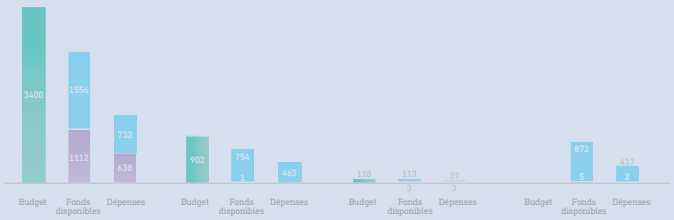
68 Leadership et fonctions d'appui

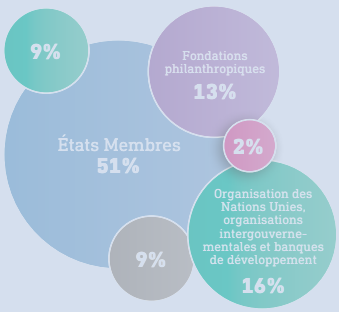
80

Budget et points marquants de la situation financière

MEILLEURE SANTÉ
CSU
PLUS GRANDE SÉCURITÉ
CIBLES
DU TRIPLE
MILLIARD


100,000
200,000
300,000
400,000


3400
1556
1112
732
638
902
754
1
463
118
113
3
37
3
872
5
417
2
Budget
Fonds disponibles
Dépenses
Budget
Fonds disponibles
Dépenses
Budget
Fonds disponibles
Dépenses
Budget
Fonds disponibles
Dépenses


9%
Fondations philanthropiques
13%
États Membres
51%
2%
Organisation des Nations Unies, organisations intergouvernementales et banques de développement
16%
9%

Avant-propos du Directeur général

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus,
Directeur général

Les résultats sont au centre de l'action de l'OMS. Tout ce que nous faisons – de l'élaboration de directives thérapeutiques et de l'organisation de réunions d'experts à la riposte aux flambées épidémiques et aux autres situations d'urgence – vise à obtenir un impact dans la vie des populations au service desquelles nous œuvrons.

L'impact est également au cœur du treizième programme général de travail, 2019-2023 (treizième PGT), et de ses cibles dites du « triple milliard », et des objectifs de développement durable sur lesquels celui-ci se fonde. L'adoption du treizième PGT par les États Membres, à la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, a été l'une des grandes réalisations de l'année 2018.

Mais les stratégies sont une chose et les résultats en sont une autre. Ce rapport sur les résultats de l'OMS en 2018 présente ce que l'OMS a accompli, en particulier dans les domaines suivants :

- **Couverture sanitaire universelle** – avec le soutien de l'OMS, des pays tels que l'Égypte, l'Inde, le Kenya et les Philippines ont réalisé des avancées décisives pour élargir la couverture et prévenir les dépenses de santé catastrophiques ;
- **Situations d'urgence** – L'OMS a mené des enquêtes sur 481 situations d'urgence et d'urgence potentielle dans 141 pays, intervenant si besoin, y compris face à deux flambées de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo et face à la pire épidémie de choléra au niveau mondial au Yémen ;
- **Amélioration de la santé des populations** – l'Organisation a mené une action de sensibilisation et a renforcé les mesures visant à réduire le tabagisme, à éliminer les acides gras trans artificiels, à combattre la résistance aux antimicrobiens et à réduire la pollution de l'air.

Nous pouvons tirer fierté de ces résultats. Mais aucun d'entre eux n'aurait été possible sans le soutien des États Membres et des partenaires.

Je suis aussi particulièrement fier des gens qui, dans notre Organisation, ont obtenu ces résultats. Je voudrais remercier sincèrement notre personnel, qui est immensément dévoué et s'expose à des risques personnels pour faire son travail.

En particulier je voudrais rendre hommage à mon frère, le Dr Richard Mouzoko. Il a été tué cette année dans l'exercice de ses fonctions, en cherchant à obtenir des résultats concrets. C'est un héros de l'action sanitaire mondiale. Il représente le meilleur de ce que l'OMS a à offrir. Je dédie ce rapport sur les résultats au Dr Mouzoko et à sa famille – ainsi qu'à tous nos collègues qui sont morts au service de l'Organisation. Je dédie ce rapport à leur sacrifice.

Sans l'OMS, le monde serait dans une situation bien plus difficile. Et pourtant, cette grande Organisation n'a pas encore révélé son plein potentiel.

Je me réjouis à l'idée de vous présenter, dans les années à venir, de meilleurs résultats encore, fruit de notre action commune pour promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables.

Résumé d'orientation

L'OMS a eu 70 ans en 2018. En jetant un regard rétrospectif, il est clair que l'Organisation a réalisé de grandes choses. Pour ne citer que quelques exemples : la variole a été éradiquée et la poliomyélite le sera bientôt ; l'épidémie de sida est en recul ; une convention historique a été adoptée sur la lutte antitabac.

Cela étant, l'OMS doit continuer d'évoluer pour obtenir un impact plus grand encore. C'est pourquoi les États Membres ont approuvé en mai 2018 une nouvelle stratégie pour l'Organisation : le treizième programme général de travail, 2019-2023, afin que l'OMS s'engage sur une nouvelle trajectoire fondée sur les données et centrée sur les résultats et les pays. Le treizième PGT a introduit une **nouvelle mission** : promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables. Pour la mener à bien, les **cibles** ambitieuses du **triple milliard** ont été fixées :

- un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle ;
- un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ;
- un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être.

Ces cibles, qui sont en pleine adéquation avec les objectifs de développement durable, nécessitent de réorienter l'OMS. L'année 2018 a été consacrée à recentrer l'action de l'Organisation suivant ces nouvelles orientations stratégiques.

Pour atteindre ces cibles, il faut également s'appuyer sur des partenariats. En 2018, il a été demandé à l'OMS d'assurer le secrétariat du **Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous**, dans lequel 12 organismes signataires se sont engagés à accélérer les progrès vers l'objectif 3 de développement durable moyennant une action collective renforcée au niveau mondial et dans les pays.

L'examen à mi-parcours 2018-2019 résume les principales réalisations et les principaux résultats de la première année de l'exercice biennal. Les résultats sont importants, car ils engagent la responsabilité de l'OMS à l'égard des objectifs qu'elle poursuit, des populations qu'elle sert dans les États Membres, et des donateurs et partenaires (qui investissent pour obtenir ces résultats).

Ce rapport présente les domaines dans lesquels l'OMS a obtenu un impact et les ressources financières qui ont été nécessaires pour cela. Le présent résumé d'orientation classe les principaux résultats en fonction des cibles du triple milliard, afin de se placer dans la perspective du treizième PGT qui commence l'année suivante.

Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

En octobre 2018, les pays ont adopté la **Déclaration d'Astana au Kazakhstan**. Quarante ans après la Déclaration historique d'Alma-Ata sur les **soins de santé primaires**, cette Déclaration a renouvelé l'engagement en faveur du renforcement des soins de santé primaires, jetant les fondements nécessaires pour la couverture sanitaire universelle.

Le **projet d'accélération de la couverture sanitaire universelle**, dans la Région du Pacifique occidental, et l'adoption du Pacte mondial pour la couverture sanitaire universelle (CSU2030), dans la Région de la Méditerranée orientale, témoignent du soutien politique croissant dont bénéficie ce domaine d'action. Au niveau des pays, la Grèce, l'Inde et le Kenya réalisent des progrès rapides sur cette voie, avec le soutien de l'OMS.

Parmi les travaux normatifs évoqués dans ce rapport figure la **préqualification** des produits de santé. En 2018, près de 200 produits ont été préqualifiés, dont des vaccins contre le virus inactivé de la poliomyélite, le rotavirus et la fièvre typhoïde. Un nouveau médicament, la moxidectine, a été préqualifié contre la cécité des rivières et des lignes directrices majeures ont été publiées sur l'utilisation de nouveaux médicaments contre le VIH, comme le dolutégravir et le raltégravir.

Toujours au chapitre des travaux normatifs, la **Onzième Révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11)** est parue. Sa mise en œuvre permettra de mieux suivre les tendances sanitaires. Par ailleurs, la nouvelle **liste des produits de diagnostic essentiels** a été publiée ; elle se fonde sur la Liste modèle OMS des médicaments essentiels, qui, depuis longtemps maintenant, sert de guide aux pays.

L'élimination de certaines maladies tropicales négligées – comme la filariose lymphatique, le trachome et le paludisme dans les pays à faible charge – apparaît de plus en plus réalisable grâce à l'action menée par l'OMS pour coordonner l'expédition, la distribution et la livraison des médicaments destinés à l'administration massive dans les pays.

Le présent rapport évoque également le **leadership de l'OMS dans l'action sanitaire mondiale**. En 2018, l'OMS a joué un rôle de chef de file au plus haut niveau politique lors de deux réunions de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles et sur la tuberculose. De nouvelles cibles ambitieuses ont été fixées pour 2022 à la réunion de haut niveau sur la tuberculose. De plus, les dirigeants de la planète sont convenus que les mesures législatives et réglementaires recommandées par l'OMS en matière de facteurs de risque devraient être intégrées aux efforts de lutte contre les maladies non transmissibles.

Un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire

La lutte contre les épidémies et les flambées et la réponse aux besoins de santé dans les crises humanitaires restent des axes majeurs pour l'Organisation. Ils correspondent au pilier « préserver la sécurité mondiale » du triple milliard. Le volet opérationnel de l'action d'urgence est désormais bien plus solide que dans le passé.

L'OMS a mené des enquêtes sur 481 situations d'urgence et d'urgence potentielle dans 141 pays, intervenant au besoin, y compris face à deux flambées de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo et face à la pire épidémie de **choléra** au niveau mondial au Yémen.

L'OMS a aidé à endiguer la **flambée de maladie à virus Ebola** dans la province de l'Équateur, en République démocratique du Congo, et contribue à enrayer la flambée en cours au Nord-Kivu en installant des camps, des centres opérationnels, des unités de traitement et des laboratoires mobiles, en assurant des activités de surveillance et en fournissant 60 000 doses d'un nouveau vaccin expérimental ainsi que des tests de diagnostic rapide.

Une flambée de **syndrome respiratoire du Moyen-Orient** a été évitée en République de Corée grâce aux efforts de préparation accomplis par le Gouvernement avec l'appui de l'OMS. C'est un résultat très différent de la situation d'il y a quelques années.

Les efforts pour éradiquer le **poliovirus sauvage** sont désormais centrés sur l'Afghanistan et le Pakistan, où plusieurs problèmes se présentent, notamment la mobilité de la population et des obstacles d'ordre environnemental et politique. Parallèlement, un plan d'action stratégique relatif à la transition pour la poliomyélite a été élaboré afin que le monde demeure exempt de cette maladie.

Le Règlement sanitaire international (2005) (RSI (2005)), l'instrument qui régit la sécurité sanitaire mondiale, est un autre grand domaine d'action de l'OMS. En 2018, 187 pays ont présenté leur rapport annuel d'autoévaluation sur la mise en œuvre du RSI et 24 pays ont réalisé une évaluation extérieure conjointe – un processus multisectoriel pour évaluer les capacités des pays à prévenir et à détecter les risques pour la santé publique et à y répondre rapidement. Sur la base de ces évaluations, il apparaît qu'en 2018, 47 pays avaient mis au point et appliquaient des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire.

Un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être

Le présent rapport s'intéresse tout particulièrement à l'impact de l'OMS sur les législations visant à promouvoir une meilleure santé de la population. Depuis l'entrée en vigueur de la **Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac**, les pays s'appuient de plus en plus sur le droit pour inscrire dans la durée les interventions de réduction du tabagisme. Aujourd'hui, près des deux tiers de la population mondiale est couverte par au moins une mesure complète de lutte antitabac. De la même manière, 59 pays sont désormais dotés de lois sur les **boissons sucrées**, tandis que, dans les Amériques, plusieurs pays se sont efforcés de mettre en place des lois sur l'étiquetage alimentaire.

L'OMS a également fourni un soutien au Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, au plus haut niveau, dans le domaine de la résistance aux antimicrobiens ; a mené une action de sensibilisation à la pollution de l'air ; a appelé à l'élimination des acides gras trans artificiels ; et a renforcé des ensembles d'interventions techniques contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles.

En 2019, l'OMS s'appuiera sur ces réalisations pour s'engager dans un nouveau programme général de travail, davantage encore axé sur l'impact au niveau des pays.

SYSTÈMES DE SANTÉ

SECTEURS DE PROGRAMME

- Politiques, stratégies et plans de santé nationaux
- Services de santé intégrés centrés sur la personne
- Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires
- Informations et données factuelles sur les systèmes de santé

> Pour faire face aux grands défis qui se présenteront à l'avenir, nous devons aider les pays à mettre sur pied des systèmes de santé qui affrontent de façon plus exhaustive les menaces croissantes qui pèsent sur la santé, par exemple les maladies non transmissibles, en particulier là où le vieillissement de la population est une réalité. À cette fin, il faut avancer vers la couverture sanitaire universelle, notamment en renforçant les services de soins de santé primaires. Voilà comment la santé pour tous deviendra une réalité.

Dr Takeshi Kasai
Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental

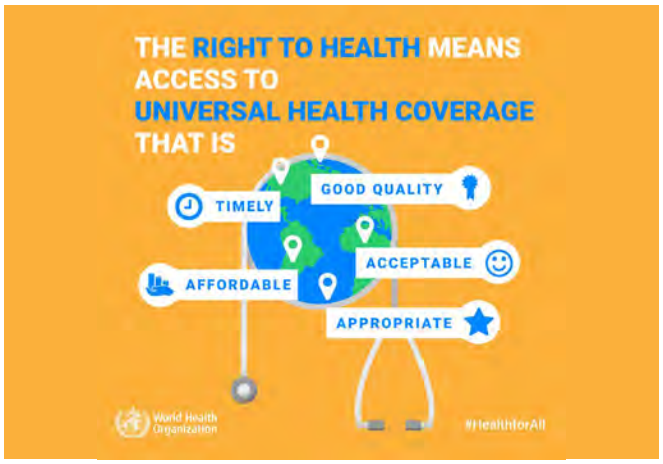
Les systèmes de santé jouent un rôle essentiel, non seulement pour que les populations soient en bonne santé, mais également pour le développement en général. Rendre les systèmes de santé plus efficaces et plus équitables est une stratégie clé pour lutter contre la pauvreté et encourager le développement. La moitié de la population mondiale est privée des services de santé dont elle a besoin parce que ces services sont inaccessibles, inexistants, médiocres ou d'un coût excessif. L'aggravation des inégalités dans le monde entraîne chaque année la paupérisation de quelque 100 millions de personnes contraintes de payer elles-mêmes pour les services de santé auxquels elles font appel.

Il n'existe pas de modèle unique du système de santé parfait, car le contexte est prépondérant. Néanmoins, un système de santé qui fonctionne bien repose sur des agents de santé formés et motivés, des infrastructures bien entretenues et un approvisionnement fiable en médicaments et en technologies, le tout appuyé par des financements publics adaptés, un ensemble de mesures d'incitation cohérentes, des plans sanitaires sans faille et des politiques fondées sur des bases factuelles.

Principaux résultats

Réaffirmer le principe de la santé pour tous

L'année 2018 pourrait être une année charnière dans l'histoire de l'OMS. Exactement 70 ans après la naissance de l'Organisation et 40 ans après la **Déclaration d'Alma-Ata sur la « santé pour tous »**, la conception de la santé en tant que droit et non en tant que privilège pourrait devenir une réalité grâce à l'OMS. Cette conception est également défendue par le Directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, qui a fait de la couverture sanitaire universelle une priorité absolue.



Réalisations visées en 2018-2019

- Tous les pays disposent de politiques, stratégies et plans de santé nationaux complets visant à instaurer progressivement la couverture sanitaire universelle
- Mise en place des politiques, du financement et des ressources humaines nécessaires pour améliorer l'accès à des services de santé intégrés centrés sur la personne
- Amélioration de l'accès à des médicaments et à d'autres technologies sanitaires sûrs, efficaces, abordables et de qualité, et usage plus rationnel de ces médicaments et technologies
- Tous les pays sont dotés de systèmes d'information sanitaire, de cybersanté, de recherche, d'éthique et de gestion des connaissances visant à appuyer les priorités sanitaires nationales et fonctionnant correctement

Développer la couverture sanitaire universelle

En octobre 2018, les pays se sont réunis à Astana (Kazakhstan) et ont renouvelé leur engagement en faveur des soins de santé primaires en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle. La **Déclaration d'Astana**, adoptée à l'occasion de la **Conférence mondiale sur les soins de santé primaires**, réaffirme les engagements pris dans la **Déclaration d'Alma-Ata** en 1978.

La Déclaration d'Astana intervient dans le cadre d'un mouvement mondial qui prend de l'ampleur pour plus d'investissements dans les soins de santé primaires comme moyen d'atteindre la couverture sanitaire universelle.

Voici quelques-uns des faits saillants en matière de progrès réalisés sur la voie de la couverture sanitaire universelle :

- Dans la Région africaine, le Bureau régional a aidé les pays à mobiliser les ressources nationales pour passer d'un financement par l'Alliance Gavi à un autofinancement intégral. L'Angola et le Congo, avec l'assistance technique de l'OMS, ont augmenté les financements nationaux pour la santé et sont maintenant totalement autonomes financièrement.
- Dans la Région des Amériques, 15 pays ont fait des progrès considérables en matière d'élargissement de l'accès aux soins de santé et d'amélioration de la qualité des soins.
- Dans la Région de la Méditerranée orientale, la couverture sanitaire universelle a reçu un appui politique de haut niveau depuis l'adoption du **Pacte mondial** (CSU2030) **en vue de réaliser des progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle** lors d'une réunion ministérielle à Salalah (Oman) en septembre 2018. Les pays ont été invités à signer le pacte en signe de solidarité et d'engagement.
- Le Bureau régional de l'Europe a transmis à l'Estonie et à la Lituanie des analyses personnalisées contenant des données pratiques sur des politiques favorables aux plus pauvres. Ces deux pays ont appliqué les recommandations et introduit de nouvelles politiques visant à mieux protéger les groupes de population vulnérables.
- La Région de l'Asie du Sud-Est a accueilli avec satisfaction le lancement par le Gouvernement indien du programme **Ayushman Bharat**. S'appuyant sur deux piliers – la protection de la santé et 150 000 centres de santé et de bien-être –, le système signifiera un bond en avant de la couverture sanitaire universelle pour des centaines de milliers de personnes. De même, l'Indonésie a étendu la couverture sanitaire à 78 % de sa population.
- Dans la Région du Pacifique occidental, le **projet d'accélération de la couverture sanitaire universelle**, financé par le Japon, a incité les États Membres à progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Au Viet Nam, une approche innovante a été adoptée pour améliorer les soins primaires à l'échelle locale, les enseignements tirés devant permettre un déploiement à plus grande échelle (à l'échelle nationale).

(De gauche à droite) Le Dr Andrea Xanthos, Ministre grec de la santé, la Dre Zsuzsanna Jakab, alors Directrice régionale de l'OMS pour l'Europe, et le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, lors de l'inauguration du nouveau Bureau de pays de l'OMS en Grèce en juin 2018.

Déploiement de centres de soins de santé primaires en Grèce

Au mois de décembre 2018 a été célébré à Thessalonique (Grèce) le premier anniversaire des Topikes Monades Ygias (TOMY), ou centres de santé locaux, qui font partie d'un système de soins de santé primaires novateur.

Les centres **TOMY** coordonnent les soins dans la région. Les équipes sont composées de personnel pluridisciplinaire : médecins généralistes, internes, pédiatres, infirmiers, visiteurs de santé et travailleurs sociaux.

Fin 2018, on comptait 113 centres TOMY en fonctionnement dans toute la Grèce, ce qui permet de desservir 300 000 personnes, et d'autres devraient voir le jour. Un centre TOMY sur trois offre des horaires d'ouverture prolongés, de 7 heures à 22 heures. Dans ces centres sont dispensés des soins de santé de façon continue et les activités suivantes sont proposées : prévention des maladies, promotion de la santé, diagnostic, traitement, suivi et soins. Des mécanismes d'orientation des patients ont également été mis en place ; ils seront améliorés en 2019 avec l'aide de l'OMS.

Le système de santé grec a été durement touché par la crise financière, qui a mis au jour les problèmes à long terme en matière de prestation de soins. Les centres TOMY sont une avancée considérable par rapport au réseau fragmenté d'agents de santé des secteurs public et privé qui existait auparavant, composé principalement de spécialistes.

Le Bureau régional de l'Europe a travaillé en étroite collaboration avec le Ministère grec de la santé afin de suivre le déploiement des centres TOMY, garantissant leur viabilité et améliorant la qualité des services. L'assistance technique, financée par l'Union européenne et le Japon, a permis :

- de créer et de tenir à jour un registre des centres TOMY incluant des informations détaillées sur l'accès, la dotation en personnel, l'équipement ;
- de mettre en place une campagne nationale de promotion des nouveaux services ;
- de mener une enquête de satisfaction auprès des utilisateurs ;
- d'élaborer une stratégie en matière de ressources humaines pour garantir la disponibilité à long terme de médecins généralistes qualifiés.

Le Ministre de la santé Andreas Xanthos a déclaré que les centres TOMY avaient pour but de « mettre l'accent sur la prévention plutôt que sur le traitement » et qu'ils constituent une réponse à « une demande de la société qui souhaite l'élimination des inégalités en santé ».

Le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, s'est montré très satisfait d'un système qui « permet à toutes les personnes vivant en Grèce d'avoir accès aux services de santé dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin et là où ils en ont besoin, sans rencontrer de difficultés financières ».

Passer aux actes dans les pays

Au moyen de l'accompagnement assuré dans le cadre de son partenariat pour la couverture sanitaire universelle, l'OMS apporte maintenant à plus de 60 États Membres une assistance technique en matière de politiques et de planification dans les pays. Dans le même temps, à l'échelle mondiale, l'Organisation rassemble l'Alliance Gavi et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour faire converger l'appui visant à renforcer les systèmes de santé et à harmoniser le suivi des systèmes nationaux et les priorités de la couverture sanitaire universelle dans les pays.

Voici quelques-unes des avancées obtenues dans la Région africaine avec l'appui de l'OMS :

L'Union économique et monétaire ouest-africaine a adopté le premier **plan d'action infrarégional pour l'investissement dans les personnels de santé**, qui vise à lever les obstacles au perfectionnement des personnels.

Le Burkina Faso a déployé des stratégies optimisées visant à améliorer le maintien en poste des agents de santé dans les zones mal desservies.

La Guinée a mis sur pied une filière rurale pour accélérer la formation, le recrutement, l'affectation et le maintien en poste des agents de santé dans les zones rurales, et en particulier pour recruter 3000 agents de santé communautaires d'ici à 2022.

Amélioration de la qualité des services

Un nouveau portail dédié à la couverture sanitaire universelle, qui présente les données les plus récentes sur les services de santé dans le monde, permet de suivre les avancées vers la couverture sanitaire universelle et met en lumière les domaines méritant une attention particulière. Des services de santé de mauvaise qualité sont un facteur entravant la progression de la santé publique. Parmi les problèmes relevés, on peut citer les diagnostics inexacts, les erreurs médicamenteuses, les traitements superflus, les établissements ou les pratiques cliniques inadaptés ou dangereux, ou encore le manque de formation des agents ou l'insuffisance de leurs compétences. C'est dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où 10 % des patients hospitalisés contractent des infections pendant leur séjour, que la situation est la plus problématique.

Le Bureau régional des Amériques a appuyé des travaux relatifs au développement de réseaux de santé intégrés dans le cadre de l'application de feuilles de route pour la couverture sanitaire universelle dans plusieurs pays. Dans la Région des Amériques, 15 pays ont fait des progrès considérables en matière d'élargissement de l'accès aux soins de santé et d'amélioration de la qualité des soins. En Bolivie, un nouveau modèle de soins a été élaboré par l'intermédiaire du programme *Mi Salud*, qui fait le lien entre le premier niveau de soins et les soins spécialisés. Le Guatemala a également lancé un projet pilote pour un nouveau modèle de soins alors que le Panama est en train de mettre sur pied des réseaux de santé.

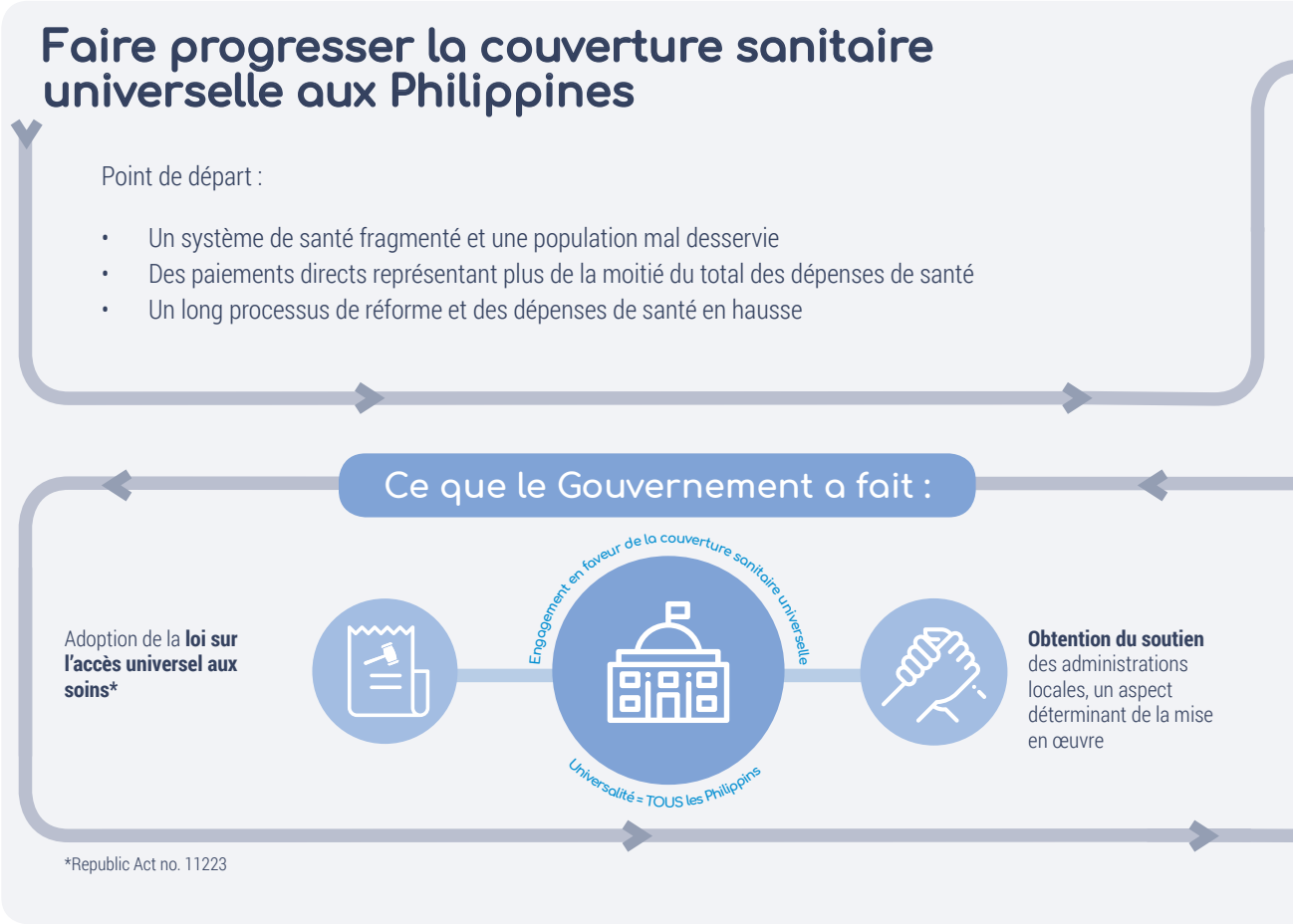
Dynamiser les personnels de santé

Le **fonds fiduciaire multipartenaires Working for Health** a été lancé en mai 2018, à l'occasion de la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé, afin de mettre en commun les ressources et d'appuyer les pays dans le but de procéder aux investissements nécessaires dans les personnels du secteur sanitaire et social pour faire de la couverture sanitaire universelle et des objectifs de développement durable une réalité. L'OMS et ses partenaires, l'OIT et l'OCDE, ont prévu de rassembler US $70 millions en cinq ans. Les fonds seront utilisés conjointement pour mettre en place des partenariats innovants, diffuser les nouvelles connaissances et financer l'investissement dans la formation à visée transformatrice et les compétences des personnels de santé dans le monde, ainsi que la création d'emploi dans ce domaine.

Le cadre de compétences de l'OMS pour l'éducation et la formation des agents de santé sur la résistance aux antimicrobiens, lancé en 2018, fournit des orientations normatives de base visant à s'assurer que **les agents de santé disposent des compétences requises pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens**. Le cadre est utilisé comme prérequis pour la demande de subventions relatives aux projets relevant des Commonwealth Partnerships for Antimicrobial Stewardship du Tropical Health Education Trust (THET) dans quatre pays d'Afrique : le Ghana, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie. Les projets visent à renforcer la capacité des institutions et personnels de santé nationaux à relever les défis que pose la résistance aux antimicrobiens dans ces pays.

La plateforme de données des **comptes nationaux des personnels de santé** améliore la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données relatives aux personnels de santé. La plateforme a reçu des données provenant de plus de 25 pays. Pour contribuer à la mise en place de la plateforme, l'OMS a lancé des activités de renforcement des capacités dans 79 pays, dont 52 pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire de la tranche inférieure.

Les données notifiées dans les comptes nationaux des personnels de santé montrent une augmentation d'environ 10 % des effectifs mondiaux des personnels de santé depuis 2013.



La République-Unie de Tanzanie franchit une étape en matière de réglementation pharmaceutique

La République-Unie de Tanzanie est le premier pays d'Afrique pour lequel il est confirmé qu'un système de réglementation des produits médicaux a été mis en place et fonctionne correctement. La Tanzania Food and Drug Authority (TFDA) a fait des efforts considérables ces dernières années pour garantir l'innocuité et l'efficacité des médicaments utilisés dans le système de santé.

L'OMS base son évaluation des autorités de réglementation sur l'outil mondial de référence, un outil d'évaluation qui vérifie les fonctions de réglementation par rapport à un ensemble de plus de 200 indicateurs, notamment l'autorisation des produits, la surveillance du marché et la détection d'effets indésirables potentiels.

L'analyse comparative des autorités de réglementation tanzaniennes a été menée en plusieurs phases par une équipe d'experts internationaux sous l'égide de l'OMS. Au début de l'année 2018, l'OMS a suivi les autoévaluations et a mené une évaluation formelle auprès de la Tanzanian Food and Drug Authority ainsi que de l'autorité correspondante à Zanzibar ; l'Organisation a demandé aux autorités de réglementation de procéder à différents ajustements. Lors de la dernière évaluation, l'autorité tanzanienne répondait à l'ensemble des indicateurs définissant un niveau de maturité de 3 sur 4, le maximum.

Il apparaît que moins de 30 % des autorités de réglementation pharmaceutique ont la capacité de remplir correctement leurs fonctions. Voilà pourquoi l'OMS et les gouvernements africains ont accentué leurs efforts visant à renforcer les capacités des organes de réglementation pharmaceutique de la Région.

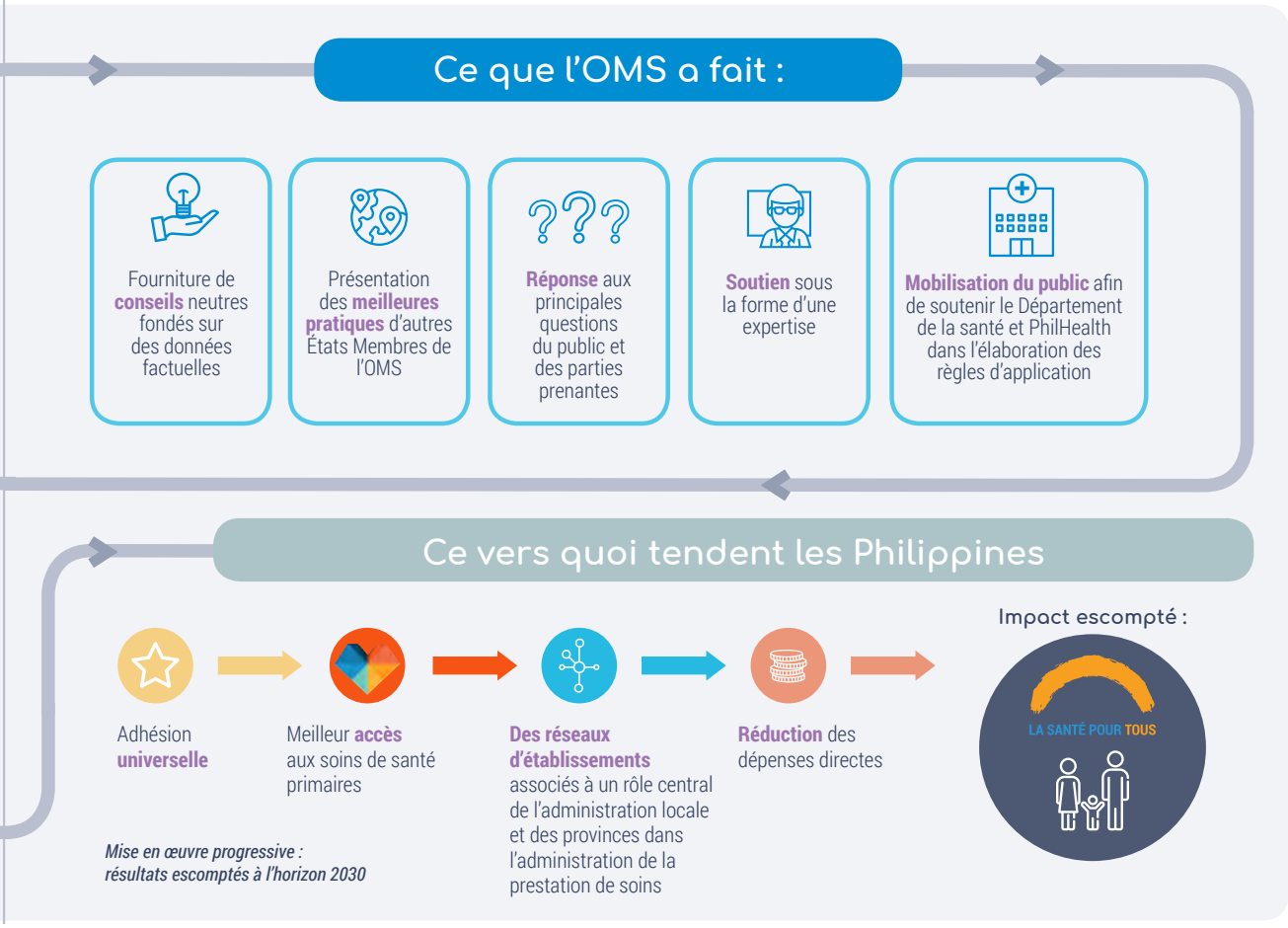
Améliorer l'accès aux médicaments

Les problèmes d'accès aux médicaments constituent l'un des obstacles les plus difficiles pour une meilleure santé. Depuis sa création, l'OMS travaille sans relâche pour améliorer l'accès aux médicaments. Le programme de préqualification est maintenant solidement implanté en tant que mécanisme permettant d'améliorer l'accès. La préqualification constitue un sceau d'approbation fondamental qui garantit l'innocuité, l'efficacité et la qualité des médicaments.

Parmi les produits récemment préqualifiés, on peut citer le dolutégravir (un antirétroviral du VIH), les artésunates administrés par voie rectale contre le paludisme et les deux premiers tests d'autodépistage du VIH. Le dolutégravir présente de nombreux avantages, dont la possibilité de faire baisser considérablement le coût des traitements antirétroviraux. Les artésunates administrés par voie rectale peuvent être pris rapidement par les patients qui se trouvent loin de tout établissement de santé, ce qui limite le risque de décès et d'incapacité imputables au paludisme. Les nouveaux kits d'autodépistage du VIH permettront d'accroître considérablement le nombre de personnes connaissant leur statut sérologique tout en leur évitant d'être stigmatisées si elles se rendent dans un centre de dépistage.

Voici certains des 10 vaccins préqualifiés :

- Vaccin antipoliomyélitique inactivé ShanIPV™. Cette préqualification est importante car le marché actuel des vaccins antipoliomyélitiques inactivés est fragile, avec un approvisionnement insuffisant à court terme pour que tous les pays aient accès à au moins une dose complète de vaccin à utiliser dans les programmes de vaccination systématique.
- Vaccin antirotavirus oral Rotasil. Rotasil est le premier vaccin antirotavirus thermostable, ce qui permet son



utilisation dans les pays à revenu faible où l'infrastructure défaillante et les fréquentes coupures d'électricité entravent la réfrigération. Le rotavirus est responsable d'environ 37 % des décès imputables à la diarrhée chez les enfants de moins de cinq ans dans le monde.

- Typbar-TCV® est le premier vaccin conjugué permettant de prévenir la fièvre typhoïde. Ce vaccin garantit une immunité durable, est monodose et peut être administré aux enfants à partir de six mois, alors que les autres vaccins antityphoïdiques ne sont recommandés qu'à partir de deux ans. L'utilisation de ce vaccin devrait freiner l'utilisation fréquente d'antibiotiques pour traiter les cas présumés de fièvre typhoïde, ce qui devrait ralentir l'antibiorésistance de la bactérie *Salmonella Typhi*.

Dans le cadre d'une nouvelle initiative pilote, la Food and Drug Administration des États-Unis transmettra au programme de préqualification des médicaments de l'OMS des analyses sur les médicaments contre le VIH candidats afin d'accélérer les évaluations, ce qui permettra de rendre disponibles plus rapidement pour les patients des pays en développement les médicaments susceptibles de leur sauver la vie.

Les travaux visant à rendre les médicaments plus abordables dans les pays ont nécessité de mettre en place un suivi et de partager les informations sur le prix des médicaments à l'échelle régionale.

Le South-East Asia Regulatory Network (réseau de réglementation de l'Asie du Sud-Est), dont les activités consistent entre autres à partager des informations sur les prix des produits médicaux, a lancé en octobre dernier une plateforme de suivi en direct du prix des produits.

Les données collectées dans 45 pays de la Région européenne ont permis la rédaction d'un nouveau rapport de l'OMS intitulé **Medicines reimbursement policies in Europe,** qui se penche sur les politiques permettant d'améliorer l'accès aux médicaments abordables.

La Région des Amériques a lancé une initiative, en collaboration avec 15 institutions de neuf pays de la Région, afin de promouvoir l'échange d'informations sur les prix, la couverture et la réglementation. Le Bureau régional de l'Afrique a développé la plateforme APRAMED permettant d'effectuer un suivi régulier du prix des médicaments. La plateforme est déjà utilisée par le Congo et le Nigéria.

Afin de s'assurer que les traitements sont sûrs, bénéfiques et utilisés de façon responsable, il faut effectuer un suivi après leur mise sur le marché par l'intermédiaire de la pharmacovigilance. Pour commémorer le cinquantième anniversaire de ses activités de pharmacovigilance, l'OMS a lancé en novembre 2018 une trousse à outils comprenant des listes de vérification et des orientations à l'intention des pays portant sur la façon de mettre en place un système de suivi de l'innocuité des médicaments.

En 2018, presque 200 produits ont été préqualifiés, dont 55 produits pour la lutte antivectorielle et 48 produits finis pharmaceutiques.

Réussites en matière de financement de la santé

Il est fondamental de disposer de systèmes de financement solides pour mettre en place la couverture sanitaire universelle. Lorsque le coût des services de santé doit être assumé en majorité par les patients et que les financements publics sont peu élevés, nombreux sont ceux qui rencontrent des difficultés financières en cas de maladie grave ou de longue maladie. Souvent, les pauvres peuvent être privés des services dont ils auraient besoin.

L'accompagnement de l'OMS aux États Membres s'est concentré en priorité sur la lutte contre la fragmentation dans les accords de financement, non seulement pour améliorer la protection financière, mais également pour consolider l'efficacité et l'équité en matière d'utilisation des ressources. L'Organisation joue un rôle fondamental dans l'appui aux politiques de financement de la santé dans les pays.

L'OMS a publié la mise à jour annuelle de la **Global Health Expenditure Database (GHED)** (base de données mondiale sur les dépenses de santé). La dernière version présente les données annuelles pour tous les États Membres entre 2000 et 2016.

L'actualisation des données a été accompagnée de la publication du rapport intitulé **Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends**, qui synthétise les grands schémas et les grandes tendances en matière de dépenses de santé dans le monde, ce qui permet de mettre le doigt sur les principales questions stratégiques. Le rapport sert à fournir des données supplémentaires concernant l'importance du secteur de la santé dans les économies nationales et à préconiser une augmentation des dépenses publiques afin de réduire les paiements directs par les patients.

On trouve au Mali un exemple d'action portant ses fruits. À la suite d'une évaluation du plan en vigueur en matière de ressources humaines pour la santé, grâce aux efforts conjoints du Ministère de la santé, de l'OMS et d'autres partenaires, des fonds nationaux supplémentaires ont été mobilisés, ce qui a permis le recrutement de plusieurs centaines de nouveaux agents du secteur de la santé en 2017 et 2018.

Quelques grandes conclusions du rapport

- Les dépenses de santé sont en augmentation à l'échelle mondiale, mais les patients doivent encore s'acquitter de paiements directs trop élevés pour se soigner.
- Les dépenses consacrées à la santé publique sont généralement en augmentation, mais pas dans les pays à revenu faible.
- Plus de la moitié des dépenses de santé sont consacrées aux soins de santé primaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, mais moins de 40 % de ces fonds sont issus de ressources publiques nationales.

Déploiement de la couverture sanitaire universelle au Kenya

En 2017, le Président Uhuru Kenyatta a fait de la réalisation de la couverture sanitaire universelle d'ici à 2022 l'un des quatre points prioritaires du programme de développement du Kenya. L'OMS a apporté un soutien considérable au pays en la matière, notamment en ce qui a trait à la révision de la politique sur le financement durable de la santé.

En mars 2018, à la suite d'une réunion entre le Président Kenyatta et le Dr Tedros, Directeur général de l'OMS, l'Organisation a mis en place une mission de haut niveau sur le financement de la santé pour la couverture sanitaire universelle, à laquelle ont participé la Ministre de la santé, le directeur financier du Fonds monétaire international (FMI), des hauts fonctionnaires et des acteurs clés.

L'OMS a recommandé, dans un premier temps, un programme de prestations plus modeste répondant aux besoins essentiels de la population, avec des options claires permettant à l'avenir de l'élargir et de faire participer la population. Parmi les autres recommandations, on peut citer l'invitation lancée aux autorités locales pour qu'elles investissent dans les services de base et les facteurs favorables à la santé (amélioration de l'alimentation et services sûrs d'eau et d'assainissement), notamment dans les soins de santé primaires.

Il a été déterminé que, pour un ensemble de services essentiels auquel la population aurait droit sans contribution, les recettes fiscales générales constitueraient la source de revenus la plus fiable. La mission de haut niveau a recommandé de restructurer le National Health Insurance Fund (NHIF) afin de le rendre plus efficient et d'envisager d'autres modalités de financement, par exemple la taxation du tabac, des sucres ajoutés et des produits pétroliers.

À la suite de la mission de haut niveau de l'OMS, le Gouvernement a créé un groupe consultatif sur les prestations de santé afin de passer en revue l'ensemble des prestations. Des réformes sont également en cours pour faire du NHIF un acheteur stratégique aux fins de la couverture sanitaire universelle.

L'OMS a également appuyé l'élaboration d'une feuille de route pour la couverture sanitaire universelle assortie d'étapes clés pour le financement de la santé dans le but de mettre en œuvre le programme du Président en matière de développement de la santé.

Le Président Kenyatta a indiqué que la couverture sanitaire universelle (CSU) est en cours de réalisation. « Pour nous, la CSU n'est pas une fin en soi mais un processus continu qui impliquera d'élargir constamment les dispositifs de protection sociale pour faire en sorte que personne ne soit laissé de côté. »

Le Dr Tedros a qualifié le Kenya de pays « pionnier » en raison de son action en faveur de la couverture sanitaire universelle, ce qui pourrait avoir un « effet de ricochet » dans toute la région.

Améliorer les systèmes d'information sanitaire dans les pays

- La situation des systèmes d'information sanitaire a été évaluée dans les 47 pays de la Région africaine, et les renseignements relatifs à 45 de ces pays ont été validés en novembre 2018. Les lacunes des systèmes d'information ont été cartographiées dans les 10 pays de référence pour la couverture sanitaire universelle et un appui particulier a été accordé à la Namibie pour l'examen du système des registres et des statistiques d'état civil. La stratégie relative aux systèmes d'information sanitaire a été évaluée et développée au Burundi et en République du Congo, notamment en alignant les partenaires autour des questions prioritaires relatives aux systèmes d'information sanitaire.
- Dans la Région européenne, des missions ont été menées dans les pays afin d'améliorer les systèmes nationaux d'information sanitaire, de cybersanté et de recherche, d'établir des équipes de pays pour le Réseau pour des politiques fondées sur des bases factuelles de l'OMS, d'appuyer l'élaboration d'indicateurs à l'échelle nationale, d'élaborer des profils des pays avec les ministères de la santé, de commencer le déploiement de la CIM-11 et de former les personnels dans les pays.
- Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, l'outil SCORE (Survey, Count, Optimize, Review, Enable, qui consiste à enquêter, compter, optimiser, passer en revue et permettre) a été utilisé dans 10 pays pour analyser les performances des systèmes d'information sanitaire au regard des objectifs sanitaires.
- Dans la Région du Pacifique occidental, après la publication du rapport de référence sur les objectifs de développement durable (ODD)/la couverture sanitaire universelle (CSU) en 2017, des profils ODD/CSU ont été tracés pour tous les pays. Quelques pays ont commencé à mettre en place des approches semblables pour créer des outils de suivi des ODD/de la CSU ainsi que du développement du système de santé.

Améliorer les données

En juin 2018, la **Onzième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-11)** a été publiée. Le Secrétariat a mis sur pied un ensemble d'outils visant à aider les États Membres à mettre en œuvre la CIM-11 en simplifiant l'accès à la Classification et son maniement par les utilisateurs finaux. À ce jour, 70 pays des six Régions de l'OMS ont été formés à l'utilisation pratique et à la mise en œuvre de cette norme mondiale pour l'information sanitaire sur le diagnostic.

La **Liste mondiale OMS de référence des 100 indicateurs sanitaires de base** est également un outil important. Elle comprend un ensemble standard d'indicateurs de base classés par ordre de priorité par la communauté internationale afin de fournir des informations sur la situation sanitaire et les tendances en matière de santé. La liste d'indicateurs 2018 contient des modifications visant à tenir compte des objectifs de développement durable, notamment de la couverture sanitaire universelle.

L'**édition 2018 des Statistiques sanitaires mondiales,** l'aperçu annuel publié par l'OMS sur l'état de la santé dans le monde, souligne les progrès remarquables obtenus sur la voie de la réalisation des objectifs de développement durable dans certains domaines et met en lumière d'autres domaines qui n'ont pas progressé.

Avancer pour plus de transparence dans la recherche

En décembre 2018, l'OMS a publié la version 3.0 des **normes internationales pour l'enregistrement des essais cliniques**, destinée au **Système d'enregistrement international des essais cliniques** afin de s'assurer que tous les acteurs de la prise de décisions en matière de soins de santé ont accès à un aperçu complet des recherches. Cela permettra de renforcer la transparence, la validité et l'utilité de la base de données scientifiques.

Auparavant, l'OMS était parvenue à obtenir un consensus avec certains des plus grands bailleurs de fonds de la recherche médicale et les organisations internationales non gouvernementales de financement, exigeant que l'ensemble des essais cliniques financés ou appuyés par ces acteurs soient recensés et que les résultats soient publiés.

À l'heure actuelle, environ 50 % des essais cliniques ne sont pas recensés, souvent parce que les résultats sont négatifs. Ces résultats d'essais non communiqués donnent une image incomplète et potentiellement trompeuse des risques et des avantages des vaccins, des médicaments et des dispositifs médicaux, ce qui peut avoir comme conséquence l'utilisation de produits de qualité sous-optimale, voire néfastes.

Dans la Région du Pacifique occidental, les Fidji, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, le Samoa, les Tonga et Vanuatu ont bénéficié d'une assistance technique concernant l'éthique de la recherche en santé, et le comité régional sur l'évaluation de l'éthique en santé a passé en revue 13 propositions de recherche dans le domaine de la santé en 2018.

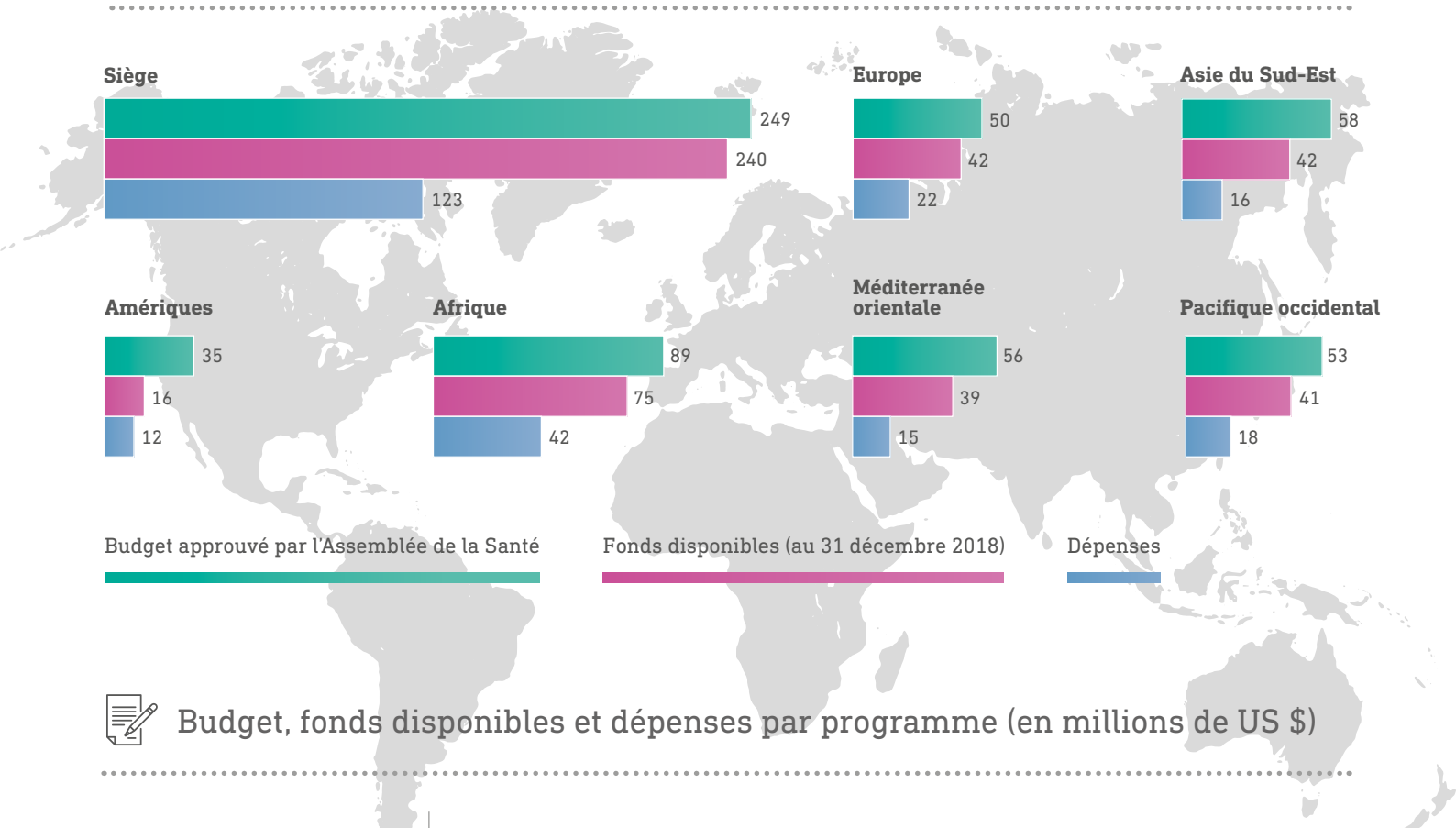
Principaux chiffres pour 2018-2019

Montant approuvé dans le budget programme : US $590 millions

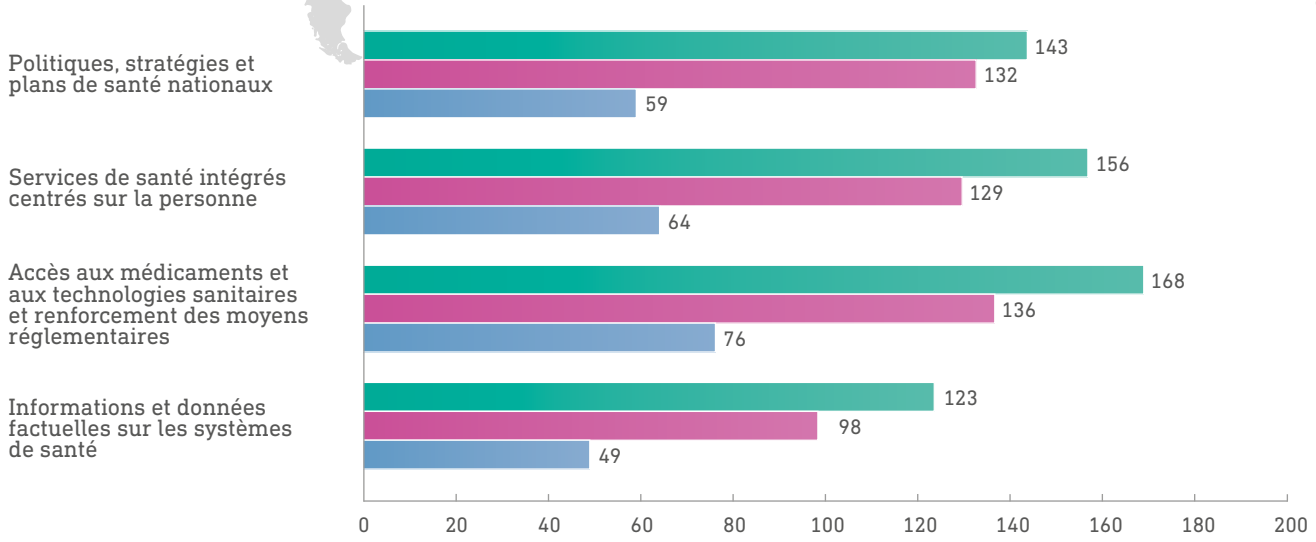
Fonds disponibles : US $495 millions (84 % du budget programme)

Dépenses : US $248 millions (42 % du budget programme, 50 % des fonds disponibles)

Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US $)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US $)

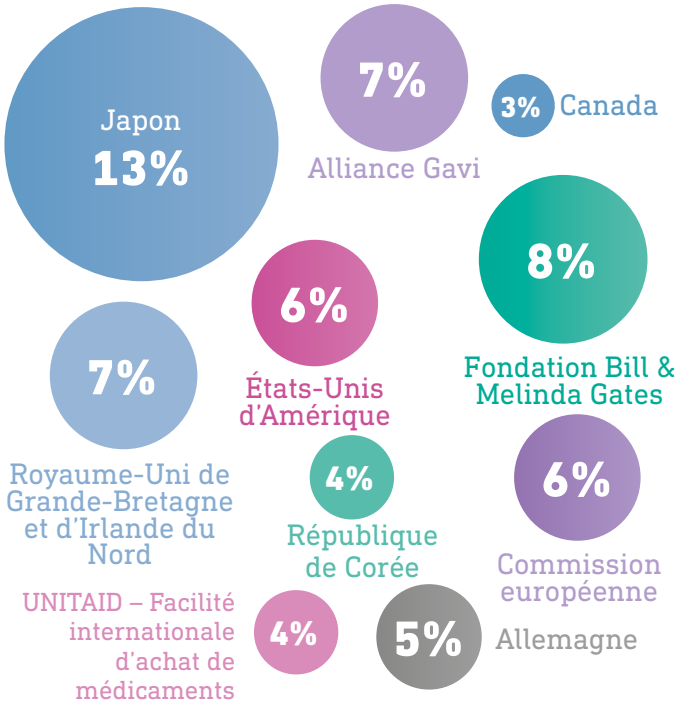


Exécution du budget

La catégorie Systèmes de santé a été dotée de ressources satisfaisantes en 2018, 84 % du budget approuvé ayant été financé, dont 30 % au moyen de fonds souples. Les dépenses de personnel ont représenté 58 % des dépenses totales, ce qui pourrait potentiellement remettre en cause la viabilité si la flexibilité des fonds à objet désigné n'est pas reconduite.

Presque la moitié des ressources disponibles et des dépenses (48 % et 50 %, respectivement) ont concerné le Siège.

Les 10 principaux contributeurs volontaires (contributions à objet désigné)

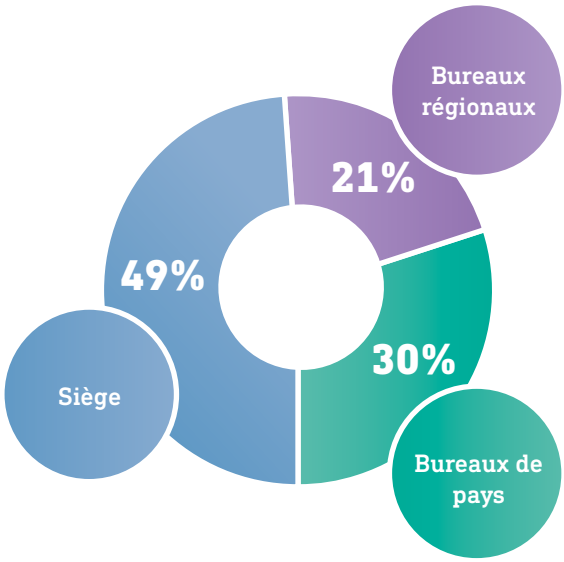


Source de financement

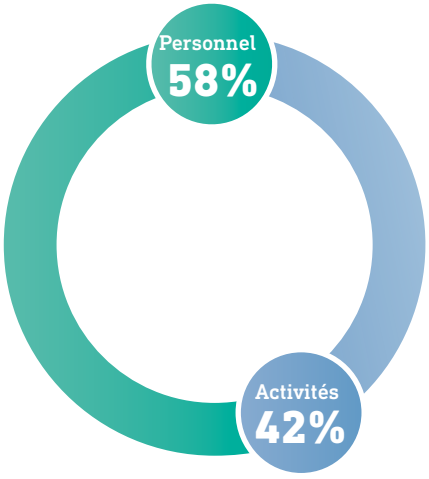
Fonds souples : 30 %
Contributions volontaires à objet désigné : 70 %

63 % du montant total des contributions volontaires à objet désigné a été versé par 10 contributeurs (voir ci-contre).

Dépenses par niveau



Dépenses liées au personnel et dépenses liées aux activités



Cela s'explique en partie par l'ampleur des travaux normatifs et par les compétences spécialisées nécessaires. Les niveaux de ressources disponibles et les niveaux de dépenses par rapport au niveau budgétaire approuvé restent préoccupants dans la Région des Amériques (46 % et 34 %, respectivement) et dans la Région de la Méditerranée orientale (70 % et 27 %, respectivement). Le Siège a fourni un appui considérable pour renforcer les systèmes de santé à l'échelle nationale dans différents domaines, notamment pour la mise sur pied de systèmes résilients, pour l'accès aux médicaments et à d'autres technologies sanitaires, ainsi que pour le financement de la santé, en particulier en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle.

Les taux de financement et de dépenses ont été cohérents dans les secteurs de programme.

Pour plus de renseignements sur le financement du budget programme et l'exécution pour cette catégorie, veuillez consulter le portail Web du budget programme de l'OMS à l'adresse (http://open.who.int/2018-19/our-work/category/04/about/key-figures et http://open.who.int/2018-19).

PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

SECTEURS DE PROGRAMMES

- Gestion des risques infectieux
- Préparation des pays aux situations d'urgence sanitaire et Règlement sanitaire international (2005)
- Informations sur les urgences sanitaires et évaluation des risques
- Opérations d'urgence
- Services essentiels pour l'action d'urgence

> Il est absolument vital que nous soyons préparés à faire face à une possible propagation de la maladie à virus Ebola au-delà de la République démocratique du Congo. L'OMS investit une énorme quantité de ressources pour prévenir la propagation du virus Ebola hors de la République démocratique du Congo et aider les gouvernements à mieux se préparer à faire face à la survenue éventuelle d'un cas de maladie à virus Ebola dans un pays.

Dre Matshidiso Moeti
Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique

Chaque jour, des situations d'urgence de toutes sortes se produisent – des conflits, des catastrophes naturelles, des flambées – susceptibles de causer des dommages durables aux systèmes de santé et aux communautés et même d'avoir un impact à l'échelle mondiale. De nombreux pays ne sont toujours pas en mesure de gérer ces situations d'urgence en raison de systèmes de santé mal préparés et disposant de ressources insuffisantes. Dans ces contextes sont observés les taux de mortalité de la mère et de l'enfant les plus élevés, et la malnutrition, les troubles mentaux et les flambées épidémiques sont courants.

Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire collabore avec les pays et les partenaires en vue de la préparation, de la prévention, de l'action et du relèvement face à toutes les situations d'urgence sanitaire, quel que soit le risque à l'origine de celles-ci. L'OMS joue un rôle directeur essentiel pour garantir une riposte internationale rapide et, ces dernières années, elle a également assumé un rôle opérationnel.

La nécessité des activités de l'OMS est indéniable. Aujourd'hui, un nombre record de personnes dans le monde, près de 70 millions, ont été déplacées de force et sont privées d'accès aux services essentiels. Les changements climatiques et une augmentation de la population sont à l'origine de nouvelles crises, telles que l'évolution des modes de transmission des maladies et les catastrophes liées au climat. Malgré les défis croissants, des progrès significatifs ont été accomplis, de sorte que l'OMS est mieux placée que jamais pour servir les plus vulnérables et promouvoir la santé.

Réalisations visées en 2018-2019

- Tous les pays sont dotés de moyens d'atténuer les risques infectieux majeurs
- Tous les pays évaluent et comblent les principales lacunes en matière de préparation aux situations d'urgence sanitaire, notamment en ce qui concerne les principales capacités prévues par le Règlement sanitaire international (2005) et les capacités de gestion de tous les risques sanitaires en situation d'urgence
- Les événements sanitaires sont détectés et les risques évalués et communiqués en vue de mesures appropriées
- Les populations touchées par des urgences sanitaires ont accès à des services de santé essentiels permettant de sauver des vies et à des interventions de santé publique
- Programmes d'urgence nationaux appuyés par un Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire efficace doté de ressources suffisantes

Principaux résultats

L'OMS a continué d'apporter un soutien aux États Membres afin qu'ils soient mieux **préparés** à la multitude de risques sanitaires, à les **prévenir**, à les **détecter** et à y **faire face**. Ce soutien a consisté notamment à réunir des partenaires, à fournir des orientations, un soutien et une expertise, et à mener des missions opérationnelles et logistiques.

La mise en place d'une riposte réussie

L'OMS apporte un soutien aux pays – en particulier ceux disposant de capacités de santé publique minimales – pour qu'ils soient prêts à faire face à des risques hautement prioritaires. Le renforcement des équipes médicales d'urgence permet aux systèmes de santé de faire face aux conséquences initiales des situations d'urgence, puis au relèvement ultérieur. Lorsqu'une catastrophe se produit, une riposte rapide permet d'obtenir de meilleurs résultats.

En 2018, l'OMS a mis en place des activités pour la préparation opérationnelle dans plus de 60 pays dans l'ensemble des six Régions de l'OMS, portant notamment sur des programmes de formation, les profils de risques pour la santé publique, l'alerte rapide et la planification pour les risques majeurs. L'OMS a coordonné et soutenu techniquement les fonctions de préparation opérationnelle face aux flambées de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo et à la flambée de choléra au Zimbabwe.

Pour la flambée de maladie à virus Ebola, l'OMS a appuyé les pays voisins pour améliorer la surveillance des frontières et de la recherche des contacts ; former les équipes de vaccination ; et mettre en œuvre des mesures de prévention et de lutte contre l'infection. L'initiative des équipes médicales d'urgence de l'OMS, qui aide les pays à mettre en place des systèmes de santé plus forts en améliorant les équipes médicales d'urgence et les centres opérationnels au niveau national, est un autre exemple d'activité de préparation. Elle apporte un soutien direct à 35 pays dans ce domaine, grâce à des parrains experts formés par l'OMS, et les aide à créer et à renforcer les équipes médicales d'urgence nationales.

En 2014, l'OMS a lancé la formation des **équipes nationales d'intervention rapide** en réponse à une flambée de maladie à virus Ebola. Cette formation fait désormais partie intégrante de l'apprentissage pour la sécurité sanitaire. En 2018, des formations à l'intention des équipes d'intervention rapide dans le cadre de la lutte contre la maladie à virus Ebola ont été organisées dans six pays africains.

Renforcement d'un réseau mondial pour une réponse rapide aux situations d'urgence sanitaire

L'OMS s'appuie sur son réseau mondial de plus de 1644 partenaires techniques et opérationnels pour répondre aux situations d'urgence sanitaire. Les principaux réseaux de partenaires sont les suivants :

- **Le Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)** – un réseau technique de plus de 200 experts pluridisciplinaires prêts à être déployés partout dans le monde en cas de flambée.
- **Le Groupe sectoriel mondial pour la santé** – il regroupe plus de 700 partenaires dans 27 pays qui œuvrent pour répondre aux besoins sanitaires de 75 millions de personnes dans le monde, et son secrétariat est assuré par l'OMS.
- **L'initiative relative aux équipes médicales d'urgence** – elle appuie les organisations et les pays dans le renforcement des capacités et des systèmes de santé en coordonnant le déploiement d'équipes médicales dans les situations d'urgence.
- **Le Programme des partenaires de réserve** – il lie l'OMS à un groupe d'organisations quasi gouvernementales impliquées dans les actions d'urgence et de secours et maintient une liste d'experts qualifiés, prêts à être déployés.

Riposte à la flambée de maladie à virus Ebola

Lorsqu'une flambée de maladie à virus Ebola a été déclarée en République démocratique du Congo en mai 2018, une équipe pluridisciplinaire composée d'experts de l'OMS, de Médecins sans frontières et de responsables de la santé au niveau provincial s'est immédiatement rendue sur le point chaud à Bikoro – une ville dotée de peu d'établissements de santé. L'OMS a rapidement mis en place un système de gestion des incidents assorti d'un personnel et de ressources dédiés.

Depuis mai 2018, l'OMS a fourni un soutien opérationnel dans le cadre de la lutte contre la maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo. Elle a établi des camps de base pour plus de 160 intervenants de première ligne, qui ont également reçu une formation ; a construit une infrastructure de bureau pouvant accueillir plus de 400 employés ; a établi un centre des opérations d'urgence ; et a déployé des équipements de protection individuelle.

Des centres de traitement équipés de laboratoires mobiles et de nouveaux outils de diagnostic rapide ont été mis en place. Des cliniciens ont été déployés sur le terrain par l'intermédiaire du Réseau pour l'évaluation clinique des maladies émergentes et l'action (EDCARN), un réseau d'experts des maladies émergentes, coordonné par l'OMS.

À la fin de 2018, près de 60 000 personnes avaient été vaccinées avec un nouveau vaccin expérimental. La logistique de l'administration du vaccin a été particulièrement complexe du fait que celui-ci requiert une organisation particulière pour le conserver à une température de -80 degrés (Fahrenheit). Les équipes chargées de la mobilisation de la communauté ont permis de répondre aux préoccupations et de maîtriser les flambées grâce à la sensibilisation aux facteurs de risque et aux mesures de protection, telles que la vaccination et les inhumations sécurisées.

On est bien loin de la riposte à la flambée de 2014 en Afrique de l'Ouest. À cette époque, il n'existait pas de vaccin, les services de diagnostic étaient restreints et il n'y avait que peu d'intervenants formés. Les agents de santé étaient en nombre limité, tandis que les systèmes de surveillance et d'intervention rapide étaient insuffisants. Les laboratoires étaient pour la plupart situés dans les villes et la participation communautaire était limitée. L'épidémie a donné lieu à la plus grave flambée de maladie à virus Ebola jamais connue, avec des résurgences répétées et de nouvelles chaînes de transmission, qui ont entraîné 29 000 cas confirmés ou probables et 11 000 décès en deux ans. L'épidémie a été un signal d'alarme qui a permis de tirer des enseignements essentiels en matière de riposte aux flambées épidémiques.

À la place de la terreur et du chaos de 2014, en 2018, la riposte a été coordonnée, planifiée et financée. Le foyer initial identifié dans la province de l'Équateur a été maîtrisé en trois mois. Une autre flambée épidémique dans la province du Kivu est en cours, les opérations étant entravées par des conditions difficiles et des problèmes de sécurité. Néanmoins, le nombre de cas – plus de 900, dont 600 décès – est bien inférieur à celui de 2014. Des centaines voire des milliers de cas ont été évités.

Riposter à la flambée de maladie à virus Ebola

Les personnes qui combattent la maladie à virus Ebola interviennent dans le cadre d'un conflit, dans des conditions très difficiles. Elles travaillent sans relâche pour donner aux gens les informations, les soins et les traitements dont ils ont besoin. Voici quelques données essentielles sur les opérations menées en République démocratique du Congo :

6 centres de traitement bénéficiant du soutien de l'OMS et de ses partenaires

254 membres du personnel formés à la sécurité

57 634 vaccinations réalisées*

24 448 717 personnes dépistées aux points d'entrée*

48 heures pour mettre en place un laboratoire

2 heures pour obtenir un résultat

13 500 échantillons testés

Plus de **1000** experts détachés par l'OMS et ses partenaires

*Données communiquées au 1er janvier 2019

Éviter une propagation transfrontalière des maladies

Depuis mai 2018, l'OMS apporte un soutien à la République démocratique du Congo dans la prévention de la propagation de la maladie à virus Ebola aux pays voisins par la mise en place de contrôles à la sortie des aéroports internationaux, ports maritimes et principaux points de passage terrestres pour les voyageurs. Parmi ces activités, il convient de mentionner la cartographie des risques aux frontières poreuses, le dépistage des signes et des symptômes de la maladie à virus Ebola, la cartographie des antécédents d'exposition et l'examen des procédures de dépistage à la sortie.

Un nouveau test de dépistage de la maladie à virus Ebola permet d'accélérer la riposte aux flambées épidémiques

Par le passé, le dépistage du virus Ebola pouvait prendre des jours, voire une semaine. Du fait de l'absence de capacités de laboratoire locales, les échantillons devaient être envoyés à des laboratoires très sécurisés situés loin du lieu de la flambée. De ce fait, un temps précieux était perdu pour le patient et le virus non détecté pouvait se propager.

L'introduction d'un test génétique rapide de dépistage de la souche Zaïre du virus Ebola, le **test Xpert Ebola**, a changé la donne. Le test, mis au point au cours de la flambée de maladie à virus Ebola en 2014-2016, utilise l'appareil GeneXpert pour produire des résultats en moins de deux heures plutôt que plusieurs jours, permettant ainsi de mettre en place rapidement des mesures de prise en charge des patients et de confinement. Le test peut être effectué sans risque dans des laboratoires temporaires à proximité des établissements de prise en charge des patients ; il est plus simple à utiliser qu'une amplification en chaîne par polymérase (PCR) classique et peut l'être par du personnel formé sur place. Au cours de la flambée de maladie à virus Ebola, de nouveaux laboratoires ont pu être mis en place en 48 heures pour accompagner la flambée et **13 500 échantillons GeneXpert ont été analysés**.

Rester en sécurité grâce à l'échange d'expertise

Les épidémies émergentes menacent la sécurité sanitaire mondiale. Si l'OMS dispose de stratégies spécifiques pour lutter contre des maladies connues, telles que la fièvre jaune, il n'existe pas d'interventions médicales de lutte contre certains agents pathogènes particulièrement dangereux. Pour y remédier, l'OMS encourage la recherche et le partage d'informations sur les agents pathogènes particulièrement dangereux par le biais de réseaux techniques d'experts et de groupes consultatifs réunissant l'expertise et les connaissances institutionnelles les plus récentes. Ces réseaux peuvent proposer des solutions innovantes pour lutter contre les pandémies et les « infodémies » (« épidémies » préjudiciables de rumeurs lors de flambées épidémiques).

Parmi les réseaux phares, il convient de mentionner les suivants :

- **Le système mondial de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS)** – réseau existant depuis 66 ans et regroupant 150 institutions dans 114 pays, il produit des données pour la composition des vaccins et fournit des orientations relatives à la préparation à la grippe pandémique.
- **Le Réseau pour l'évaluation clinique des maladies émergentes et l'action (EDCARN)** – il définit les normes de soins, notamment les normes cliniques et les procédures opérationnelles normalisées et, dans les situations d'urgence, déploie des experts cliniques en première ligne.
- **Le Réseau de laboratoires des agents pathogènes émergents et dangereux** – il est axé sur les infections humaines et vétérinaires et suit une approche intégrée pour l'action des laboratoires.

Le schéma directeur en matière de recherche-développement constitue un élément important des activités de l'OMS avec les réseaux mondiaux d'experts. Il stimule la recherche au cours des flambées épidémiques comportant le développement rapide de tests diagnostiques, de vaccins et de médicaments efficaces, tels que les vaccins contre le virus Ebola. En mai 2018, un vaccin testé au préalable en Guinée a été déployé dans les zones touchées par la flambée.

Des stratégies éprouvées mises en œuvre à grande échelle

Le nombre de risques infectieux majeurs continue à augmenter. L'OMS élabore des stratégies mondiales avec des partenaires des domaines technique, scientifique et social pour lutter contre les risques infectieux majeurs et contribuer à la gestion des ressources rares. **Le Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccins** surveille le niveau des stocks mondiaux de vaccins contre le choléra, la méningite et la fièvre jaune afin de garantir des approvisionnements suffisants en cas de flambée.

Certaines des stratégies mondiales phares sont les suivantes :

- **la stratégie mondiale Éliminer les épidémies de fièvre jaune (EYE)** – pour faire face de manière coordonnée au risque accru d'épidémies de fièvre jaune et éliminer la maladie d'ici 2026, en ciblant les pays les plus vulnérables. En 2018, 61 millions de personnes ont été vaccinées en Afrique.

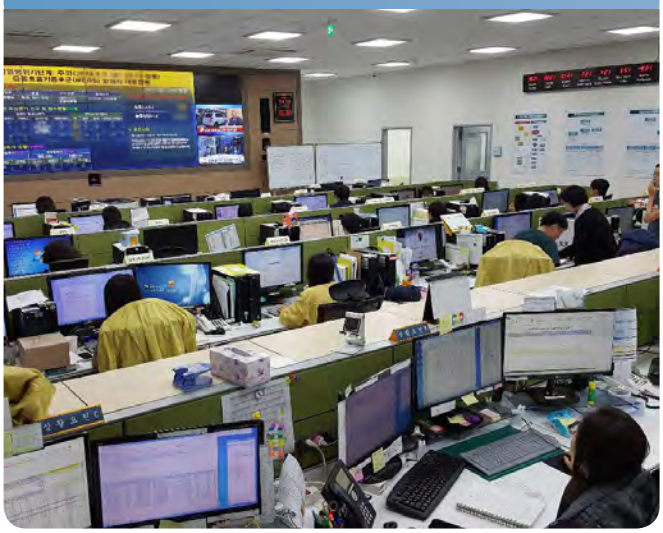
Un système de santé plus robuste en République de Corée permet d'endiguer la flambée

En septembre 2018, il a été confirmé qu'un Coréen âgé de 61 ans avait contracté le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) le jour suivant son retour à Séoul après un déplacement professionnel au Koweït. Le syndrome respiratoire du Moyen-Orient est une maladie respiratoire virale responsable de plus d'un décès sur trois chez les personnes infectées.

Le cas a fait réapparaître le cauchemar de la flambée épidémique de 2015 en République de Corée, au cours de laquelle on avait dénombré 186 cas d'infection et 39 décès ; 70 établissements de soins de santé avaient également été touchés. Le coût avait été estimé à 8 milliards de dollars.

La situation en 2018 était toutefois différente. En effet, la République de Corée avait apporté d'importantes améliorations à son système de santé, de manière à pouvoir identifier et endiguer les flambées de maladies telles que le syndrome respiratoire du Moyen-Orient. Pour donner suite aux recommandations de l'OMS concernant les domaines prioritaires pour le renforcement des systèmes – fondées sur les missions techniques effectuées lors de la flambée de 2015 et sur une évaluation externe conjointe menée en 2017 – le pays a amélioré la formation dispensée à son personnel de santé, la surveillance des maladies, les procédures de lutte anti-infectieuse, les systèmes de laboratoire et les communications interinstitutions.

Lors de la survenue du nouveau cas en 2018, la République de Corée a été en mesure de riposter rapidement et d'empêcher une propagation de la maladie. Aucune autre infection n'a été enregistrée. Le système a été modifié pour combler les lacunes constatées au cours de l'évaluation. Le dépistage précoce, l'isolement rapide et la mise en œuvre de mesures de lutte anti-infectieuse adéquates dans les établissements de soins de santé ont une incidence considérable sur le déroulement d'un événement.



Restauration des services de soins de santé en République arabe syrienne

Les années de conflit en République arabe syrienne ont fait des ravages sur le système de santé – autrefois l'un des meilleurs de la région – et ont créé l'une des situations d'urgence humanitaire les plus graves et les plus complexes. Seule la moitié de l'ensemble des établissements de santé sont pleinement opérationnels en raison des attaques perpétrées contre les établissements, tandis que le conflit qui sévit dans le nord du pays a gravement perturbé les services.

En 2018, on a enregistré des flambées de fièvre typhoïde et de diarrhée aiguë causées par l'eau insalubre et un assainissement insuffisant. Des flambées de rougeole ont également été enregistrées du fait de la faible couverture vaccinale, tandis que les taux de leishmaniose cutanée ont fortement augmenté.

- L'OMS, avec ses partenaires, apporte un soutien pour rétablir les services perturbés. En outre, elle fournit un soutien à plus de 1700 établissements de soins de santé qui notifient les cas à un système d'alerte rapide en cas de maladie, ce qui permet de détecter et de freiner rapidement ces flambées. Une flambée de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale a été interrompue grâce à une campagne de vaccination de masse qui a permis d'atteindre 2,6 millions d'enfants.
- En 2018, l'OMS a également livré 1900 tonnes de fournitures et de matériel sanitaires. Elle a fait don de cliniques mobiles pour dispenser des soins dans les zones mal desservies et a formé 30 000 personnes à un large éventail de questions sanitaires.

- **le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra** – beaucoup de progrès ont été réalisés en ce qui concerne la feuille de route mondiale pour mettre fin au choléra, laquelle vise à réduire de 90 % la mortalité due au choléra dans le monde et à éliminer la maladie dans 20 pays à haut risque d'ici 2030 ; 10 pays prenant des mesures actives de lutte contre le choléra.
- **la Stratégie mondiale de lutte contre la grippe 2019-2030** – permet de suivre l'évolution du virus de la grippe et de mettre à jour les compositions des vaccins, et elle présente les priorités mondiales en matière de préparation en cas de pandémie.
  - Plus de 500 millions de personnes ont été vaccinées dans le monde en 2018.
  - L'accès à 400 millions de doses du vaccin antipandémique est garanti par l'intermédiaire du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (ou « Cadre PIP »).

Atténuer les risques infectieux majeurs

Nous ne savons pas quelle maladie particulièrement dangereuse apparaîtra la prochaine fois ni à quel endroit ; notre seule certitude est l'apparition de nouveaux agents pathogènes. De nouvelles maladies surviennent souvent dans des pays vulnérables qui ne sont peut-être pas en mesure de prévenir, de détecter et de combattre les flambées épidémiques. L'OMS a collaboré avec son réseau de partenaires dans le but de réduire les risques de réémergence d'agents pathogènes à haut risque ainsi que l'émergence d'agents pathogènes nouveaux et inconnus tels que les agents pathogènes respiratoires, ceux responsables de fièvres hémorragiques virales, de maladies à transmission vectorielle, de menaces à la biosécurité et de la résistance antimicrobienne. Parmi les domaines dans lesquels des mesures ont été prises, figurent notamment les suivants :

- Sûreté et sécurité biologiques en laboratoire – En 2018, l'OMS s'est efforcée d'améliorer le prélèvement et le transport sans danger des échantillons, ainsi que l'accès à une capacité de diagnostic de qualité garantie en laboratoire. Des consultations mondiales ont été organisées pour recueillir les points de vue d'experts, élaborer des orientations et partager les meilleures pratiques en matière d'acheminement sécurisé des matières infectieuses, de sécurité et de sûreté biologiques en laboratoire et de surveillance communautaire.
- Coordination des secteurs de la santé humaine et animale – Près de 75 % des pathogènes émergents sont d'origine zoonotique. Pour appliquer le Règlement sanitaire international (2005), les différents secteurs et disciplines doivent contribuer ensemble en adoptant une approche « Un monde, une santé ». L'OMS œuvre en étroite collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et, en particulier, l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), pour aligner les travaux du secteur vétérinaire sur l'application du Règlement sanitaire international (2005). Ensemble, l'OIE et l'OMS ont mis en place des **ateliers nationaux** pour passer en revue les lacunes en matière de coordination entre le secteur sanitaire et le secteur vétérinaire.

Lutte contre le choléra au Yémen

Le nombre de cas présumés de choléra au Yémen, pays ravagé par la guerre, a chuté, passant de 50 000 cas par semaine en 2017 à environ 10 000 cas par semaine en 2018, après la mise en œuvre d'un éventail d'interventions, dont une campagne de vaccination massive. Plus de 306 000 personnes ont été vaccinées contre le choléra dans le cadre d'une campagne conjointe OMS-UNICEF achevée en octobre 2018. Depuis avril 2017, le Yémen a connu une forte augmentation du nombre de cas de choléra en raison du conflit en cours ; de la destruction des infrastructures de santé, d'approvisionnement en eau et d'assainissement ; et de la malnutrition ; ce qui accroît la vulnérabilité de la population. L'épidémie de choléra au Yémen a été la plus importante enregistrée dans le monde en 2018.

La technologie permet de suivre les cas de diphtérie dans la crise humanitaire des Rohingya au Bangladesh

Lorsque la diphtérie est apparue en novembre 2017 la flambée s'est rapidement propagée, et on a atteint 150 cas par jour. Le nouveau système d'alerte et d'intervention rapide de l'OMS a permis de collecter rapidement des données sur le terrain et les équipes d'intervention ont pu agir rapidement. Plutôt que de consulter des douzaines de rapports papier, les agents de santé ont suivi de près la flambée sur leur ordinateur portable. La recherche des contacts et les centres de traitement de la diphtérie ont également contribué à endiguer la flambée.

Faire en sorte que les pays surveillent les capacités de préparation et en rendent compte

En 2018, l'OMS a œuvré en étroite collaboration avec les pays pour surveiller leurs capacités de préparation aux situations d'urgence concernant l'ensemble des risques et en rendre compte. Les travaux sont essentiellement fondés sur le **Règlement sanitaire international** (2005), cadre juridique énonçant les procédures de préparation et d'intervention face aux menaces pour la santé publique. L'OMS a mis au point quatre outils afin de permettre aux pays d'évaluer les capacités pour la préparation aux situations d'urgence et en rendre compte. Il s'agit notamment d'**exercices de simulation** et d'**évaluations externes conjointes** (un processus volontaire visant à évaluer la capacité d'un pays à prévenir et à détecter les risques, à y faire face ainsi qu'à identifier les lacunes critiques et les possibilités d'amélioration de la préparation).

- En 2018, 187 pays ont fait état de leurs capacités nationales de riposte aux situations d'urgence.
- 24 évaluations externes conjointes et 31 exercices de simulation ont été menés en 2018.

Un **exercice de simulation** en vue d'une riposte mondiale à une pandémie impliquant une quarantaine de pays a eu lieu en décembre 2018, coordonné par l'OMS et le Réseau des centres d'opérations d'urgence en santé publique (EOC-NET). Prenant pour thème une flambée de grippe virtuelle sur une île fictive, les personnels des centres d'opérations d'urgence du monde entier ont pu tester leurs plans d'intervention en cas de pandémie afin d'identifier les domaines susceptibles d'être améliorés.

Renforcement de la préparation aux situations d'urgence à l'échelle nationale

Par le biais d'efforts de renforcement des systèmes de santé, l'OMS s'est employée à améliorer les capacités fonctionnelles, telles que les laboratoires, les plans d'urgence nationaux, la coopération multisectorielle et les systèmes de surveillance capables de vérifier les risques graves pour la santé publique. L'OMS a également appuyé les pays dans la mise au point de **plans d'action nationaux de sécurité sanitaire** en vue d'accélérer la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005).

L'OMS apporte un soutien aux pays pour le renforcement des capacités de laboratoire et de surveillance en leur fournissant des conseils techniques, des matériels et des outils. L'**initiative pour la sécurité des hôpitaux** contribue à maintenir la sécurité et le fonctionnement des hôpitaux en cas de catastrophe. Un outil d'évaluation fournit un instantané de la sécurité et de la préparation des hôpitaux.

Détection rapide des situations d'urgence sanitaire

L'OMS dispose d'un système de surveillance continue des événements liés à la santé publique et de vérification et d'évaluation des événements détectés. Chaque mois, ce système détecte environ 7000 menaces potentielles pour la santé publique, dont 0,5 % donnent lieu à des enquêtes de terrain en bonne et due forme et à des évaluations des risques.

Lors de flambées épidémiques, l'OMS apporte un soutien aux pays pour la surveillance continue des événements et la réalisation d'évaluations des risques, y compris la mise en œuvre du **système d'information en matière de santé publique**.

Les **bulletins d'information de l'OMS sur les flambées épidémiques** fournissent des mises à jour contenant des synthèses épidémiologiques, des actions, des évaluations des risques et des conseils. Les bulletins d'information figurent parmi les pages du site Web de l'OMS les plus visitées, avec près de 3 millions de visites par an. En 2018, l'OMS a publié 91 bulletins d'information sur les flambées épidémiques.

Le **système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS)** est un nouveau programme informatique mis au point par l'OMS en vue de la détection des flambées épidémiques dans les situations d'urgence. Il permet la collecte rapide de données sur le terrain pour permettre une riposte rapide.

En 2018, l'OMS a assuré le suivi et a évalué près de 180 événements de santé chaque semaine, produisant des mises à jour hebdomadaires et quotidiennes.

À la fin 2018,

28 pays avaient achevé leur plan d'action national de sécurité sanitaire

850 personnels de laboratoire dans 62 pays ont bénéficié d'une formation

400 professionnels travaillant dans les ports et les aéroports ont été formés à la surveillance

2800 professionnels de la santé dans 141 pays ont été formés à la sécurité sanitaire

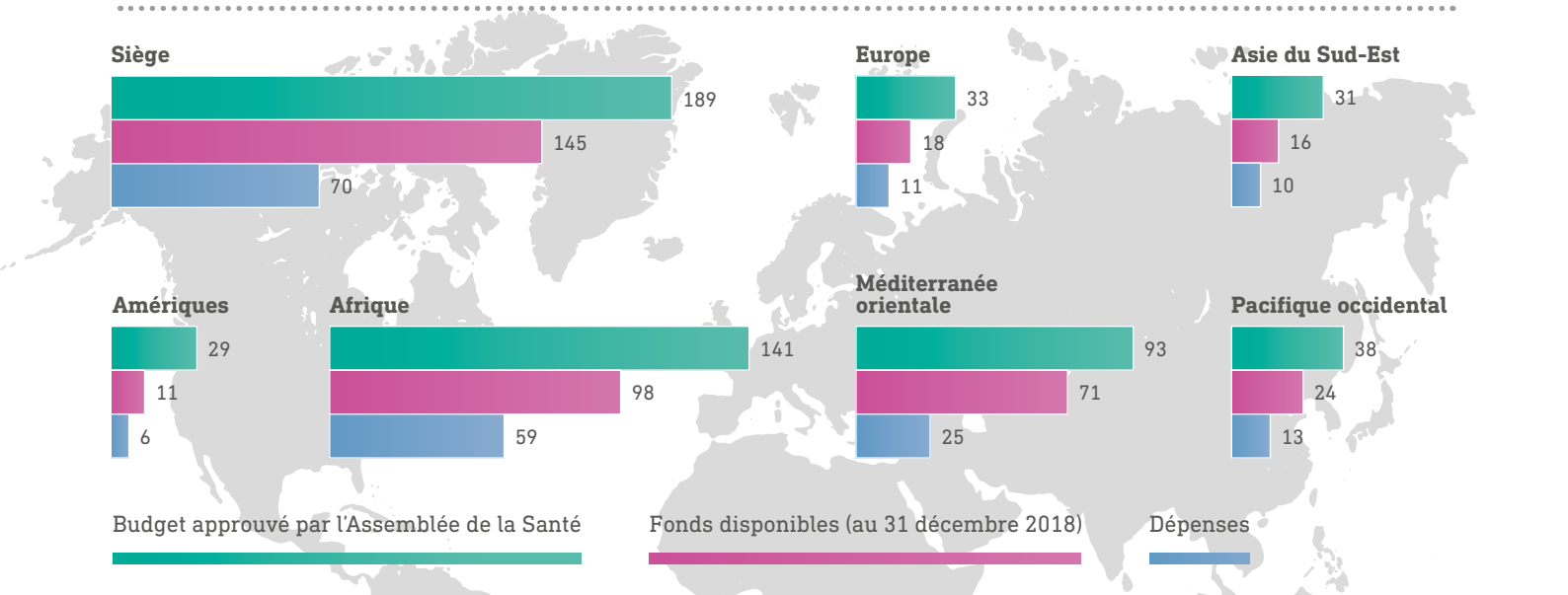
Principaux chiffres pour 2018-2019 : Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS

Montant approuvé dans le budget programme : US $554 millions

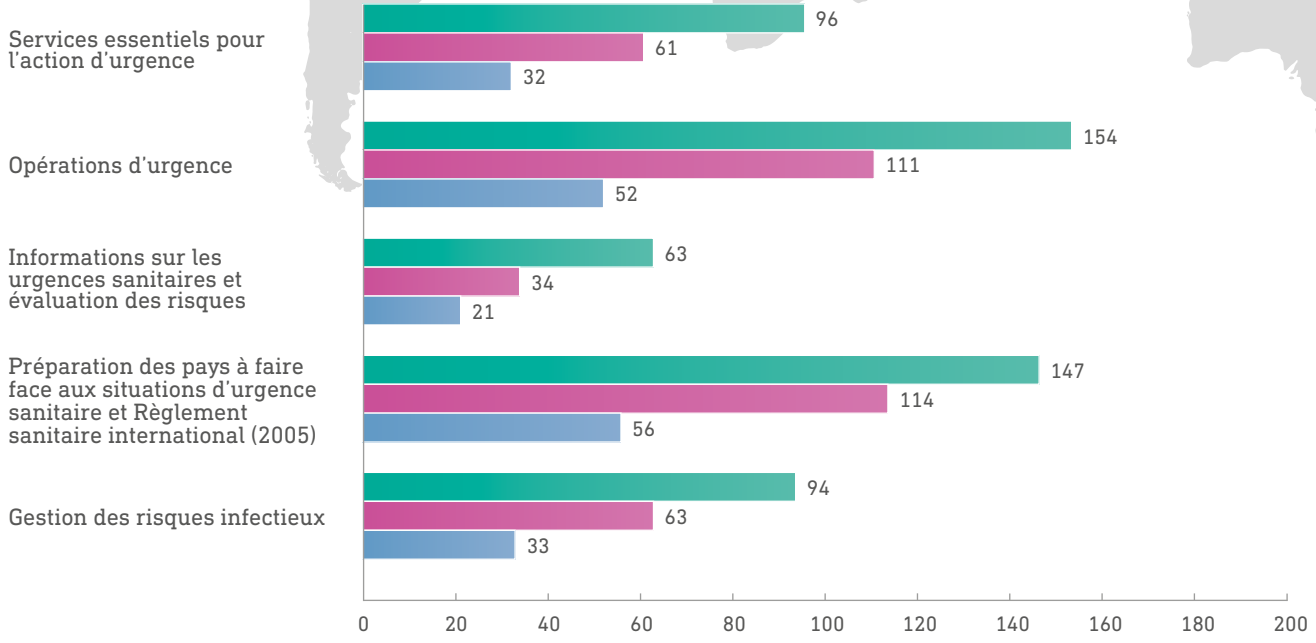
Fonds disponibles : US $383 millions (69 % du budget programme)

Dépenses : US $194 millions (35 % du budget programme, 50 % des ressources disponibles)

Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US $)



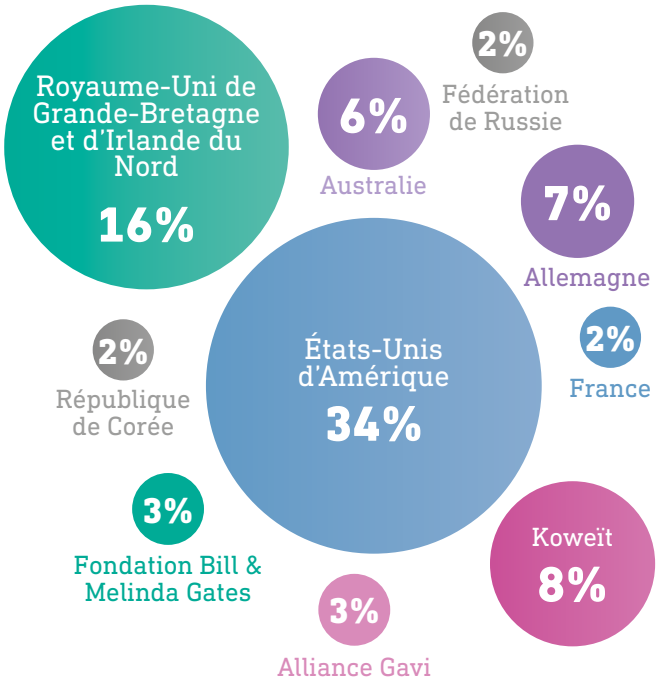
Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US $)



Exécution du budget

Le financement du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS a atteint 69 % du niveau approuvé. Toutefois, ce financement est inégalement réparti d'un bureau à l'autre avec, par exemple, 77 % au Siège et 76 % dans la Région de la Méditerranée orientale, mais seulement 38 % dans la Région des Amériques. Bien que la demande pour les activités de base des programmes soit beaucoup plus forte dans la Région africaine et la Région

Les 10 principaux contributeurs volontaires (contributions à objet désigné)

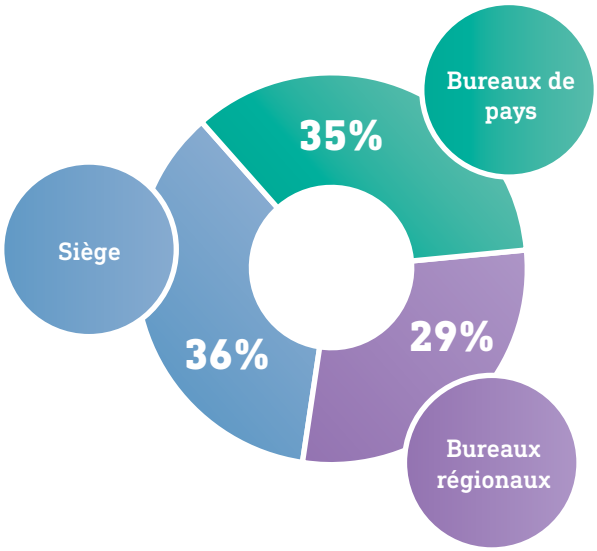


Source de financement

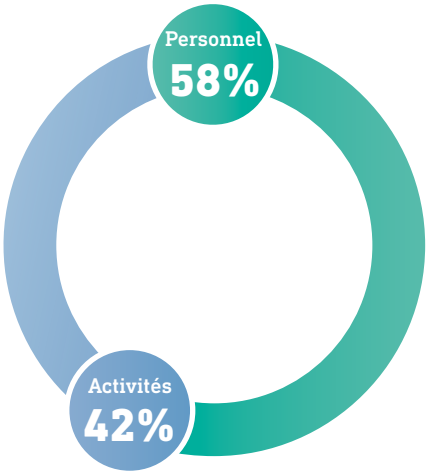
Fonds souples : 29 %
Contributions volontaires à objet désigné : 71 %

83 % du montant total des contributions volontaires à objet désigné a été versé par 10 contributeurs (voir ci-contre)

Dépenses par niveau



Dépenses liées au personnel et dépenses liées aux activités



de la Méditerranée orientale (du fait du niveau élevé de l'action d'urgence dans les deux Régions), les dépenses en pourcentage du niveau de financement sont inférieures dans la deuxième, s'établissant à 27 % seulement. Dans la Région africaine, par comparaison, les ressources ont atteint 42 % du financement approuvé. Le faible niveau de dépenses illustre la difficulté de l'action dans des situations de conflit, de fragilité et de vulnérabilité. Un soutien plus clair à l'exécution est nécessaire.

La proportion de ressources disponibles est restée relativement homogène entre les différents secteurs de programmes à l'exception de l'information sur les urgences sanitaires et de l'évaluation des risques, secteur pour lequel seul 54 % du niveau approuvé est disponible. Toutefois, les niveaux de dépenses étaient tous proches de la moyenne de 35 % du niveau approuvé pour les secteurs de programmes de la gestion des situations d'urgence sanitaire.

Compte tenu de la taille relativement importante du budget approuvé pour le Programme OMS de gestion des situations d'urgence, la flexibilité du financement reste essentielle pour un financement intégral de ce programme.

Pour obtenir davantage d'informations sur le financement du budget programme et l'exécution au titre de cette catégorie, veuillez consulter le portail Web du budget programme de l'OMS (http://open.who.int/2018-19/our-work/category/12/about/key-figures et http://open.who.int/2018-19).

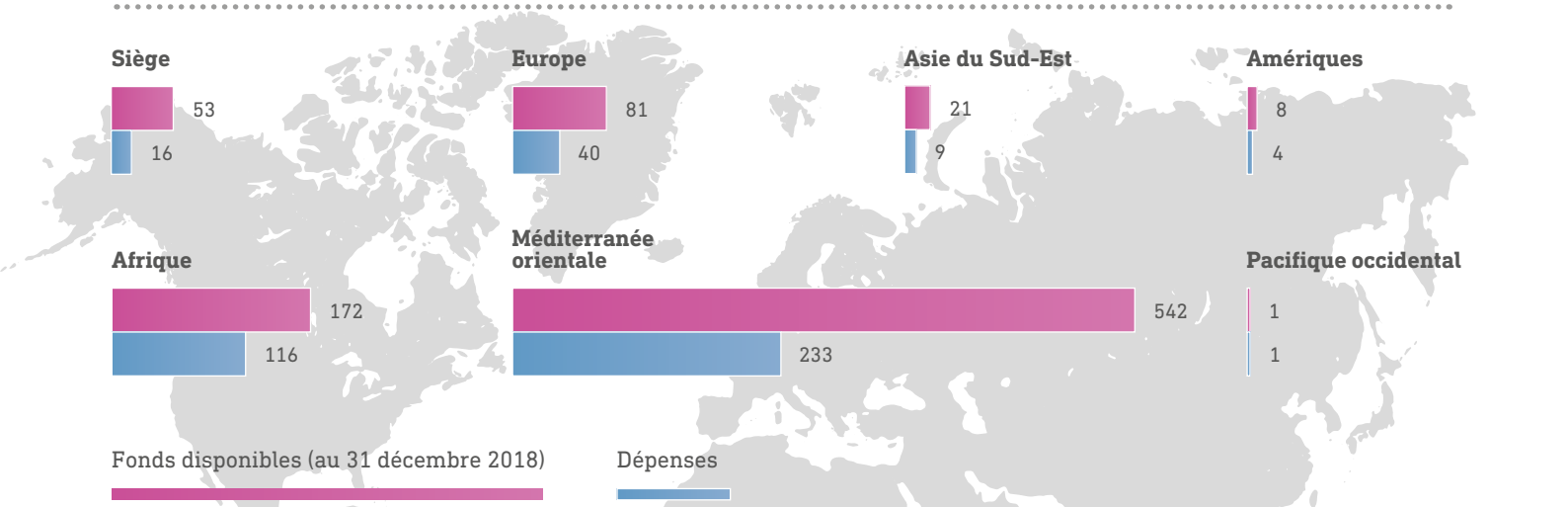
Principaux chiffres pour 2018-2019 : Plans d'action humanitaire et autres appels

Montant approuvé dans le budget programme : US $0 million

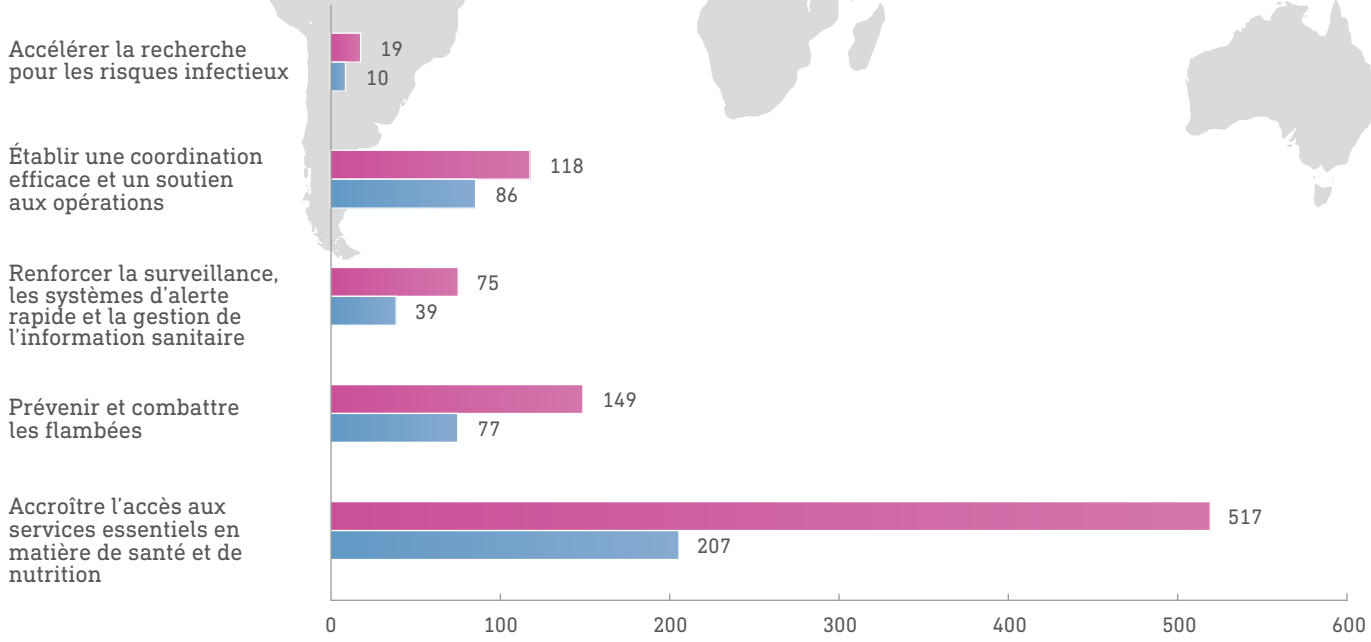
Fonds disponibles : US $878 millions

Dépenses : US $419 millions (48 % des ressources disponibles)

Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US $)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US $)

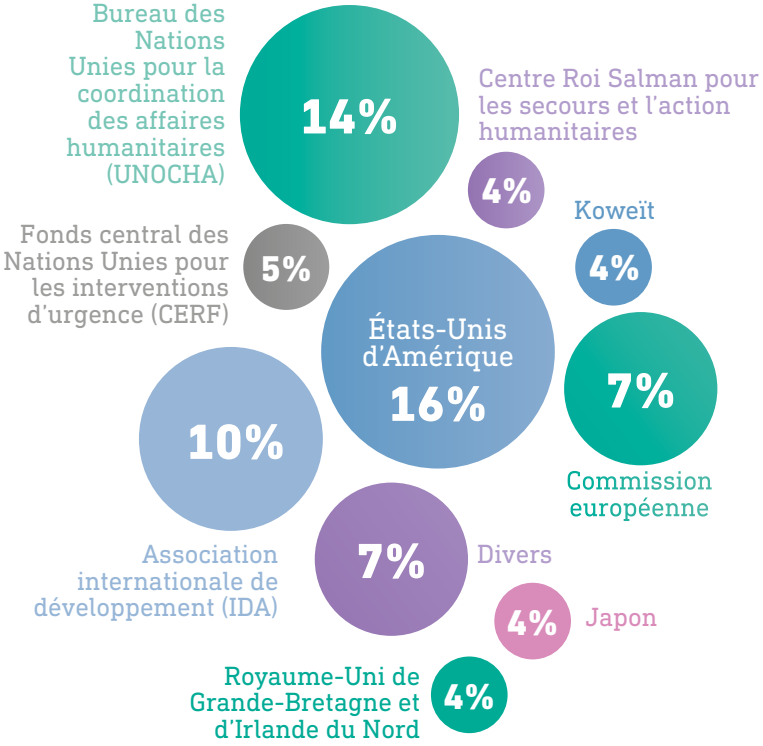


Exécution du budget

Entièrement déterminé par les événements, le secteur des plans d'action humanitaire et autres appels ne disposait pas d'un montant budgétaire approuvé pour 2018-2019. Il n'a en outre reçu que 1 % de ses ressources disponibles de sources de financement souples, compte tenu du fait que ce type d'activités est largement tributaire du soutien des donateurs.

Les dépenses totales ont représenté 48 % des ressources disponibles, le niveau le plus faible étant pour le Siège, avec 30 %. Dans la Région africaine, le niveau a atteint 67 % et près de 100 % dans la Région du Pacifique occidental (bien que cette dernière ait reçu le montant le plus faible de tous les bureaux en termes absolus). Quatre-vingt-quinze

Les 10 principaux contributeurs volontaires (contributions à objet désigné)

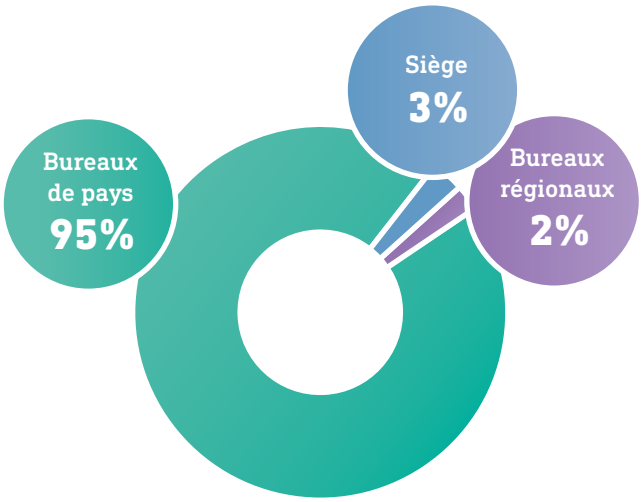


Source de financement

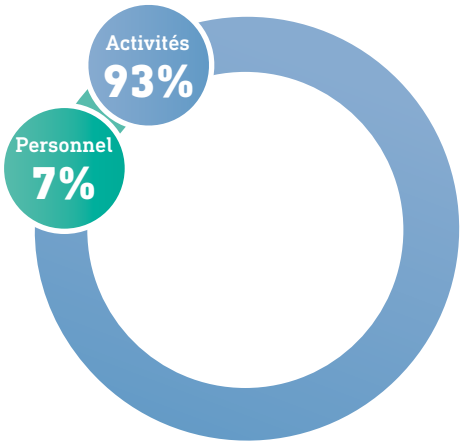
Fonds souples : 1 %
Contributions volontaires à objet désigné : 99 %

75 % du montant total des contributions volontaires à objet désigné a été versé par 10 contributeurs (voir ci-contre)

Dépenses par niveau



Dépenses liées au personnel et dépenses liées aux activités



pour cent des dépenses ont eu lieu au niveau des pays. Seulement 7 % des dépenses étaient liées au personnel.

Les données montrent que le niveau des dépenses est faible pour les zones qui disposent d'un financement clairement plus important. Cela est particulièrement manifeste pour l'accès accru aux services essentiels de santé et de nutrition. Le niveau des dépenses s'établit à 40 % d'un volume de fonds beaucoup plus important de US $517 millions. Les raisons qui expliqueraient ce faible niveau sont à l'étude afin de déterminer s'il est nécessaire d'investir des ressources dans la mise en œuvre, y compris en collaborant avec les programmes techniques pertinents au sein de l'OMS qui sont aussi essentiels pour répondre aux situations d'urgence.

Pour obtenir davantage d'informations sur le financement du budget programme et l'exécution au titre de cette catégorie, veuillez consulter le portail Web du budget programme de l'OMS (http://open.who.int/2018-19/our-work/category/13/about/key-figures et http://open.who.int/2018-19).

PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE

SECTEURS DE PROGRAMME

- Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
- Vieillissement et santé
- Équité, déterminants sociaux, égalité des sexes et droits humains
- Santé et environnement

> Pour promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie, il faut un mouvement à l'échelle de la société tout entière de façon à créer les conditions nécessaires pour que chacun puisse s'épanouir, indifféremment de son âge. Il faut que les gens participent, fassent entendre leur voix, et que les voix de tous – en particulier celles des laissés-pour-compte – soient entendues.

Dre Carissa F Etienne
Directrice régionale de l'OMS pour les Amériques

L'approche fondée sur les étapes de la vie tient compte des enjeux de santé propres à chaque période de la vie et à chaque âge : grossesse et accouchement sans risque ; développement du jeune enfant ; transition réussie vers l'âge adulte pendant l'adolescence ; santé de la femme, notamment pour les femmes en âge de procréer ; et vieillissement en bonne santé, compte tenu de l'allongement de la durée de la vie.

Il est inacceptable de voir un grand nombre de femmes et de jeunes enfants, principalement dans les milieux à faibles ressources, mourir chaque jour de causes facilement évitables. Des facteurs sociaux, économiques et environnementaux entrent en jeu. L'approche fondée sur les étapes de la vie vise à identifier les facteurs à l'origine des résultats inéquitables observés en matière de santé. Elle tient également compte des liens réciproques particuliers qui unissent les générations précédentes et futures. L'objectif général est de promouvoir l'équité en santé en protégeant les droits humains et en réduisant les inégalités entre les sexes.

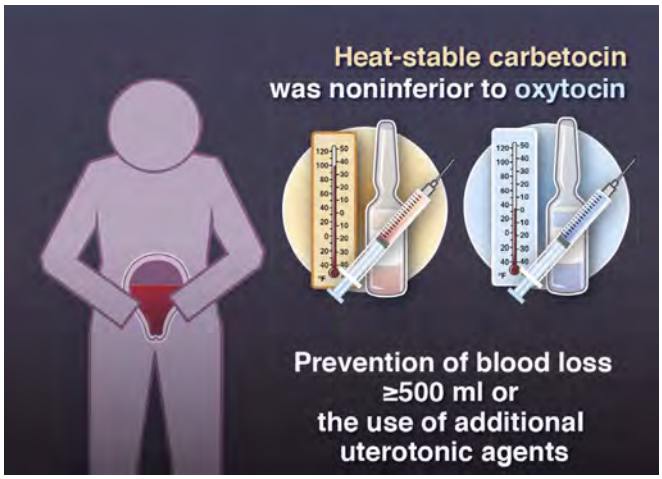
Réalisations visées en 2018-2019

- Élargissement de l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
- Augmentation de la proportion des personnes pouvant vivre longtemps en bonne santé
- Réduction des menaces environnementales qui pèsent sur la santé
- Amélioration des capacités de l'OMS, du secteur de la santé et de l'ensemble des ministères et organismes publics (ensemble du gouvernement) de tenir compte des déterminants sociaux, des inégalités entre les sexes et des droits humains en matière de santé et d'aboutir à des résultats équitables du point de vue des objectifs de développement durable

Principaux résultats

Introduction d'innovations pour améliorer les accouchements et les rendre plus sûrs

La mortalité maternelle est une tragédie qui, chaque jour, emporte encore 830 vies. La principale cause directe en est l'hémorragie sévère après la naissance. Près de 99 % de ces décès surviennent dans les pays en développement. Aujourd'hui, une nouvelle formulation ravive l'espoir, d'après une étude menée par le Programme spécial de recherche en reproduction humaine[1] (HRP) qui a été publiée dans le *New England Journal of Medicine* en 2018. Cette étude montre que la **carbétocine thermostable** est aussi efficace que le traitement standard, l'ocytocine. Contrairement à l'ocytocine, elle ne doit pas être réfrigérée, et pourrait donc sauver la vie de milliers de femmes dans les contextes où il est difficile de stocker les médicaments dans de bonnes conditions. L'étude a porté sur près de 30 000 femmes dans 10 pays.



[1] Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine.

L'OMS a utilisé les données sur le travail et l'accouchement issues des recherches du HRP en vue d'établir ses recommandations sur les **soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement**. Ce document présente 56 recommandations à bases factuelles consistant notamment à laisser les femmes choisir les techniques de soulagement de la douleur et leur position pour le travail et l'accouchement. Certaines recommandations sont en train d'être intégrées aux plans nationaux. Les recherches du HRP ont aussi été utilisées par l'OMS pour élaborer des recommandations sur les interventions non cliniques pour réduire les césariennes inutiles. Sous l'effet de la médicalisation croissante des accouchements, des interventions inutiles et potentiellement dangereuses sont réalisées, dont certaines (à l'instar des césariennes) étaient auparavant seulement employées pour traiter les complications ou éviter certains risques. Ces interventions inutiles pourraient amenuiser encore les faibles ressources disponibles.

Le dispositif mondial **de surveillance des décès maternels et d'action en retour** sert à notifier, quantifier et examiner les décès, à orienter les activités visant à améliorer la qualité des soins qui entourent l'accouchement et, en définitive, à réduire la mortalité maternelle. Sur les 148 pays ayant répondu à l'enquête de 2018 ou à l'enquête initiale de 2015, plus de 80 % ont expliqué disposer d'une politique sur la notification des décès maternels dans les 24 heures et d'une politique nationale sur l'examen des décès.

Réduction des décès de nouveau-nés

À l'échelle mondiale, le nombre de décès néonatals a baissé de moitié, passant de 5 millions en 1990 à 2,5 millions en 2017 (dernières données disponibles). Néanmoins, la mortalité néonatale a baissé plus lentement que la mortalité chez les moins de cinq ans. Pour améliorer leurs chances de survie, les nouveau-nés prématurés ou de faible poids de naissance doivent absolument bénéficier de soins et d'une alimentation appropriés au cours de leurs 28 premiers jours de vie. C'est à cette fin que l'OMS a mené une action de promotion de la méthode « mère kangourou » (voir l'encadré). D'importants progrès ont été accomplis en vue de réduire la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Sauver la vie des mères au Paraguay

En 2014, le Paraguay a lancé un programme sur quatre ans destiné à réduire le nombre relativement élevé de femmes qui meurent pendant l'accouchement, avec comme slogan #CeroMuertesEvitables.

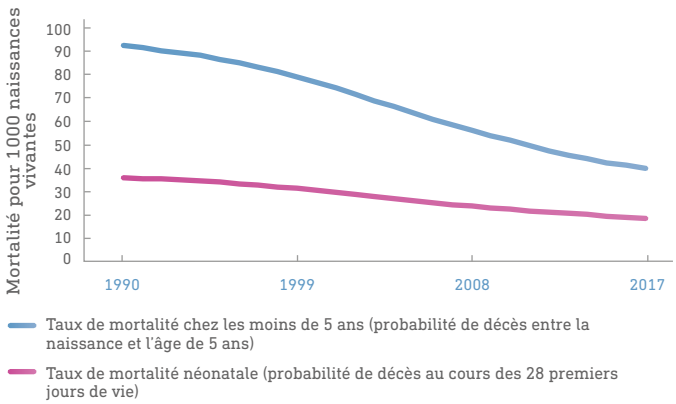
La Région OMS des Amériques/l'OPS assure une coopération technique dans le but de renforcer quatre domaines : le réseau de services de santé intégrés ; la surveillance de la santé maternelle et néonatale ; le renforcement des ressources humaines aux trois niveaux des soins mère-enfant ; et le système d'information stratégique.

L'impact du programme est évident, avec une baisse de 10 % du nombre de décès maternels au cours des trois dernières années. Les unités de santé familiale ont été renforcées et sont désormais dotées d'un équipement de base, de fournitures et d'un matériel améliorés qui leur permettront de mieux prévenir et suivre la malnutrition chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Les femmes issues des zones rurales ou appartenant aux populations autochtones jouissent désormais d'un meilleur accès à l'éducation financière et d'une plus grande autonomie économique, grâce aux initiatives socioproductives.

Le programme a également permis de renforcer les ressources humaines en vue d'assurer des soins de santé complets, l'accent étant mis sur la prise en charge obstétricale et néonatale d'urgence par l'intermédiaire de séances de formation au titre du projet Code Red. Ces séances ont rendu la coopération technique et financière possible dans les établissements de santé des communautés difficiles d'accès. Plus de 6600 professionnels et techniciens de la santé ont été formés.

En outre, le système d'information sur la mortalité s'est amélioré. Doté de capacités d'analyse renforcées sur les décès maternels, il permet de mieux expliquer les écarts observés entre les estimations et ce qui est effectivement enregistré.

Taux de mortalité chez les moins de 5 ans (probabilité de décès entre la naissance et l'âge de 5 ans)



Améliorer les soins pour la santé de la mère et du nouveau-né au Malawi

La politique nationale de gestion de la qualité du Malawi, 2017-2022, fixe un cadre pour améliorer la qualité des services de santé et atteindre les objectifs de développement nationaux. L'OMS et ses partenaires ont aidé à mettre au point de nouvelles normes pour la prestation de services en vue d'assurer la qualité des soins, sur la base des dernières lignes directrices de l'OMS.

Au total, 24 établissements de santé (hôpitaux communautaires ou de district et centres de santé) ont été identifiés comme sites de formation dans six districts qui correspondent à de vastes bassins de population, présentent des niveaux de mortalité maternelle élevés et disposent d'un financement. Des améliorations sont observées du point de vue de l'utilisation appropriée et efficace des partogrammes, de la supervision et de la prévention des infections en matière de santé maternelle, de la documentation des soins et de la gestion et de l'utilisation des données.

Le Malawi est l'un des 10 pays pionniers soutenus par l'OMS dans le cadre du réseau pour améliorer la qualité des soins pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Objectifs nationaux du Malawi pour 2030

- Réduire la mortalité maternelle, en la faisant passer de 439 à 140 décès pour 100 000 naissances vivantes
- Réduire la mortalité néonatale, en la faisant passer de 27 à 12 décès pour 1000 naissances vivantes
- Réduire la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans, en la faisant passer de 63 à 25 décès pour 1000 naissances

La méthode « kangourou » pour sauver les nouveau-nés

Pour les nouveau-nés de faible poids de naissance, l'OMS recommande la méthode « kangourou », une alternative efficace aux soins néonatals classiques, lesquels sont coûteux et nécessitent du personnel qualifié. Ces soins associent contact peau à peau prolongé, allaitement exclusif et suivi médical étroit.

L'OMS coordonne des essais cliniques afin de produire de nouvelles données sur la méthode « kangourou ». Il ressort d'une étude sur la mise en route à domicile de ces soins qu'ils ont fortement réduit la mortalité néonatale et infantile des nourrissons de faible poids de naissance. Une deuxième étude est en cours dans quatre pays d'Afrique et un pays d'Asie.

L'OMS a coordonné l'extension de la méthode « kangourou » dans quatre régions d'Éthiopie et trois États d'Inde, une opération qui a atteint une population totale de 6 millions de personnes. Les obstacles ont été systématiquement identifiés par les équipes sanitaires de district, qui ont pris des mesures pour y répondre, notamment en autorisant les mères à rester à l'hôpital pour pratiquer ces soins, en s'attaquant aux conceptions erronées des agents de santé (qui pensent que des incubateurs sont préférables) et en prodiguant des conseils aux membres de la famille désireux d'appliquer cette pratique à domicile. La couverture obtenue à l'échelle de la population est supérieure à 80 % pour la mise en route de la méthode kangourou et à 60 % pour la pratique effective de tels soins (définie comme suit : plus de 8 heures de contact peau à peau par jour, et un allaitement exclusif), soit une augmentation notable par rapport à la couverture de départ (moins de 5 %). L'initiative a été étendue à l'ensemble des provinces et des États concernés dans les deux pays.

Dans la Région du Pacifique occidental, les huit pays prioritaires où la charge des décès néonatals est la plus élevée ont bénéficié d'un soutien visant à renforcer les soins précoces essentiels aux nouveau-nés. L'encadrement clinique assuré à cette fin par l'OMS au titre des soins de routine, dont ont bénéficié 30 000 agents de santé situés dans plus de 3600 hôpitaux des pays prioritaires, a reçu un accueil favorable. À la demande des pays, un module de formation sur la méthode kangourou a été mis au point. Les évaluations qui ont suivi ont montré une évolution significative des pratiques dans les salles d'accouchement et les salles de soins postnatals, et une augmentation du recours à la méthode kangourou, désormais appliquée chez 35 % des prématurés, soit cinq fois plus que deux ans auparavant (où ce chiffre était de 7 %). C'est au Viet Nam et aux Philippines que le développement de cette pratique est le plus marqué. Fait notable, la pratique des agents de santé s'est beaucoup améliorée. Les résultats recueillis dans un hôpital de Da Nang, au Viet Nam, ont montré une diminution de l'état septique, de l'admission dans les unités de soins intensifs du nouveau-né et de l'hypothermie à l'admission, et une augmentation de l'allaitement exclusif (voir les données publiées dans *EClinicalMedicine*, une revue du *Lancet*).

Élimination de la syphilis congénitale

La charge de morbidité liée aux infections sexuellement transmissibles (IST) reste considérable : 1 million de personnes contractent chaque jour une IST curable et 500 millions de personnes vivent avec le virus incurable de l'herpès. La syphilis est l'une des IST les plus courantes, avec 6 millions de nouveaux cas chaque année. La transmission mère-enfant de la syphilis a de graves conséquences : c'est la deuxième cause de mortinaissance. L'OMS s'attaque à ce problème sur plusieurs fronts, par l'intermédiaire du HRP, et les deux entités effectuent un suivi actif des IST, y compris de la syphilis congénitale. L'Organisation a publié en 2018 un rapport présentant des estimations mondiales sur la syphilis.

L'OMS et le HRP apportent leur soutien aux pays pour intensifier l'utilisation du double dépistage VIH-syphilis. La couverture du dépistage de la syphilis est faible dans de nombreux pays à forte prévalence, où elle est souvent inférieure à celle du dépistage du VIH. Elle s'est élargie depuis la préqualification par l'OMS, en 2017, du premier test de dépistage rapide des deux maladies.

En 2018, l'OMS a soutenu dans plus de 10 pays les efforts visant à étendre le dépistage de la syphilis via des tests de double dépistage rapide pour les femmes enceintes, en vue de réduire la transmission mère-enfant de cette maladie grâce au dépistage et au traitement par la benzathine pénicilline. De nombreux pays bénéficient d'un appui pour l'élimination de la syphilis congénitale. En 2018, la Malaisie est devenue le douzième pays où l'élimination de la transmission mère-enfant de la syphilis a été validée.

Le dépistage de la syphilis au moyen de tests de double dépistage rapide pour les femmes enceintes a été étendu à plus de 10 pays en 2018, avec le soutien de l'OMS.

L'OMS élabore également des tests de dépistage sur le lieu des soins pour la gonorrhée, la chlamydiose et la trichomonase, ainsi que des tests de dépistage du virus du papillome humain (VPH) pour la prévention du cancer du col de l'utérus. Des vaccins contre l'herpès, la gonorrhée et la chlamydiose sont en cours de mise au point.

Éliminer le cancer du col de l'utérus

En mai 2018, le Directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, a lancé un appel mondial à agir pour éliminer le cancer du col de l'utérus, lequel est causé par la transmission sexuelle du virus du papillome humain. Alors même qu'il est l'une des formes de cancer les plus aisées à prévenir et à traiter (un vaccin existe et un dépistage et un traitement efficaces sont disponibles), le virus du papillome humain tue une femme toutes les deux minutes, 90 % de ces décès survenant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire : on observe ainsi des inégalités flagrantes face à cette maladie, qui constitue une menace pour la santé publique. La vaccination contre le virus du papillome humain, le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses, la détection précoce et le traitement rapide des cancers invasifs et les soins palliatifs se sont avérés des stratégies efficaces pour traiter le cancer du col de l'utérus tout au long de la chaîne de soins. Ils incarnent l'approche de lutte contre le cancer du col de l'utérus préconisée par l'OMS, qui tient compte de toutes les étapes de la vie. Une stratégie mondiale fixant des cibles d'élimination du cancer du col de l'utérus à l'horizon 2030 est en cours d'élaboration, faisant suite à la demande formulée par les États Membres à la cent quarante-quatrième session du Conseil exécutif en janvier 2019.

L'OMS, le HRP, le CIRC et d'autres partenaires collaborent afin d'accélérer l'action engagée. De solides programmes de recherche ont été mis en place en vue :

- de valider de nouvelles technologies pour le dépistage du cancer du col de l'utérus et le traitement des lésions précancéreuses ;
- de définir et de valider les algorithmes les plus rentables pour le dépistage et le traitement de toutes les femmes ciblées ;
- de veiller à ce que toute nouvelle technologie appuyant le programme d'élimination du cancer du col de l'utérus puisse être rapidement validée et mise à disposition des pays.

En octobre 2018, 85 pays avaient introduit la vaccination contre le virus du papillome humain. La Bolivie, le Maroc, la Mongolie, le Myanmar, l'Ouzbékistan et la République-Unie de Tanzanie mettent en œuvre des projets pilotes visant à intensifier, au cours des trois prochaines années, l'introduction, d'une part, des tests de dépistage du virus du papillome humain et, d'autre part, de la cryothérapie ou de l'ablation thermique pour le traitement des lésions précancéreuses, avec l'appui de l'OMS et de six autres partenaires des Nations Unies (AIEA, CIRC, ONU-Femmes, ONUSIDA, UNFPA et UNICEF).

La Thaïlande, pays pionnier dans le renforcement de la surveillance de la résistance aux antimicrobiens utilisés contre la gonorrhée

Pour empêcher la propagation de la gonorrhée, y compris de sa forme pharmacorésistante, les gens doivent absolument être diagnostiqués et recevoir rapidement des soins adaptés. La Thaïlande a été l'un des premiers pays à renforcer le programme de surveillance de la résistance aux antimicrobiens utilisés contre cette maladie, conformément aux recommandations de l'OMS pour guider les révisions du traitement. Les directives thérapeutiques contre la gonorrhée utilisées par le Ministère thaïlandais de la santé ont été révisées sur la base des profils de la résistance aux antimicrobiens, et ont été largement diffusées dans les secteurs public et privé. À ce jour, en Thaïlande, grâce à la surveillance renforcée effectuée par le programme mondial OMS de surveillance de la résistance des gonocoques aux antimicrobiens, la gonorrhée reste sensible à la ceftriaxone et à la céfixime.

Inverser la tendance pour combattre plus efficacement la résistance des gonocoques aux antimicrobiens

La gonorrhée fait partie de la liste croissante d'infections pour lesquelles les options de traitement s'amenuisent. Les gonocoques (c'est-à-dire les bactéries à l'origine de l'infection) sont de plus en plus résistants aux antibiotiques qui les tuaient auparavant. Il ressort des données du programme de surveillance de la gonorrhée qu'entre 2012 et 2014, 70 des 72 pays couverts faisaient état d'une résistance aux quinolones. Pourtant, dans la majorité des pays à faibles ressources, cette classe de médicaments continue de figurer dans les directives thérapeutiques nationales pour la lutte contre les IST.

En 2016, l'OMS a publié de nouvelles directives thérapeutiques contre la gonorrhée, fondées sur les dernières données disponibles, y compris les profils de résistance aux antimicrobiens. L'OMS a recommandé aux pays d'actualiser leurs directives thérapeutiques contre la gonorrhée en se fondant sur les profils nationaux de résistance aux antimicrobiens et de retirer les quinolones des options de traitement.

En 2018, la majorité des pays (58) avaient adapté les nouvelles directives thérapeutiques recommandées par l'OMS. Les quinolones ne sont plus recommandées pour le traitement de la gonorrhée. La majorité des pays recommande désormais d'utiliser la ceftriaxone ou la céfixime pour cette indication. Le nombre de pays effectuant un suivi de la résistance aux antimicrobiens utilisés contre la gonorrhée est en hausse : ils sont actuellement 67.

Accélérer les efforts en faveur de la couverture de l'enfant en République-Unie de Tanzanie

En 2013, l'OMS a prêté son concours au Ministère de la santé de la République-Unie de Tanzanie pour lancer un projet pilote de formation mixte consacré à la santé et au bien-être de l'enfant (formation à distance à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, d-IMCI). À l'issue d'une évaluation systématique du projet pilote, qui a montré que cette formation pouvait utilement être menée à plus grande échelle, 7820 agents de santé au total ont été formés entre 2015 et 2018 dans 72 districts. La formation d-IMCI apporte des solutions à différents problèmes liés à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : faible couverture de ces services, application insuffisante des lignes directrices, roulement fréquent des prestataires qualifiés et coût élevé de la formation. Elle a limité l'interruption des services et réduit les coûts de 70 %. Cette formation d'une durée de 10 semaines comprend trois séances en présentiel d'une journée, une séance d'accompagnement sur site et deux séances à distance. Une couverture de plus de 90 % des établissements a été obtenue en organisant parallèlement plusieurs cohortes et en alternant les jours de formation sur le même site du district concerné.

La santé des jeunes cesse d'être négligée

Alors que les adolescents n'ont jamais été aussi nombreux, la santé de cette tranche d'âge attire enfin l'attention qu'elle mérite. La nécessité de tenir compte de la jeunesse dans la planification des soins est de plus en plus largement reconnue. Par exemple, la moitié de l'ensemble des troubles de santé mentale apparaissent avant l'âge de 14 ans, mais restent la plupart du temps non traités ; de même, le suicide est la troisième cause de décès chez les 15-19 ans. Face à ce constat, l'OMS et différents partenaires du système des Nations Unies ont lancé l'initiative Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!). Dans la Région africaine, 36 pays utilisent désormais les orientations AA-HA! pour la coordination nationale, la planification et la fixation des priorités. Dans la Région de la Méditerranée orientale, un guide a été mis au point pour l'action programmatique en faveur de la santé de l'adolescent en contexte humanitaire.

L'OMS et ses partenaires ont créé un groupe consultatif défendant l'action mondiale pour évaluer la santé de l'adolescent, dans le but de combler les lacunes de données et d'harmoniser et de hiérarchiser les indicateurs. Parmi les outils normatifs publiés figurent notamment un manuel pour l'évaluation des obstacles aux services de santé destinés aux adolescents et des lignes directrices sur la nutrition de l'adolescent et la prophylaxie contre le VIH.

L'approche Innov8, un moyen d'atteindre les adolescents vulnérables en République dominicaine

Les grossesses adolescentes sont un problème notable en République dominicaine, en particulier chez les jeunes filles des communautés vulnérables. Fin 2017, le Ministère de la santé, la Région OMS des Amériques/l'OPS et d'autres partenaires ont passé en revue le programme national de prévention de la grossesse.

Le groupe d'examen a utilisé l'outil **Innov8** d'analyse de l'OMS ; sa méthodologie fondée sur la notion d'équité permet d'évaluer et de refondre les stratégies et les programmes nationaux de santé pour combler les lacunes de la couverture. En particulier, Innov8 a servi à identifier les groupes non atteints par les programmes de santé, à reconnaître les obstacles et les facteurs positifs et à trouver des mécanismes structurels pour réduire les inégalités et faciliter l'action intersectorielle. L'approche Innov8 a également été utilisée pour mesurer et suivre les progrès.

En 2018, l'équipe intersectorielle a mené à bien les sept premières étapes d'Innov8, suivant notamment les recommandations essentielles sur la préparation du nouveau plan de prévention des grossesses adolescentes 2019-2023. Le plan actualisé veille à inclure les groupes d'adolescents les plus vulnérables, à réduire les inégalités et à obtenir des taux de grossesse faibles dans cette population.

Mesures visant à la pleine intégration de l'égalité entre les sexes et des droits humains afin de réaliser l'équité en santé

Les activités visant la pleine intégration des dimensions de l'égalité des sexes et des droits humains dans les secteurs de programme se sont poursuivies, notamment différentes initiatives régionales.

Dans la Région africaine, 21 pays ont bénéficié d'un soutien pour l'inclusion de ces axes à leurs politiques de santé. Six pays sont désormais dotés de plans nationaux pour mettre plus vite un terme aux mutilations sexuelles féminines et 12 pays vont utiliser les outils de l'OMS pour renforcer la réponse du système de santé face à la violence sexiste et aux agressions sexuelles. Un projet pilote mené afin de tester l'outil d'évaluation des obstacles aux services de santé de l'adolescent au Kenya et au Nigéria a révélé des informations extrêmement intéressantes sur les entraves existantes. Des recherches ont également été conduites pour soutenir la mise en œuvre du cadre AA-HA !

Le Bureau régional de l'Europe a mis au point un **ensemble de données sur l'équité en santé dans la Région européenne de l'OMS** pour suivre les tendances en matière d'équité en santé. La Région a également adopté la première stratégie pour la santé de l'homme, qui opte pour une approche globale dans ce domaine, et a publié un rapport sur ce sujet.

Dans la Région du Pacifique occidental, les questions de l'égalité entre les sexes et de l'équité en santé ont été soulevées lors de plusieurs dialogues *Talanoa*, des rassemblements traditionnels organisés aux Fidji et dans le Pacifique à l'appui de discussions inclusives, participatives et transparentes. Des formations d'agents de santé ont également été organisées à Kiribati, dans les Îles Salomon et au Vanuatu, tandis que la riposte du secteur de la santé a été évaluée au Viet Nam et en Micronésie (États fédérés de).

Éthiopie : bâtir un système de santé résilient face aux évolutions climatiques

Les changements climatiques, en raison de l'évolution des températures et précipitations moyennes qu'ils induisent, menacent les progrès rapides accomplis par les pays en matière de développement. Ils rendent plus difficile de prodiguer des services d'eau et d'assainissement fiables et durables à une population vaste et croissante, dans différentes régions climatiques.

L'OMS a apporté un soutien au Bangladesh, à l'Éthiopie, au Népal et à la République-Unie de Tanzanie dans les domaines de l'adaptation aux changements climatiques, de l'eau et de la santé, grâce à un financement du Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

En Éthiopie, des données de plus en plus nombreuses sont disponibles sur les liens réciproques qui unissent ces domaines, ce qui a permis de renforcer la cohérence des politiques. Des plans sur la sécurité sanitaire de l'eau, élaborés dans une optique de résilience face aux évolutions climatiques, ont été mis au point pour 31 systèmes d'approvisionnement en eau couvrant plus de 1 million de personnes.

Le succès de ce projet a permis d'obtenir une autre subvention de US $10 millions en vue d'intensifier les activités menées au Bangladesh, en Éthiopie, au Malawi, au Mozambique et au Népal pour renforcer les systèmes de surveillance, mettre au point des dispositifs d'alerte rapide pour le choléra et d'autres maladies sensibles au climat, et mettre en œuvre des plans sur la qualité sanitaire de l'eau et des systèmes d'assainissement dans une optique de résilience face aux évolutions climatiques.

Ces travaux s'appuient sur les plans élaborés par l'OMS dans ce domaine, qui expliquent comment prendre en compte les enjeux plus larges liés aux changements climatiques, aux évaluations régionales de la vulnérabilité climatique, à la réduction du risque de catastrophe et à la gestion intégrée des ressources hydriques d'une façon cohérente avec le cadre systématique de gestion des risques présenté dans le manuel.

Un engagement croissant en faveur du vieillissement en bonne santé

Le vieillissement en bonne santé suscite une attention croissante et, à ce titre, des progrès remarquables ont été accomplis depuis la publication par l'OMS, en 2016, de la **Stratégie et du Plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé**. Au cours des deux années qui ont suivi, le nombre de pays dotés d'un point focal national dans les ministères de la santé a augmenté, passant à 112, et le nombre de pays disposant de stratégies nationales sur le vieillissement a doublé (ils sont désormais 88). Des réunions régionales ont été organisées, auxquelles 80 pays ont participé, améliorant ainsi la cohérence des politiques. En Chine, un nouveau département ministériel chargé du vieillissement a été créé. Des ateliers nationaux sur la mise en œuvre des stratégies nationales se développent dans toutes les Régions, notamment au Chili, aux Maldives, au Népal, au Qatar, au Sénégal, au Tadjikistan et en Thaïlande.

Le **Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés** s'étend désormais à 800 villes et communautés dans 40 pays, couvrant plus de 200 millions de personnes. Les dirigeants de ces villes s'efforcent d'améliorer le logement, le transport, la santé et les soins au long cours pour les personnes âgées.

Des orientations – les **lignes directrices OMS sur la prise en charge intégrée des personnes âgées** – ont été élaborées sur la façon d'adapter les systèmes de soins (notamment de soins au long cours) aux besoins des personnes âgées. Parmi les outils d'appui à la mise en œuvre figure le programme OMS de santé mobile pour le vieillissement (mAgeing). Des conseils techniques sur l'adaptation de ces lignes directrices ont été prodigués à 43 pays de toutes les Régions.

Afin d'améliorer la collecte de données et l'établissement des rapports et de recenser les personnes âgées, l'OMS et ses partenaires ont lancé le **Groupe de Titchfield sur les statistiques du vieillissement de la population et les données ventilées par âge**, avec 60 bureaux de statistique nationaux. L'OMS apporte également un soutien pour les études de cas nationales. L'étude de l'OMS sur le vieillissement et la santé des adultes dans le monde permet d'effectuer un suivi du vieillissement en bonne santé dans six pays (l'Afrique du Sud, la Chine, la Fédération de Russie, le Ghana, l'Inde et le Mexique).

Poursuivre la dynamique engagée pour combattre la pollution de l'air

Un quart de l'ensemble des décès enregistrés chaque année sont liés à des causes environnementales évitables. Avec des environnements plus sains, 13 millions de décès pourraient être évités chaque année. Les facteurs de risque environnementaux (au premier chef la pollution de l'air) entraînent une hausse des dépenses de santé.

La Première **Conférence mondiale de l'OMS sur la pollution de l'air et la santé** s'est tenue fin 2018, en collaboration avec les organismes partenaires des Nations Unies. Les participants, parmi lesquels des ministres, ont appelé à agir rapidement et de façon audacieuse, et ont reconnu que les mesures prises pour combattre la pollution de l'air et atténuer les changements climatiques peuvent engendrer des avantages conjugués bien supérieurs à des mesures isolées.

La campagne « Respire la vie » de l'OMS porte sur la pollution de l'air, ses incidences sur la santé et les interventions efficaces dans ce domaine. On compte actuellement 53 sites (principalement des villes) et 146 millions de personnes participant au Réseau, qui vise à inciter le public à agir, à échanger des données et des solutions, et à lancer des alertes.

Le nombre de villes qui, dans la Région de la Méditerranée orientale, transmettent des données de suivi de la qualité de l'air pour alimenter la base de données de l'OMS a augmenté de 25 %.

Bâtir des systèmes de santé résilients face aux évolutions climatiques

L'OMS a lancé en novembre 2017, lors de la vingt-troisième Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC), une initiative spéciale sur **les changements climatiques et la santé dans les petits États insulaires en développement**. Cette initiative vise à faire en sorte que d'ici à 2030, tous les systèmes de santé des petits États insulaires en développement soient résilients face aux variations et changements climatiques, parallèlement à la réduction des émissions de carbone obtenue par les pays. En 2018, l'OMS a collaboré avec les petits États insulaires en développement en vue d'élaborer un plan d'action mondial fixant plusieurs objectifs : rassembler des données factuelles sur l'incidence des changements climatiques, donner au secteur de la santé les moyens de s'adapter, prendre des mesures face à l'incidence des changements climatiques sur la santé et accroître les financements.

Influence des lignes directrices de l'OMS sur les actions menées dans les pays

Les citadins (près de la moitié de la population mondiale) sont également exposés à toute une série de menaces environnementales tenant notamment à la mauvaise qualité de l'eau, des systèmes d'assainissement et des dispositifs de gestion des déchets. Deux ensembles de lignes directrices mondiales (sur l'assainissement et sur le logement) ont été publiés en 2018. Dans ses premières lignes directrices mondiales sur l'assainissement, l'OMS appelle les pays à réorienter globalement leurs politiques afin de permettre à chacun d'avoir accès, d'ici à 2030, à des toilettes qui ne contaminent pas le milieu. L'OMS estime que chaque dollar investi dans les systèmes d'assainissement a un rendement d'au moins six dollars, tel que mesuré par la réduction des dépenses de santé et l'augmentation de la productivité. Quelque 830 000 décès dus à la diarrhée surviennent chaque année en raison de l'insalubrité de l'eau et des mauvaises conditions d'assainissement et d'hygiène.

Une étude commandée par l'OMS sur les marqueurs biologiques du mercure a permis de fixer une norme de référence sur l'exposition humaine au mercure. Les populations vulnérables ont été recensées, notamment les communautés dont l'alimentation est à base de poisson et celles qui utilisent le mercure pour l'extraction artisanale de l'or (comme le Ghana, le Mozambique et le Nigéria).

Dans la Région européenne, la publication de lignes directrices relatives au bruit dans l'environnement a représenté une avancée majeure. Le **centre de l'OMS pour l'environnement et la santé en Asie-Pacifique** a été lancé dans la Région du Pacifique occidental.

Activités transversales sur les déterminants en vue d'intégrer la santé dans toutes les politiques

À la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires qui s'est tenue à Astana en octobre 2018, l'OMS a souligné combien l'action multisectorielle et la **santé dans toutes les politiques** sont des aspects importants, et qu'à ce titre, les déterminants sociaux et environnementaux sont des piliers des soins de santé primaires. Le soutien de l'OMS a notamment consisté à créer une unité sur la santé dans toutes les politiques en Arabie saoudite, à élaborer un plan stratégique au Burundi et à mettre en œuvre une stratégie sur la santé dans toutes les politiques au Kenya. En collaboration avec l'UNESCO, l'OMS a élaboré un portefeuille de pratiques prometteuses de formation initiale et continue sur la santé dans toutes les politiques.

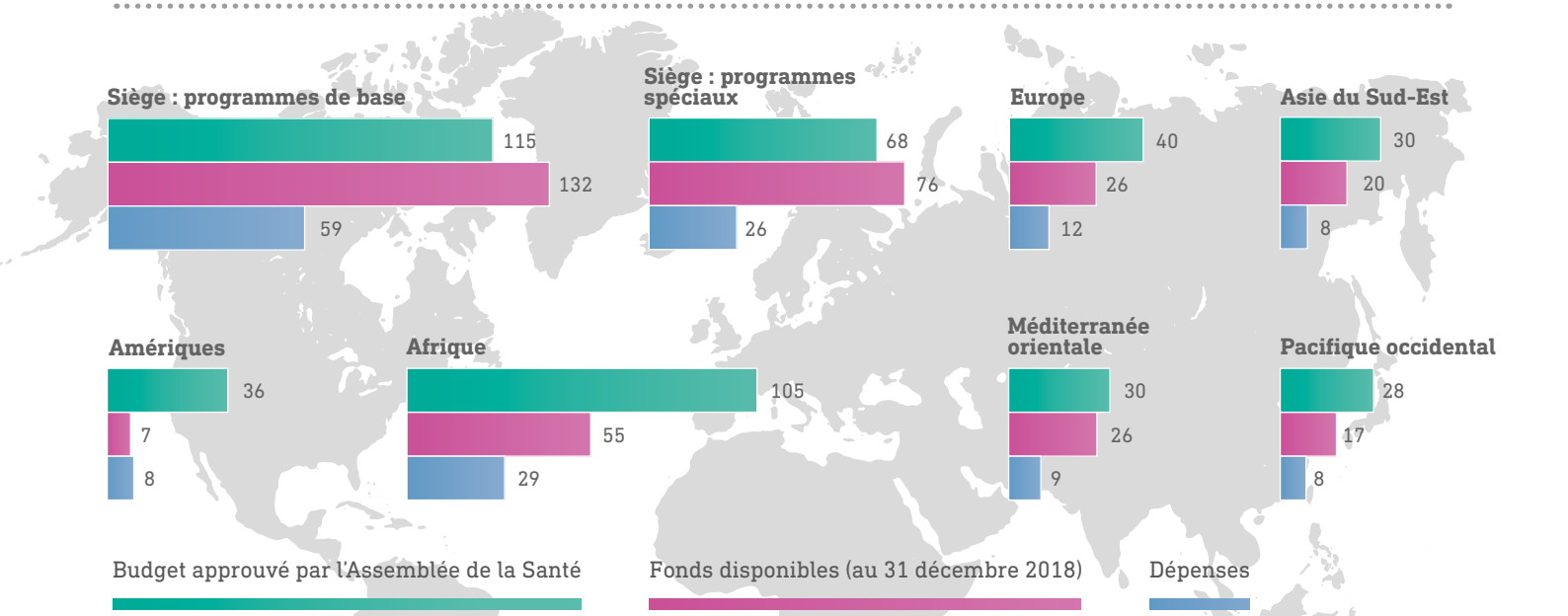
Suite à la création de la Commission sur l'équité et les inégalités de santé dans les Amériques (2016), le Bureau régional OMS des Amériques a œuvré en consultation avec les ministères de la santé, les populations autochtones, les personnes d'ascendance africaine et d'autres groupes afin d'élaborer une stratégie et un plan d'action régionaux sur l'appartenance ethnique et la santé donnant des recommandations sur les inégalités dans les Amériques.

L'ensemble de données en ligne sur l'équité en santé dans la Région européenne de l'OMS offre un panorama des tendances à l'intérieur des pays et de la situation qui y est observée en matière d'équité en santé, des conditions essentielles qui permettent aux gens de vivre en bonne santé et des politiques éprouvées qui améliorent l'équité en santé. Toujours dans cette Région, des modalités d'assistance technique ont été élaborées au titre de la stratégie et du plan d'action sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS, en vue de répondre à la crise actuelle. D'autres activités transversales ont été menées, notamment les premières lignes directrices OMS sur le logement et la santé, qui fournissent des recommandations sur le surpeuplement, les températures à l'intérieur des habitations, les risques de traumatisme et d'autres problèmes encore.

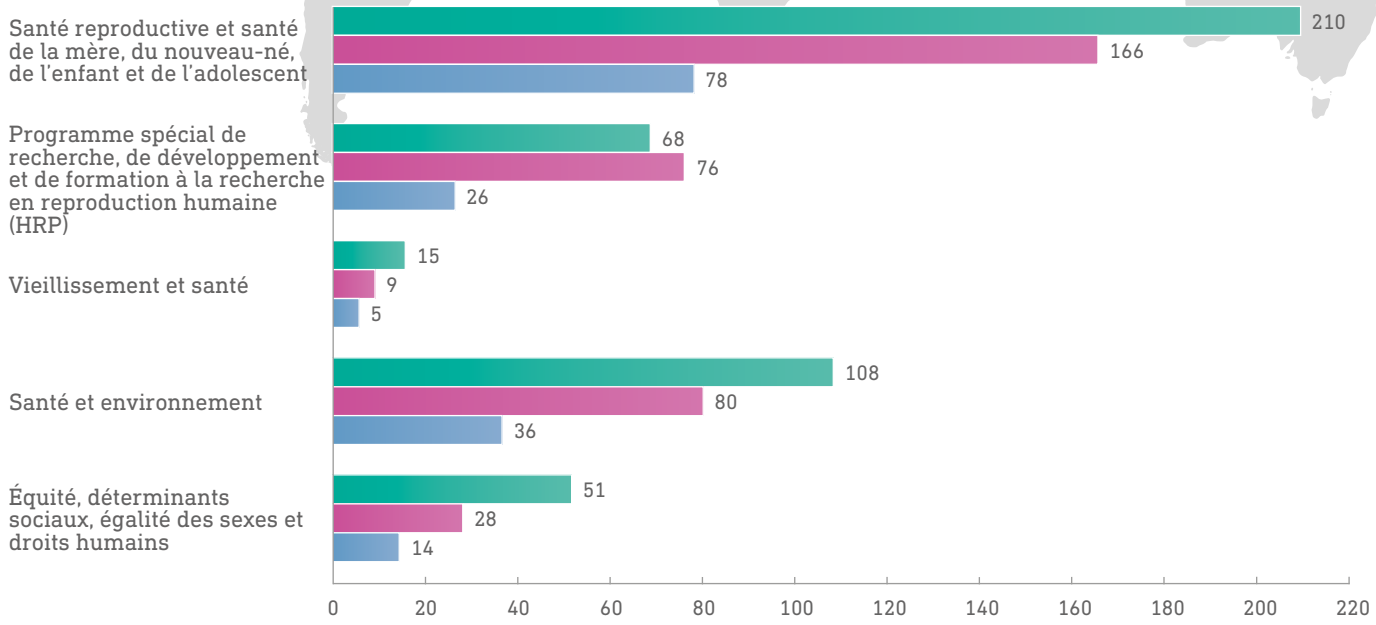
Chiffres clés pour 2018-2019

Montant approuvé dans le budget programme : US $384 millions
Fonds disponibles : US $283 millions (73 % du budget programme)
Dépenses : US $133 millions (35 % du budget programme, 47 % des ressources disponibles)

Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US $)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US $)

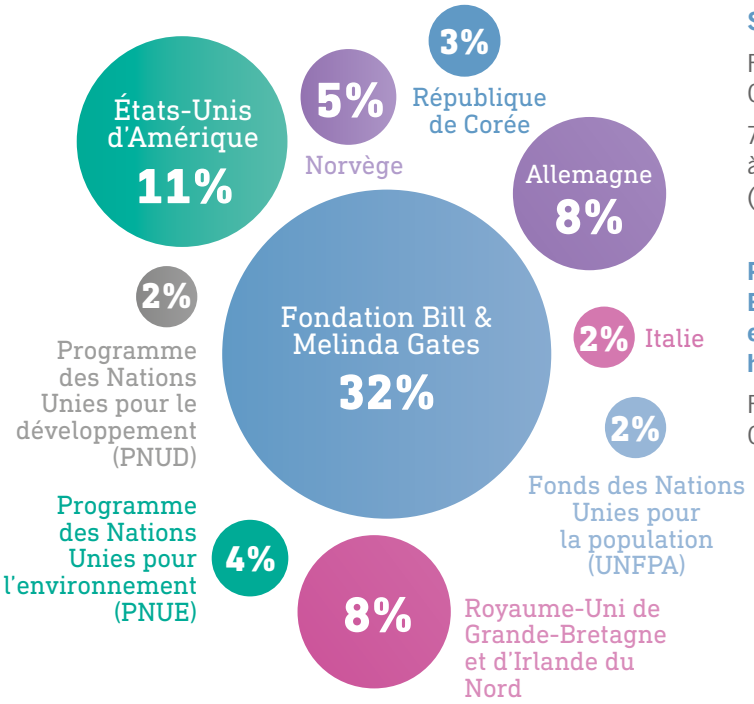


Exécution du budget

Le niveau des ressources de la catégorie « Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie » s'est monté à 73 % du budget approuvé. Néanmoins, celles-ci se sont avérées assez inégalement réparties entre les grands bureaux. Le Siège dispose de ressources bien supérieures comparativement à son budget. En outre, le niveau des ressources à objet désigné était près de deux fois supérieur à celui des ressources souples (68 % contre 32 %). Les niveaux de dépenses sont bien plus élevés au Siège que dans les Régions et les pays.

Les tendances en matière de financement et d'exécution apparaissent également très contrastées selon le secteur de programme. Le financement et l'exécution sont plus élevés pour le secteur de programme « Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent »,

Les 10 principaux contributeurs volontaires (contributions à objet désigné aux programmes de base)



Source de financement

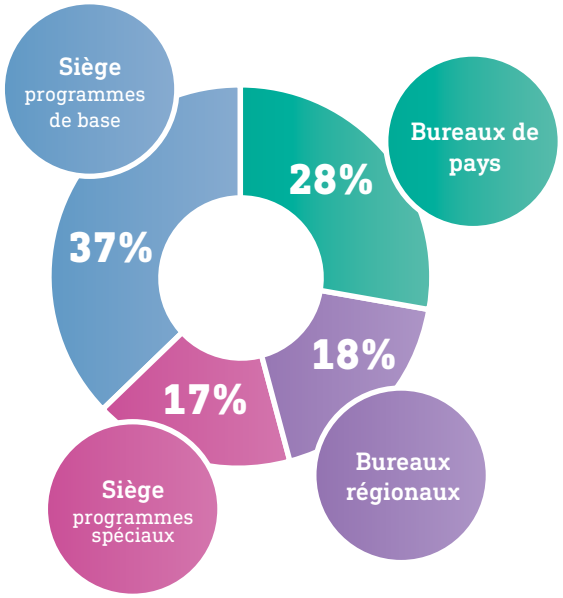
Fonds souples : 32 %
Contributions volontaires à objet désigné : 68 %

77 % du montant total des contributions volontaires à objet désigné a été versé par 10 contributeurs (*voir ci-contre*)

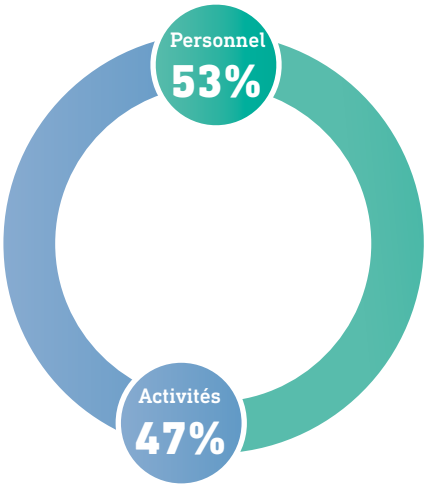
Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/ Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP)

Fonds souples : 1 %
Contributions volontaires à objet désigné : 99 %

Dépenses par niveau



Dépenses liées au personnel et dépenses liées aux activités



en particulier au Siège, tandis qu'ils sont particulièrement faibles pour le secteur « Équité, déterminants sociaux, égalité des sexes et droits humains ». Des problèmes de financement, liés notamment à l'engagement politique et à la pérennité du financement institutionnel, continuent de se poser dans les secteurs de programme qui intéressent peu les donateurs. Par conséquent, dans ces secteurs de programme, les ressources humaines restent inférieures au niveau requis pour une exécution optimale.

Étant donné la nature transversale de la catégorie « Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie », des avancées ont bien souvent été possibles aux niveaux régional et national au moyen d'un investissement coordonné réalisé par d'autres secteurs de programme aux trois niveaux. Par exemple, dans le secteur de programme « Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent », des résultats ont également été obtenus dans les pays par la collaboration avec les activités de riposte aux situations d'urgence.

Pour obtenir davantage d'informations sur le financement du budget programme et l'exécution au titre de cette catégorie, veuillez consulter le portail Web du budget programme de l'OMS (http://open.who.int/2018-19/our-work/category/03/about/key-figures et http://open.who.int/2018-19).

MALADIES NON TRANSMISSIBLES

SECTEURS DE PROGRAMME

- Maladies non transmissibles
- Santé mentale et abus de substances psychoactives
- Violence et traumatismes
- Handicaps et réadaptation
- Nutrition
- Sécurité sanitaire des aliments

> Il n'est pas acceptable que des gens meurent précocément quand on sait que les politiques visant à réguler la consommation de tabac et d'alcool et à réduire l'hypertension peuvent largement contribuer à éviter ces décès.

Dre Zsuzsanna Jakab
Directrice régionale de l'OMS pour l'Europe

Au XXIe siècle, les maladies non transmissibles, les traumatismes et les troubles de santé mentale sont les affections qui mettent le plus en péril la santé et le développement. Les maladies non transmissibles – principalement les affections cardiovasculaires et respiratoires, les cancers et le diabète – sont aujourd'hui à l'origine de sept décès sur 10 dans le monde (41 millions), soit 15 millions de décès « prématurés » chez les personnes âgées de 30 à 69 ans essentiellement originaires de pays en développement. La plupart des décès dus à des maladies non transmissibles (18 millions par an) sont imputables à des maladies cardiovasculaires, tandis que la dépression touche 300 millions de personnes.

Les maladies non transmissibles sont la principale cause de décès dans le monde et sont responsables, pour beaucoup, de l'augmentation vertigineuse des dépenses de santé.

Bon nombre de décès prématurés dus à des maladies non transmissibles peuvent être évités ou retardés en intervenant contre les quatre principaux facteurs de risque, à savoir: tabagisme, manque d'activité physique , mauvaise alimentation, et usage nocif de l'alcool.

Un diagnostic précoce, un meilleur accès à un traitement abordable, des actions multisectorielles et une approche associant tous les échelons gouvernementaux peuvent réduire les facteurs de risque et sauver des vies. Si l'on n'intervient pas, les conséquences sanitaires, économiques et sociales seront énormes.

Le coût humain lié à l'abus de substances psychoactives, aux incapacités, à la violence et aux traumatismes, à la santé bucco-dentaire, oculaire et auditive est considérable. Les décès consécutifs à des traumatismes sont la partie émergée de l'iceberg, puisque le nombre de traumatismes n'ayant pas une issue létale est bien supérieur. Les accidents de la route provoquent 1,35 million de décès, mais sont responsables de 20 à 50 millions de traumatismes par an.

Réalisations visées en 2018-2019

- Amélioration de l'accès aux interventions visant à prévenir et à prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque
- Amélioration de l'accès aux services de prise en charge de la santé mentale et des troubles dus à l'utilisation de substances psychoactives
- Réduction des facteurs de risque et amélioration de la couverture moyennant des interventions de prévention et de prise en charge des traumatismes et actes de violence involontaires
- Accroissement de l'accès à des services complets de soins oculaires, auditifs et de réadaptation
- Réduction des risques nutritionnels pour améliorer la santé et le bien-être
- Préparation suffisante de tous les pays pour prévenir et atténuer les risques liés à la sécurité sanitaire des aliments

Principaux résultats

Recourir aux lois pour traiter les questions de santé

De plus en plus de pays recourent à la législation, estimant qu'il s'agit d'une démarche rentable pour mettre en œuvre, au niveau de la population, des interventions de lutte contre le tabagisme et la mauvaise alimentation. À l'heure actuelle, la population mondiale est, pour près des deux tiers, visée par au moins une mesure globale de lutte antitabac – chiffre qui a quadruplé puisqu'il était de l'ordre 15 % en 2007.

L'OMS a joué un rôle clé pour favoriser cette législation, notamment depuis l'entrée en vigueur, en 2005, de la fameuse Convention-cadre pour la lutte antitabac. À l'heure actuelle, bon nombre des mesures OMS considérées comme les plus avantageuses pour combattre les maladies non transmissibles s'appuient sur des réformes juridiques et réglementaires ; certaines comprennent des mesures fiscales qui contribuent à gonfler les recettes.

L'accent porte toujours sur la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac via le programme **MPOWER**. La Convention-cadre a fortement contribué à lutter contre le tabagisme au niveau mondial, se traduisant par une législation qui a fait baisser les ventes de produits du tabac aux mineurs et entraîné des restrictions en matière de publicité, de promotion et de parrainage du tabac. Le Secrétariat prête son concours aux États Membres désireux d'élaborer une législation et de la faire appliquer, de prévenir l'interférence des industries du tabac, de mettre en place une taxation plus élevée et le conditionnement neutre, et de suivre la consommation de tabac.

Légiférer en matière de lutte antitabac

- Assistance technique pour taxer le tabac dans 50 États Membres – en 2017 et 2018, l'OMS a soutenu les initiatives fructueuses menées au Bangladesh, en Gambie, au Pakistan et aux Philippines. Une assistance technique et une sensibilisation de haut niveau ont permis à plusieurs pays de rédiger une législation.

- La **Géorgie** a approuvé une législation antitabac moderne, avec le soutien des trois niveaux de l'OMS. L'Organisation a mené une solide campagne de communication qui a favorisé une large adhésion de la population aux mesures de lutte antitabac. Le respect des dispositions de la politique non-fumeurs a dépassé 98 % dans les lieux d'accueil.

L'impulsion est donnée en faveur d'une **taxe sur les boissons sucrées.** À ce jour, 59 États Membres ont notifié l'application d'une telle taxe. Les pays concernés se trouvent dans les six Régions de l'OMS et englobent tous les niveaux de revenus, mais la nature de la taxation et son niveau varient, de même que les produits visés.

- **Maldives, Népal et Viet Nam** – l'OMS a prêté un concours technique spécialisé aux pays désireux de modéliser la taxation des boissons sucrées pour permettre l'élaboration d'une politique et sensibiliser au plus haut niveau.

Traduire l'engagement politique sous forme d'action dans les pays

L'élan politique impulsé depuis plusieurs années a atteint son apogée en septembre 2018, lorsque les dirigeants du monde entier ont pris une mesure historique pour combattre le problème à la **Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (MNT)**. Les chefs d'État et de gouvernement se sont mis d'accord sur 16 engagements permettant de lutter contre les maladies non transmissibles, y compris des campagnes de sensibilisation pour promouvoir des modes de vie plus sains, la vaccination contre le virus du papillome humain afin de protéger la population contre le cancer du col de l'utérus et le traitement de l'hypertension et du diabète.

Les dirigeants du monde entier sont convenus que leurs efforts devraient inclure les politiques préconisées par l'OMS ainsi que des mesures législatives et réglementaires contre les facteurs de risque, comme des taxes sur le tabac et la restriction de la publicité en faveur de l'alcool. Les autres engagements consistent notamment à porter un coup d'arrêt à l'obésité des enfants, à promouvoir l'activité physique régulière, à réduire la pollution atmosphérique et à améliorer la santé mentale et le bien-être, ainsi qu'à renforcer les systèmes de santé.

La Commission indépendante de haut niveau sur les maladies non transmissibles de l'Organisation mondiale de la Santé – constituée en vue de proposer des solutions audacieuses et novatrices – est coprésidée par l'ancien Ministre fédéral du Pakistan, la Dre Sania Nishtar (à gauche) et le Président de l'Uruguay, le Dr Tabaré Vázquez (au centre).

La Commission est réunie par le Directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus (à droite).

Juguler l'hypertension en Inde

En Inde, l'hypertension décime davantage de personnes que toute autre affection, mais seuls 11 % de la population procèdent à une vérification régulière de la tension artérielle.

Pour atteindre la cible de 25 % de réduction de la prévalence de l'hypertension fixée par les pouvoirs publics, environ 45 millions de personnes en plus doivent se soumettre à une vérification. Pour ce faire, le Gouvernement indien a lancé, en novembre 2017, l'initiative pour la prise en charge de l'hypertension.

Les trois niveaux de l'OMS, pilotés par le bureau de pays, ont directement fourni les orientations, la formation, ainsi que les ressources humaines et financières nécessaires, en collaboration avec l'initiative « Resolve to save lives ».

Dans la première phase mise à exécution dans cinq États indiens, l'initiative pour la prise en charge de l'hypertension a réussi à coordonner de multiples partenaires ; à choisir des protocoles de traitement spécifiques à l'État ; à reconnaître la valeur des tensiomètres numériques ; à offrir une formation efficace ; à distribuer des médicaments aux patients ; et à mettre en place un solide système d'information.

Plus de 200 000 patients se sont inscrits depuis le lancement. Le programme a facilité le renforcement du système de soins primaires pour le doter de moyens de lutte contre les maladies non transmissibles. Au bout de neuf mois de mise en œuvre, la pression artérielle est jugulée dans trois États, dans une fourchette comprise entre 26 % et 40 % des adultes – ce qui est un changement important par rapport aux 11 % du début. Le Gouvernement prévoit d'étendre cette initiative à tous les États.

Transposer à plus grande échelle le module HEARTS

L'un des biens publics mondiaux que produit l'OMS dans le domaine de la santé – le module technique **« Global Hearts Initiative »** – propose un ensemble d'interventions à fort impact, reposant sur des données factuelles. L'OMS prête son concours aux pays désireux de transposer à plus grande échelle une gestion reposant sur des protocoles, d'améliorer l'accès aux médicaments et aux technologies et de mesurer les résultats avec davantage de précision. Plus d'une dizaine de pays ont commencé à donner effet au module HEARTS. Depuis le début de sa mise en œuvre en 2018 en Inde, plus de 100 000 personnes souffrant d'hypertension sont traitées dans le cadre d'un protocole normalisé.

Innovations dans la lutte contre le cancer

Le cancer est l'une des principales causes de mortalité infantile. La probabilité de mourir d'un cancer est quatre fois plus élevée pour un enfant originaire d'un pays en développement que pour un enfant vivant dans un pays à revenu élevé en raison du défaut de diagnostic, du coût élevé des traitements et du manque de professionnels de la santé qualifiés.

L'**Initiative mondiale de lutte contre le cancer de l'enfant**, que l'OMS a lancée en septembre 2018, vise à doubler le nombre d'enfants guéris afin d'atteindre un taux de survie d'au moins 60 % à l'horizon 2030, et de sauver un million de vies supplémentaires. L'Initiative permettra de sensibiliser et d'encourager les pays à donner un degré de priorité élevé à la lutte contre le cancer de l'enfant tout en offrant les meilleures pratiques de soins en rapport. L'OMS appuiera les gouvernements qui s'attachent à évaluer leurs capacités actuelles en matière de diagnostic et de traitement du cancer. Le **guide OMS du diagnostic précoce du cancer** contribue à lever les obstacles aux traitements et à ne pas différer les soins.

L'OMS appuie la transposition à plus grande échelle de certains modules techniques figurant parmi les plus novateurs, à savoir :

LIVE LIFE – prévenir le suicide

INSPIRE – mettre un terme à la violence contre les enfants

HEARTS – prévenir et combattre les maladies cardiovasculaires

SAFER – réduire les effets nocifs de l'alcool et ses conséquences

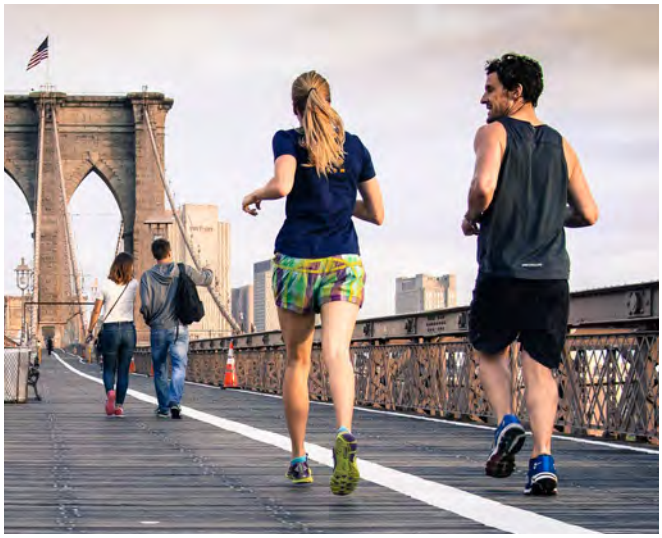
REPLACE – éliminer de l'alimentation les acides gras trans produits industriellement

ACTIVE – accroître l'activité physique

Lors de la Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, M. Michael R. Bloomberg (à gauche) a par ailleurs accepté de poursuivre ses fonctions d'ambassadeur mondial de l'OMS chargé des maladies non transmissibles et des traumatismes. Il fera progresser des initiatives importantes – développement du Partenariat pour des villes saines et promotion des investissements en faveur de la prévention des maladies non transmissibles et des traumatismes.

Accroître l'activité physique

Le nouveau **Plan d'action mondial de l'OMS pour promouvoir l'activité physique 2018-2030** montre comment les pays peuvent réduire de 15 % d'ici à 2030 l'inactivité physique chez l'adulte et l'adolescent. Il préconise un ensemble de 20 secteurs d'intervention destinés à créer une société plus dynamique en améliorant l'environnement dans lequel les personnes vivent, travaillent et jouent, et en développant les possibilités et les programmes adaptés aux personnes de tous âges, et en favorisant la marche, le vélo, la pratique d'un sport, les activités récréatives dynamiques, la danse et le jeu. À l'échelle mondiale, un adulte sur quatre (28 %) et quatre adolescents sur cinq ne se livrent pas à une activité physique suffisante pour en tirer profit sur le plan de la santé.



Pleins feux sur la prévention des traumatismes

En 2018, l'OMS a continué de prêter son concours aux pays désireux de déployer le module technique intitulé **INSPIRE : sept stratégies pour mettre un terme à la violence contre les enfants**. Plusieurs concertations destinées à impulser la mise en œuvre du module INSPIRE ont eu lieu dans 23 pays faisant office de pionniers. Une action de renforcement des capacités s'est déroulée dans toutes les Régions.

Agir sur la santé mentale

L'Atlas de la santé mentale 2017 de l'OMS a mis en évidence dans de nombreux pays une pénurie de soignants compétents en santé mentale ainsi qu'un manque d'investissement dans les approches communautaires de la santé mentale. Se fondant sur les données de l'année 2017, l'Atlas montre que si certains pays ont amélioré l'élaboration de leur politique de santé mentale et leur planification, l'élargissement des ressources est trop lent pour atteindre les cibles fixées.

Plus de 150 profils de pays ont été publiés. Ces profils donnent un aperçu national des politiques, plans et textes régissant les établissements de santé mentale qui dispensent des soins et des ressources disponibles.

L'usage nocif de l'alcool, des drogues et du tabac peut aussi faire débat, conduisant à des comportements à risque, comme le suicide, qui est la deuxième cause de décès la plus importante chez les 15-29 ans.

Les efforts spécifiques pour lutter contre le suicide – le symptôme extrême de la non prise en charge de l'urgence médicale au sens large – comprennent un guide d'activités de prévention à mener dans la communauté, assorti d'un article rédactionnel rédigé par le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général, et la chanteuse pop Lady Gaga.

> Nous pouvons tous contribuer à bâtir des communautés qui comprennent le bien-être mental, qui le respectent et qui le considèrent comme prioritaire. Nous pouvons tous apprendre à soutenir nos proches lorsqu'ils traversent une période difficile. Et nous pouvons tous faire partie d'un nouveau mouvement qui englobe ceux qui eux-mêmes ont été confrontés à une maladie mentale, pour demander aux pouvoirs publics et au secteur privé de placer la santé mentale au premier rang de leurs préoccupations.
>
> **Le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général, et la chanteuse Lady Gaga,** cofondateurs de la fondation Born This Way (extrait d'un article rédactionnel sur la santé mentale rédigé en octobre 2018)

Les hôpitaux ougandais améliorent leurs services d'urgence grâce aux outils thérapeutiques de l'OMS

Il a suffi de modifier tant soit peu la formation et les processus cliniques dans les services d'urgence des hôpitaux, sans y ajouter de ressources matérielles, pour que les effets sur la mortalité soient spectaculaires. La mise en place expérimentale de quatre outils OMS de base pour les soins d'urgence a permis de réduire de 50 % le nombre de décès dus aux traumatismes et aux affections aiguës dans deux hôpitaux de district ougandais. L'intervention, qui améliore la prestation thérapeutique dans les services d'urgence de première ligne en portant à leur maximum les ressources existantes, est efficace, simple et peu onéreuse. Elle sera transposée à l'échelon national dans le cadre de la réforme globale du secteur de la santé.

Les programmes d'éducation parentale préviennent la violence en Afrique du Sud

En Afrique du Sud, un programme d'éducation parentale peu onéreux a permis de réduire les cas de maltraitance infligée aux adolescents par leurs parents et aidants. Le programme intitulé « Parenting for lifelong health » (PLH) était piloté par l'OMS et des partenaires. Il est maintenant étendu à huit pays d'Afrique au moins. C'est le tout premier programme d'éducation parentale ; il est modique, à but non lucratif, axé sur les familles ayant des adolescents, et a été adapté et expérimenté dans des zones à revenu faible ou intermédiaire.

Les programmes d'éducation parentale agissent efficacement contre la maltraitance des enfants mais, jusqu'à une période récente, les données probantes se limitaient aux pays à revenu élevé. Les programmes existants sont dispendieux – ce sont généralement des produits commerciaux sous licence, dont la mise en œuvre est coûteuse.

Il y a plusieurs années, l'OMS et des partenaires ont lancé le PLH dans le but de créer des programmes d'éducation parentale gratuits, à petits moyens, afin de prévenir et de réduire les sévices infligés aux enfants. Le programme se fonde sur des manuels et est diffusé par des membres de la communauté dûment qualifiés. L'approche a été expérimentée au cours d'un essai de contrôle randomisé par groupe faisant intervenir 552 familles réparties dans 40 villages de la province du Cap oriental, en Afrique du Sud, où les études révèlent des taux élevés de conflits familiaux et de violence contre les adolescents.

Le PLH a prouvé son efficacité : dans les familles ayant bénéficié du programme d'éducation parentale, on a constaté que les cas d'abus et de châtiments corporels étaient moindres ; la surveillance exercée par les parents et vis-à-vis d'eux était renforcée ; le niveau de bien-être économique et la gestion financière se sont améliorés ; la planification familiale a progressé. À l'heure actuelle, le PLH dispose de manuels destinés aux adolescents et aux jeunes enfants. Le programme est mis en place dans le cadre du module technique INSPIRE, qui propose sept stratégies pour mettre un terme à la violence contre les enfants.

Intensification de l'action pour relever les défis croissants de la nutrition

De concert avec la FAO et d'autres institutions des Nations Unies, l'OMS pilote l'action mondiale visant à améliorer la nutrition dans le cadre de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025). Un premier rapport de situation a été examiné en 2018, à l'occasion de l'Assemblée générale des Nations Unies, et 12 pays ont formulé des engagements SMART concernant l'évolution des systèmes d'alimentation et de santé. Des réseaux d'intervention ont été mis en place à l'échelle mondiale et régionale afin d'encadrer la commercialisation des produits alimentaires destinés aux enfants et d'améliorer l'étiquetage nutritionnel ainsi que la sécurité sanitaire des aliments et leur environnement.

L'OMS appuie l'intégration des interventions essentielles de nutrition dans les soins de santé primaires. Des systèmes de profilage nutritionnel et des principes directeurs applicables à l'étiquetage sur le devant des emballages ont été conçus dans le but de faciliter l'élaboration de politiques de commercialisation et d'étiquetage. L'OMS a aussi prêté son concours technique à une vingtaine de pays pour leur permettre de gérer des cas complexes de malnutrition aiguë.

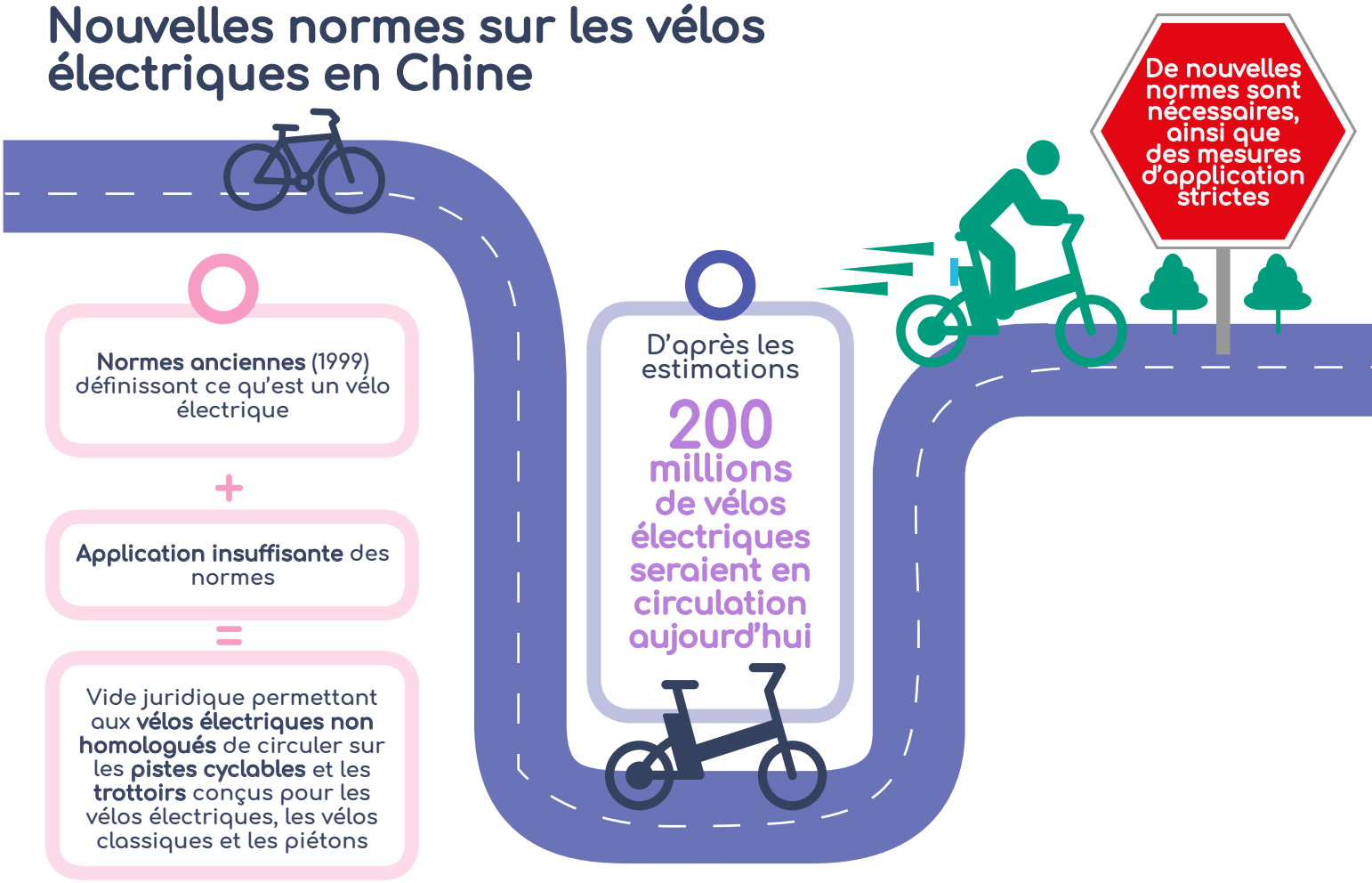
Renforcer la sécurité de l'approvisionnement alimentaire

Le **Réseau international OMS/FAO des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN)** s'est avéré indispensable pour riposter à plusieurs événements de grande ampleur survenus en 2017-2018 en matière de sécurité sanitaire des aliments. Il s'agit notamment de la plus grande flambée de listériose que l'Afrique du Sud ait connue par suite de la contamination de viande prête à consommer, laquelle a provoqué plus de 1000 cas de maladie et 200 décès. Des informations détaillées sur les lots de produits carnés prêts à consommer, qui ont été exportés vers 15 pays, ont été communiquées via le Réseau. Les pays importateurs ont pu agir rapidement pour rappeler les lots incriminés, évitant ainsi d'exposer les consommateurs à des produits risquant d'être impropres à la consommation.

Le Réseau encourage une plus grande coopération internationale en aidant les États Membres à gérer les risques liés à la sécurité sanitaire des aliments.

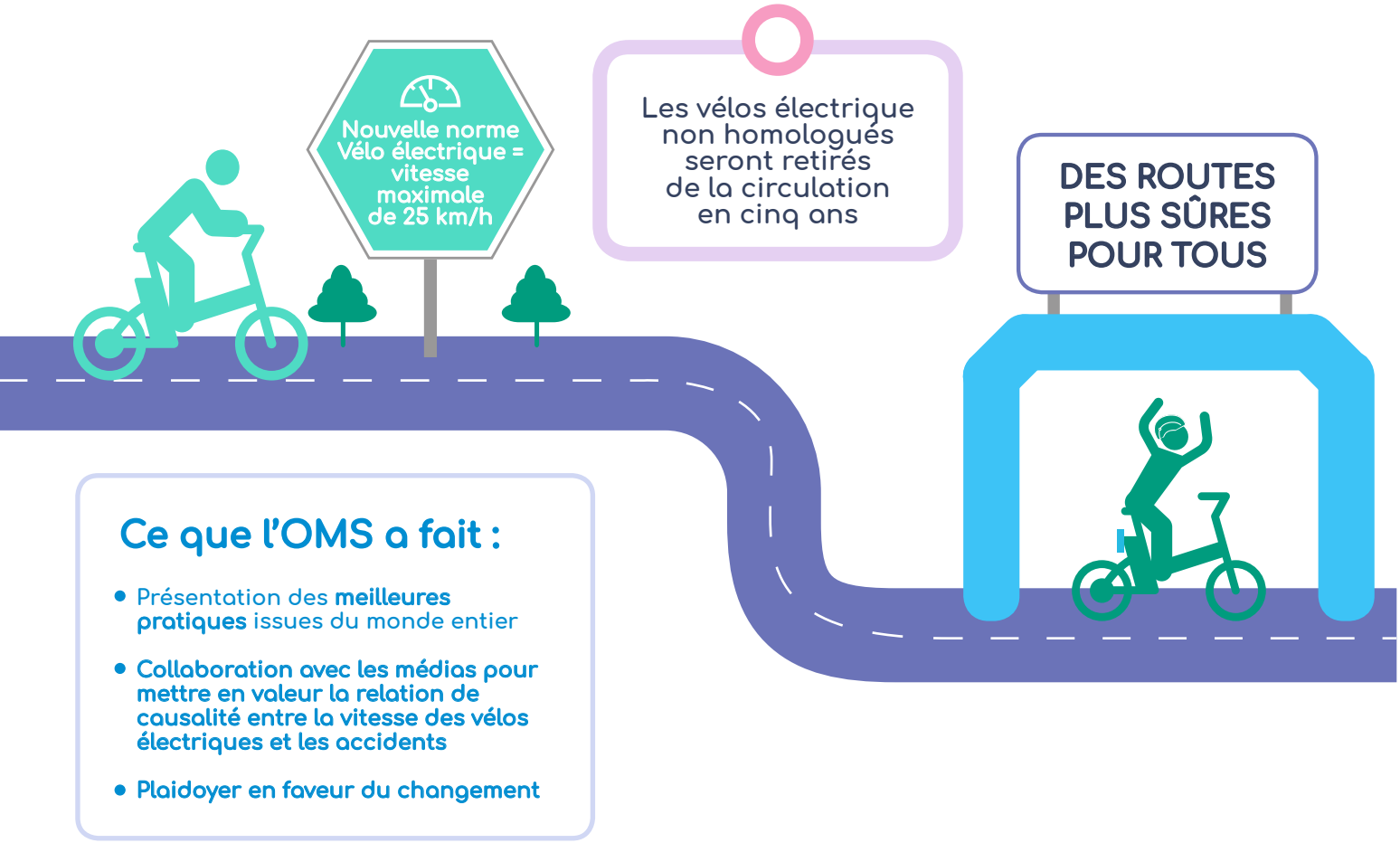
L'OMS a élaboré et publié un manuel pratique intitulé **Strengthening surveillance of, and response to, foodborne diseases ;** il a pour objet d'appuyer les pays qui s'attachent à intégrer les activités de surveillance des maladies d'origine alimentaire et de riposte dans les systèmes de surveillance et de riposte en vigueur sur le plan national, comme le prescrit le Règlement sanitaire international (2005).

Nouvelles normes sur les vélos électriques en Chine



Liste non exhaustive des biens publics mondiaux relatifs à la santé produits par l'OMS en 2018 et renseignant utilement et concrètement sur les maladies et affections non transmissibles :

- le lancement d'un nouveau portail Web de l'OMS qui fournit des données par pays sur les possibilités d'investissement en vue de transposer à plus grande échelle les interventions de lutte contre les maladies non transmissibles. L'outil montre un ensemble de politiques offrant la rentabilité optimale pour traiter la question ;
- le lancement du nouveau **Rapport de situation mondial de l'OMS sur l'alcool et la santé**. L'initiative SAFER aide les pouvoirs publics à prendre des mesures pratiques afin de réduire l'usage nocif de l'alcool et ses conséquences ;
- le lancement, en 2018, du **Registre mondial des brûlés**, qui est la toute première plateforme permettant de recueillir des données normalisées sur les personnes victimes de brûlures. Les brûlures sont à l'origine de quelque 180 000 décès par an et de beaucoup d'autres traumatismes ;
- le **Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2018** – financé par Bloomberg Philanthropies – donne de plus amples éléments sur un problème grandissant et contribue à préconiser des solutions et des actions concrètes pour combattre cette situation et sauver des vies ;
- la diffusion d'un cours de formation en ligne, d'accès libre, aux soins de traumatologie à l'intention des soignants de première ligne, qui doivent intervenir en cas de maladie ou de traumatisme aigu avec des moyens limités. L'OMS a lancé l'**Initiative mondiale pour les soins d'urgence et de traumatologie** dans le but d'élargir cette catégorie de soins ;

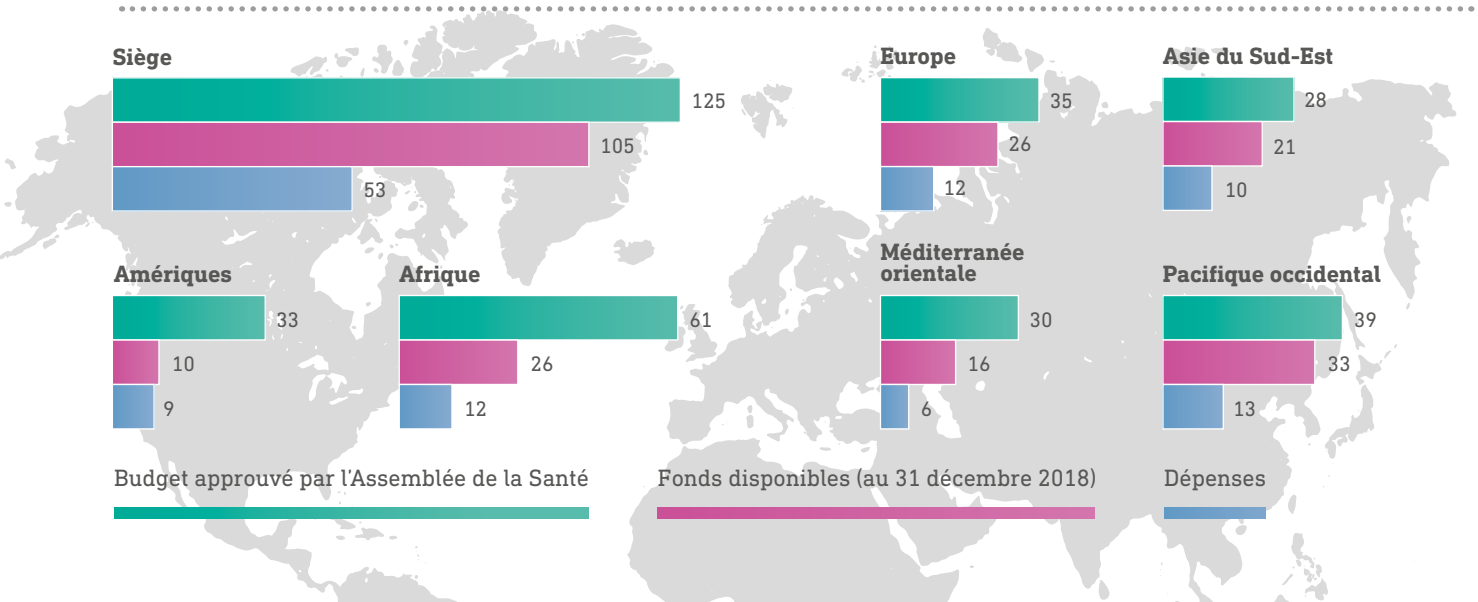


- un appui aux pays pour mettre en œuvre l'**Enquête modèle sur le handicap**, qui renseigne de manière exhaustive sur la répartition des handicaps dans un pays ou une Région et recense les besoins non satisfaits ; et
- la question abordée conjointement par l'OMS et l'UIT concernant une nouvelle **norme internationale pour les appareils comme les smartphones** de manière à renforcer leur innocuité en matière d'écoute. Plus d'un milliard de jeunes gens (près de la moitié des 12-35 ans) risquent une perte d'audition en raison d'une exposition prolongée et excessive à des sons de forte intensité.

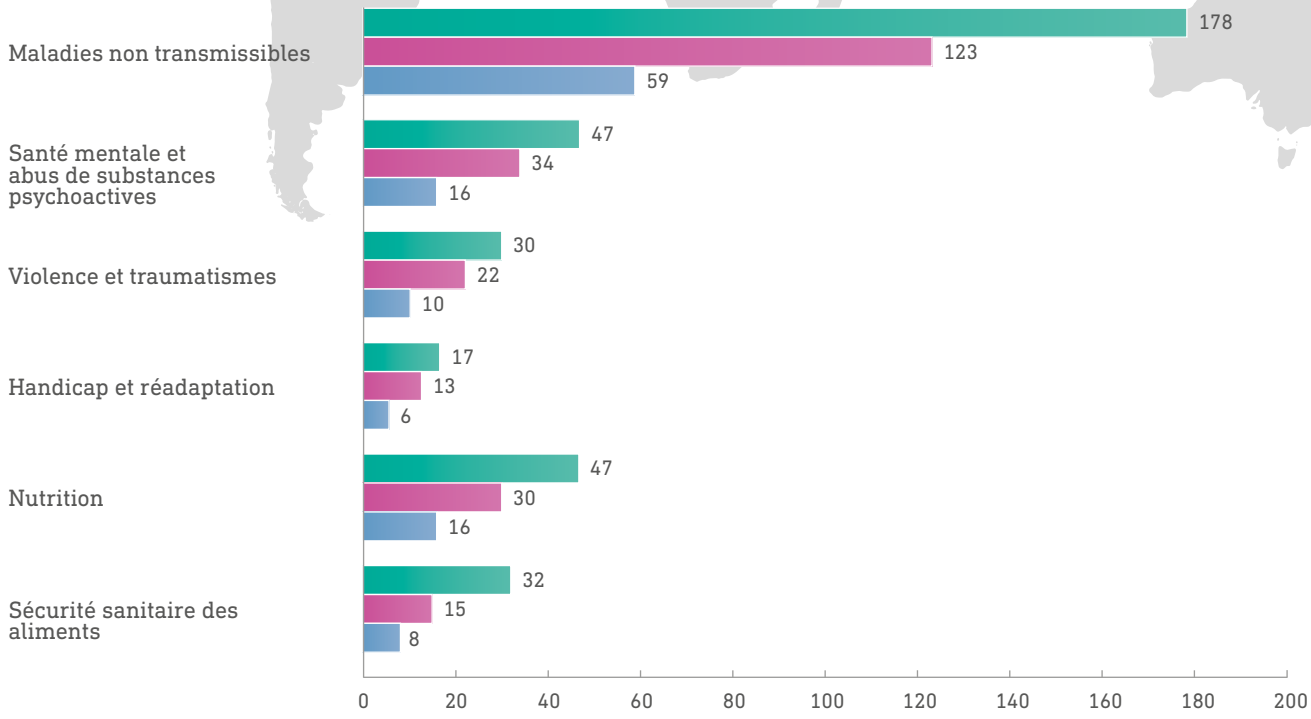
Principaux chiffres pour 2018-2019

Montant approuvé dans le budget programme : US $351 millions
Fonds disponibles : US $237 millions (68 % du budget programme)
Dépenses : US $115 millions (33 % du budget programme, 49 % des ressources disponibles)

Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US $)



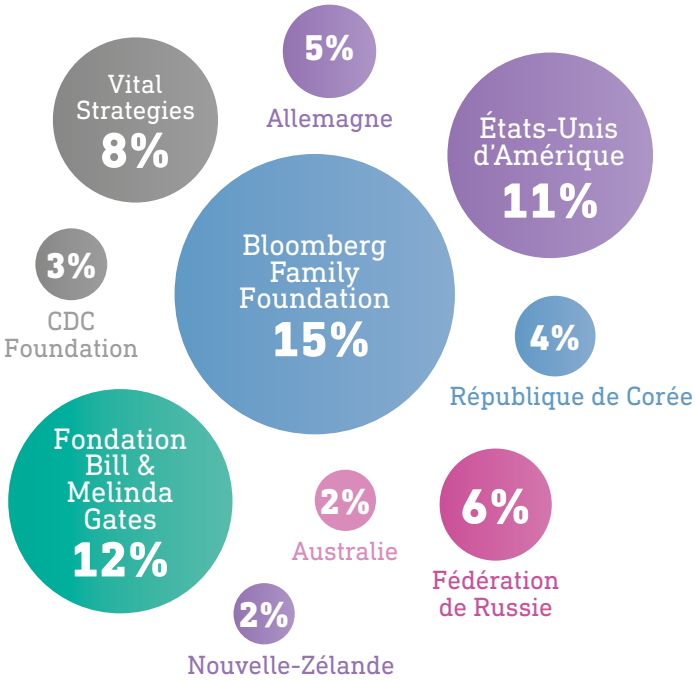
Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US $)



Exécution du budget

Le financement disponible représente 68 % du budget approuvé, qui est le plus modeste de toutes les catégories. Le financement futur reste une préoccupation décisive notamment dans des secteurs de programme tels que la sécurité sanitaire des aliments (47 % du niveau approuvé) et la nutrition (64 % du niveau approuvé). Les dépenses mondiales relatives aux maladies non transmissibles s'établissaient à US $115 millions, soit 33 % seulement du

Les 10 principaux contributeurs volontaires

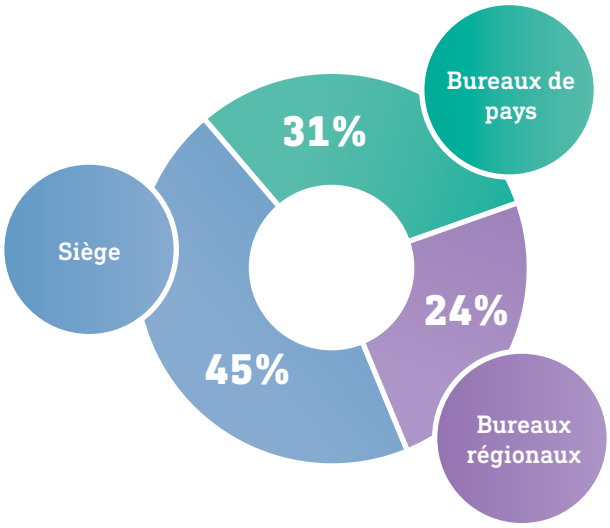


Source de financement

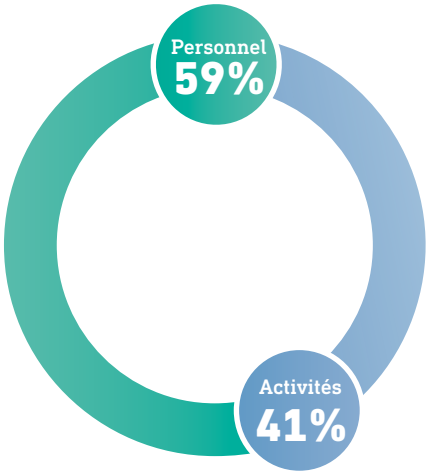
Fonds souples : 42 %
Contributions volontaires à objet désigné : 58 %

68 % du montant total des contributions volontaires à objet désigné a été versé par 10 contributeurs (*mentionnés ci-dessous*)

Dépenses par niveau



Dépenses liées au personnel et dépenses liées aux activités



niveau budgétaire approuvé, qui est aussi le plus faible de toutes les catégories. Cela pourrait refléter le faible niveau de financement.

La part allouée aux fonds souples dans le financement total des maladies non transmissibles est relativement élevée par rapport au financement à objet désigné (42 % contre 58 %, respectivement). Cette situation montre les efforts déployés par l'Organisation pour aligner les ressources sur les priorités des États Membres bien que l'attractivité soit moindre pour les donateurs. Dans certains cas, l'arrivée tardive des contributions volontaires de premier plan a différé l'exécution en 2018. Malgré ces difficultés, des améliorations substantielles ont été constatées dans certains domaines, en particulier pour combattre les facteurs de risque liés aux maladies non transmissibles. La mise en œuvre est un défi tant dans la Région africaine que dans celle de la Méditerranée orientale. Dans les bureaux de pays où la limitation des ressources est un phénomène chronique, l'exécution a pu être étoffée moyennant différentes sources et mesures, comme l'engagement auprès des pouvoirs publics, des centres collaborateurs de l'OMS et autres partenaires et grâce à la mise en synergie des programmes, notamment au niveau des pays. C'est la raison pour laquelle des progrès importants ont été réalisés pour s'acquitter de la mission fixée dans certains domaines des maladies non transmissibles même lorsque la mise en œuvre s'est avérée difficile.

Pour de plus amples renseignements sur le financement et l'exécution du budget programme concernant cette catégorie, prière de consulter le portail de l'OMS relatif au budget programme (http://open.who.int/2018-19/our-work/category/02/about/key-figures et http://open.who.int/2018-19).

MALADIES TRANSMISSIBLES

SECTEURS DE PROGRAMME

- VIH et hépatite
- Tuberculose
- Paludisme
- Maladies tropicales négligées
- Maladies à prévention vaccinale
- Résistance aux antimicrobiens

> Pour mettre fin au fléau des maladies infectieuses, la prévention, la détection précoce et le traitement doivent être à la portée de chacun où qu'il se trouve.

Dre Poonam Khetrapal Singh
Directrice régionale de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est

Malgré les progrès historiques réalisés dans la réduction de la charge mondiale, les maladies transmissibles restent un problème majeur. Alors qu'on a les moyens de les éviter et de les traiter, ces « maladies de la pauvreté » provoquent encore 4 millions de décès chaque année et entravent le développement social et économique.

Il ressort d'informations récentes que le rythme actuel des progrès est trop lent pour atteindre les objectifs fixés. Des mesures ciblées s'imposent :

- contre les maladies transmissibles à fort impact, notamment des efforts pour atteindre les groupes vulnérables et marginalisés ;
- pour offrir des services de vaccination de haute qualité, dans le cadre d'une prévention des maladies intégrée et centrée sur la personne ;
- pour combattre la résistance aux antimicrobiens, en favorisant la sensibilisation, la surveillance mondiale, l'usage optimal des médicaments et la recherche-développement.

L'enjeu dépasse la simple lutte contre les maladies transmissibles : en mettant l'accent sur ceux qui sont les plus touchés et les plus exposés aux risques, en repérant les domaines négligés et en développant l'innovation, on devra aussi aborder toute une série d'autres problèmes, comme le renforcement des systèmes de santé, et veiller aux objectifs de l'équité et des droits humains ainsi qu'à l'extension de la couverture sanitaire universelle.

Principaux résultats

Élimination des maladies : des succès croissants

Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, l'élimination et l'éradication des maladies transmissibles sont devenues des cibles réalistes. Nous sommes sur le point de nous débarrasser de maladies incapacitantes comme la dracunculose, dont seuls 28 cas ont été notifiés en 2018 ; le dernier obstacle à l'élimination est sans doute constitué par l'infestation des chiens au Tchad par le ver de Guinée. L'éradication du pian, une maladie douloureuse, défigurante et incapacitante qui touchait 50 millions d'enfants dans les années 1950 est aussi à l'ordre du jour, certains pays étant en passe d'interrompre la transmission d'ici à 2020 ; le triomphe indien est à cet égard riche d'enseignements.

Réalisations visées en 2018-2019

- Meilleur accès des personnes vivant avec le VIH ou l'hépatite virale aux interventions essentielles
- Accès universel à des soins antituberculeux de qualité conformément à la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose
- Meilleur accès des groupes exposés au paludisme à des interventions préventives, à la confirmation du diagnostic et au traitement de première intention
- Accès amélioré et durable aux interventions contre les maladies tropicales négligées
- Amélioration de la couverture vaccinale des populations et communautés isolées
- Capacité essentielle de lutte dans tous les pays contre la résistance aux antimicrobiens

Si l'éradication complète est plutôt rare, l'élimination – le fait de ramener à zéro le nombre de nouveaux cas dans une zone géographique déterminée – est désormais une cible assez réaliste concernant de nombreuses maladies. En 2012, une feuille de route de l'OMS fixait des objectifs ambitieux visant à éliminer 17 maladies tropicales négligées. Les progrès ont pu être accélérés grâce aux dons de fabricants de médicaments consécutifs consentis à la suite de négociations avec l'OMS. En 2018, comme les trois années précédentes, environ 1 milliard de traitements ont été fournis. L'OMS coordonne le transport, la distribution et l'administration des médicaments. L'Organisation joue un rôle capital dans la fourniture gratuite de médicaments de qualité garantie à certains des groupes les plus démunis – qui sans elle en seraient peut-être privés.

Il reste de nombreux obstacles à franchir pour mettre fin aux épidémies de sida et de tuberculose d'ici à 2030 (conformément à la cible 3.3 des objectifs de développement durable des Nations Unies). Dans le cas du paludisme, certains pays à faible charge de morbidité avancent rapidement vers l'élimination, même si les progrès dans les pays à forte charge ont marqué le pas.

L'élimination – une réalité qui s'impose de plus en plus dans de nombreux pays.

- Quatorze pays ont éliminé la **filariose lymphatique** en tant que problème de santé publique et sept autres cherchent à faire de même.
- Le **trachome** a été éliminé en tant que problème de santé publique dans huit pays mais subsiste dans 36 autres.
- L'OMS a vérifié l'élimination de la transmission de l'**onchocercose** dans quatre pays des Amériques et dans des foyers infranationaux de trois autres pays. La transmission subsiste en Afrique subsaharienne, au Yémen et dans un foyer aux Amériques.
- Le nombre de cas notifiés de **trypanosomiase humaine africaine (maladie du sommeil)** a atteint un plus bas historique en 2017 (1446 cas) et la cible de l'élimination en tant que problème de santé publique en 2020 est réalisable.

Vers l'élimination de la filariose lymphatique

En 2018, l'élimination de la filariose lymphatique, une maladie douloureuse et très défigurante, a été validée en Égypte, aux Palaos, au Viet Nam et dans les îles Wallis-et-Futuna. Les manifestations chroniques de la maladie touchent encore quelque 36 millions de personnes.

Plus de 800 millions de personnes doivent bénéficier de l'administration massive de médicaments pour stopper la propagation de la maladie. Le Samoa est devenu le premier pays à appliquer la nouvelle trithérapie recommandée par l'OMS. Un traitement massif annuel de toute la population visée a commencé en 2018 dans les écoles et à domicile avec le soutien technique et financier de l'OMS.

Les résultats préliminaires font apparaître une couverture élevée de plus de 90 % de la population visée de l'île de Savaii. Après le traitement de masse de cette année, le pays sera déclaré exempt de filariose lymphatique.

Vers la fin du pian

Le pian est une infection bactérienne chronique et débilitante.

Bactérie *Treponema pertenue*

Endémique dans **15** pays

66 000 cas en 2018

Elle touche surtout les **communautés pauvres** vivant dans les forêts tropicales chaudes et humides d'Afrique, d'Asie, d'Amérique latine et du Pacifique, où la majorité des **populations affectées, principalement des enfants,** vivent « là où les routes se sont arrêtées », loin des services de santé.

Stratégie

90 %
Traiter toutes les communautés d'endémie

Traiter tous les cas cliniques actifs ainsi que leurs contacts

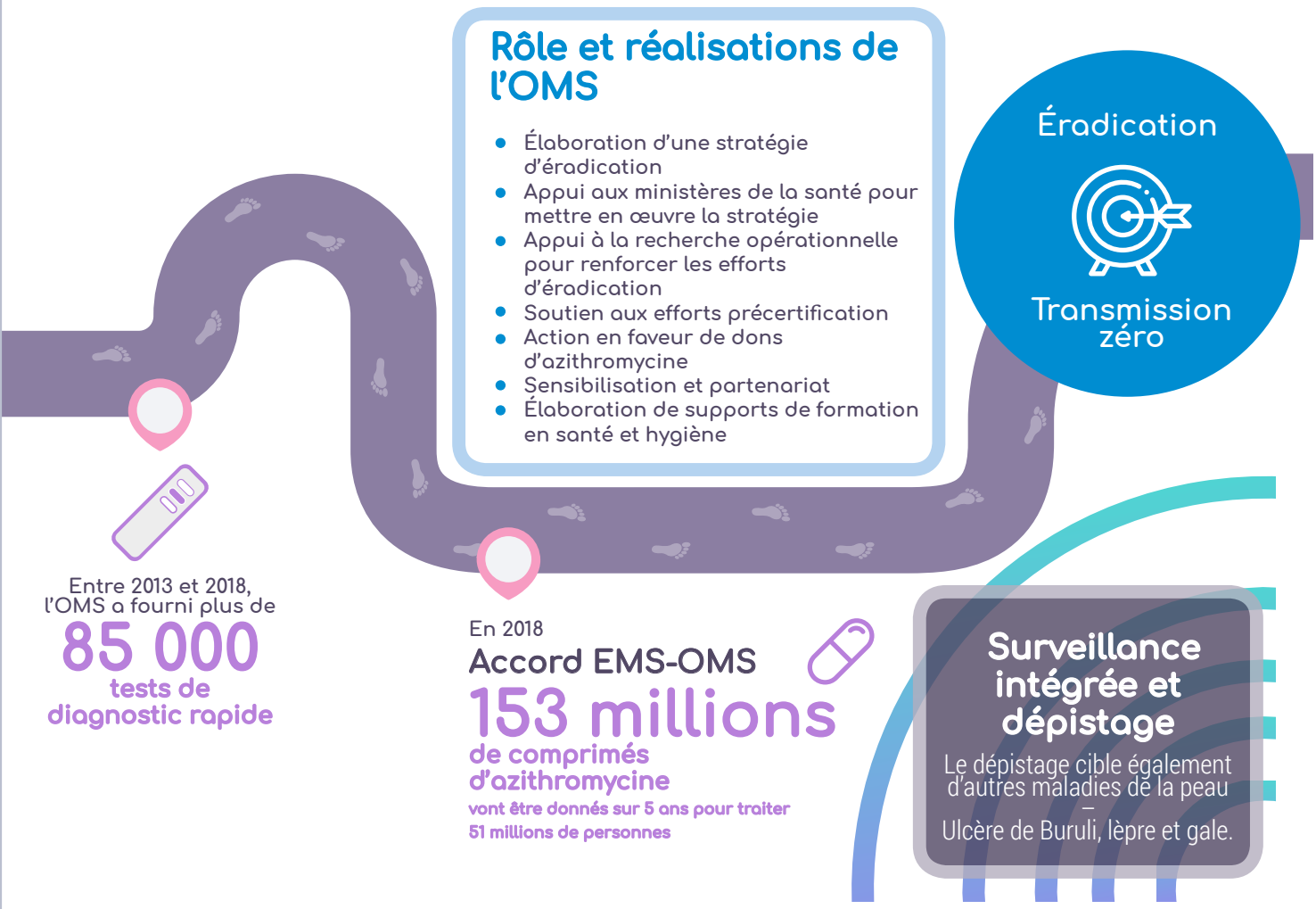
Des progrès vers l'élimination du trachome

On compte en tout plus de 150 millions de personnes exposées au risque de cécité consécutif au trachome dans 41 pays. Les efforts au niveau international en vue d'éliminer le trachome comme maladie cécitante reposent sur la stratégie de l'OMS – associant les interventions de l'acronyme « CHANCE » (CHirurgie du trichiasis (introversion des cils), Antibiothérapie, Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement). Ces interventions ciblent la communauté et l'associent en suivant l'approche des soins de santé primaires.

Les pays obtiennent des résultats probants. En mai, l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique a été validée au Népal après l'intensification des efforts entrepris dans ce pays depuis 2002. À partir de 2005, la prévalence du trachome évolutif avait diminué de 40 %. Des hôpitaux ophtalmologiques et des dizaines de dispensaires ophtalmologiques disposant d'un personnel qualifié ont été établis. Environ 30 000 opérations des paupières ont été réalisées et 15 millions de doses d'antibiotiques distribuées avec l'aide des partenaires. Le Mexique a également éliminé le trachome en 2017, et le Ghana et la République islamique d'Iran en 2018.

Des décennies d'efforts pour un nouveau médicament contre l'onchocercose portent leurs fruits

La moxidectine, approuvée par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis d'Amérique en juin 2018, constitue le premier nouveau traitement contre l'onchocercose (la cécité des rivières) depuis 20 ans. Le **Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales** (TDR) en collaboration avec ses partenaires a poursuivi pendant près d'une vingtaine d'années les travaux de recherche sur la moxidectine, supérieure selon les études à l'ivermectine qui était utilisée jusqu'ici. Il s'agit d'une étape décisive dans la lutte contre l'onchocercose et son élimination. La FDA a également approuvé un « priority review voucher » (bon d'examen prioritaire), mécanisme visant à appuyer la mise au point de médicaments contre des maladies négligées. Les observateurs voient là un cas exemplaire d'utilisation de ce dispositif qui accélère l'approbation du produit et permet la collecte de fonds par la vente du bon, lequel peut alors servir à l'examen d'un autre produit.



L'élan nouveau de la lutte contre la tuberculose

Les participants à la première **Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la lutte contre la tuberculose**, tenue à New York en septembre 2018, ont approuvé une déclaration ambitieuse et marquante visant à accélérer les progrès pour mettre fin à la maladie et adopter de nouvelles cibles audacieuses à atteindre d'ici à 2022.

Des missions de haut niveau de l'OMS avec des partenaires dans des pays à forte charge de morbidité tuberculeuse comme l'Inde, la Mongolie, le Pakistan, les Philippines et le Viet Nam ont permis de maintenir l'élan. Dans de nombreux pays, des organismes nationaux de responsabilisation ont été mis en place conformément à la Déclaration de la Réunion de haut niveau. La mise au point du cadre de responsabilisation multisectoriel s'est poursuivie parallèlement à sa mise en œuvre dans les pays, comme l'ont demandé les États Membres.

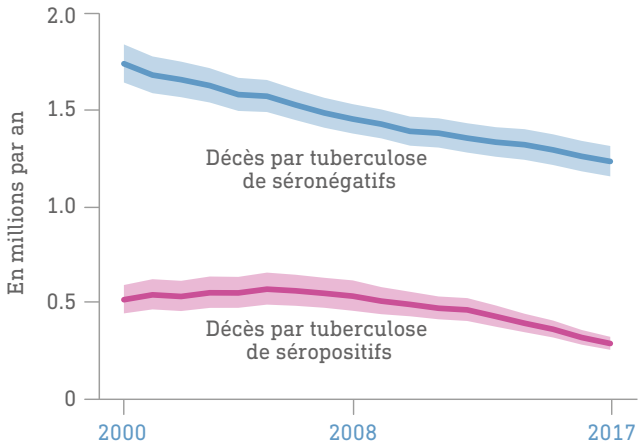
Des progrès plus importants sont possibles même dans les pays à revenu faible ou intermédiaire dont les ressources sont limitées, comme l'a montré la réduction de la charge de morbidité tuberculeuse dans la Région du Pacifique occidental, où 23 millions de personnes ont été traitées efficacement. Plusieurs pays africains ont également enregistré une diminution très marquée de l'incidence de la tuberculose.

Entre 2000 et 2017,
54 millions de décès par tuberculose ont été évités

La tuberculose pharmacorésistante constitue toujours une crise de santé publique. En 2017, plus d'un demi-million de personnes ont été atteintes par la tuberculose résistant à la rifampicine, le médicament de première intention le plus efficace, dont 82 % étaient des cas de tuberculose multirésistante. Seul un cas de tuberculose multirésistante sur quatre est actuellement dépisté et la proportion des cas traités avec succès est encore plus faible.

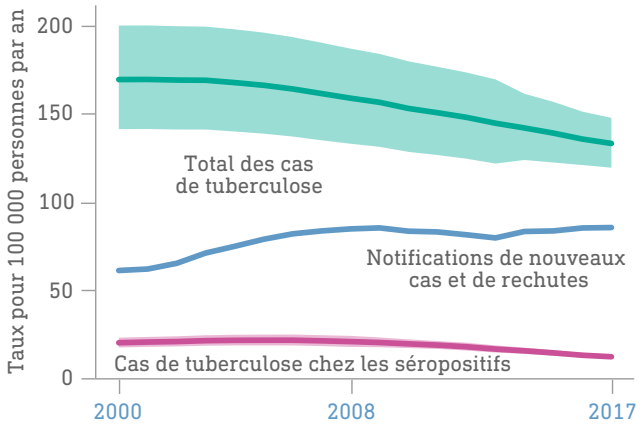
En 2018, pour relever le défi et améliorer les résultats thérapeutiques chez les patients multirésistants, l'OMS a publié de nouvelles lignes directrices thérapeutiques unifiées concernant la tuberculose multirésistante, en recommandant de passer à un schéma entièrement par voie orale. Ce nouveau protocole plus efficace est de nature à provoquer moins d'effets indésirables. L'OMS recommande d'associer au traitement un suivi actif de l'innocuité et un soutien psychologique pour aider les patients à ne pas abandonner leur traitement.

Tendances mondiales du nombre de décès par tuberculose, 2000-2017



Les régions en grisé représentent les intervalles d'incertitude.

Tendances mondiales du taux d'incidence estimé de la tuberculose, 2000-2017



Les régions en grisé représentent les intervalles d'incertitude.

L'OMS contribue également à l'élaboration du programme de recherche sur la tuberculose. En 2018, l'Organisation a entrepris l'élaboration d'une stratégie mondiale de recherche et d'innovation sur la tuberculose, demandée par les États Membres. La feuille de route pour l'élaboration de cette stratégie correspond aux engagements pris dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau.

L'Inde s'associe au secteur privé pour combattre la tuberculose

L'Inde, qui fait face à un quart environ de la charge de morbidité mondiale, a enregistré 2,7 millions de nouveaux malades en 2017 dont une proportion très importante – près d'un million de cas – n'avait pas accès à des soins de qualité. On estime qu'un grand nombre de patients se sont adressés au secteur privé, qui est souvent le premier lieu des soins contre cette maladie. Ces trois dernières années, l'Inde a donc donné la priorité à une collaboration accrue avec le secteur privé, conformément à la Stratégie OMS pour mettre fin à la tuberculose, ce qui a permis de combler assez largement les lacunes dans la notification des cas.

Une des contributions essentielles à cet effort a été un projet de collaboration pilote innovant avec le secteur privé qui a été testé avec succès dans trois villes – Mehsana, Mumbai et Patna – avec l'appui technique de l'OMS. Les enseignements tirés de cette approche sont actuellement mis à profit plus largement dans le cadre de l'initiative des efforts conjoints pour éliminer la tuberculose (JEET) avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

L'OMS collabore étroitement à la mise en œuvre de l'initiative, en apportant un appui politique et administratif de haut niveau et en assurant un rôle de coordination, de surveillance et de suivi. Elle a fourni une assistance technique pour la mise au point et le déploiement des outils, des options politiques et des directives, ainsi qu'une plateforme numérique pour la notification.

En 2018, l'initiative a permis :

- de répertorier 57 949 établissements de soins supplémentaires, une collaboration étant engagée avec 13 504 d'entre eux ;
- de créer 819 « pôles » de coordination (des établissements de soins disposant de médecins, de pharmaciens et de services de radiologie) ;
- d'organiser 114 séances de formation médicale continue pour améliorer les notifications.

En tout, 165 739 cas de tuberculose ont ainsi été notifiés par le secteur privé.

La cible fixée par l'initiative consiste à notifier 1,6 million de cas supplémentaires en trois ans.

E-2020 : aider les pays à atteindre zéro cas de paludisme d'ici à 2020

E-2020 est l'initiative spéciale de l'OMS visant à aider 21 pays poursuivant l'objectif de l'élimination à atteindre zéro cas d'incidence du paludisme d'ici à 2020. En 2018, le Paraguay et l'Ouzbékistan ont été certifiés exempts de la maladie. L'Ouzbékistan est le 19e pays de la Région européenne de l'OMS à être certifié. L'interruption de la transmission du paludisme autochtone a été déclarée dans l'ensemble de la Région.

Le Costa Rica, l'un des 21 pays susceptibles selon l'OMS d'éliminer la maladie d'ici à 2020, a réduit le nombre des cas de paludisme autochtone – c'est-à-dire de cas de transmission à l'intérieur de ses frontières – dans des proportions qui lui ont valu une distinction spéciale de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) pour les progrès accomplis. Aucun décès palustre n'a été enregistré dans le pays depuis 2009.

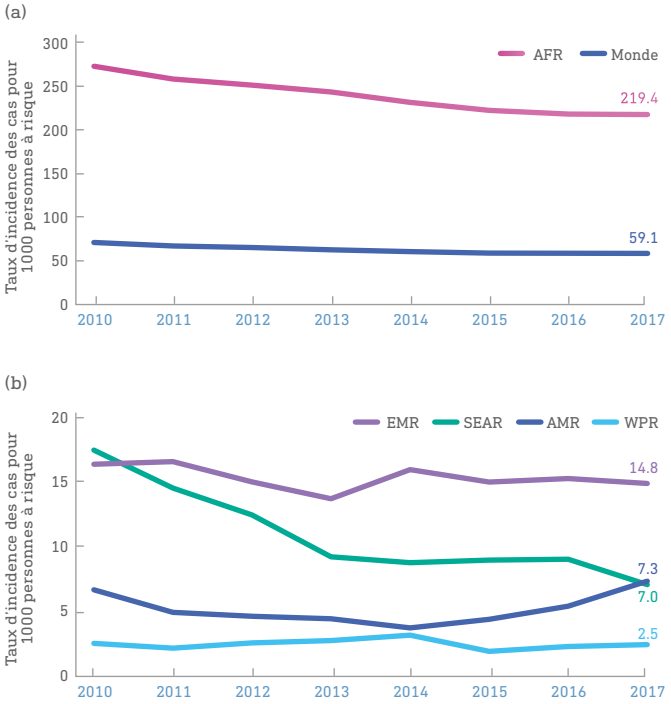
Conformément au **cadre OMS pour l'élimination du paludisme**, l'Organisation aide les ministères de la santé à élaborer une stratégie nationale techniquement solide contre le paludisme. Par des visites de pays régulières, l'OMS a appuyé les efforts des gouvernements visant à renforcer leurs capacités nationales de lutte et à suivre les tendances épidémiologiques. Dans le monde, 36 pays et territoires ont reçu la certification OMS. Dix autres pays sont en passe d'éliminer le paludisme d'ici à 2020.

Retrouver le rythme nécessaire des progrès pour réduire la charge du paludisme

Comme on l'a relevé dans le **Rapport sur le paludisme dans le monde 2018**, les progrès accomplis sont insuffisants pour atteindre deux cibles essentielles de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, à savoir une réduction d'au moins 40 % du nombre de cas de paludisme et du nombre de décès palustres comparativement aux niveaux de 2015. Sans une avancée dans les pays confrontés à la plus lourde charge qui regroupent 70 % des cas mondiaux, la communauté mondiale commencera à ne plus pouvoir atteindre les grandes cibles intermédiaires.

Le Directeur général a donc préconisé une nouvelle approche énergique pour imprimer un nouvel élan. Les ministères de la santé ont collaboré avec l'OMS et les partenaires sur l'approche « pour une action à fort impact dans les pays à forte charge ». Lancée en novembre 2018, cette approche est une riposte relevant des pays qui consiste à étendre des formes d'interventions appropriées au moyen de services en première ligne accessibles et d'un prix abordable. L'OMS aidera les pays à élaborer des plans stratégiques fondés sur des bases factuelles.

Évolution du taux d'incidence des cas de paludisme au niveau mondial et par Région de l'OMS, 2010-2017



AFR : Région africaine de l'OMS ; AMR : Région OMS des Amériques ; EMR : Région OMS de la Méditerranée orientale ; SEAR : Région OMS de l'Asie du Sud-Est ; OMS : Organisation mondiale de la Santé ; WPR : Région OMS du Pacifique occidental.

La Région européenne de l'OMS a signalé zéro cas autochtone depuis 2015.

Relancer la lutte contre le paludisme dans 11 pays à forte charge de morbidité

L'OMS, en collaboration avec le Partenariat Faire reculer le paludisme, a cherché à promouvoir une nouvelle approche pour redynamiser la lutte dans les pays à plus forte morbidité palustre. Cette approche « **pour une action à fort impact dans les pays à forte charge** » repose sur les quatre piliers suivants :

- stimuler la volonté politique de réduire les décès par paludisme ;
- utiliser les informations de manière stratégique pour avoir un impact ;
- améliorer les orientations, politiques et stratégies mondiales ;
- mettre en œuvre une riposte nationale coordonnée.

L'initiative « pour une action à fort impact dans les pays à forte charge » (appelée précédemment « initiative 10+1 ») part du principe selon lequel une maladie évitable et traitable ne doit plus causer aucun décès. Elle est menée à l'origine par 11 pays – 10 pays d'Afrique subsaharienne (le Burkina Faso, le Cameroun, le Ghana, le Mali, le Mozambique, le Niger, le Nigéria, l'Ouganda, la République démocratique du Congo et la République-Unie de Tanzanie) et l'Inde. On estime à 151 millions le nombre de cas et à 275 000 celui des décès par paludisme dans ces pays qui regroupent 70 % de la charge de morbidité palustre mondiale. Les enseignements qu'on pourra tirer de ce premier groupe de pays seront progressivement appliqués à l'ensemble des pays confrontés à des niveaux élevés de transmission.

Améliorer la santé de l'enfant dans les communautés peu accessibles au Nigéria

La prise en charge communautaire intégrée des cas est une stratégie peu coûteuse qui fait appel aux agents de santé communautaires vivant dans des zones difficiles d'accès pour diagnostiquer et traiter trois maladies mortelles mais curables : le paludisme, la pneumonie et la diarrhée. L'OMS, avec le soutien financier du Gouvernement canadien, a introduit la prise en charge communautaire intégrée chez des communautés isolées d'Afrique subsaharienne à forte morbidité.

Grâce aux médicaments fournis par l'intermédiaire du **Programme OMS pour l'élargissement de l'accès rapide (RAcE)**, les agents de santé communautaires diagnostiquent et traitent les trois maladies mortelles chez l'enfant de moins de cinq ans – le paludisme, la pneumonie et la diarrhée – à l'origine de 54 % des décès d'enfants au Nigéria.

« Le programme est unique en son genre car il associe la communauté et le système de santé », souligne la Dre Abosede R. Adeniran, Directrice de la santé de la famille au Ministère fédéral nigérian de la santé. « Dans les États du Niger et d'Abia, les données factuelles disponibles nous démontrent que c'est la bonne approche car on cherche à réduire le niveau inacceptable de la mortalité chez les moins de cinq ans dans le pays. »

L'action contre le paludisme chez les mineurs au Suriname

Le Suriname se rapproche de l'élimination du paludisme. Grace au soutien de l'OMS et d'autres partenaires, le pays a réduit le nombre de cas autochtones de 98 % depuis 2010 et en 2017 seuls 40 cas ont été notifiés. En 2017 et 2018, le Bureau régional des Amériques/l'OPS a participé à l'examen externe du système de surveillance et du plan stratégique et contribué à l'élaboration d'un nouveau plan d'élimination d'ici à 2022, prévoyant notamment la fourniture de services de santé intégrés aux migrants dans les zones minières. Souvent sans-papiers et travaillant dans des mines d'or illégales, ceux-ci sont fréquemment établis dans des zones reculées où ils n'ont qu'un accès limité aux services de santé.

La politique « traiter tout le monde » couronnée de succès au Brésil

En 2018, le Gouvernement brésilien a annoncé la plus forte réduction du nombre de décès liés au sida jamais enregistrée dans le pays à la suite de la politique visant à améliorer l'accès à la prévention du VIH, ainsi qu'au dépistage, au traitement et aux soins.

Il ressort d'un rapport du Ministère brésilien de la santé qu'entre 2014 et 2017, les décès liés au VIH ont diminué de 16,5 % grâce à l'application de la politique « traiter tout le monde », à l'extension des tests de dépistage et aux liens plus rapides entre les services de dépistage et de traitement. Ces programmes ont aussi conduit à une réduction du nombre de cas de sida – de 21,7 cas pour 100 000 en 2012 à 18,3 cas en 2017.

Le Brésil est l'un des pionniers de la mise en œuvre des recommandations visant à « traiter tout le monde » lancées au niveau mondial en 2016. Au milieu de 2018, la politique avait été adoptée dans 84 % des pays à revenu faible ou intermédiaire et notamment dans la totalité des pays mettant en œuvre des actions accélérées. En tant que pionnier de l'action contre le VIH, le Brésil a introduit en 2013 cette politique qui depuis a eu un impact positif majeur sur la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH.

Outre la baisse du nombre de décès liés au sida, l'application de la politique « traiter tout le monde » au Brésil a permis d'améliorer les taux de diagnostic du VIH et de réduire le délai entre le diagnostic et le début du traitement. Le Brésil a également appliqué un programme national d'autodépistage du VIH ciblant des groupes particuliers et les personnes utilisant la prophylaxie préexposition (PrEP) à des fins préventives, dans le cadre d'une stratégie de prévention mixte.

Appliquer des plans de rattrapage en Afrique contre le VIH

L'OMS fournit des ressources financières et humaines pour aider les pays à mettre au point et à appliquer des plans de rattrapage dans le cadre de la riposte au VIH, sur la base des lignes directrices de l'Organisation pour la prévention et le traitement et d'autres stratégies fondées sur des données factuelles.

Plusieurs pays ont bénéficié d'un soutien en 2018 dans différents domaines, notamment la décentralisation des services aux districts, le renforcement du système de gestion de l'approvisionnement et l'élaboration d'un plan stratégique pour le traitement et la mise au point d'une feuille de route d'une année pour les programmes de traitement.

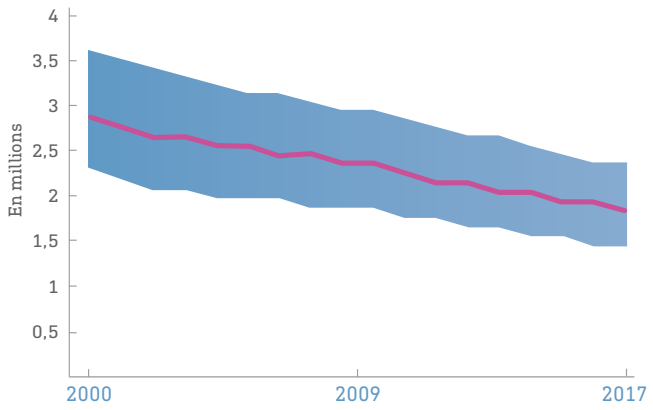
L'OMS continue de suivre attentivement l'application des plans de rattrapage, en organisant régulièrement des réunions avec les pays et les partenaires techniques, et en veillant à ce que la collecte et l'analyse de données fournissent des informations de qualité en vue de la prise de décisions.

L'OMS, chef de file de l'action du secteur de la santé contre le VIH et l'hépatite

En 2018, l'OMS a adopté plusieurs nouvelles politiques et lignes directrices mises au point avec ses partenaires :

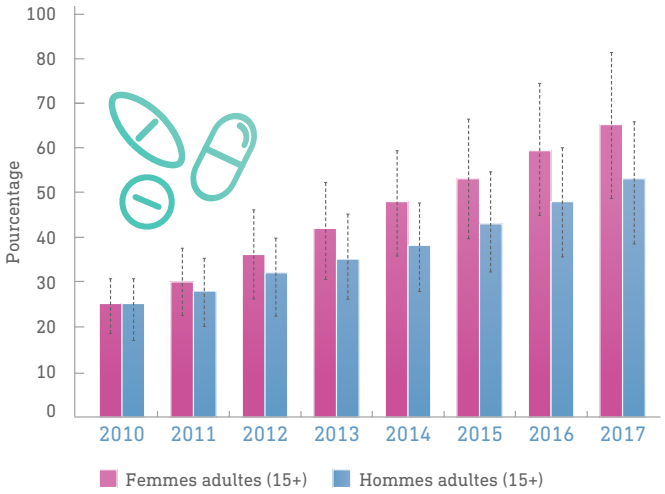
- des traitements améliorés contre le VIH et l'hépatite, avec des orientations sur l'emploi du dolutégravir et du raltégravir, ainsi que des modifications apportées au traitement antirétroviral (TAR) de première et de deuxième intention ;
- des tests et produits de diagnostic innovants, y compris pour l'autodépistage du VIH ;
- des tests et traitements pédiatriques et des moyens de prévention accélérés, y compris la prophylaxie préexposition contre le VIH.

Nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH



Les estimations hautes et basses apparaissent en grisé.

Couverture par le traitement antirétroviral



Les lignes en pointillé verticales représentent les estimations basses et hautes.

Des progrès considérables ont été réalisés concernant la politique « **traiter tout le monde** » de l'OMS qui consiste à offrir le TAR à toute personne vivant avec le VIH indépendamment de la numération des CD4. La plupart des pays appliquent désormais cette recommandation dont la mise en œuvre est suivie de manière systématique. Tous les États Membres de la Région du Pacifique occidental ont adopté la politique et près d'un million de personnes sont désormais sous TAR dans la Région ; dans les Amériques, 22 États Membres suivent la politique ; dans la Région africaine, l'accent est actuellement mis sur l'application au niveau du district.

Grâce au TAR, le nombre des décès liés au sida n'a jamais été aussi bas depuis le début du siècle – moins d'un million de décès annuels étant dus à des maladies liées au sida.

Dans la Région africaine, plus de trois personnes sur cinq et notamment 93 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont accès à ce traitement vital.

Toujours plus d'enfants vaccinés

La vaccination est un élément fondamental de soins de santé primaires bien développés et de la couverture sanitaire universelle, offrant un point de contact avec les soins de santé dès le plus jeune âge et tout au long de l'existence. Il s'agit de l'intervention qui a la plus large diffusion territoriale et tous les pays ont leur propre programme de vaccination.

Selon les estimations de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), quelque 123 millions de nourrissons du monde entier – c'est-à-dire 9 sur 10 – ont reçu au moins une dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC) en 2017. Par ailleurs, 4,6 millions de nourrissons de plus qu'en 2010 ont été vaccinés en 2017, même si, du fait de la croissance démographique, le taux mondial de couverture par trois doses du vaccin DTC (DTC3) est resté de 85 % depuis 2015.

L'OMS aide les pays en renforçant les systèmes de vaccination et l'accès à la vaccination au moyen de politiques, de stratégies et d'outils, ainsi qu'en veillant à la confiance du public et à la demande communautaire. Parmi les succès enregistrés, on peut mentionner l'élimination de la rougeole en République populaire démocratique de Corée, à Singapour et au Timor-Leste. Aujourd'hui, seuls 13 pays n'ont pas encore éliminé le tétanos néonatal. On a également pu observer une augmentation de la couverture par la deuxième dose de vaccin antirougeoleux, le taux mondial étant actuellement de 67 % contre 39 % en 2010.

Réduction de la morbidité par hépatite en Mongolie et au Pakistan

La Mongolie présente l'un des taux les plus élevés de cancer du foie dans le monde, une importante cause de décès liée à l'hépatite chronique. En 2017, le pays a lancé le **Programme pour la bonne santé du foie** afin de réduire les décès par cancer et cirrhose du foie grâce à un dépistage et un traitement précoces de l'hépatite virale et d'éliminer l'hépatite C (VHC) comme problème de santé publique d'ici à 2020.

L'OMS a collaboré étroitement avec le Gouvernement mongol en apportant un appui technique à la mise en œuvre, et notamment des lignes directrices et des évaluations dans les 21 laboratoires privés effectuant des tests de la charge virale du VHC. En juin 2018, environ 300 000 personnes avaient subi un test de dépistage du VHC et de l'hépatite B (VHB), 23 000 avaient reçu un traitement contre le VHB et 20 000 contre le VHC. L'objectif est de dépister 1,8 million de personnes. Forte de ce succès, la Mongolie a accueilli la manifestation de la Journée mondiale de l'hépatite de 2018.

Au Pakistan, un autre pays où l'hépatite représente une forte charge de morbidité, près de 12 millions de personnes vivent avec une hépatite B ou C et l'on en compte 150 000 de plus chaque année. Les données récentes et fiables sur la prévalence font défaut de même que les services essentiels contre la maladie. On observe aussi une faible capacité de pratiquer des injections sans risque chez les agents de santé. Le dépistage est insuffisant et les services capables de réduire les risques auxquels s'exposent les personnes qui s'injectent des drogues sont limités. L'OMS a contribué à la mise sur pied du Cadre stratégique national de lutte contre l'hépatite. Une meilleure exploitation de l'information stratégique contribue aux progrès.

Réagir face aux flambées de rougeole en Europe

En matière de vaccination, le terrain conquis peut facilement être perdu. En 2018, on a dénombré pas moins de 83 000 cas de rougeole en Europe, dont 72 mortels. Si le nombre des enfants vaccinés en Europe n'a jamais été aussi élevé, la couverture est fragmentaire au niveau infranational dans certains pays et dans 34 pays de la Région européenne la couverture est insuffisante pour assurer l'immunité collective. L'OMS a fourni des orientations pour assurer la couverture de l'ensemble des populations, repérer les enfants non vaccinés, améliorer la détection des flambées et la riposte, et renforcer la confiance du public à l'égard des vaccins.

L'OMS a apporté un appui à l'Ukraine – qui a enregistré 23 000 cas en 2018 – en vue de la planification et de l'établissement d'un budget pour les vaccins et les fournitures nécessaires. Des ateliers ont été organisés pour examiner les problèmes et fournir des recommandations concernant la planification des groupes cibles et les prévisions des besoins en vaccins et autres fournitures. En Serbie, où 14 décès par rougeole ont été enregistrés, un programme de vaccination mis au point par l'OMS a notamment prévu une formation spécifique au pays pour les professionnels de la santé.

Si l'on constate globalement des progrès en matière de couverture vaccinale, certains résultats durement acquis sont aujourd'hui remis en cause par un recul. Depuis 2000, l'incidence de la rougeole a diminué de 80 %, mais l'on a enregistré une recrudescence du nombre de cas et de décès liés à cette maladie en 2018. Plusieurs flambées importantes ont également été enregistrées dans toutes les parties du monde ; coûteuses du point de vue sanitaire et financier, elles constituent aussi un sérieux avertissement et font ressortir les endroits où la couverture vaccinale par l'ensemble des vaccins est faible.

Les efforts supplémentaires qui s'imposent pour accélérer les progrès ont été décrits dans le **Rapport d'évaluation 2018 du Plan d'action mondial pour les vaccins** publié par le Groupe stratégique consultatif d'experts (SAGE) et largement diffusé aux parties prenantes de la vaccination et de la santé pour améliorer l'impact au niveau des pays. Le Groupe a fait observer que de nombreuses cibles énoncées dans le Plan d'action mondial risquent de ne pas être atteintes à la fin de la décennie, c'est-à-dire dans un an à peine.

Élimination du tétanos néonatal dans les 13 pays encore touchés

Le rôle directeur de l'OMS et son rôle normatif sont cruciaux en matière de vaccination. On trouvera ci-dessous quelques exemples de ce qui a été réalisé en 2018.

- L'OMS a publié un guide faisant le point des connaissances et donnant des orientations sur l'intégration de la vaccination à d'autres interventions, politiques ou activités sanitaires pour renforcer les systèmes de santé. Les activités visant à intégrer le programme essentiel de vaccination et la surveillance aux efforts d'éradication de la poliomyélite sont rapidement intensifiées afin d'exploiter les succès du programme de lutte contre cette maladie.
- Dans une note de synthèse, l'OMS souligne qu'il est important d'utiliser les vaccins antityphoïdiques contre la fièvre typhoïde endémique et épidémique et recommande de donner la priorité à l'introduction du nouveau vaccin antityphoïdique conjugué dans les pays confrontés à la morbidité typhoïdique la plus forte ou à une charge croissante de fièvre typhoïde pharmacorésistante. On compte annuellement près de 12 millions de cas d'infection et entre 128 000 et 161 000 décès dus à cette maladie.
- Suite à l'appel à l'action visant à éliminer le cancer du col de l'utérus, l'OMS collabore avec les fabricants pour accélérer l'approvisionnement du vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) et appuyer une répartition équitable des doses disponibles du vaccin, en donnant la priorité au groupe cible le plus directement concerné, à savoir les filles de 9 à 14 ans.

Combattre plus activement la résistance aux antimicrobiens

La résistance aux antimicrobiens est une menace mondiale pour la santé. Antibiotiques, antiviraux et antifongiques sont devenus de moins en moins performants en raison de la résistance résultant d'un usage excessif ou inapproprié.

Depuis l'adoption en 2015 par l'OMS, la FAO et l'OIE, du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, d'importants progrès ont été réalisés dans les efforts mondiaux en vue d'atteindre les cinq objectifs stratégiques du Plan.

Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens : objectifs stratégiques

- Mieux faire connaître le problème et promouvoir l'éducation et la formation
- Assurer la surveillance, la recherche et les bases factuelles en vue d'une action
- Réduire les infections par des mesures de prévention et de lutte, notamment en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH)
- Optimiser l'utilisation des antimicrobiens en santé humaine et animale
- Accroître les investissements en faveur de la recherche-développement en vue de la mise au point de nouveaux médicaments, outils de diagnostic et vaccins

Suivre la situation et les progrès accomplis

Les données de surveillance permettent d'évaluer l'ampleur de la menace et les tendances qui se dégagent. Les progrès suivants ont notamment été enregistrés en 2018 :

- en tout, 67 pays ont désormais adhéré au **GLASS**, le **Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens** mis sur pied par l'OMS, 48 pays (deux fois plus qu'en 2017) communiquant des données sur la résistance et plus de 6000 sites de surveillance produisant des données (huit fois plus qu'en 2017) ;
- l'OMS a lancé la notification **GLASS-EAR (GLASS Emerging AMR Reporting)** sur la résistance émergente aux antimicrobiens pour appuyer les capacités de détection, d'alerte précoce et d'évaluation des risques ;
- l'OMS a publié le premier **rapport mondial sur la surveillance de la consommation d'antibiotiques** reflétant les données de 65 pays ;
- des essais pilotes sont en cours sur un protocole mondial de surveillance intégrée de la résistance aux antimicrobiens chez l'homme, dans la chaîne alimentaire et dans l'environnement (le projet ESBL Ec Tricycle).

Le nombre de pays à revenu faible qui ont élaboré un plan d'action national a doublé en 2018 par rapport à l'année précédente.

Réduire les besoins en antimicrobiens

La lutte anti-infectieuse (IPC) réduit les besoins en antimicrobiens. L'OMS a produit une série d'outils et de ressources pratiques sur le sujet, notamment des directives actualisées sur la prévention des infections sur le site opératoire. Elle a aidé plus de 40 pays à mettre en œuvre des mesures à cet effet. Elle appuie la mise en œuvre de recommandations dans les premières directives mondiales visant à prévenir les bactéries résistantes aux carbapénèmes dans les établissements de santé et le suivi et le renforcement des services relatifs à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins et dans le traitement et la surveillance des eaux usées.

En **Sierra Leone**, l'OMS a fourni du savon, des équipements de protection, des poubelles et des sacs poubelle, des désinfectants et des dispositifs pour le lavage des mains pour appuyer la lutte contre les infections sur tout le territoire. Les agents de santé dévoués jouent un rôle important dans la prévention des infections, et l'engagement communautaire est crucial pour mieux faire comprendre les bonnes pratiques élémentaires d'hygiène et d'assainissement.

Au **Nigéria**, l'OMS et ses partenaires ont appuyé des campagnes dans les écoles à Lagos sur le lavage des mains, l'hygiène personnelle, les connaissances sur les antibiotiques et la résistance aux antimicrobiens, la sécurité des aliments et l'assainissement de l'environnement.

En tout, 122 pays se sont désormais dotés d'un plan d'action national fondé sur les modèles et l'appui fournis par l'OMS, alors que 57 autres sont en train d'en finaliser un.

Renforcer la coordination et l'engagement politique en faveur de l'approche « Un monde, une santé »

L'impact économique et financier de la résistance aux médicaments concerne les coûts de la santé, la diminution de la population active, la productivité, la production alimentaire, le bien-être des animaux, le revenu familial, le produit national, etc. La résistance aux antimicrobiens constitue aussi un risque pour la réalisation des objectifs mondiaux d'atténuation de la pauvreté, de la sécurité alimentaire, de l'eau et de l'assainissement, et de production économique. Pour relever ces défis, il est essentiel de suivre une approche « Un monde, une santé » aux niveaux national et mondial.

La **collaboration tripartite (FAO, OIE et OMS)** a cherché à promouvoir :

- un cadre de suivi et d'évaluation (destiné à être utilisé au niveau national et au niveau mondial) pour aider les pays à mettre sur pied des systèmes permettant d'obtenir, de suivre et de notifier des données pertinentes ;
- une enquête d'autoévaluation annuelle qui suit étroitement les progrès accomplis dans la mise en œuvre des activités dans les pays – à laquelle 154 pays représentant 91 % de la population mondiale ont participé.

Le Groupe de coordination interinstitutions des Nations Unies sur la résistance aux antimicrobiens (IACG)

L'OMS a coordonné le secrétariat du Groupe de coordination pour le compte des trois organisations de la collaboration tripartite (FAO, OIE et OMS) et assuré l'orientation pratique pour une action mondiale efficace avec les contributions suivantes en 2018 :

- renforcement de l'élan politique, de la coopération et des efforts de sensibilisation et mobilisation des parties prenantes ;
- formulation de recommandations, à soumettre au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies en 2019, afin de contribuer à réduire les effets sanitaires et les dommages économiques dus à la résistance aux antimicrobiens en facilitant un mouvement mondial contre le phénomène fondé sur l'approche « Un monde, une santé ».

Mieux faire connaître le problème

La **Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques** a mobilisé 130 pays ayant participé à plus de 500 événements en utilisant les outils de sensibilisation et de promotion de l'OMS.

Pour promouvoir une utilisation intelligente des antimicrobiens, l'OMS est en train de finaliser un ensemble d'outils sur la gestion des antimicrobiens à l'intention des hôpitaux dans les pays en développement. Elle a aussi contribué à la révision des normes pertinentes du Codex Alimentarius sur la résistance aux antimicrobiens dans la chaîne alimentaire.

Éviter les abus

L'OMS s'efforce de lutter contre l'usage impropre et l'abus des antimicrobiens en continuant d'aider les pays :

- à adopter le nouveau cadre « AWaRe » qui doit les orienter vers un usage accru des antibiotiques « dont l'accessibilité est essentielle » (« Access »), en limitant l'emploi des antibiotiques « à utiliser sélectivement » (« Watch ») et des antibiotiques « de réserve » (« Reserve »), afin de préserver l'efficacité et de prolonger la disponibilité des options thérapeutiques de dernier recours ;
- à mettre en place et à renforcer des programmes de gestion des antimicrobiens en réduisant ainsi la résistance et en améliorant les options de traitement ;
- à renforcer les mécanismes nationaux de réglementation chargés de suivre les antimicrobiens de qualité inférieure et falsifiés.

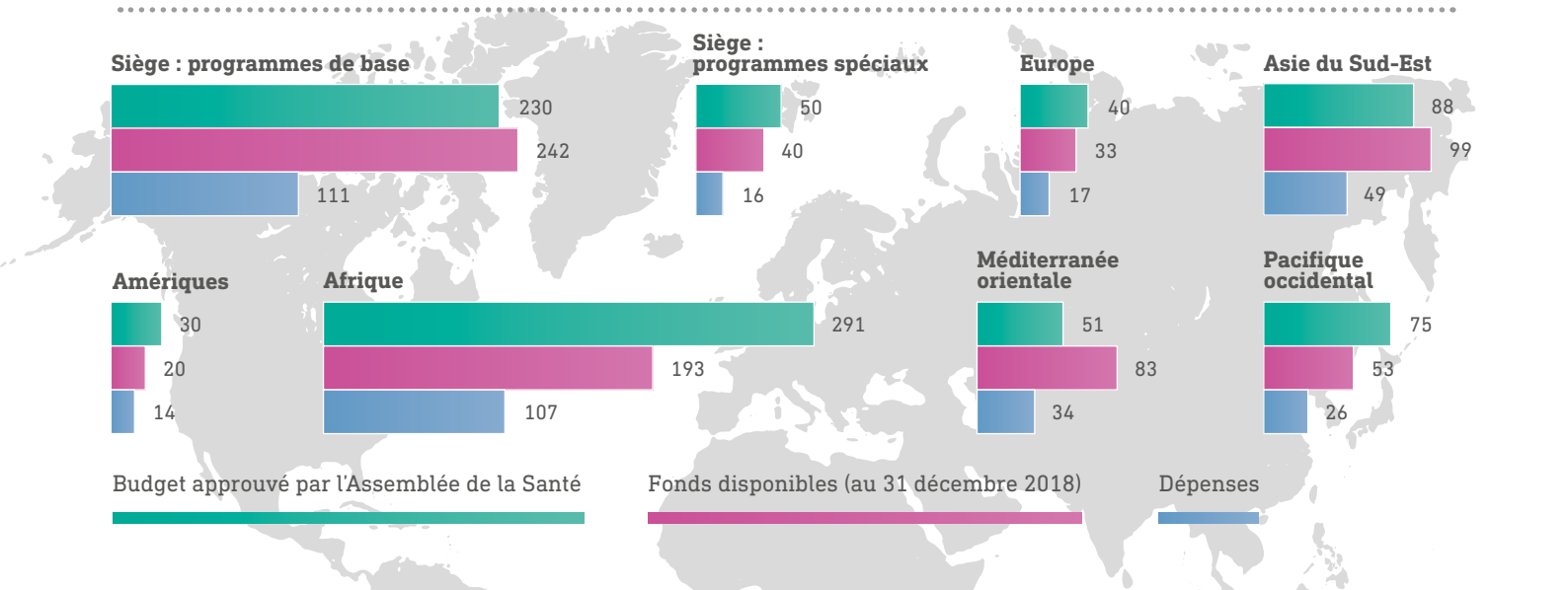
La classification AWaRe a permis d'obtenir de nombreux résultats probants au cours des deux premières années de son application. Elle a été adoptée dès son lancement par plusieurs pays à revenu élevé ou faible. Les nouveaux antimicrobiens mis au point ces dernières décennies n'ayant pas été nombreux, il est d'autant plus important de consentir des investissements en faveur de la recherche. Actuellement, l'OMS :

- aux côtés du **Partenariat mondial sur la recherche-développement en matière d'antibiotiques**, s'occupe de la question de l'état septique chez le nourrisson (moyennant une étude dans 11 pays) et de la mise au point d'un nouveau traitement contre la gonorrhée pharmacorésistante (aujourd'hui en phase III des essais cliniques) ;
- surveille les antibactériens et antituberculeux cliniques en cours de mise au point et passe en revue la liste prioritaire mondiale des bactéries résistantes les plus menaçantes afin d'orienter la recherche en vue de nouveaux produits ;
- cherche à répertorier et à analyser les outils et produits de diagnostic pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans les pays en développement.

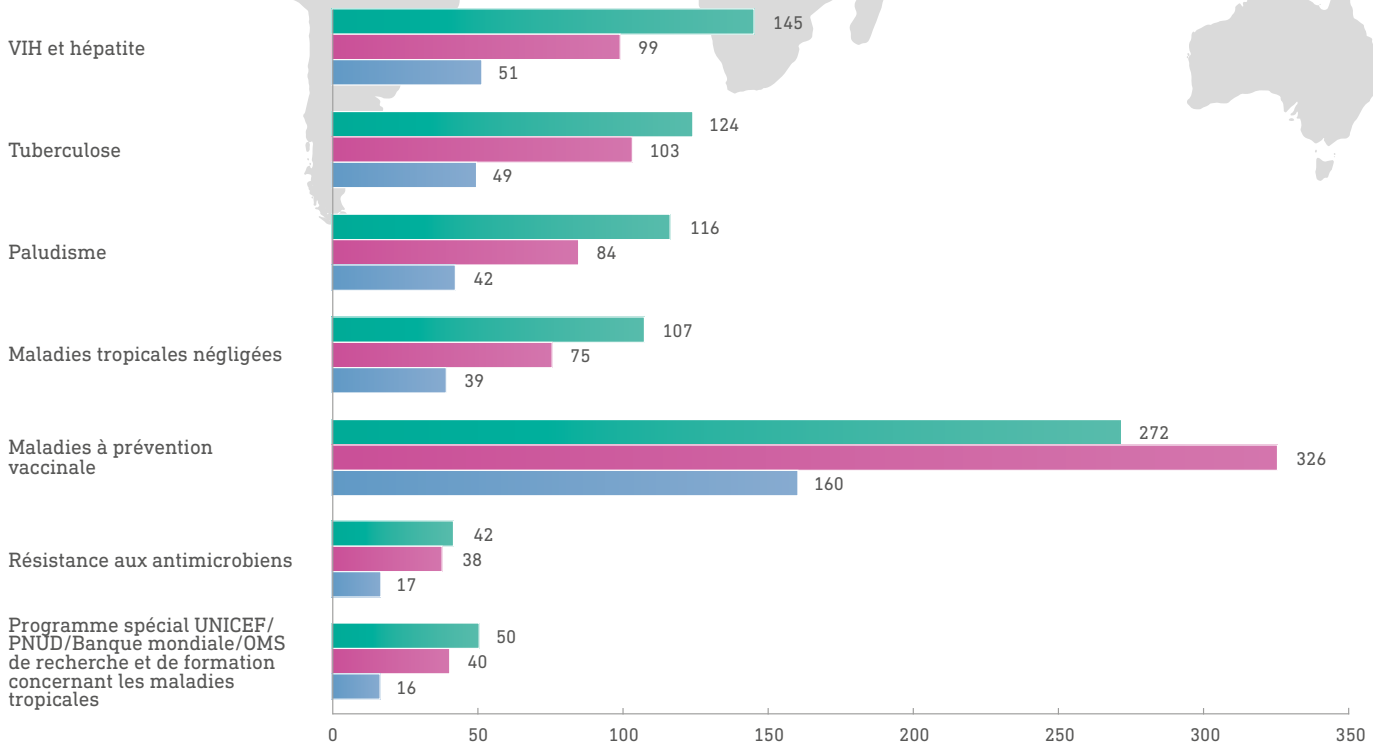
Principaux chiffres pour 2018-2019

Montant approuvé dans le budget programme : US $805 millions
Fonds disponibles : US $723 millions (90 % du budget programme)
Dépenses : US $358 millions (44 % du budget programme, 50 % des ressources disponibles)

Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US $)



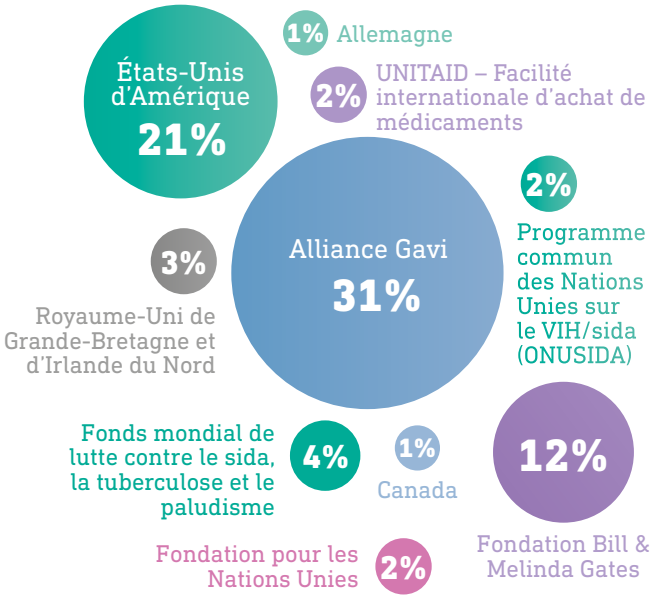
Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US $)



Exécution du budget

La catégorie des maladies transmissibles présente, avec la poliomyélite, un des taux les plus élevés de financement et de dépenses de l'ensemble des catégories d'activités au niveau des pays. Le niveau de financement des secteurs de programme au niveau des pays varie selon la maturité des programmes et les besoins opérationnels. Ainsi, pour le secteur des maladies à prévention vaccinale, le niveau des pays représente 59 % de l'ensemble des fonds et pour le secteur des maladies tropicales négligées 29 %. S'agissant d'un ensemble de 20 maladies distinctes aux caractéristiques épidémiologiques très différentes, ce dernier secteur appelle un soutien technique et des orientations visant à consolider

Les 10 principaux contributeurs volontaires (contributions à objet désigné aux programmes de base)

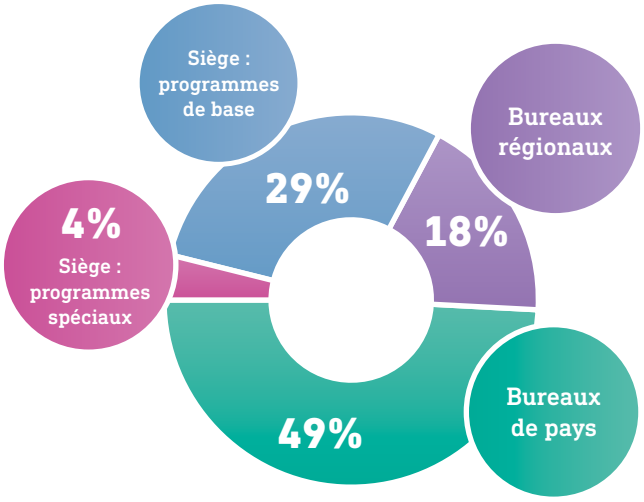


Source de financement

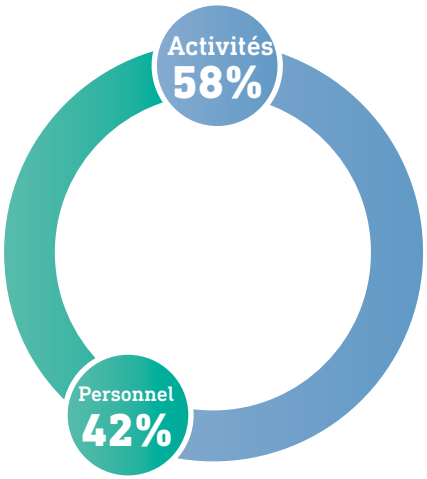
Fonds souples : 13 %
Contributions volontaires à objet désigné : 87 %

79 % du montant total des contributions volontaires à objet désigné a été versé par 10 contributeurs (voir ci-contre)

Dépenses par niveau



Dépenses liées au personnel et dépenses liées aux activités



l'éventail des compétences plutôt qu'une dispersion des ressources limitées entre des bureaux et des niveaux multiples. De même, le programme de dons de médicaments contre les maladies tropicales négligées est également intégré et comptabilisé au Siège, mais en pratique il est directement appliqué au niveau des pays.

Les maladies transmissibles attirent des montants considérables de contributions volontaires, mais il s'agit très souvent de fonds à objet désigné, comme dans beaucoup d'autres secteurs de programme, ce qui limite la possibilité d'acheminer les ressources là où l'on en a le plus besoin et entraîne un déséquilibre entre les secteurs de programme, les bureaux et les niveaux de l'Organisation. On relèvera que le secteur des maladies à prévention vaccinale est actuellement financé à hauteur de 120 % du budget approuvé par l'Assemblée de la Santé. C'est là le résultat d'un budget inférieur aux besoins qui a été fixé lors de l'approbation du budget programme à un moment où il n'était pas possible d'inclure les besoins substantiels nécessaires au programme pilote de mise en œuvre du vaccin antipaludique dans trois pays africains à fin 2018. La modification nécessaire a été apportée à l'allocation budgétaire en cours d'exercice.

Pour l'ensemble des bureaux régionaux et le Siège, le budget approuvé de la catégorie des maladies transmissibles était financé à hauteur d'au moins 66 %. Il s'agit d'un secteur relativement bien financé. Les fonds disponibles dépassaient même le budget approuvé par l'Assemblée de la Santé dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ainsi qu'au Siège. Des activités accrues de mobilisation de fonds sont nécessaires surtout pour la Région africaine où le déficit de financement est encore de US $98 millions, le Bureau de cette Région étant le moins bien doté de l'ensemble des bureaux en ce qui concerne la plupart des secteurs de programmes.

Pour plus de précisions sur le financement et l'exécution du budget programme des maladies transmissibles, se référer au portail Web du budget programme de l'OMS (http://open.who.int/2018-19/our-work/category/01/about/key-figures et http://open.who.int/2018-19).

L'INITIATIVE MONDIALE POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

> En Afghanistan et au Pakistan, les plans nationaux d'action d'urgence pour l'éradication de la poliomyélite sont mis en œuvre avec une énergie colossale. Nous restons déterminés à rendre notre Région et le monde entier exempts de poliomyélite dans un avenir très proche.

Dr Ahmed Al-Mandhari
Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale

Dans la plupart des pays, les systèmes efficaces de surveillance et de vaccination mis en place pour éradiquer la poliomyélite ont aussi permis d'élargir les capacités de lutte contre d'autres maladies infectieuses.

La poliomyélite est une maladie virale hautement infectieuse qui touche les jeunes enfants. Elle peut provoquer une paralysie irréversible, voire entraîner la mort. Bien qu'il n'existe aucun traitement pour y remédier, la mise en place d'un vaccin efficace associée à l'organisation d'une campagne spécialement consacrée à l'éradication de la maladie ont permis de rendre la quasi-totalité du monde exempt de poliomyélite.

Or, tant qu'un seul enfant reste infecté, tous les autres, quel que soit le pays, risquent de contracter la poliomyélite. L'échec de l'éradication dans les derniers bastions de la maladie pourrait aboutir à ce que le nombre de nouveaux cas revienne, d'ici 10 ans, à 200 000 par an.

Réalisations visées en 2018-2019

- À l'échelle mondiale, aucun cas de paralysie due au poliovirus sauvage ou au poliovirus de souche vaccinale de type 2

En 2018, 33 cas de poliovirus sauvage ont été notifiés dans le monde, soit un recul de
99 % depuis 1988 ;
cela signifie que plus de 17,5 millions de cas de paralysie ont pu être évités.

Principaux résultats

Un engagement politique réaffirmé

Les dirigeants politiques du monde entier ont exprimé leur soutien envers l'action menée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de poliomyélite et ont plaidé en faveur d'un monde exempt de poliomyélite lors de diverses manifestations de niveau mondial, dont les réunions du G7, du G20, des chefs de gouvernement du Commonwealth et la Convention du Rotary.

Dans les pays touchés par la maladie, l'engagement politique envers l'éradication se poursuit. Le Gouvernement de la République démocratique du Congo a signé la Déclaration de Kinshasa pour l'éradication de la poliomyélite et la promotion de la vaccination, s'engageant à améliorer le taux de couverture vaccinale dans 16 provinces, et le Gouvernement du Nigéria a obtenu de la Banque mondiale un prêt de US $150 millions afin de transposer à plus grande échelle les services de vaccination.

Acculer le poliovirus sauvage

L'attention portée à la circulation du poliovirus sauvage se concentre maintenant sur l'Afghanistan et le Pakistan. Dans ces deux pays, le secteur public, la société civile, la communauté et les chefs religieux sont tous mobilisés dans la lutte contre la poliomyélite. En 2018, les pouvoirs publics des deux pays se sont efforcés d'améliorer la qualité de leurs campagnes de vaccination à l'aide de plans d'action d'urgence destinés à combler, au niveau national, les lacunes en matière d'immunité. Le fait que le Directeur général de l'OMS, le Directeur régional pour la Méditerranée orientale et le Président du Programme mondial de développement de la Fondation Bill & Melinda Gates se soient rendus dans ces deux pays début 2019 témoigne de la haute priorité accordée à l'éradication de la poliomyélite. Au cours de leur visite de quatre jours, ils se sont entretenus avec les chefs d'État et ont assisté de visu à des interventions locales.

Le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS et Président du Conseil de surveillance de la poliomyélite, en train d'administrer un vaccin antipoliomyélitique oral à un jeune enfant au Pakistan.

Comme les groupes de populations fortement mobiles qui se trouvent en Afghanistan et au Pakistan ne permettent guère de combler aisément les lacunes de la couverture vaccinale, des efforts conjoints et concertés sont déployés dans le but d'y remédier en chargeant des équipes nomades d'aller à la rencontre des enfants qui se déplacent.

En août 2018, cela faisait deux ans que le Nigéria avait enregistré la dernière détection de poliovirus sauvage. Grâce à des améliorations constantes pour accéder au nord-est du pays et à une action renforcée de surveillance et de vaccination systématique, l'ensemble de la Région africaine de l'OMS pourrait prétendre à être certifiée exempte de poliovirus sauvage d'ici la fin 2019. Par ailleurs, aucun cas de poliovirus sauvage de type 3 n'ayant été détecté dans aucune partie du monde depuis 2012, la souche pourrait donc être certifiée comme éradiquée avant la fin de l'année.

Innovation programmatique

Le programme d'éradication de la poliomyélite élabore constamment de nouvelles modalités destinées à suivre plus efficacement le virus, à vacciner davantage d'enfants et à mettre à profit de nouveaux outils pour enrayer définitivement la maladie.

Combattre le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale

En 2018, des flambées de poliomyélite dues à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale se sont produites en Indonésie, au Kenya, au Mozambique, au Niger, au Nigéria, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, en République démocratique du Congo et en Somalie. De telles flambées surviennent principalement dans des lieux où l'immunité est faible. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a donc deux tâches urgentes à accomplir : éradiquer le poliovirus sauvage dans les meilleurs délais ; et mettre un terme à l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral à l'échelle mondiale, éliminant par là même le risque de voir émerger à long terme de nouvelles souches de poliovirus circulant dérivé de souches vaccinales.

Les stratégies appliquées avec succès pour juguler la transmission du poliovirus sauvage le sont aussi pour riposter aux flambées dues à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale.

En décembre 2018, un groupe international d'experts en santé publique a établi que la flambée due à un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale, survenue en 2017 en République arabe syrienne, avait été maîtrisée. Cette nouvelle faisait suite à 18 mois de vaccination et de surveillance soutenues dans des zones de conflit, auparavant inaccessibles.

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, le programme d'éradication de la poliomyélite a organisé, de juin à septembre 2018, une riposte d'urgence menée sur 100 jours.

Mettre un terme aux flambées dues à un poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale restera la priorité numéro un tout au long de l'année 2019.

Nouvelles décisions stratégiques

En mai 2018, la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA71.16 sur le confinement des poliovirus afin d'accélérer les progrès et de veiller à ce que les matériels contenant des poliovirus soient dûment confinés dans des conditions de manutention et de stockage respectant les normes de sûreté et de sécurité biologiques. Une stratégie globale de postcertification a aussi été parachevée ; elle précise les normes techniques régissant à l'échelle mondiale les activités de confinement, de vaccination et de surveillance, primordiales pour préserver un monde exempt de poliomyélite.

Reconnaissant le défi que posent actuellement les poliovirus circulants dérivés de souche vaccinale, la Commission mondiale de certification de l'éradication de la poliomyélite s'est réunie en novembre 2018 et a recommandé l'adoption d'un processus actualisé pour déclarer le monde exempt de poliomyélite, en commençant par la certification de l'éradication du poliovirus sauvage de type 3, suivie par celle du poliovirus sauvage de type 1. « Nous avons déjà réussi à éradiquer la variole ... et le monde s'en porte beaucoup mieux. Aujourd'hui, il est plus urgent que jamais de redoubler d'efforts pour terminer le travail une fois pour toutes », a déclaré la Professeure Helen Rees, qui a présidé la 19e réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005), consacrée aux événements actuels et au contexte favorisant la transmission et la propagation internationale des poliovirus. Le Comité a estimé à l'unanimité que la poliomyélite est toujours une urgence à l'échelle mondiale.

Une application sur Smartphone permet de suivre la poliomyélite au Nigéria

Au Nigéria et dans les zones environnantes, les agents de santé utilisent une application sur Smartphone dénommée e-Surve leur permettant d'exercer une surveillance rapide, précise et actualisée de la maladie. Cette application oriente les administrateurs chargés du programme grâce à des conversations avec les responsables de santé locaux et des informations sur la manière d'identifier des cas suspects et de les notifier. Il suffit d'appuyer sur un bouton pour transmettre les réponses à une base de données centrale où les responsables de la santé peuvent analyser et repérer en temps réel les flambées qui se propagent dans de nombreux districts.

Le Dr Namadi Lawal, agent de surveillance auprès du National Primary Health Care Development Agency, présente e-Surve comme une « merveilleuse innovation ». Depuis sa mise en place, il a pu recevoir beaucoup plus d'informations exactes en temps réel. Cela vaut d'autant plus que, faute d'une notification précise et ponctuelle des cas de maladie, une flambée peut être bien engagée avant que les autorités ne se rendent compte qu'il y a un problème. L'application permet aussi de repérer les tendances et de suivre les données.

Apporter la vaccination aux communautés isolées

Parallèlement aux activités de surveillance, les agents de santé œuvrent sans relâche pour acheminer les vaccins antipoliomyélitiques vers les communautés éloignées du lac Tchad. Parsemé de centaines d'îlots, le lac est un des lieux les moins accessibles au monde pour y dispenser des services de santé. Les agents de vaccination doivent faire plusieurs jours de bateau pour administrer le vaccin antipoliomyélitique dans des villages insulaires isolés, en utilisant des réfrigérateurs à énergie solaire pour maintenir les vaccins à la température voulue. En 2018, des campagnes de vaccination organisées sur le lac ont permis de vacciner pour la première fois des milliers d'enfants qui, sans cela, n'auraient jamais été protégés.

Les agents féminins de lutte contre la poliomyélite brisent les tabous en Afghanistan

La lutte contre la poliomyélite sur le terrain est peut-être le secteur qui emploie le plus de femmes en Afghanistan. Comme elles sont plus nombreuses que jamais à œuvrer pour éradiquer la maladie, elles mènent aussi involontairement une révolution sociale, brisant un tabou très fort contre le travail des femmes. Elles constituent le tiers des agents de lutte contre la poliomyélite dans les zones urbaines du pays, alors que la proportion est plus faible en zone rurale. Il est primordial de recruter des femmes pour travailler dans un cadre traditionnel car, contrairement à leurs homologues masculins, elles ont accès aux ménages et sont en mesure d'établir une relation de confiance avec d'autres femmes, et de convaincre ainsi les mères de vacciner leurs enfants.

La solution adoptée en Afghanistan montre qu'en tenant compte de la problématique hommes-femmes, le programme d'éradication de la poliomyélite est en mesure de développer au maximum son champ d'action. Par exemple, Habibur Rahman, agent de lutte contre la poliomyélite travaillant dans le district de Kandahar, explique la situation en ces termes : « Avant d'avoir des collègues féminines, certains enfants passaient à côté de la vaccination. Les femmes peuvent pénétrer dans une maison, contrairement aux hommes ».

Elle ajoute que le recrutement des femmes peut s'avérer difficile. « Beaucoup de gens pensent que les femmes ne doivent pas travailler », dit-elle. Or, depuis que leurs effectifs ont augmenté, la couverture vaccinale s'est améliorée dans cette région où des cas de poliomyélite sont apparus ces dernières années.

Pleins feux sur la problématique hommes-femmes

L'OMS est résolue à promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, y compris dans son action d'éradication de la poliomyélite. L'Organisation œuvre de concert avec les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en vue de recenser et de lever les obstacles à la vaccination liés à la problématique hommes-femmes, reconnaissant et prenant en compte la diversité des besoins, des défis et des priorités spécifiques des personnes. Cette démarche permet de veiller à ce que les activités d'éradication menées par l'Organisation profitent équitablement aux filles, aux garçons, aux femmes, aux hommes et aux personnes ayant une identité de genre différente.

De nouveaux indicateurs respectueux des différences entre les sexes ont été mis en place afin de garantir l'égalité des filles et des garçons devant la vaccination antipoliomyélitique, de déterminer la ponctualité de la surveillance de la maladie pour les filles et les garçons, et de suivre le taux de participation des femmes qui sont aux avant-postes dans les pays d'endémie. L'OMS continue de recueillir et d'analyser des données ventilées par sexe et d'examiner périodiquement les différences fondées sur l'identité de genre afin d'intensifier encore les campagnes de vaccination.

Les perspectives

Grâce au Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale (2013-2018), le monde n'a jamais été aussi proche d'être exempt de la maladie.

Malgré tous les efforts déployés pour parvenir à l'éradication en 2018, la « dernière ligne droite » a été jalonnée d'obstacles environnementaux et politiques et de difficultés liées à la mobilité de la population. En 2018, toutefois, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a conçu une stratégie nouvelle pour la période 2019-2023, s'appuyant sur les enseignements tirés et indiquant la marche à suivre pour atteindre la certification à l'horizon 2023.

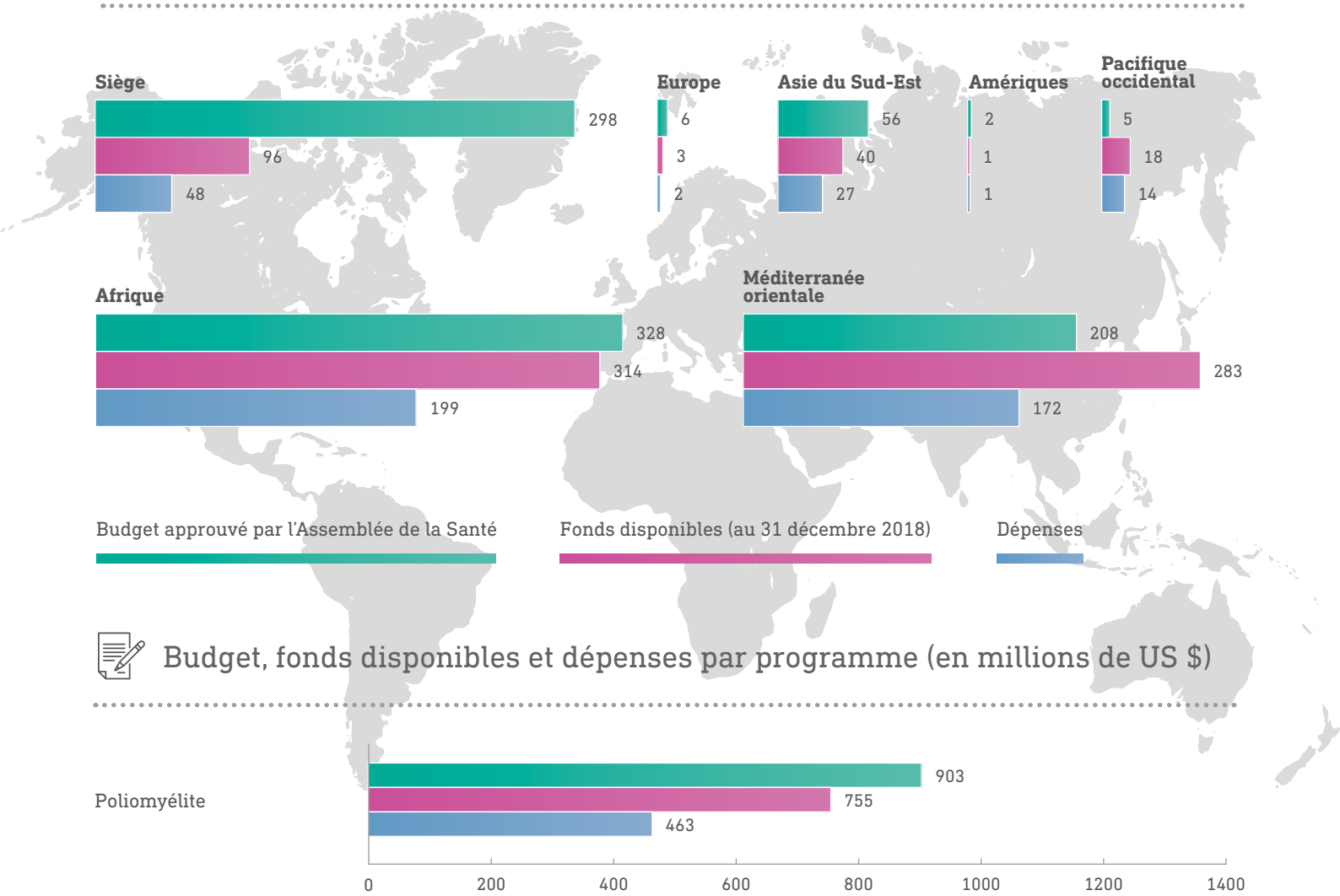
L'objectif majeur de la nouvelle stratégie consiste à aller au-devant du tout dernier enfant non vacciné. La persistance de la poliomyélite dans une région donnée tient essentiellement à l'insuffisance de la couverture vaccinale des enfants. Tout le reste en découle. C'est pourquoi nous devons aller à la rencontre du tout dernier enfant et le vacciner.

La nouvelle stratégie se fonde sur les enseignements tirés depuis 2013 pour que la poliomyélite soit en passe d'être éradiquée dans le monde. Au cours de cette période, nous avons appris tout ce que nous devons savoir pour être à même de surmonter les obstacles qui nous empêchent d'atteindre ce dernier enfant non vacciné, à savoir : les conflits, les difficultés d'accès, les mouvements de population ou les problèmes de gestion. La nouvelle stratégie présente les solutions proposées pour relever tous ces défis, veiller à ce que le tout dernier enfant soit vacciné et porter un coup d'arrêt définitif à la poliomyélite

Principaux chiffres pour 2018-2019

Montant approuvé dans le budget programme : US $903 millions
Fonds disponibles : US $755 millions (84 % du budget programme)
Dépenses : US $463 millions (51 % du budget programme, 61 % des ressources disponibles)

Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US $)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US $)

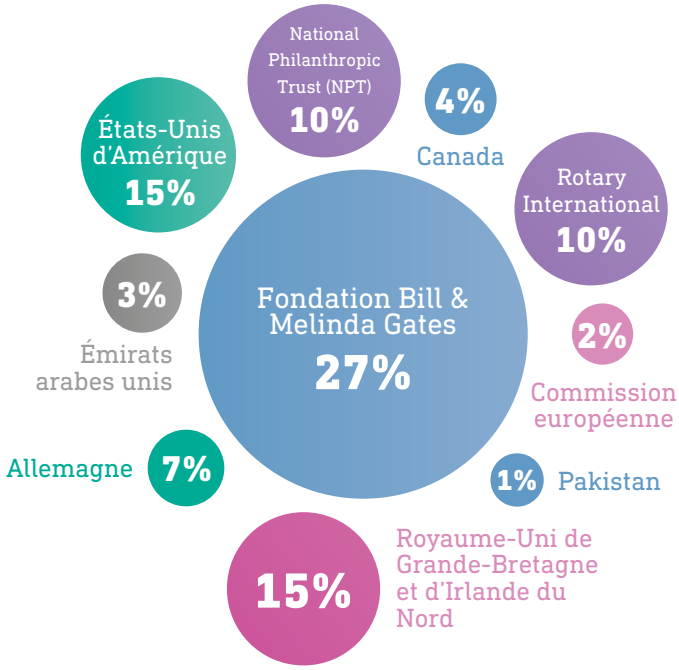
Exécution du budget

L'éradication de la poliomyélite a été financée à hauteur de 84 % de son budget approuvé, uniquement par des fonds à objet désigné. La Région de l'Asie du Sud-Est (71 %), la Région africaine (96 %) et la Région de la Méditerranée orientale (136 %) ont un niveau de financement relativement supérieur à celui des autres Régions, lequel s'explique par l'épidémiologie de ces Régions et l'ampleur de la lutte contre la poliomyélite. Les dépenses sont toutefois inférieures à celles escomptées, en particulier dans la Région de la Méditerranée orientale, ce qui est probablement dû à la crise qui sévit dans bon nombre de pays.

Les dépenses effectuées au niveau des pays représentaient 82 % du montant total, tandis que les dépenses de personnel s'établissaient à 19 %. À l'heure actuelle, l'éradication de la poliomyélite a toujours le pouvoir de mobiliser amplement des fonds à objet désigné via des dépenses liées aux activités. Le programme de lutte contre la poliomyélite suppose la conduite de nombreuses activités. La mise en œuvre d'activités essentielles comme la surveillance et la vaccination, notamment, entraîne des coûts substantiels. Les risques financiers futurs sont liés à l'accroissement des besoins financiers et à la baisse des contributions volontaires souples pour faire face à des imprévus.

Pour de plus amples renseignements sur le financement et l'exécution du budget programme concernant cette catégorie, prière de consulter le portail de l'OMS relatif au budget programme (http://open.who.int/2018-19/our-work/category/10/about/key-figures et http://open.who.int/2018-19).

Les 10 principaux contributeurs volontaires (contributions à objet désigné)

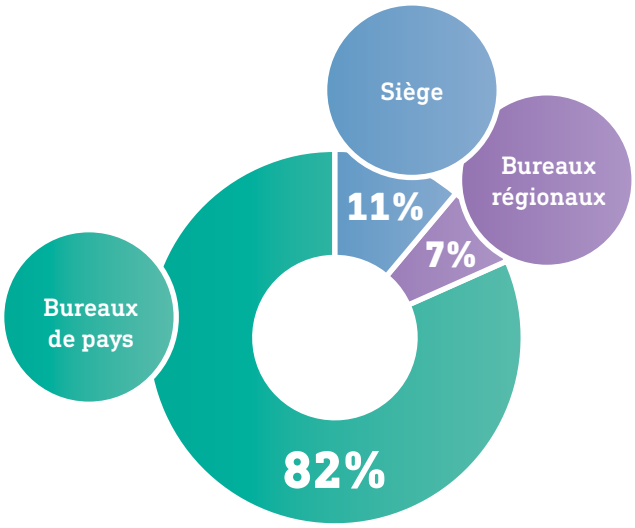


Sources de financement :

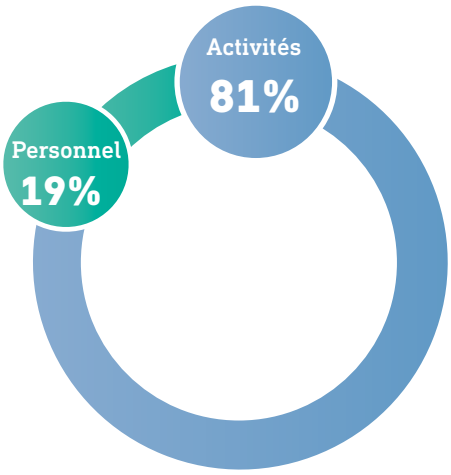
Fonds souples : 0 %
Contributions volontaires à objet désigné : 100 %

94 % du montant total des contributions volontaires à objet désigné a été versé par 10 contributeurs *(voir ci-contre)*

Dépenses par niveau



Dépenses liées au personnel et dépenses liées aux activités



LEADERSHIP ET FONCTIONS D'APPUI

DOMAINES

- Leadership et gouvernance
- Transparence, responsabilisation et gestion des risques
- Planification stratégique, coordination des ressources et établissement de rapports
- Gestion et administration
- Communication stratégique

> Je pense que nous devons nous fixer aucune limite dans les efforts déployés pour obtenir un impact mesurable dans la vie des gens que nous servons. Nous devons travailler sans relâche, intimement convaincus que tout est possible.

Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Directeur général de l'OMS

Principaux objectifs

- En jouant un rôle directeur et fédérateur, contribuer aux décisions de santé publique conjointes des États Membres et des parties prenantes
- Centrer davantage les activités de l'Organisation sur les résultats
- Veiller à ce que des ressources adaptées soient disponibles et à ce que la gouvernance soit de qualité, en appliquant les normes les plus élevées d'intégrité et de contrôle
- Assurer les services administratifs de base qui permettent à l'OMS de fonctionner de façon efficace et efficiente
- Assurer une gestion et une administration efficaces, efficientes et cohérentes dans toute l'Organisation

Principaux résultats

Fixer les nouvelles orientations stratégiques de l'OMS

Reconnaissant que l'OMS est en mesure d'améliorer considérablement la santé dans le monde, la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté en 2018 un nouveau plan stratégique pour les cinq années suivantes : le treizième programme général de travail, ou treizième PGT. Exactement 70 ans après la création de l'OMS, le treizième PGT fixe comme tâche de transformer non seulement l'Organisation mais aussi l'action sanitaire mondiale et les vies humaines. Ses objectifs sont ambitieux mais assortis de cibles concrètes qui doivent se traduire par un impact sur la vie des gens dans les pays.

Les principaux moyens d'atteindre les cibles du triple milliard seront les politiques multisectorielles, la sensibilisation et la réglementation. Le treizième PGT a été pensé pour aider le monde à atteindre les objectifs de développement durable (ODD), en particulier l'objectif 3 « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge (d'ici à 2030) ». Le treizième PGT présente une vision fondée sur l'article 1 de la Constitution de l'OMS et reposant sur les ODD : « Un monde dans lequel tous les peuples atteignent le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible ».

Réalisations visées en 2018-2019

- Plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale, l'OMS permettant aux différents acteurs de contribuer activement et efficacement à la santé de tous les peuples en jouant un rôle de chef de file
- Fonctionnement responsable et transparent, avec des cadres de gestion des risques et d'évaluation efficaces
- Alignement du financement et de l'allocation des ressources sur les priorités et les besoins sanitaires des États Membres dans un cadre de gestion axé sur les résultats
- Meilleure compréhension des activités de l'OMS par le public et les parties prenantes

Le triple milliard, nouvelles cibles ambitieuses de l'OMS

1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle

1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire

1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être.

Jouer un rôle de chef de file pour atteindre l'objectif 3 de développement durable

Pour donner suite à la demande qui lui a été faite d'élaborer un plan d'action mondial pour l'objectif 3 de développement durable, requête formulée par trois dirigeants (Angela Merkel, Chancelière de l'Allemagne ; Nana Addo Dankwa Akufo-Addo, Président du Ghana ; Erna Solberg, Première Ministre de la Norvège) avec l'appui d'António Guterres, Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, l'OMS a coordonné l'élaboration du Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, qui fédère l'action de 12 organisations mondiales de premier plan du secteur de la santé. Ce plan d'action mondial est un puissant vecteur que les organismes mondiaux du secteur de la santé pourront utiliser collectivement pour progresser plus rapidement vers les ODD. Pour tirer le meilleur parti des possibilités offertes par cet outil, il faudra absolument mettre en place une collaboration pérenne aux plus hauts niveaux politiques, afin que l'action interministérielle et intersectorielle puisse se poursuivre.

Sous la coordination de l'OMS, ces 12 organisations ont recensé les domaines dans lesquels l'action collective pourrait être intensifiée en employant de grands « accélérateurs » transversaux permettant de mobiliser des ressources et des savoir-faire dans différents champs d'action, et de créer ainsi des catalyseurs contribuant à des progrès significatifs à l'échelle de tout le programme des ODD.

Les accélérateurs de l'ODD 3 sont les suivants :

- Financement durable
- Soins de santé primaires
- Mobilisation communautaire et participation de la société civile
- Déterminants de la santé
- Recherche, développement, innovation et accès
- Données et santé numérique
- Programmes innovants dans les milieux fragiles et vulnérables et pour la riposte aux flambées

Transformer l'OMS

Le programme de transformation de l'OMS vise à repositionner et à reconfigurer l'Organisation dans le contexte plus large de la réforme du système des Nations Unies et à lui redonner les moyens d'assurer une action normative et technique de qualité encore meilleure, une action répondant mieux aux besoins, aux exigences et aux obligations des États Membres et se traduisant directement par des résultats au niveau des pays.

Une impulsion décisive a été donnée à la transformation au cours de l'année 2018. Les principales réalisations sont présentées ci-dessous.

- Une nouvelle stratégie a été élaborée pour aligner l'action de l'ensemble de l'Organisation sur les cibles des ODD liés à la santé.
- Au total, 13 processus essentiels de l'OMS (techniques, liés aux relations extérieures et opérationnels) ont été examinés et considérés comme prioritaires dans l'optique de la refonte, à commencer par le processus relatif au budget programme. Ces refontes de processus ont été acceptées en vue de leur application dans toute l'Organisation lors de la réunion mondiale sur la gestion de l'OMS, qui a eu lieu en décembre 2018.
- Le modèle de fonctionnement global, qui a été conçu pour mettre en œuvre le douzième programme général de travail, 2014-2019, a été examiné. Des propositions ont été formulées à l'issue de consultations internes en ce qui concerne les rôles, la structure et les méthodes de travail de l'OMS dans le but de les aligner entre tous les bureaux et entre les trois niveaux de l'Organisation. Les analyses ont d'abord porté sur la présence de l'OMS dans les pays, passant ensuite au Siège et aux bureaux régionaux. Un large accord a été trouvé sur les principes essentiels du nouveau modèle de fonctionnement mondial, qui ont ensuite été adoptés à la réunion mondiale sur la gestion.
- L'évaluation de la culture institutionnelle a permis de recenser toute une série de mesures essentielles à prendre au niveau du Siège, des bureaux et des équipes pour changer l'état d'esprit et le comportement des membres du personnel, haute administration comprise. La Charte des valeurs de l'OMS a été élaborée à l'issue d'un dialogue mondial entre l'ensemble des membres du personnel de l'Organisation. Elle sera lancée en 2019 et comportera un plan pour intégrer ces valeurs dans le travail quotidien de l'ensemble des membres du personnel, y compris ceux ayant des responsabilités d'encadrement.
- La transformation a également été l'occasion de repenser l'approche qu'a l'OMS de la collaboration extérieure dans le but de présenter, financer et mettre en œuvre efficacement la nouvelle stratégie.

Aligner la transformation au niveau des pays sur la réforme des Nations Unies

En tant que membre des équipes de pays des Nations Unies, l'OMS a pris une part active à la réforme des Nations Unies au niveau des pays en vue d'améliorer l'efficacité de la présence des Nations Unies à cet échelon. Au total, 128 bureaux de l'OMS dans les pays ont indiqué avoir participé à l'élaboration du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement de leur pays. La plupart des priorités des stratégies de coopération avec les pays de l'OMS se retrouvent dans le plan-cadre, ce qui témoigne des synergies qui existent entre ces deux cadres stratégiques et de la complémentarité des activités de l'OMS et des Nations Unies.

S'engager à avoir un impact sur la vie des gens

L'accent résolument porté par l'OMS sur l'impact suppose un engagement à suivre et à mesurer les résultats. Un système de mesure bien défini a été proposé pour suivre et mesurer les progrès accomplis vers l'impact visé par le treizième PGT.

Ce système prend la forme d'un instrument de mesure global des progrès qui permet d'établir des comparaisons et se fonde sur les éléments suivants :

- l'indicateur de l'espérance de vie en bonne santé, qui relie les différentes cibles du triple milliard ;
- des indices composites pour chacune des cibles du triple milliard ; et
- un ensemble d'indicateurs de réalisation, dont 38 indicateurs tirés des ODD et 8 autres indicateurs appliqués aux domaines d'action non couverts par les indicateurs des ODD (par exemple résistance aux antimicrobiens et situations d'urgence).

Les cibles du triple milliard orienteront les principales actions et les principaux investissements engagés pour obtenir un impact dans la vie des gens en mettant l'accent sur la couverture sanitaire universelle, les situations d'urgence sanitaire et l'amélioration de la santé des populations.

Mesurer les performances et les résultats

Pour mesurer sa contribution à la santé en Afrique et axer plus résolument son action sur la responsabilisation, la transparence et les résultats, le Bureau régional de l'Afrique a investi dans l'élaboration et l'institutionnalisation d'un solide cadre de résultats pour l'Afrique passant par l'introduction d'indicateurs clés de performance dans les domaines programmatique et gestionnaire. Les indicateurs clés de performance gestionnaire ont permis d'améliorer l'efficacité et l'efficience internes du Bureau régional ; la finalité des indicateurs clés de performance programmatique était de rendre les bureaux de l'OMS dans les pays plus réactifs et mieux adaptés aux buts poursuivis pour qu'ils servent plus efficacement les États Membres.

Jouer un rôle de chef de file au niveau des pays

L'OMS continue de diriger ou de codiriger les mécanismes de coordination des donateurs, de concert avec les gouvernements. Les bureaux de l'OMS dans les pays ont indiqué jouer un rôle croissant de chef de file dans 70 % des pays, territoires et zones où ces mécanismes fonctionnent. Les bureaux de l'OMS dans les pays apportent un soutien aux gouvernements et aux partenaires dans la mise en œuvre des ODD en contribuant aux structures nationales de coordination des ODD, à la sensibilisation, à la mobilisation des ressources, à la détermination coordonnée des cibles nationales, et au suivi et à l'évaluation. Une part importante des bureaux de l'OMS dans les pays (89 %) ont indiqué contribuer au soutien technique pour l'intégration des ODD dans les plans, politiques et programmes nationaux.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 réaffirme qu'il faut améliorer les coopérations Sud-Sud, triangulaire, régionale et internationale, en vue de garantir l'accès à la science, aux technologies et à l'innovation, et d'atteindre ainsi les ODD. Au niveau mondial, la moitié des bureaux de l'OMS dans les pays, territoires et zones des six Régions ont indiqué soutenir au total 241 initiatives de coopération Sud-Sud et/ou triangulaire.

Mettre l'accent sur l'impact dans les pays pour faire du treizième PGT une réalité

Les initiatives passées ont montré que, pour recentrer l'action de l'OMS sur l'impact dans les pays, il faudra réaliser de multiples changements interdépendants touchant les processus, les méthodologies, les structures et, avant tout, l'état d'esprit. La recherche d'un impact, sur laquelle le treizième PGT met résolument l'accent, sera le moteur de ces changements au sein de l'Organisation. Les éléments suivants revêtent à cet égard une importance essentielle.

L'accent mis sur l'impact a révélé la nécessité de disposer d'un ensemble déterminé de cibles. En 2018, une vaste consultation a été menée sur les cibles, les indicateurs et les méthodologies. Les cibles du cadre d'impact de l'OMS orienteront chaque action et chaque investissement de l'OMS au profit des pays.

Le nouveau processus d'établissement du budget programme a accordé une plus grande importance à la détermination des priorités au niveau des pays, dans une optique de recherche d'impact. L'OMS a commencé à mettre au point des plans d'appui aux pays couvrant toute la durée du treizième PGT pour garantir un soutien efficace et cohérent aux trois niveaux de l'Organisation. Les plans d'appui aux pays améliorent le processus de planification et permettront d'harmoniser les activités entre les trois niveaux de l'Organisation, dont la priorité est désormais de mieux soutenir les pays.

Pour agir en faveur des pays, on ne saurait se contenter de fixer des priorités et d'établir des plans et des budgets à l'appui de l'exécution nationale. Les efforts déployés pour mesurer efficacement l'impact au niveau des pays et la contribution de l'OMS à cet égard sont essentiels pour responsabiliser les États Membres et le Secrétariat. L'OMS met en place une nouvelle méthode pour mesurer les résultats aux différents niveaux du cadre de résultats, incluant les indices du triple milliard, les cibles programmatiques et une nouvelle approche pour évaluer dans quelle mesure le Secrétariat rend compte de son action.

Poursuivre l'engagement en faveur de la transparence

Le Secrétariat a continué d'améliorer et d'affiner les données qu'il publie sur le portail en ligne du budget programme. Parmi ces améliorations figurent de nouvelles données, notamment un inventaire des résolutions des organes directeurs du Siège et des Régions et des informations sur les activités au titre du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique et le financement de cet instrument. Plusieurs éléments essentiels du portail Web visent à mettre en œuvre les engagements pris dans le cadre de l'Initiative internationale pour la transparence de l'aide (IITA). Le portail Web devrait permettre de rationaliser la façon dont l'Organisation communique des informations sur ses priorités d'action, ses activités, ses ressources financières et la façon dont elle les utilise, les résultats obtenus et l'évaluation des performances. L'OMS continue de démontrer que les meilleures pratiques sont un instrument d'amélioration de la transparence institutionnelle.

Transformer la mobilisation des ressources

La stratégie de mobilisation des ressources de l'OMS vise à garantir que l'Organisation est dotée de moyens suffisants pour mettre en œuvre le treizième PGT et, ce faisant, atteindre ses cibles du triple milliard. Elle définit comment l'Organisation mobilisera les ressources nécessaires par des approches ciblées (classiques ou plus innovantes) et une diversification des partenariats. Elle indique aussi comment on pourrait renforcer le financement par les organismes philanthropiques et tirer parti des ressources potentiellement disponibles au niveau des pays.

Maximiser l'impact au moyen de partenariats

L'OMS a un mandat large – c'est la seule institution mondiale à vocation sanitaire dont la mission est de nature à changer le monde –, mais elle ne peut s'en acquitter qu'en collaborant avec d'autres entités, en apprenant auprès d'elles et en partageant les responsabilités en fonction des avantages comparatifs de chaque partenaire. Tout au long de l'année 2018, s'appuyant sur le constat selon lequel le monde est trop vaste pour n'être servi que par une seule institution, l'OMS a renforcé ses partenariats existants et en a créé de nouveaux.

Suivi des principaux risques à l'OMS

En recourant activement, en amont, aux techniques de gestion des risques, le Secrétariat en effectue un suivi régulier pour atteindre en temps voulu les objectifs de l'Organisation. En vue d'améliorer encore la responsabilisation et la transparence à tous les niveaux de l'Organisation, les bureaux régionaux ont mis en place ou mettent en place des comités régionaux chargés de la conformité et de la gestion des risques, à l'appui des processus décisionnels.

Œuvrer en partenariat pour atteindre de meilleurs résultats sanitaires

L'OMS a lancé un partenariat avec Bloomberg en 2007 pour soutenir la lutte antitabac et la prévention des traumatismes. Dans le domaine de la lutte antitabac, l'impact de l'OMS a été maximisé au moyen de politiques et de programmes spécialisés dans les pays, en accordant une importance stratégique à quatre pays prioritaires où les consommateurs de tabac sont les plus nombreux : le Bangladesh, la Chine, l'Inde et l'Indonésie. Globalement, le soutien de Bloomberg Philanthropies a permis à l'OMS de faire en sorte que les mesures de lutte antitabac profitent à 4,7 milliards de personnes, soit 63 % de la population mondiale.

L'OMS collabore de longue date avec le Gouvernement chinois et l'Initiative Bloomberg pour faire appliquer les dispositions de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, un traité mondial dans le domaine de la santé qui a été ratifié par plus de 180 pays. Le Bureau de l'OMS en Chine a lancé une campagne antitabac qui met en scène quatre jeunes célébrités et qui est suivie par des millions de personnes. Dès la première semaine, celle-ci a permis d'atteindre plus de 120 millions d'utilisateurs des réseaux sociaux et 80 millions de personnes ont participé aux fils de discussion. Plus de 184 médias ont couvert la campagne et une vidéo a été projetée sur des bâtiments et des sites de toute la Chine ainsi qu'à Times Square à New York.

Cette campagne s'appuie sur la collaboration que le Bureau de l'OMS en Chine et Bloomberg entretiennent depuis une dizaine d'années pour mobiliser les acteurs de la lutte antitabac en vue de taxer les produits du tabac, d'adopter des lois sur la publicité et la promotion, de mettre en place des mises en garde illustrées et d'instaurer une législation sur les espaces sans tabac. La collaboration de l'OMS avec les partenaires non traditionnels issus des secteurs du divertissement et de la mode a ouvert des portes pour atteindre un public plus large et contrebalancer les pratiques de commercialisation agressives adoptées par l'industrie du tabac.

Représentation équitable des deux sexes : donner l'exemple

- Le pourcentage de femmes titulaires d'engagements à long terme pour des postes des catégories professionnelle et de rang supérieur a augmenté, passant de **44,4 % en 2017 à 45,4 % en 2018**.
- Au Siège, le nombre de femmes occupant des postes de haut niveau a lui aussi progressé, passant de **37 % en 2017 à 41 % en 2018**.

Défendre la nécessité d'investir dans l'impact sanitaire et dans l'Organisation mondiale de la Santé

L'OMS a publié son premier argumentaire d'investissement, intitulé **A healthier humanity**. Pour la première fois, l'OMS a présenté clairement le retour sur investissement escompté, en particulier du point de vue de l'impact que la mise en œuvre du treizième PGT aura sur la vie des gens.

Le but est, d'ici à 2023 :

de sauver **30 millions** de vies
de gagner **100 millions** d'années de vie en bonne santé
d'obtenir une hausse de **4 % de la croissance économique** dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Coût :

US $14,1 milliards sur 5 ans.

L'argumentaire d'investissement aide à expliquer quels sont les aspects les plus importants et oriente la mobilisation des ressources en mettant l'accent sur les résultats.

L'OMS a dispensé des formations sur la prévention du harcèlement, du harcèlement sexuel et de l'abus d'autorité, et sur la tolérance zéro vis-à-vis de l'exploitation sexuelle et des abus sexuels. Elles sont obligatoires pour tous les membres du personnel et les taux d'achèvement sont de près de 100 %.

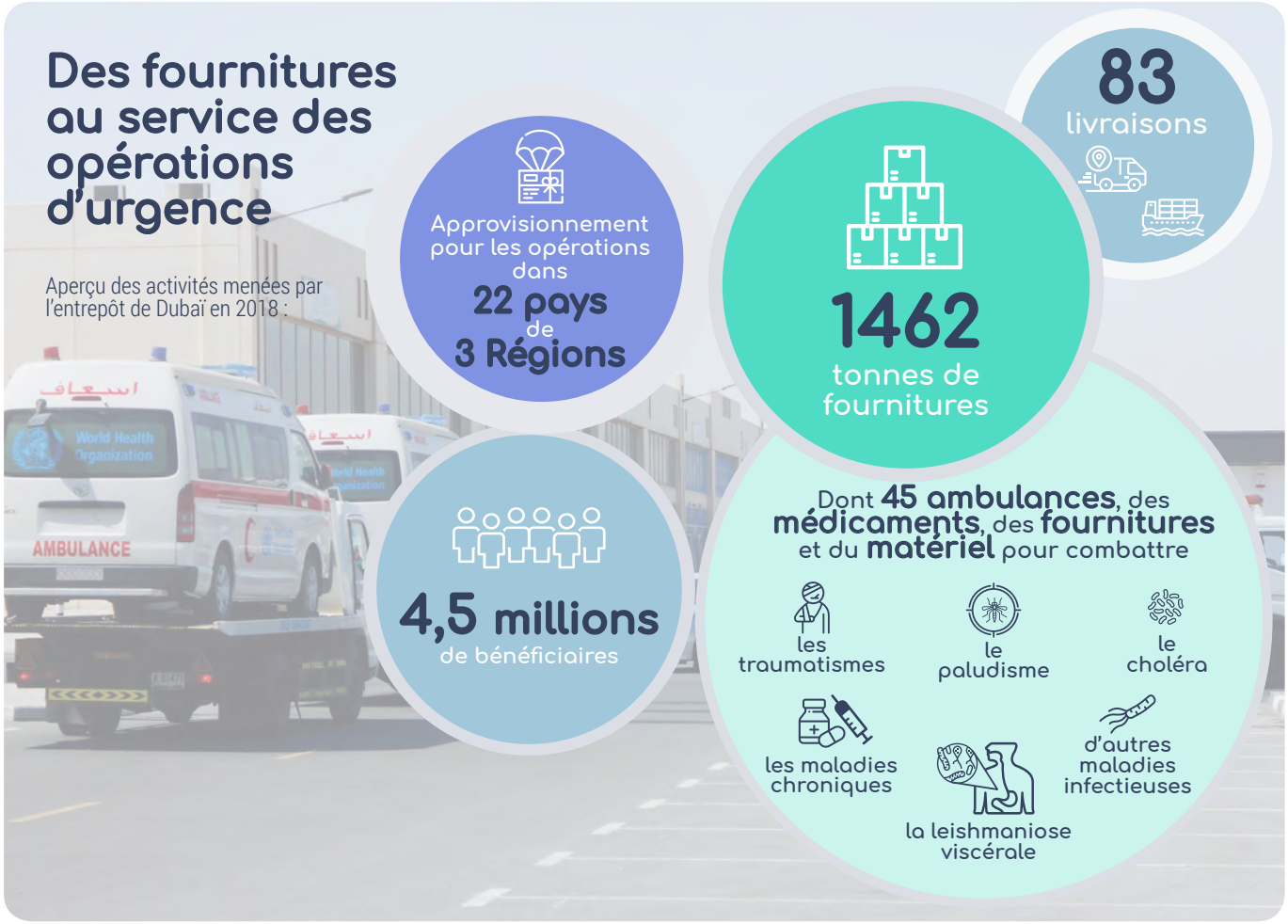
L'OMS étant une organisation fondée sur les données, et celles-ci étant de plus en plus exposées aux cyberattaques, la cybersécurité est désormais reconnue comme l'un des principaux risques pour l'Organisation, et des mesures de protection contre la perte et le vol de données ont été prises. À cet effet, l'Organisation a mis en place une formation obligatoire de sensibilisation à la cybersécurité destinée à tous les usagers des systèmes d'information de l'OMS. Une initiative a également été lancée en vue d'élaborer une politique OMS complète de protection des données. L'Organisation prend très au sérieux la question de l'intégrité des données et continue à chercher des moyens de protéger ses actifs numériques.

Mettre en place les conditions nécessaires pour obtenir un impact

L'OMS investit fortement dans la gestion et l'administration, non seulement pour préserver son intégrité et garantir un usage responsable des ressources, mais aussi pour faciliter l'obtention des impacts sanitaires escomptés. L'efficience de la gestion et de l'administration peuvent contribuer de manière déterminante au succès d'un programme technique, notamment pour recruter rapidement du personnel clé capable de lever les freins à la mise en œuvre du programme, pour mobiliser des experts chargés de fixer les normes sur les biens de santé publique mondiaux, ou pour acheter le matériel nécessaire pour préserver la sécurité des patients et des membres du personnel de l'OMS.

Le rôle central de la gestion et de l'administration est illustré par les services de sécurité assurés avec succès, aux trois niveaux de l'Organisation, pendant la riposte aux récentes flambées de maladie à virus Ebola. Si l'Organisation n'assurait pas la sécurité des membres du personnel, des partenaires et des agents de santé, les centres de traitement cesseraient de fonctionner, les vaccins ne pourraient pas être administrés et il serait impossible de mener des activités de mobilisation communautaire, indispensables pour obtenir le soutien de la population.

L'appui à l'action d'urgence de l'Organisation est l'une des grandes réalisations des services d'achats de nombre de bureaux de l'OMS.



Acheter des médicaments essentiels

La politique actualisée de l'OMS sur l'assurance de la qualité pour les achats de médicaments essentiels et d'autres produits de santé a été publiée en juin 2018. Elle fixe les principes et les normes applicables pour les achats de médicaments essentiels et de produits de santé réalisés par l'OMS, et comprend un ensemble de critères clairs et transparents pour choisir entre différentes sources et différents fournisseurs. Cette politique vaut pour tous les bureaux de l'OMS qui s'approvisionnent en médicaments pour leurs activités de routine et d'urgence. Elle est supervisée par le groupe d'assurance de la qualité de l'OMS.

Fidéliser les talents

Pour un organisme technique comme l'OMS, le personnel est l'atout principal. L'Organisation transforme actuellement son action en matière de ressources humaines en vue de retenir les meilleurs et de garantir que les bonnes personnes soient présentes au bon endroit.

Grâce à la nouvelle politique sur les **missions de perfectionnement de courte durée**, lancée en mars 2018, 45 membres du personnel issus de toutes les catégories et de tous les niveaux de l'Organisation ont pu être temporairement placés dans un contexte professionnel différent, dans d'autres lieux d'affectation ou bureaux, à des fins d'évolution de carrière. C'est la première fois que des administrateurs recrutés sur le plan national et des membres du personnel de la catégorie des services généraux bénéficient d'une telle possibilité.

Le **Programme mondial de mentorat**, d'abord mis en place sous la forme d'un projet pilote en 2016, a rencontré un si vif succès qu'un appel a récemment été lancé en vue de recruter plus de mentors (70 sont disponibles à ce jour dans l'ensemble de l'Organisation) et d'offrir à davantage de membres du personnel la possibilité de profiter de la richesse de l'expérience et des connaissances disponibles à l'intérieur de l'Organisation, tout en permettant à chacun de se créer un réseau et de saisir des occasions d'apprentissage.

Protéger notre personnel

Pour que l'OMS puisse mettre en œuvre ses programmes et obtenir un impact, il est essentiel d'assurer la sûreté et la sécurité des membres du personnel de l'Organisation. La situation sécuritaire mondiale évolue, ce qui, dans de nombreuses régions, complique l'exécution. L'OMS doit s'acquitter de sa mission consistant à fournir un appui aux pays pour qu'ils atteignent leurs objectifs prioritaires, notamment dans les contextes de conflit, de fragilité et de vulnérabilité. Par exemple, en 2018, le Secrétariat a déployé des administrateurs chargés de la sécurité sur le terrain en soutien aux opérations menées au Bangladesh, en République démocratique du Congo, en Lybie, au Mozambique et au Yémen, entre autres.

L'OMS a renforcé les capacités de ses services d'appui à la sécurité et continuera de le faire.

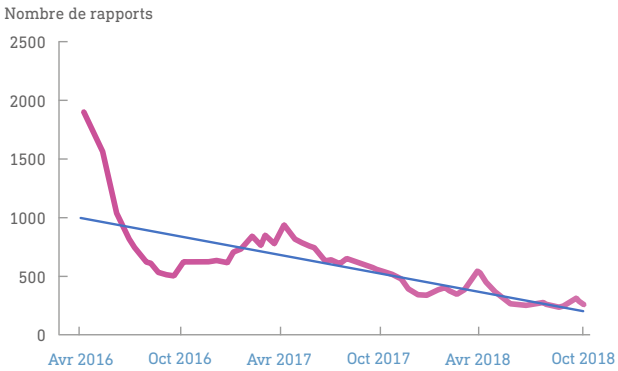
Achats lors des situations d'urgence

Dans le cadre d'initiatives plus générales de consolidation des chaînes d'approvisionnement, l'OMS renforce les activités qu'elle conduit depuis la Ville humanitaire internationale de Dubaï (Émirats arabes unis). En 2018, la demande en médicaments salvateurs et en fournitures médicales a fortement augmenté. Reconnaissant l'utilité de maintenir des stocks prépositionnés de fournitures médicales, et le caractère stratégique de la situation géographique de Dubaï, l'OMS élargit son espace actuel de stockage à température contrôlée, qui va passer de 3000 m^2 à plus de 12 000 m^2.

Réaliser des économies sur les achats

Sous l'égide de son groupe d'assurance de la qualité, l'OMS a standardisé sa liste de fournitures médicales. Des appels d'offre sont lancés en vue de conclure des accords à long terme avec les fournisseurs, dans le but d'intégrer les produits pharmaceutiques d'usage le plus fréquent au catalogue électronique de l'OMS. Ce processus permettra d'éviter de renouveler les procédures d'achat pour des produits ayant des spécifications identiques ou très semblables. Il est prévu que l'amélioration globale des procédures d'achat, du point de vue de la qualité, des délais, du prix et des coûts administratifs, engendrera des économies considérables pour l'Organisation.

Nombre de rapports de coopération financière directe en retard
Bureau régional OMS de l'Afrique, 2016-2019



La riposte à la maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo a présenté des difficultés particulières, les membres du personnel et du programme étant de plus en plus souvent contraints de fournir leurs services dans un contexte de menaces sécuritaires. Il a fallu investir dans des véhicules blindés, la communication d'urgence et l'équipement de protection individuelle, ainsi que dans la formation du personnel. Dans le cadre du système de gestion de la sécurité des Nations Unies, l'OMS tire parti des ressources communes du système des Nations Unies, y compris de celles du Département de la sûreté et de la sécurité des Nations Unies et de la Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en République démocratique du Congo, à l'appui de la riposte à la maladie à virus Ebola. Néanmoins, la situation reste imprévisible et les risques sont toujours très élevés.

L'OMS renforce ses capacités afin de répondre à la hausse de la demande en renforts pour les interventions d'urgence et de maintenir une couverture internationale effective. L'Organisation applique le principe selon lequel il faut assurer la sûreté et la sécurité de chaque membre du personnel et de chaque bureau, de sorte qu'ils puissent fournir le soutien requis pour chaque situation sur le terrain.

Pour que chaque dollar compte

D'après le Bureau des services de contrôle interne (IOS) de l'OMS, l'efficacité des contrôles internes dans la Région africaine de l'OMS a augmenté, les taux de contrôles efficaces passant de 50 % en 2015 à 75 % en 2018. Des améliorations notables ont été observées dans tous les domaines fonctionnels, en particulier celui de la coopération financière directe, dans lequel l'efficacité opérationnelle des contrôles a plus que doublé. La réduction des rapports en retard est un indicateur particulièrement significatif des progrès accomplis. Le nombre des rapports de coopération financière directe en retard a baissé dans la Région africaine, passant de 1907 rapports au 1er avril 2016 à 62 rapports au 15 février 2019, soit une baisse de 84 % au cours de l'année écoulée, de 91 % au cours des deux dernières années et de 97 % au cours des trois dernières années.

Le Bureau régional OMS de l'Afrique a mis au point une stratégie qu'il a utilisée pour concevoir plusieurs processus et outils appliqués selon une démarche systématique et méthodique, en fonction de priorités stables. Néanmoins, le succès rencontré s'explique principalement par l'engagement et la détermination, la clarté des attentes, une compréhension claire par les membres du personnel des responsabilités et obligations qui leur incombent, la collaboration, la communication ouverte, le partage des responsabilités et une solide confiance.

Lors d'une réunion tenue en octobre 2018, le personnel administratif de haut niveau de la Région africaine a adopté un engagement unanime à parvenir à « zéro rapport de coopération financière directe en retard ». Les tendances actuelles indiquent que la Région pourrait atteindre pour la première fois cet objectif en juin 2019.

Renforcement de la communication

De nombreux bureaux régionaux de l'OMS se sont recentrés sur le renforcement de la communication au niveau régional et dans les pays, ce qui a permis de mener des campagnes de santé publique plus efficaces, au moment opportun, et d'élargir l'action menée par l'OMS en vue d'atteindre ses publics clés.

Parmi les principales mesures prises en 2018 figurent l'actualisation et la refonte des sites Web des Régions, des pays et des zones, et leur migration vers un système moderne de gestion de contenu, et la formation des membres du personnel à l'utilisation du nouveau système. L'équipe s'est également attachée à communiquer en amont avec les journalistes et à mieux cibler la diffusion des communiqués de presse. Grâce à cela, plus de 100 articles ou reportages liés à l'OMS ont été recensés dans la presse, sur le Web, à la radio et à la télévision.

Une autre activité majeure a été le déploiement continu d'experts de la communication chargés d'améliorer les capacités des pays à mener des actions efficaces de communication sur les situations d'urgence ou les risques et à promouvoir la couverture sanitaire universelle. Ainsi, dans la Région du Pacifique occidental, un soutien direct a été apporté face au séisme et à la flambée de poliomyélite en Papouasie-Nouvelle-Guinée, face aux inondations en République démocratique populaire lao et face à la crise du vaccin contre la dengue aux Philippines. Le Bureau de l'OMS au Viet Nam a également contribué à des actions de communication ciblées pour promouvoir la couverture sanitaire universelle.

Obtenir des gains d'efficience et améliorer la sûreté des infrastructures de l'OMS

L'OMS modernise actuellement son Siège à Genève afin qu'il soit conforme aux normes suisses sur la sécurité et l'environnement, et aux normes de sécurité des Nations Unies. Afin de pouvoir s'adapter avec souplesse aux besoins futurs, et reconnaissant les évolutions constantes auxquelles elle est confrontée, l'Organisation a adopté une méthode agile et innovante pour configurer les infrastructures au sein du site rénové.

Les États Membres de l'OMS, en particulier le Gouvernement suisse, les autorités genevoises locales et d'autres entités ont apporté leur soutien au projet. Le financement est assuré par le fonds OMS pour les infrastructures, un mécanisme de financement durable et un prêt sans intérêts de la Suisse. Ce projet complexe et d'envergure est mené sans dépassement de coût et dans les temps.

L'OMS réaménage également son Bureau régional de l'Asie du Sud-Est. Ce projet est lui aussi motivé par la nécessité de se conformer aux normes locales en matière de sécurité et d'environnement et aux normes de sécurité des Nations Unies. Il a été rendu possible par la contribution généreuse du Gouvernement indien, chef de file pour le financement et la gestion de ce projet, en partenariat avec d'autres États Membres de la Région qui se sont aussi engagés à apporter des fonds. Ce nouveau bâtiment sera conforme aux spécifications LEED Platinum, garantissant un milieu de travail sain pour les membres du personnel et pour les visiteurs, avec des espaces propices au mouvement et à l'activité physique, et encourageant la collaboration et la coopération.

Une communication ciblée pour promouvoir la couverture sanitaire universelle au Viet Nam

L'OMS collabore avec le Ministère de la santé du Viet Nam pour renforcer les capacités de son système de santé à fournir des services de qualité et équitables au titre du programme conjoint de coopération pour la santé. Dans le cadre de ce programme, l'OMS apporte un soutien au Ministère de la santé afin qu'il plaide pour la couverture sanitaire universelle, par exemple en demandant un renforcement du financement dans des domaines prioritaires tels que les réformes locales. Pour faire avancer cette priorité, le Bureau de l'OMS au Viet Nam a accru le soutien qu'il apporte en matière de communication au Ministère de la santé du Viet Nam. Il a mis au point des produits de communication destinés aux responsables de l'élaboration des politiques, aux experts techniques, aux agents de santé et au grand public, et a également contribué à renforcer les capacités de communication sur les risques du Ministère de la santé, par la formation de hauts responsables. Le Bureau de l'OMS au Viet Nam a créé un groupe spécial sur la communication et la sensibilisation, avec une stratégie fondée sur le renforcement de la communication pour obtenir un impact dans les pays.

Vues d'architecte du nouveau bâtiment du Siège et du réaménagement du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est

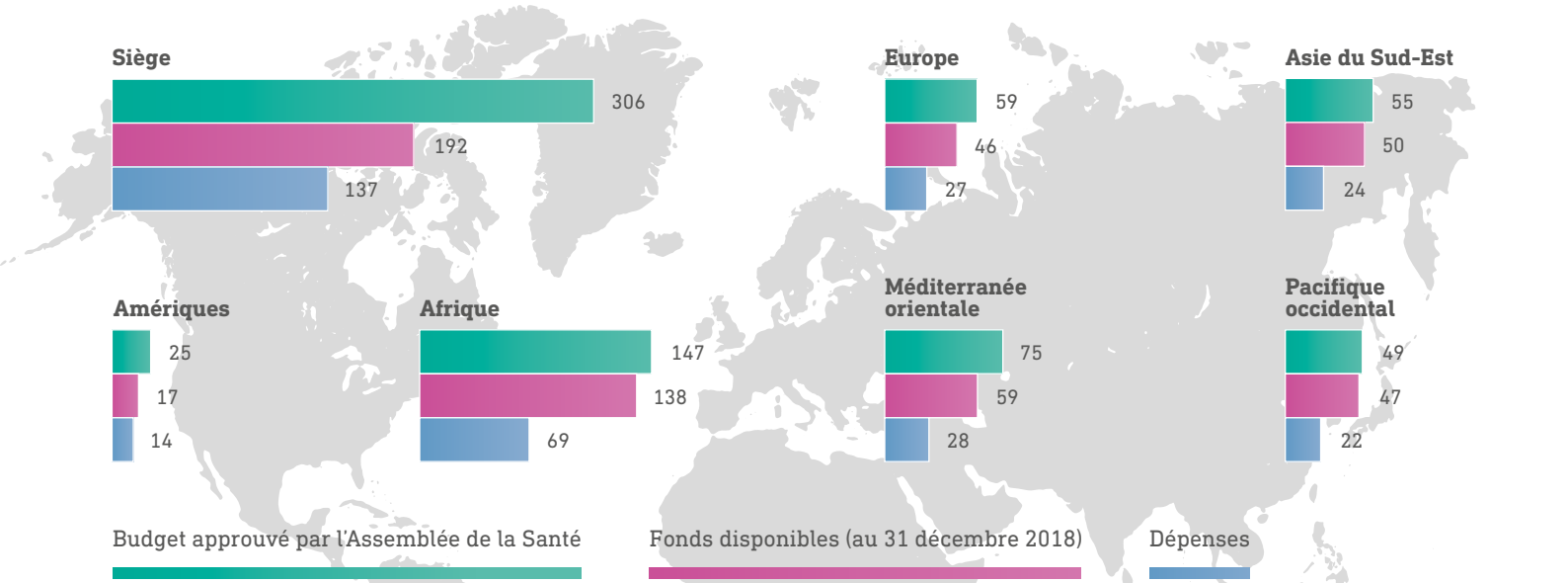
Principaux chiffres pour 2018-2019

Montant approuvé dans le budget programme : US $715,5 millions

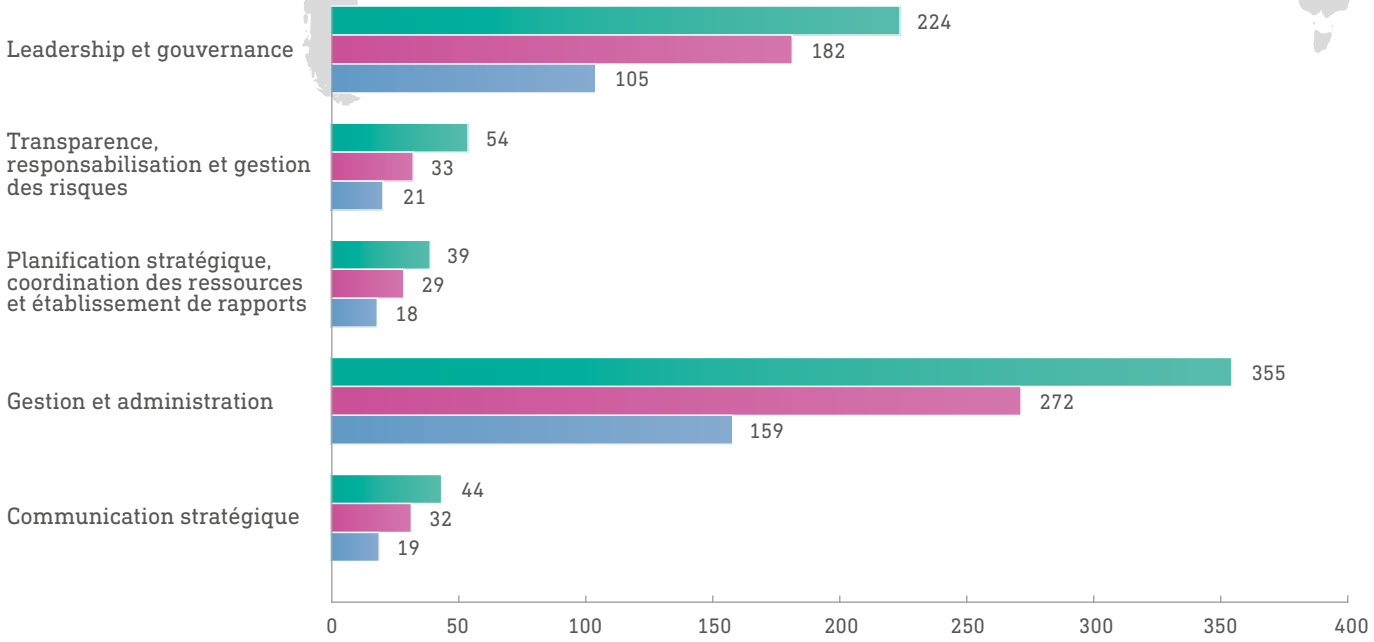
Fonds disponibles : US $548 millions (77 % du budget programme)

Dépenses : US $321 millions (45 % du budget programme, 58 % des ressources disponibles)

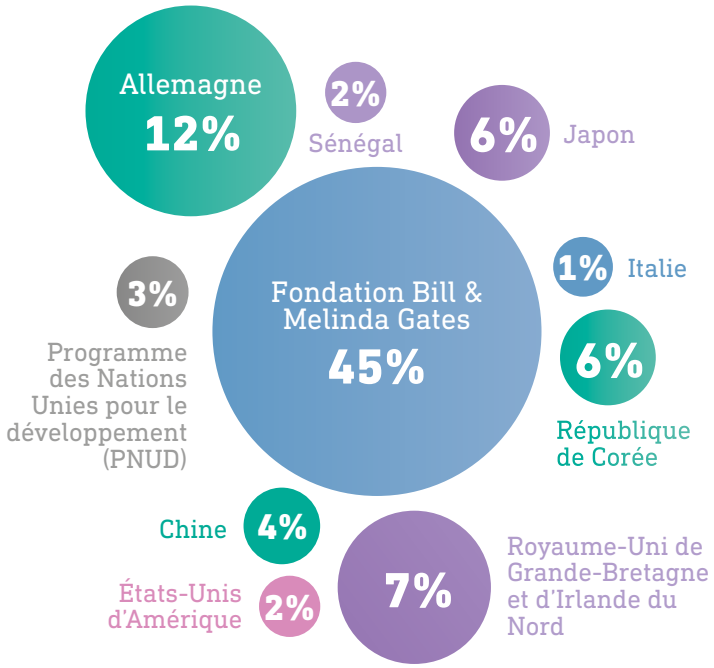
Budget, fonds disponibles et dépenses par bureau (en millions de US $)



Budget, fonds disponibles et dépenses par programme (en millions de US $)



Les 10 principaux contributeurs volontaires (contributions à objet désigné)

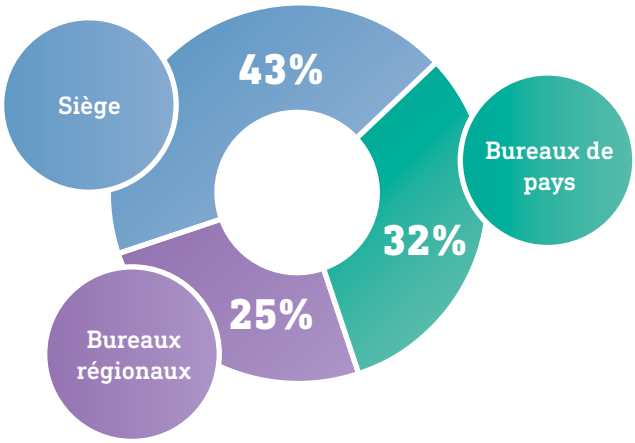


Source de financement :

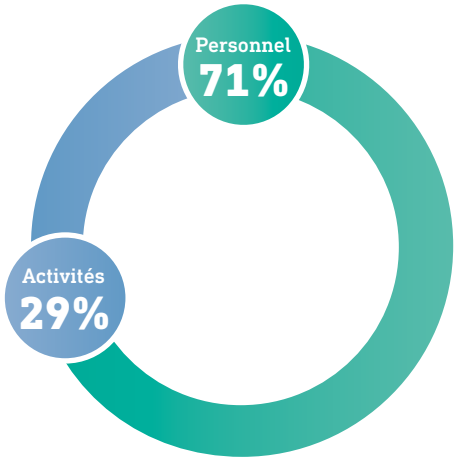
Fonds souples : 94 %
Contributions volontaires à objet désigné : 6 %

88 % du montant total des contributions volontaires à objet désigné a été versé par 10 contributeurs (voir ci-contre)

Dépenses par niveau



Dépenses liées au personnel et dépenses liées aux activités



Exécution du budget

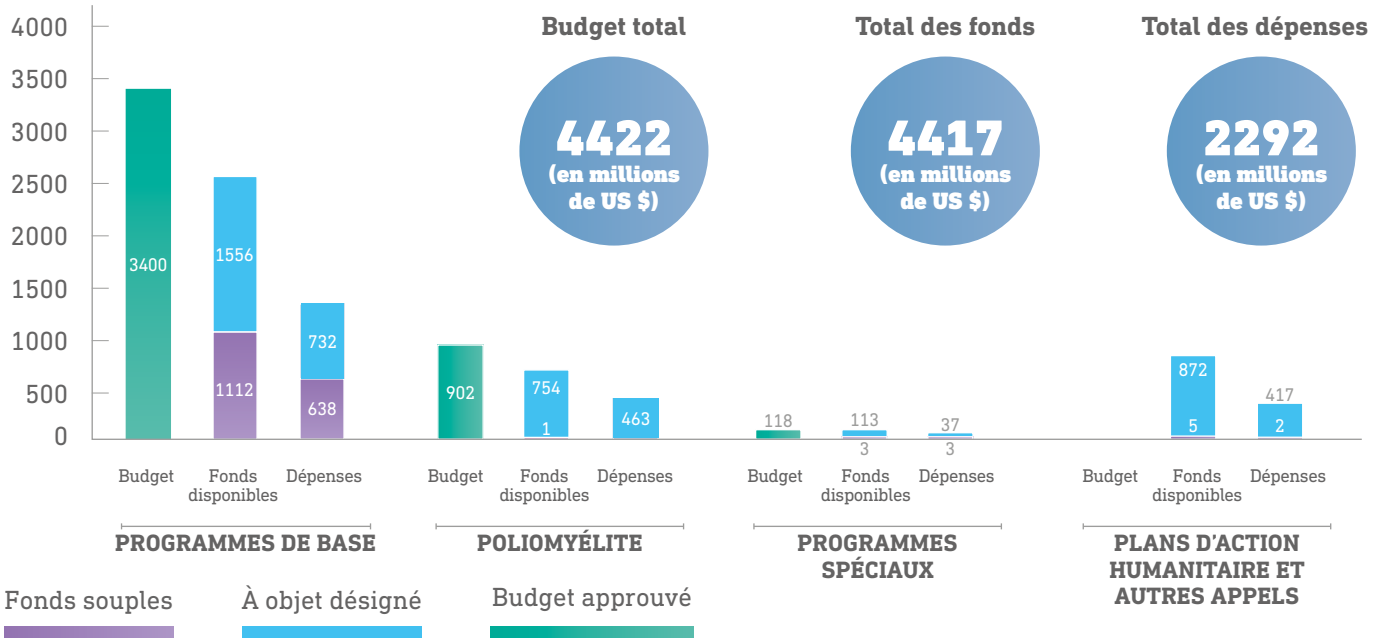
La catégorie « Leadership et fonctions d'appui » était globalement financée à hauteur de 77 % du budget approuvé. Des trois niveaux de l'Organisation, le Siège est le moins bien financé (63 %). L'ampleur de ses activités est néanmoins bien supérieure. En 2018, les dépenses du Siège dans cette catégorie se sont montées à 43 % du total, contre 32 % au niveau des pays.

Le financement de cette catégorie est fondé sur un modèle différent de celui utilisé pour les catégories techniques et il est aussi largement axé sur les dépenses de personnel (71 % du total des dépenses). À l'avenir, cette catégorie devrait être globalement financée, mais on veillera à ce qu'elle soit gérée dans le plus strict souci d'économie, notamment en multipliant les gains d'efficience.

Pour obtenir davantage d'informations sur le financement du budget programme et l'exécution au titre de cette catégorie, veuillez consulter le portail Web du budget programme de l'OMS (http://open.who.int/2018-19/our-work/category/06/about/key-figures et http://open.who.int/2018-19).

Budget et points marquants de la situation financière

Budget programme 2018-2019 : budget, fonds disponibles et dépenses (en millions de US $) au 31 décembre 2018



En mai 2017, par sa résolution WHA70.5, l'Assemblée de la Santé a approuvé le budget programme pour l'exercice 2018-2019 d'un montant total de US $4421,5 millions. Les programmes de base représentent 77 % du budget programme approuvé, soit US $3400,3 millions, le reste (US $1021,2 millions) concernant la poliomyélite et les programmes spéciaux.

Le graphique ci-dessus offre une vue synthétique du budget approuvé, des fonds disponibles et des dépenses, présentés pour les segments budgétaires, c'est-à-dire les programmes de base, la poliomyélite et les programmes spéciaux. Les fonds disponibles sont constitués des recettes comptabilisées au cours de l'exercice actuel, auxquelles viennent s'ajouter les fonds reportés de l'exercice précédent et dont il faut retrancher les fonds à reporter sur l'exercice suivant. Pour l'exercice 2018-2019, il n'y a pas de budget approuvé pour les plans d'action humanitaire et les autres appels, ce segment étant fonction des événements. Il n'y a donc pas de niveau budgétaire auquel les ressources disponibles ou les dépenses puissent être comparées.

Le montant total des fonds disponibles en 2018 pour l'ensemble des segments budgétaires s'établissait à US $4417 millions, dont US $2668 millions étaient disponibles pour les programmes de base (ce qui représente 78 % du budget total pour ce segment).

Dans le graphique ci-dessus, une distinction est également établie entre les deux principaux types de financement du budget programme. Les fonds à objet désigné comprennent les contributions volontaires strictement réservées à une activité ou un poste budgétaire déterminé. Les fonds souples comprennent les contributions fixées, les contributions volontaires – contributions volontaires de base, compte des contributions volontaires de base et dépenses d'appui au programme.[1] Les fonds à objet désigné représentent 58 % des fonds des programmes de base et 99 % de ceux de la poliomyélite, des programmes spéciaux et des plans d'action humanitaire et autres appels.

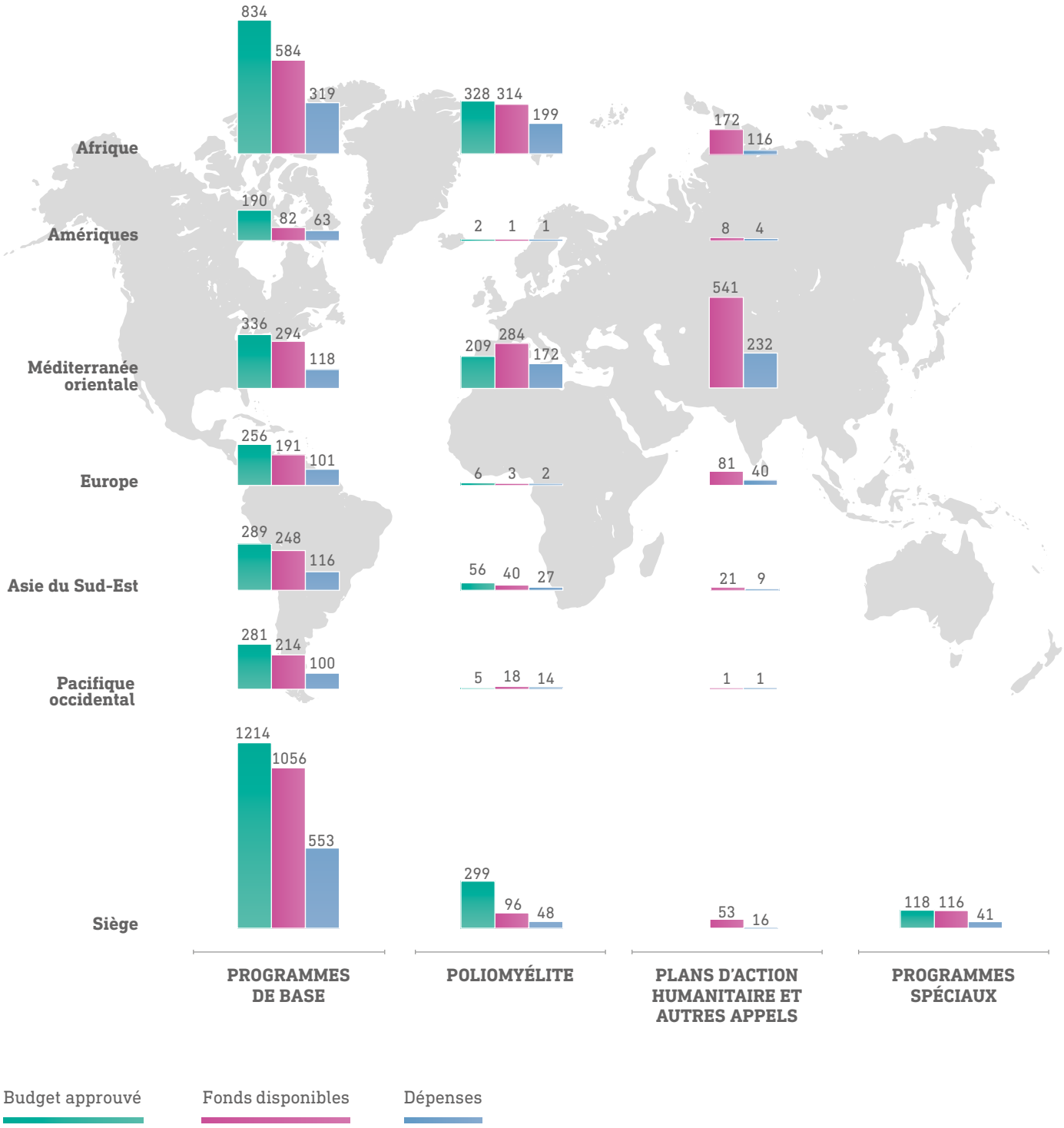
Le graphique de la page suivante récapitule les éléments suivants, par segment budgétaire et par bureau : le budget approuvé, les fonds disponibles et les dépenses. Une disparité subsiste concernant le financement du budget programme entre les bureaux, les segments et les catégories et les secteurs de programme (voir les chapitres du présent rapport relatifs aux différentes catégories). Le Siège est généralement le mieux financé des bureaux. Même si le budget programme dans son ensemble est bien financé au niveau mondial et même si les progrès techniques de la quasi-totalité des secteurs de programme sont considérés comme suffisants pour atteindre les objectifs de l'exercice, une proportion significative des secteurs de programme de tous les bureaux a néanmoins fait part de difficultés de financement susceptibles de constituer un risque de nature à remettre en cause la pleine réalisation des résultats en fin d'exercice.

Les dépenses semblent limitées lorsque l'évolution du financement est imprévisible. Cela entrave la planification à long terme, notamment celle des ressources humaines. L'insuffisante souplesse des fonds peut entraîner un décalage entre les ressources financières et le budget programme. Cependant, les comparaisons effectuées depuis une vingtaine d'années montrent que l'ampleur du décalage a en fait diminué à plus long terme.

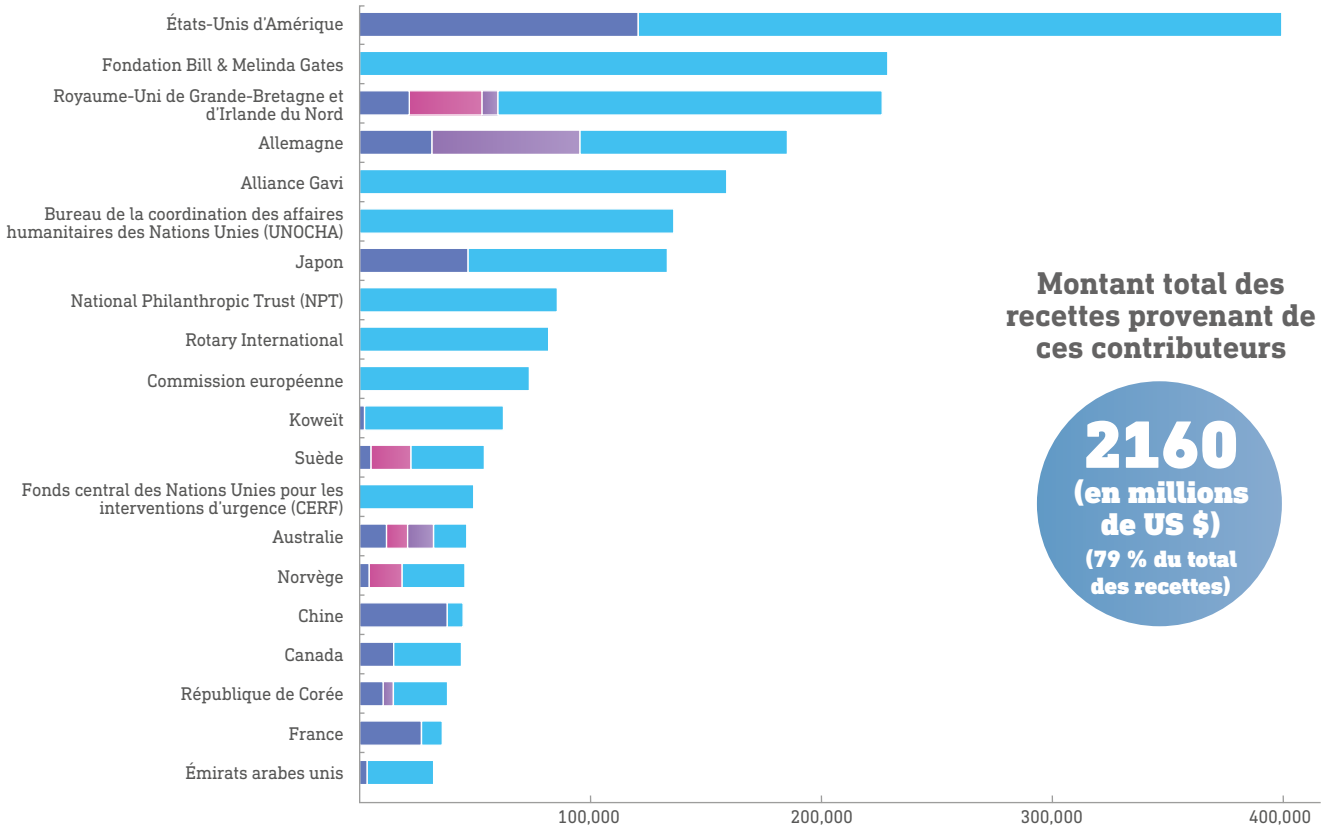
On trouvera davantage de précisions sur le budget, les fonds disponibles et les dépenses, par bureau principal, bureau de pays, catégorie et secteur de programme, sur le portail Web du budget programme de l'OMS (http://open.who.int/2018-19).

[1] Pour plus de précisions, voir les documents A72/37 et A72/INF./5.

Budget, financement et dépenses des trois segments approuvés du budget (programmes de base, poliomyélite et programmes spéciaux) et du segment des plans d'action humanitaire (en millions de US $)



Les 20 principaux contributeurs du budget programme en 2018 (en milliers de US $)



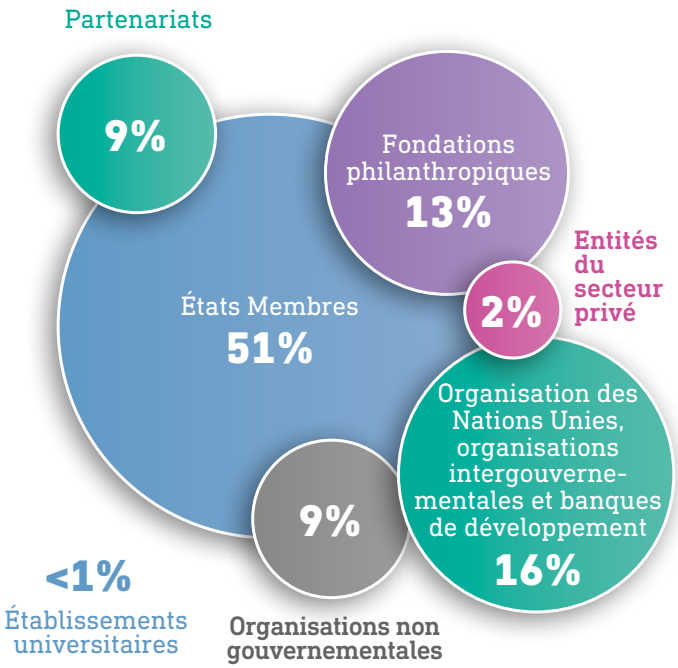
D'où proviennent les fonds de l'OMS ?

Le montant total des recettes du budget programme enregistrées en 2018 s'établissait à US $2744 millions. Il comprenait les contributions fixées des États Membres (US $501 millions) et les contributions volontaires (US $2243 millions).[2] Les 20 principaux contributeurs, dont les contributions représentent 79 % du montant total des recettes, sont indiqués dans le graphique ci-dessus.

Répartition par source

Les États Membres, qui ont apporté 51 % des contributions volontaires en 2018, restent la source la plus importante des contributions volontaires. Les contributions des fondations philanthropiques ont diminué par rapport à 2017, année pendant laquelle les contributions à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite ont fortement augmenté.

Recettes en 2018, par source



[2] On trouvera la liste complète des contributions volontaires en 2018, par fonds et par contributeur, dans le document A72/INF./5.

Contributions volontaires souples

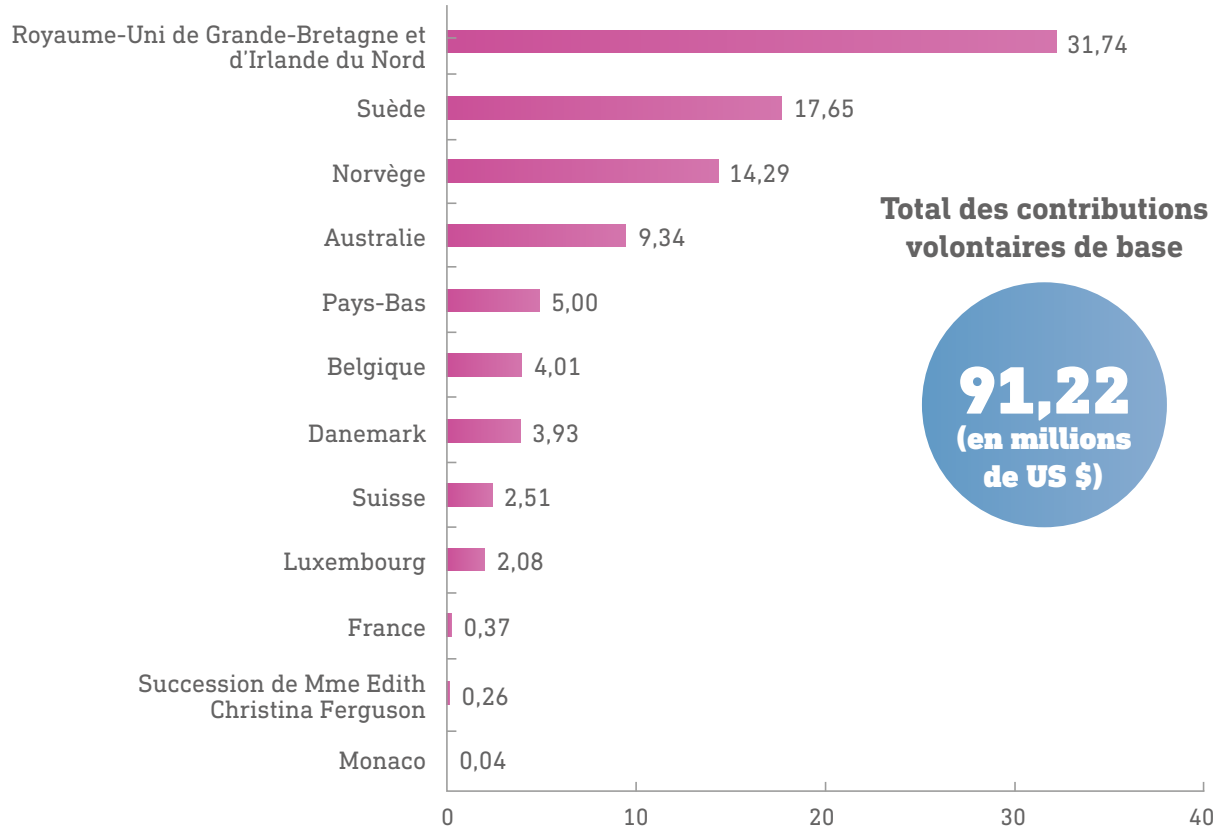
En 2018, le total des recettes issues des contributions volontaires de base s'est établi à US $181 millions,[3] montant incluant, d'une part, le compte des contributions volontaires de base et, d'autre part, les contributions volontaires de base. Les contributions volontaires de base incluent des fonds réservés à un but précis dans le cadre du budget programme et qui sont considérés comme étant à objet désigné ou moyennement souples. Les fonds du compte des contributions volontaires de base sont, pour leur part, entièrement ou extrêmement souples et reçus pour soutenir le budget programme dans son ensemble.

Les contributions volontaires de base ont fortement augmenté, s'établissant à US $89,7 millions en 2018 contre US $13,7 millions[3] en 2017. Cette évolution tient essentiellement aux contributions de l'Allemagne. Le financement par des contributions volontaires de base (également appelées « fonds thématiques et de collaboration stratégique ») a été négocié au niveau de l'Organisation pour répondre aux besoins stratégiques des contributeurs et de l'OMS, et fournir ainsi à l'Organisation un financement à objet désigné plus efficace et plus efficient.

Les ressources à objet désigné représentent l'essentiel du financement de l'OMS, mais dans les domaines où ces ressources ne couvrent pas l'intégralité des charges et ne permettent pas, du fait de leur manque de souplesse, d'adopter des approches transversales, il peut s'avérer difficile d'obtenir l'impact global souhaité sans recourir au rôle catalyseur du compte des contributions volontaires de base. Le compte des contributions volontaires de base offre une souplesse fort utile pour répondre aux besoins de financement non satisfaits de tous les bureaux et de toutes les catégories, permettant une gestion stratégique essentielle des ressources de façon à obtenir les résultats programmatiques de l'OMS au titre du budget programme approuvé par l'Assemblée de la Santé. Fait important, étant donné que l'Organisation est fortement tributaire des fonds souples, le compte des contributions volontaires de base est utilisé conjointement aux ressources à objet désigné de façon à en exploiter le plein potentiel.

Le graphique ci-dessous indique les recettes du compte des contributions volontaires de base par donateur pour 2018. Celles-ci se sont établies à US $91 millions[4] (soit 4 % du montant total des recettes du budget programme). À ce jour, il apparaît que les contributions au compte des contributions volontaires de base ont augmenté par rapport à 2017 (US $67 millions) et 2016 (US $81 millions). Le niveau de financement du compte des contributions volontaires de base reste toutefois bien inférieur à la cible et aux niveaux antérieurs.

Contributeurs au compte des contributions volontaires de base en 2018 (en millions de US $)



[3] Des informations détaillées sur le compte des contributions volontaires de base et sur les contributions volontaires de base figurent dans le document A72/INF./5.

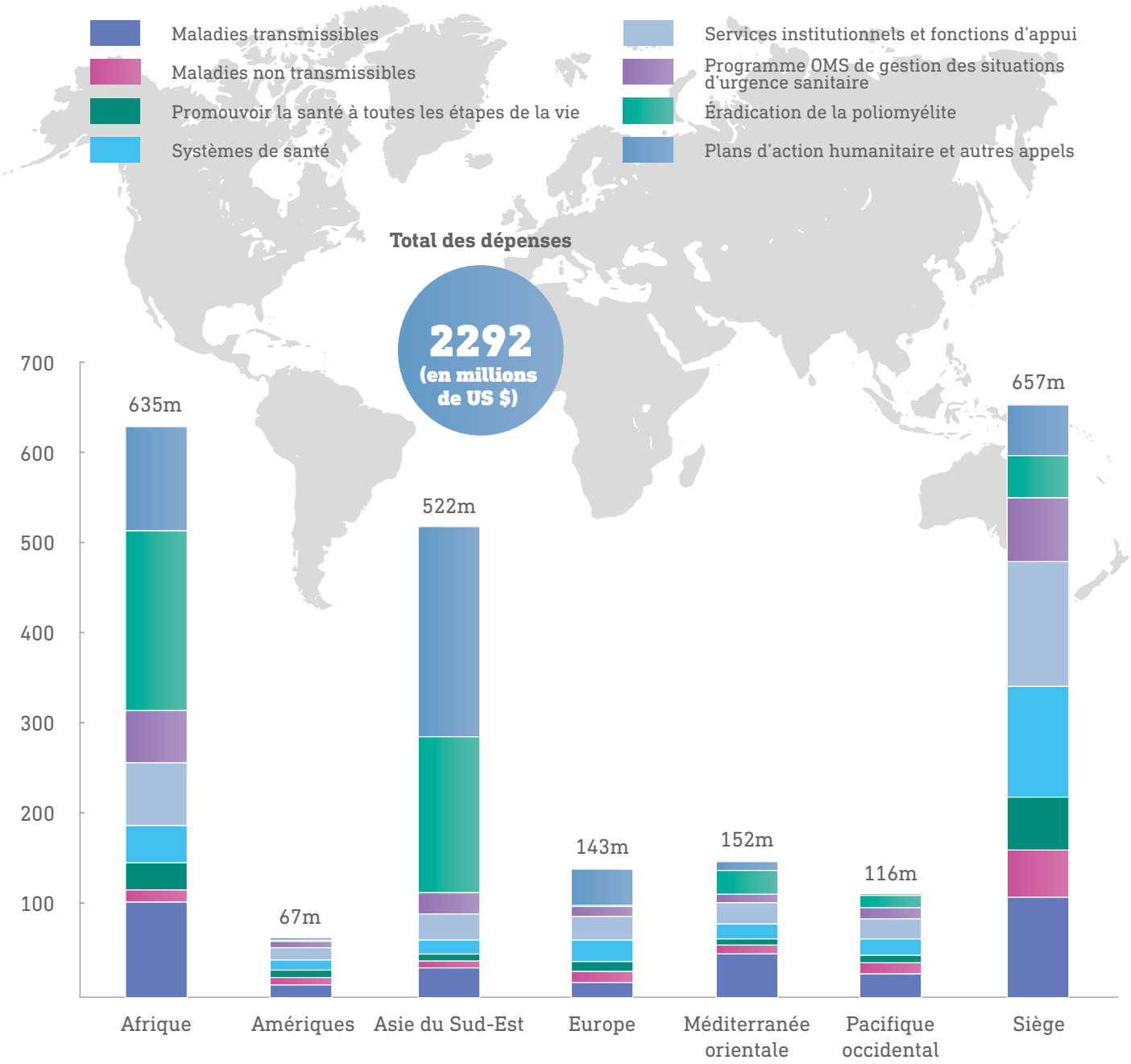
[4] Ce montant comprend les contributions du Luxembourg aux maladies non transmissibles et aux systèmes de santé, qui sont entièrement souples et normalement comptabilisées dans le compte des contributions volontaires de base. En 2018, elles ont été comptabilisées et présentées dans les documents officiels comme des contributions volontaires de base ; une correction sera apportée en 2019.

Comment les fonds de l'OMS sont-ils utilisés ?

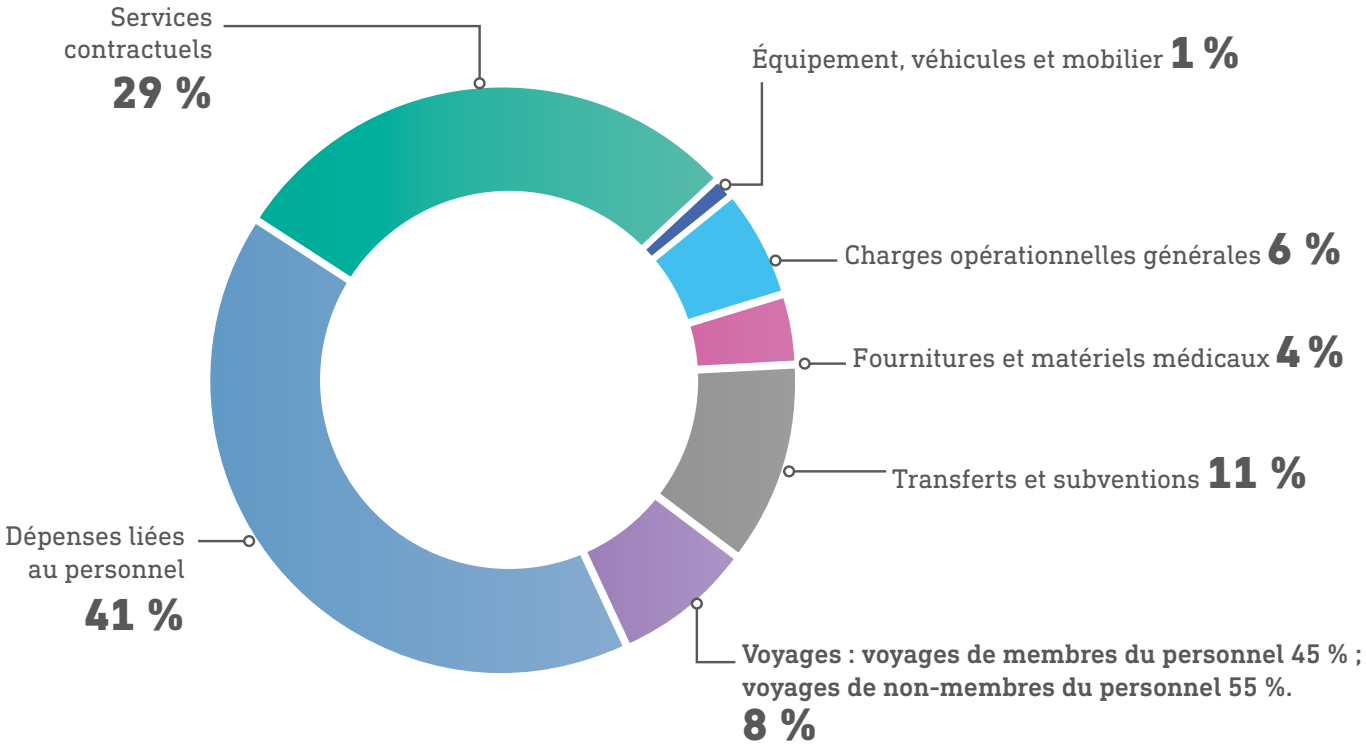
En 2018, le montant total des dépenses au titre du budget programme était de US $2292 millions, en recul de 4 % par rapport à 2017 (US $2390 millions). Si l'on compare les chiffres disponibles au milieu de l'exercice biennal actuel à ceux disponibles au milieu de l'exercice biennal précédent, il apparaît que les dépenses ont augmenté de 5 %. Le graphique ci-dessous indique les dépenses par Région et par catégorie. En 2018, le programme de base représentait 60 % des dépenses (62 % en 2017) et la poliomyélite, les situations d'urgence et les programmes spéciaux 40 % (38 % en 2017).

La ventilation des dépenses par catégorie d'activité et segment budgétaire varie sensiblement d'un bureau à l'autre, selon les interventions humanitaires engagées en fonction des événements et selon les activités d'éradication de la poliomyélite. Ainsi, dans la Région de la Méditerranée orientale en 2018, 77 % des dépenses ont été consacrées à l'éradication de la poliomyélite et aux interventions humanitaires, et 21 % seulement aux programmes de base.

Dépenses au titre du budget programme par bureau et par catégorie en 2018 (en millions de US $)



Dépenses au titre du budget programme par catégorie de dépenses en 2018



Dépenses liées au personnel

Les dépenses liées au personnel constituent la catégorie de dépenses la plus importante, représentant 41 % des charges totales en 2018. Elles ont augmenté de 1 % par rapport à 2017 et de 4 % par rapport à 2016. L'augmentation a concerné le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire et les bureaux de l'OMS dans des pays, territoires et zones confrontés à des situations d'urgence.

Services contractuels

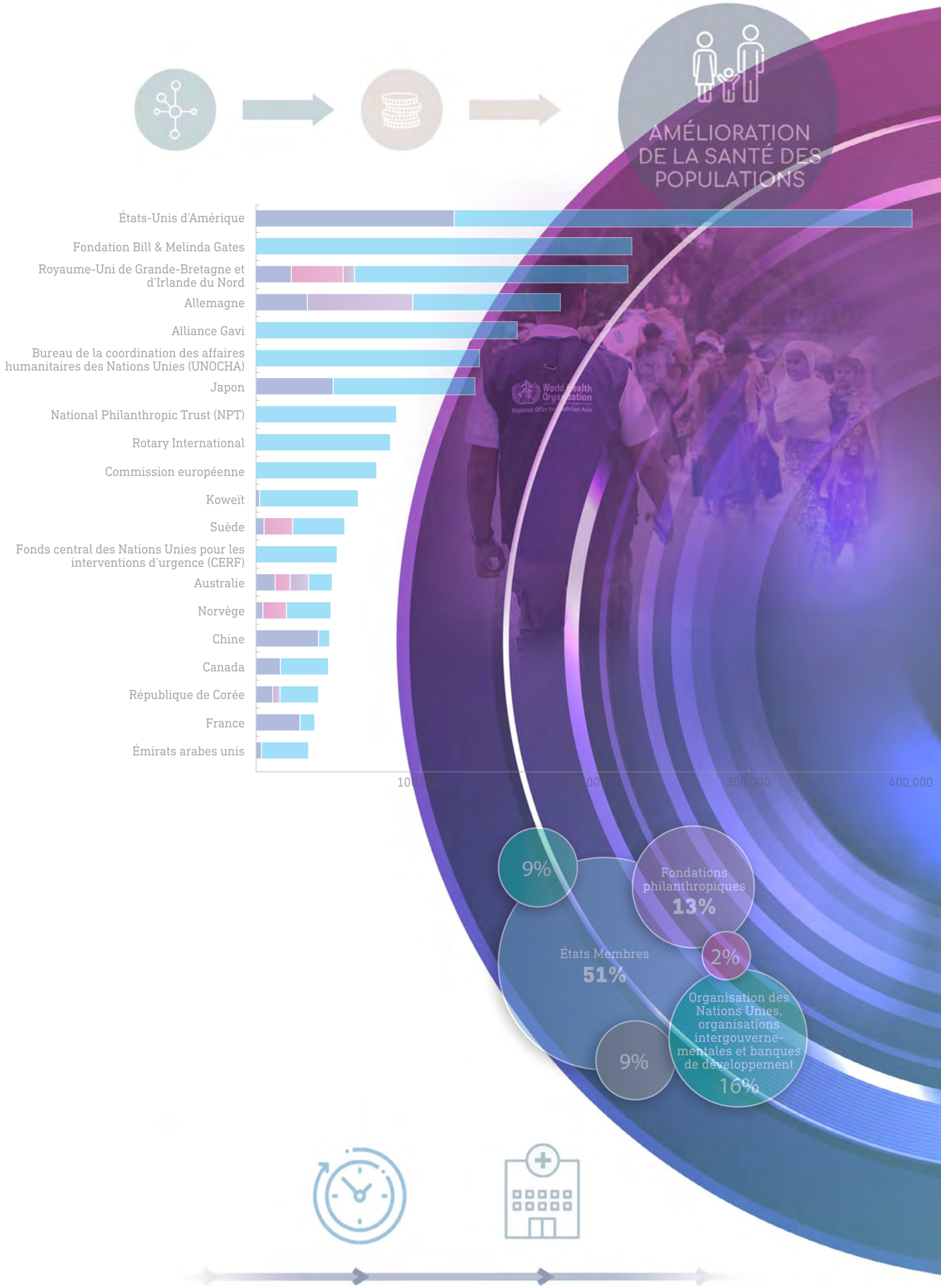
Les services contractuels constituent la deuxième catégorie de dépenses par ordre d'importance, représentant 29 % des charges totales en 2018. Les charges liées aux services contractuels ont diminué de 9 % par rapport à 2017 et de 3 % par rapport à 2016. Les baisses ont été surtout observées au Siège et au Bureau régional de la Méditerranée orientale. Dans la Région de la Méditerranée orientale, les services contractuels ont cédé la place aux transferts et subventions (subventions aux organisations non gouvernementales pour les situations d'urgence). Dans la Région africaine, on a observé une augmentation des dépenses au titre des activités liées à des accords de services spéciaux et des activités de mise en œuvre directe en rapport avec la poliomyélite (principalement au Nigéria) et au titre des activités de mise en œuvre directe liées à la maladie à virus Ebola (en République démocratique du Congo).

Voyages

Les dépenses relatives aux voyages ont diminué de 1 % par rapport à 2017 et de 4 % par rapport à 2016. Le nombre de voyages effectués n'a pas baissé, mais le coût par voyage a lui diminué par rapport à 2017 à la suite des modifications apportées à la politique en matière de voyages ainsi qu'en raison d'une meilleure application de cette politique. La politique plus stricte a en particulier permis de réduire le montant dépensé par billet. Sur le montant total des dépenses relatives aux voyages, 45 % concernait des voyages de membres du personnel et le solde, des voyages de non-membres du personnel, principalement des participants à des réunions désignés par des États Membres.

Transferts et subventions

En 2018, suite à un changement dans la politique relative aux dépenses, les transferts et subventions à d'autres entités ont augmenté de 10 % par rapport à 2017 et de 2 % par rapport à 2016. Au titre de la politique révisée, depuis fin 2017, le matériel acheté pour des tiers (ministères de la santé) est passé en transferts et subventions alors qu'il était auparavant passé en équipement. La réduction du poste le plus important de cette catégorie de dépenses, à savoir les subventions aux États Membres au titre de la coopération financière directe, qui a reculé de 20 % par rapport à 2017, compense en partie l'augmentation due à l'équipement destiné à des tiers.


AMÉLIORATION DE LA SANTÉ DES POPULATIONS
États-Unis d'Amérique
Fondation Bill & Melinda Gates
Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord
Allemagne
Alliance Gavi
Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (UNOCHA)
Japon
National Philanthropic Trust (NPT)
Rotary International
Commission européenne
Koweït
Suède
Fonds central des Nations Unies pour les interventions d'urgence (CERF)
Australie
Norvège
Chine
Canada
République de Corée
France
Émirats arabes unis
100,000
200,000
300,000
400,000
9%
Fondations philanthropiques
13%
États Membres
51%
2%
Organisation des Nations Unies, organisations intergouverne-mentales et banques de développement
16%
9%