



**REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC
BUREAU REGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL**

COMITE REGIONAL

WPR/RC59/3

**Cinquante-neuvième session
Manille (Philippines)
22–26 septembre 2008**

7 août 2008

ORIGINAL: ANGLAIS

Point 9 de l'ordre du jour provisoire

**BUDGET PROGRAMME 2006–2007 : EXECUTION DU BUDGET
(RAPPORT FINAL)**

Le présent document est le rapport final d'exécution par domaine d'activité, du budget ordinaire pour l'exercice biennal 2006–2007. Nous donnons également des informations sur les fonds collectés auprès d'autres sources.

En termes financiers, l'exécution du budget ordinaire s'est élevée à 74 748 000 dollars, soit 100 % du montant révisé des crédits alloués pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2007. Par ailleurs, les activités mises en oeuvre grâce aux fonds provenant d'autres sources se montaient à 101 425 481 dollars au 31 décembre 2007. A cette date, le total des fonds utilisés s'élevait à 176 173 481 dollars (Annexes 2, 3 et 3A). L'analyse de l'exécution du budget par catégorie de dépenses figure à l'Annexe 3 pour le budget ordinaire et à l'Annexe 3-A pour les autres sources de financement.

Les résultats sont présentés dans l'Annexe 4 du présent rapport. Ces informations sont issues d'une évaluation réalisée en fin d'exercice biennal et couvrent la période comprise entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2007.

Un rapport intérimaire d'exécution du budget ordinaire et des fonds extrabudgétaires pour l'exercice 2006–2007 avait été présenté à la cinquante-huitième session du Comité régional. Le Comité peut souhaiter examiner les chiffres du rapport final présentés ici pour en discuter.

Ces rapports couvrant la période biennale 2006–2007, arrêtée au 31 décembre 2007 (Annexes 2, 3 et 3A), constituent les rapports finals au Comité régional sur l'exécution du budget ordinaire et l'utilisation faite des autres sources de financement. L'analyse des dépenses qui figure aux Annexes 3 et 3A rend compte de l'exécution du budget approuvé, par catégorie de dépenses.

Le budget programme 2006–2007 repose sur une approche axée sur les résultats. La budgétisation axée sur les résultats a ceci de particulier qu'elle impose à l'OMS de se soumettre à un examen interne rigoureux et à comparer les résultats obtenus aux résultats escomptés.

Les résultats présentés en Annexe 4 couvrent la période comprise entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2007. Y figurent également des informations issues d'une évaluation réalisée en fin d'exercice biennal par domaines d'activité régionaux et dans les bureaux de pays.

L'aperçu régional du projet de budget programme pour l'exercice 2006–2007 a été présenté au Comité régional lors de sa cinquante-cinquième session en septembre 2004. Le Budget Programme mondial 2006–2007 a été approuvé lors de la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2005. Le budget ordinaire qui a été approuvé par l'Assemblée de la Santé s'élevait à 76 505 000 dollars (une augmentation de 6,2 % par rapport au budget programme 2004–2005 approuvé de 72 036 000 dollars), et depuis lors, un certain nombre de modifications importantes ont été effectuées :

- (1) En novembre 2005, le Directeur général a établi le montant des crédits alloués à la Région à 97,6 % du budget programme approuvé pour 2006–2007 (après retenue de 1 836 000 dollars, soit 2,4 %, par le Siège) du fait du retard prévu dans le paiement des contributions fixées. En outre, le Directeur général a décidé de réduire les crédits du budget ordinaire pour toutes les régions au titre de la Section 3 (déterminants de la santé) de la résolution portant ouverture de crédits afin d'assurer le financement adéquat de la première session de la Conférence des Parties à la Convention-Cadre OMS sur la lutte antitabac (CCLAT OMS). La réduction qui en a résulté pour la Région du Pacifique occidental était de 358 000 dollars. De ce fait, les crédits alloués à la Région du Pacifique occidental s'élevaient à 74 311 000 dollars (Annexe 1).
- (2) Cependant, en avril 2007, le Directeur général a restitué le solde non utilisé de 54 000 dollars des 358 000 dollars fournis pour la première session de la Conférence des Parties à la CCLAT de l'OMS, en juin 2007, le Directeur général a alloué 383 000 dollars sur la retenue de 1 836 000 précitée. Le montant révisé des crédits au 31 décembre 2007 s'élevait à 74 748 000 dollars (Annexes 1 et 2, colonne 2). L'Annexe 2 fournit un rapport final sur l'exécution budgétaire des fonds pour chaque domaine d'activité.

- (3) Le budget programme a été exécuté conformément aux domaines d'activité communs à toute l'Organisation.

Au 31 décembre 2007, 74 748 000 dollars, soit 100 % du montant révisé des crédits alloués au titre du budget ordinaire avaient été engagés (Annexe 2, colonnes 3 et 4).

D'autres sources de fonds mises en oeuvre par domaine d'activité pour les activités nationales et régionales apparaissent à l'Annexe 2, colonne 7. Le montant total des fonds extrabudgétaires engagés au 31 décembre 2007 s'élevait à 101 425 481 dollars. On trouvera dans les colonnes 9 et 10 des précisions sur l'exécution budgétaire de l'ensemble des fonds et sur leur utilisation par domaine d'activité, exprimée en pourcentage de la totalité des fonds utilisés.

L'Annexe 3 indique les montants engagés par catégorie de dépenses et par niveau organisationnel au titre du budget ordinaire. Pour chaque niveau organisationnel, le pourcentage du montant révisé des crédits par catégorie de dépenses est également indiqué. L'Annexe 3A indique le montant engagé pour chaque catégorie de dépenses au titre des fonds provenant d'autres sources, y compris en pourcentage du montant total des fonds alloués par niveau organisationnel.

Les fonds dont dispose l'OMS proviennent principalement des contributions fixées versées par les Etats Membres et des contributions volontaires. Les contributions fixées constituent une proportion de plus en plus faible du montant total des ressources de l'Organisation, et en 2006–2007, elles ne représentaient que 42 % des dépenses totales. L'OMS est donc de plus en plus dépendante des contributions volontaires versées par un petit nombre de partenaires. Le financement du budget programme exige que les différentes sources de revenu de l'Organisation soient gérées de manière efficace. Toute la difficulté tient dans le fait que les activités planifiées doivent être alignées sur les ressources mobilisées.

Durant l'exercice biennal 2006–2007, l'Organisation a rencontré de grandes difficultés liées au fait que les financements dont bénéficie la Région sont en grande partie assortis de conditions particulières quant à l'utilisation qui doit en être faite, si bien que certaines des activités mises en oeuvre dans le Pacifique occidental souffrent actuellement d'un déficit de financement, en dépit des ressources importantes dont dispose la Région. Bien que les revenus de l'Organisation aient sensiblement augmenté au cours de la période 2006–2007 par rapport à l'exercice 2004–2005, cet accroissement n'a pas été réparti de manière uniforme sur l'ensemble des domaines d'activité et des Etats et Territoires, et il n'a donc pas été possible de faire en sorte que les ressources disponibles cadrent entièrement avec le budget programme.

En conséquence, l'OMS a pris des mesures stratégiques pour assurer une exécution plus équilibrée du budget à l'échelle de l'Organisation. Au cours de l'exercice biennal 2006–2007, un Groupe consultatif sur les ressources financières, composé de l'ensemble des directeurs généraux adjoints et des directeurs régionaux de la Gestion des Programmes, a été institué. La mise en place d'un nouveau système comptable a considérablement aidé le Groupe dans sa tâche. Au cours de la période 2006–2007, ce système comptable a permis de gérer des ressources adaptables, dont l'utilisation n'est assortie d'aucune condition, ou pour lesquelles des restrictions ne s'appliquent qu'au niveau des domaines d'activité. La répartition de ces ressources à l'échelle de l'Organisation s'est appuyée sur un dialogue entre les réseaux mondiaux établis dans les différents domaines d'activité, à l'appui de la mise en oeuvre des activités prioritaires prévues au budget programme, le Comité pour le programme régional assurant la supervision d'ensemble du processus à l'échelle du Pacifique occidental.

L'objectif est maintenant d'accroître la part des fonds adaptables dans les exercices à venir, en privilégiant le dialogue avec les bailleurs. Forte du bilan positif tiré de la mise en place d'un nouveau système comptable à l'échelle de l'Organisation, l'OMS a créé un fonds alimenté par les contributions volontaires. Ce fonds, géré de manière transparente et responsable, permet de combler les déficits de financement liés à la mise en oeuvre des activités prioritaires, contribuant ainsi à l'obtention de meilleurs résultats et à l'amélioration des interventions de l'OMS dans la Région.

Le dispositif de suivi et d'évaluation de l'Organisation fait partie intégrante de son cadre de gestion axée sur les résultats. Il a pour rôle de permettre au Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental de continuer à oeuvrer en faveur d'une utilisation plus efficace des financements disponibles et d'une gestion mieux intégrée de toutes les sources de financement. Le Bureau régional pourra ainsi élaborer plus facilement des politiques fondées sur des bases factuelles et s'atteler avec plus d'efficacité à la mise en oeuvre des programmes que l'OMS met en oeuvre dans le Pacifique occidental en collaboration avec ses partenaires.

L'Annexe 4 contient des informations sur les résultats pour les activités nationales et interpays par résultats escomptés pour l'ensemble des 36 domaines d'activité. Ces résultats s'appuient sur le projet de budget programme 2006–2007 tel qu'il a été approuvé par le Comité régional à sa cinquante-sixième session. Le détail des actions menées par l'OMS dans la Région au cours de l'exercice est donné dans les rapports *Activité de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental : 1 juillet 2006–30 juin 2007* and *1 juillet 2007–30 juin 2008*.

Le rapport d'appréciation de l'exécution du budget programme 2006–2007 de l'OMS est disponible sur le site web du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental à l'adresse suivante : http://www.wpro.who.int/internet/files/rcm/rc59/PBPA_0607_fr.pdf.

ANNEXE 1

Modifications intervenues dans le budget ordinaire 2006-2007 en date du 31 décembre 2007

	Modifications intervenues (US\$)	Total (US\$)	N° de colonne dans <u>l'Annexe 2</u>
I. Budget programme ordinaire présenté au Comité régional lors de sa cinquante-sixième session et à la Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé		76 505 000	1
2,4 % du budget retenu par le Directeur général pour imprévus	(1 836 000)		
Participation au coût de la Première session de la Conférence des Parties à la Convention-Cadre OMS sur la lutte antitabac	(358 000)	(2 194 000)	
II. Montant initial des crédits alloués à la Région		74 311 000	
Déblocage de 0,5 % des fonds retenus par le Directeur général	383 000		
Remboursement des fonds non utilisés pour la Première session de la Conférence des Parties à la Convention-Cadre OMS sur la lutte antitabac	54 000	437 000	
III. Montant révisé des crédits alloués à la Région		<u>74 748 000</u>	2

WPR/RC59/3

page 8

Exécution du budget ordinaire et des fonds extrabudgétaires pour l'exercice 2006-2007 au 31 décembre 2007 (Rapport final)

Domaines d'activité	Budget ordinaire ou contributions fixées				Autres sources				2006-2007		2004-2005	Exécution budgétaire (ensemble des fonds)	
	Budget approuvé selon WHA 58.4	Crédits révisés	Dépenses réelles et engagements de dépense	Exécution (en %) des crédits révisés (3)/(2)	Budget programme approuvé	Fonds alloués	Dépenses réelles et engagements de dépense	Pourcentage des fonds alloués exécutés (7)/(6)	Exécution budgétaire (ensemble des fonds) (3)+(7)	Exécution budgétaire par domaine d'activité (ensemble des fonds/en %)	Exécution budgétaire (ensemble des fonds)	Augmentation (diminution) 2006-2007 par rapport à 2004-2005 (9)-(11)	% d'augmentation (diminution) par rapport à 2004-2005 (12)/(11)
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)
01 Interventions sanitaires essentielles													
Santé de l'enfant et de l'adolescent	2 242 000	2 475 000	2 333 889	94.30	7 008 000	2 572 151	1 741 529	67.71	4 075 418	2.31	3 118 570	956 848	30.68
Maladies transmissibles : prévention et lutte	1 095 000	1 188 000	1 304 801	109.83	7 405 000	5 394 488	3 739 668	69.32	5 044 469	2.86	5 970 894	(926 425)	(15.52)
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	450 000	462 000	403 887	87.42	4 762 000	2 243 930	2 038 985	90.87	2 442 872	1.39	2 089 889	352 983	16.89
Alerte et action en cas d'épidémie	5 316 000	4 682 000	4 576 805	97.75	10 684 000	35 680 923	15 320 123	42.94	19 896 928	11.29	13 288 155	6 608 773	49.73
VIH/sida	1 123 000	897 000	886 318	98.81	14 945 000	18 831 960	12 026 097	63.86	12 912 415	7.33	13 900 126	(987 711)	(7.11)
Vaccination et mise au point de vaccins	1 564 000	1 795 000	1 702 993	94.87	12 614 000	20 137 481	15 630 065	77.62	17 333 058	9.84	15 044 271	2 288 787	15.21
Pour une grossesse à moindre risque	2 038 000	1 913 000	1 753 323	91.65	4 082 000	504 240	317 180	62.90	2 070 503	1.18	1 169 539	900 964	77.04
Paludisme	2 402 000	2 272 000	2 794 816	123.01	8 098 000	7 518 481	5 663 563	75.33	8 458 379	4.80	16 069 874	(7 611 495)	(47.36)
Santé mentale et toxicomanies	1 174 000	994 000	994 950	100.10	2 026 000	2 487 386	1 278 451	51.40	2 273 401	1.29	1 646 683	626 718	38.06
Santé génésique	102 000	253 000	168 494	66.60	2 918 000	1 268 241	1 045 557	82.44	1 214 051	0.69	1 623 226	(409 175)	(25.21)
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles	4 611 000	4 012 000	3 883 715	96.80	4 228 000	1 690 593	981 709	58.07	4 865 424	2.76	3 385 396	1 480 028	43.72
Tuberculose	1 731 000	1 392 000	1 531 009	109.99	11 269 000	9 015 663	6 259 374	69.43	7 790 383	4.42	11 180 422	(3 390 039)	(30.32)
Sous- total	23 848 000	22 335 000	22 335 000	100.00	90 039 000	107 345 537	66 042 301	61.52	88 377 301	50.16	88 487 045	(109 744)	(0.12)

Annexe 2

Domaines d'activité	Budget ordinaire ou contributions fixées				Autres sources				2006-2007		2004-2005	Exécution budgétaire (ensemble des fonds)	
	Budget approuvé selon WHA 58.4	Crédits révisés	Dépenses réelles et engagements de dépense	Exécution (en %) des crédits révisés (3)/(2)	Budget programme approuvé	Fonds alloués	Dépenses réelles et engagements de dépense	Pourcentage des fonds alloués exécutés (7)/(6)	Exécution budgétaire (ensemble des fonds) (3)+(7)	Exécution budgétaire par domaine d'activité (ensemble des fonds/ en %)	Exécution budgétaire (ensemble des fonds)	Augmentation (diminution) 2006-2007 par rapport à 2004-2005 (9)-(11)	% d'augmentation (diminution) par rapport à 2004-2005 (12)/(11)
02 Politiques et systèmes de santé et produits y relatifs													
Technologies de la santé essentielles	929 000	1 546 000	1 663 032	107.57	1 439 000	3 076 434	1 401 771	45.56	3 064 803	1.74	2 998 054	66 749	2.23
Médicaments essentiels	1 746 000	1 889 000	1 826 980	96.72	3 254 000	3 738 102	3 067 640	82.06	4 894 620	2.78	3 934 692	959 928	24.40
Financement de la santé et protection sociale	1 392 000	1 715 000	1 687 793	98.41	5 108 000	2 667 386	1 489 158	55.83	3 176 951	1.80	2 560 413	616 538	24.08
Bases factuelles et information sanitaire à l'appui des politiques	1 784 000	1 914 000	2 002 782	104.64	4 816 000	799 826	527 900	66.00	2 530 682	1.44	3 086 413	(555 731)	(18.01)
Politiques relatives au système de santé et prestation des services	5 392 000	5 050 000	4 991 572	98.84	4 865 000	5 256 135	2 825 650	53.76	7 817 222	4.44	5 629 177	2 188 045	38.87
Ressources humaines pour la santé	7 742 000	6 657 000	6 607 616	99.26	3 970 000	3 544 136	1 863 544	52.58	8 471 160	4.81	9 422 761	(951 601)	(10.10)
Elaboration de politiques pour la santé et le développement	0	85 000	76 225	89.68	2 000 000	488 362	246 013	50.38	322 238	0.18	958 660	(636 422)	(66.39)
Sous- total	18 985 000	18 856 000	18 856 000	100.00	25 452 000	19 570 381	11 421 676	58.36	30 277 676	17.19	28 590 170	1 687 506	5.90
03 Déterminants de la santé													
Recherche sur les maladies transmissibles	0	0	0	0.00	300 000	336 000	239 177	71.18	239 177	0.14	100 766	138 411	137.36
Sécurité sanitaire des aliments	837 000	1 073 000	1 077 486	100.42	2 663 000	1 564 097	1 386 723	88.66	2 464 209	1.40	1 593 767	870 442	54.62
Parité des sexes en matière de santé	39 000	15 000	2 399	15.99	961 000	177 876	123 939	69.68	126 338	0.07	89 102	37 236	41.79
Santé et environnement	3 757 000	3 429 400	3 465 887	101.06	6 643 000	1 843 527	1 274 857	69.15	4 740 744	2.69	4 776 178	(35 434)	(0.74)
Promotion de la santé	1 226 000	1 561 600	1 608 088	102.98	3 654 000	1 305 711	943 645	72.27	2 551 733	1.45	2 097 157	454 576	21.68
Nutrition	489 000	462 000	511 006	110.61	1 861 000	520 800	360 221	69.17	871 227	0.49	1 427 283	(556 056)	(38.96)

Domaines d'activité	Budget ordinaire ou contributions fixées				Autres sources				2006-2007		2004-2005	Exécution budgétaire (ensemble des fonds)	
	Budget approuvé selon WHA 58.4	Crédits révisés	Dépenses réelles et engagements de dépense	Exécution (en %) des crédits révisés (3)/(2)	Budget programme approuvé	Fonds alloués	Dépenses réelles et engagements de dépense	Pourcentage des fonds alloués exécutés (7)/(6)	Exécution budgétaire (ensemble des fonds) (3)+(7)	Exécution budgétaire par domaine d'activité (ensemble des fonds/ en %)	Exécution budgétaire (ensemble des fonds)	Augmentation (diminution) 2006-2007 par rapport à 2004-2005 (9)-(11)	% d'augmentation (diminution) par rapport à 2004-2005 (12)/(11)
Tabac	1 957 000	1 481 000	1 353 494	91.39	3 243 000	2 541 931	1 507 022	59.29	2 860 516	1.62	2 206 474	654 042	29.64
Violence, traumatismes et incapacités	434 000	450 000	453 640	100.81	2 274 000	1 488 608	666 901	44.80	1 120 541	0.64	877 444	243 097	27.71
Sous- total	8 739 000	8 472 000	8 472 000	100.00	21 599 000	9 778 550	6 502 485	66.50	14 974 485	8.50	13 168 171	1 806 314	13.72
04 Appui à l'exécution des programmes													
Budget et gestion financière	1 082 000	911 000	892 979	98.02	544 000	830 077	830 077	100.00	1 723 056	0.98	1 419 206	303 850	21.41
Direction	1 719 000	1 687 000	1 680 621	99.62	102 000	76 801	76 801	100.00	1 757 422	1.00	1 772 000	(14 578)	(0.82)
Relations extérieures	1 063 000	772 000	925 658	119.90	714 000	3 982 082	2 046 926	51.40	2 972 584	1.69	3 677 480	(704 896)	(19.17)
Organes directeurs	414 000	406 000	424 660	104.60	25 000	610 244	610 244	100.00	1 034 904	0.59	874 404	160 500	18.36
Ressources humaines pour la santé	733 000	695 000	659 493	94.89	651 000	1 097 855	798 615	72.74	1 458 108	0.83	1 206 971	251 137	20.81
Infrastructure et logistique	4 789 000	4 567 000	4 189 679	91.74	5 493 000	2 507 764	2 507 764	100.00	6 697 443	3.80	6 941 235	(243 792)	(3.51)
Gestion du savoir et technologie de l'information	2 617 000	2 537 000	2 741 482	108.06	3 833 000	3 825 313	3 806 234	99.50	6 547 716	3.71	1 627 882	4 919 834	302.22
Planification, surveillance des résultats et évaluation	944 000	1 793 000	1 853 428	103.37	50 000	29 400	29 400	100.00	1 882 828	1.07	998 502	884 326	88.57
Sous- total	13 361 000	13 368 000	13 368 000	100.00	11 412 000	12 959 536	10 706 061	82.61	24 074 061	13.67	18 517 680	5 556 381	30.01
05 Présence essentielle de l'OMS dans les pays													
Présence essentielle de l'OMS dans les pays	11 478 000	11 625 000	11 625 000	100.00	7 848 000	6 685 680	6 344 362	94.89	17 969 362	10.20	17 379 856	589 506	3.39
Sous- total	11 478 000	11 625 000	11 625 000	100.00	7 848 000	6 685 680	6 344 362	94.89	17 969 362	10.20	17 379 856	589 506	3.39

Annexe 2

Domaines d'activité	Budget ordinaire ou contributions fixées				Autres sources				2006-2007		2004-2005	Exécution budgétaire (ensemble des fonds)	
	Budget approuvé selon WHA 58.4	Crédits révisés	Dépenses réelles et engagements de dépense	Exécution (en %) des crédits révisés (3)/(2)	Budget programme approuvé	Fonds alloués	Dépenses réelles et engagements de dépense	Pourcentage des fonds alloués exécutés (7)/(6)	Exécution budgétaire (ensemble des fonds) (3)+(7)	Exécution budgétaire par domaine d'activité (ensemble des fonds/ en %)	Exécution budgétaire (ensemble des fonds)	Augmentation (diminution) 2006-2007 par rapport à 2004-2005 (9)-(11)	% d'augmentation (diminution) par rapport à 2004-2005 (12)/(11)
06 Autres													
Fonds immobilier	94 000	92 000	92 000	100.00	6 000	408 596	408 596	100.00	500 596	0.28	6 002 530	(5 501 934)	(91.66)
Sous- total	94 000	92 000	92 000	100.00	6 000	408 596	408 596	100.00	500 596	0.28	6 002 530	(5 501 934)	(91.66)
Total	76 505 000	74 748 000	74 748 000	100.00	156 356 000	156 748 280	101 425 481	64.71	176 173 481	100.00	172 145 452	4 028 029	2.34

2006–2007 Exécution du budget ordinaire par type de dépenses au 31 décembre 2007

Pays/Bureaux/Territoires	Budget approuvé	Crédits révisés	Dépenses et % d'exécution du montant révisé des crédits alloués																% total des dépenses par rapport au budget approuvé		
			Dépenses de personnel		Consultants		Bourses et voyages d'études		Fournitures et matériels		Contribution financière directe		Contrats et accords pour exécution de travaux		Autres		Total				
			US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%			
Samoa américaines	123 000	91 895					78 606	85.54					4 503	4.90			8 786	9.56	91 895	100.00	74.71
Brunéi Darussalam	45 000	39 453			13 700	34.72	17 910	45.40	5 822	14.76							2 021	5.12	39 453	100.00	87.67
Cambodge	2 200 000	1 983 591	1 299 755	65.53	35 090	1.77	950	0.05	87 772	4.42	277 737	14.00	274 296	13.83	7 991	0.40	1 983 591	100.00	1 983 591	100.00	90.16
Chine	6 744 000	6 742 481	60 640	0.90	125 715	1.86	1 472 679	21.84	587 129	8.71	1 660 520	24.63	2 420 950	35.91	414 848	6.15	6 742 481	100.00	6 742 481	100.00	99.98
Iles Cook	460 000	395 402			3 574	0.90	238 603	60.34	14 876	3.76	52 047	13.16	84 043	21.26	2 259	0.57	395 402	100.00	395 402	100.00	85.96
Fidji	1 107 000	923 055	41 395	4.48	61 375	6.65	305 858	33.14	158 332	17.15	155 482	16.84	197 868	21.44	2 745	0.30	923 055	100.00	923 055	100.00	83.38
Polynésie française	45 000	45 463							2 912	6.41	10 000	22.00	32 551	71.60			45 463	100.00	45 463	100.00	101.03
Guam	45 000	14 990					14 990	100.00									14 990	100.00	14 990	100.00	33.31
Japon	35 000	8 000					8 000	100.00									8 000	100.00	8 000	100.00	22.86
Kiribati	438 000	394 481	1 666	0.42	21 468	5.44	92 531	23.46	138 946	35.22	69 567	17.64	66 550	16.87	3 753	0.95	394 481	100.00	394 481	100.00	90.06
Corée, République de	45 000	71 209	15 929	22.37					47 576	66.81			7 704	10.82			71 209	100.00	71 209	100.00	158.24
République démocratique populaire lao	1 970 000	2 076 245	886 418	42.69	27 715	1.33	130 885	6.30	323 638	15.59	402 119	19.37	269 903	13.00	35 566	1.71	2 076 244	100.00	2 076 244	100.00	105.39
Macao (Chine)	45 000	8 515					8 515	100.00									8 515	100.00	8 515	100.00	18.92
Malaisie	950 000	779 172	5 808	0.75	100 628	12.91	193 115	24.78			122 524	15.72	348 355	44.71	8 742	1.12	779 172	100.00	779 172	100.00	82.02
Iles Marshall	320 000	281 561					175 829	62.45	38 532	13.69	48 000	17.05	19 200	6.82			281 561	100.00	281 561	100.00	87.99
Micronésie, Etats fédérés de	545 000	351 352	2 832	0.81	37 841	10.77	116 344	33.11	105 335	29.98	74 500	21.20	14 500	4.13			351 352	100.00	351 352	100.00	64.47
Mongolie	2 190 000	2 566 847	436 767	17.02	76 200	2.97	345 810	13.47	656 135	25.56	508 720	19.82	489 161	19.06	54 054	2.11	2 566 847	100.00	2 566 847	100.00	117.21
Nauru	107 000	98 179					6 658	6.78	57 784	58.86	13 836	14.09	19 900	20.27			98 178	100.00	98 178	100.00	91.76
Nouvelle-Calédonie	45 000	47 053							47 053	100.00							47 053	100.00	47 053	100.00	104.56
Nouvelle-Zélande	36 000	0															0	0.00	0	0.00	0.00
Nioué	109 000	66 020					39 879	60.40	7 030	10.65	2 093	3.17	10 022	15.18	6 996	10.60	66 020	100.00	66 020	100.00	60.57
Iles Mariannes du Nord, Commonwealth des	45 000	45 27			10 11	22.3			9 59	21.19	3 30	7.29	7 300	16.12	14 96	33.06	45 273	100.00	45 273	100.00	100.61

Annexe 3

Pays/Bureaux/Territoires	Budget approuvé	Crédits révisés	Dépenses et % d'exécution du montant révisé des crédits alloués																% total des dépenses par rapport au budget approuvé
			Dépenses de personnel		Consultants		Bourses et voyages d'études		Fournitures et matériels		Contribution financière directe		Contrats et accords pour exécution de travaux		Autres		Total		
			US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	
	0	3			5	4			2		0				6				
Palaos	129 000	97 769					82 769	84.66					15 000	15.34			97 769	100.00	75.79
Papouasie-Nouvelle-Guinée	2 580 000	2 709 577	1 648 413	60.84	64 433	2.38	25 036	0.92	413 191	15.25	380 125	14.03	154 799	5.71	23 580	0.87	2 709 577	100.00	105.02
Philippines	1 798 000	2 111 330	470 908	22.30	26 258	1.24	89 399	4.23	193 522	9.17	232 704	11.02	1 060 492	50.23	38 047	1.80	2 111 330	100.00	117.43
Samoa	1 148 000	835 903	60 784	7.27	9 743	1.17	338 393	40.48	116 293	13.91	137 209	16.41	112 888	13.50	60 593	7.25	835 903	100.00	72.81
Singapour	45 000	32 925					32 925	100.00									32 925	100.00	73.17
Iles Salomon	1 420 000	1 120 556	342 556	30.57			431 726	38.53	128 466	11.46	143 215	12.78	41 741	3.73	32 851	2.93	1 120 555	100.00	78.91
Tokélaou	107 000	102 511					33 164	32.35	9 589	9.35	19 770	19.29	23 865	23.28	16 123	15.73	102 511	100.00	95.80
Tonga	877 000	784 471	473	0.06	91 363	11.65	212 967	27.15	111 479	14.21	196 000	24.98	145 283	18.52	26 907	3.43	784 472	100.00	89.45
Tuvalu	135 000	112 691					55 988	49.68	33 606	29.82	16 000	14.20	7 097	6.30			112 691	100.00	83.47
Vanuatu	1 079 000	1 016 019	644 716	63.46	67 549	6.65	90 388	8.90	12 428	1.22	175 612	17.28	25 326	2.49			1 016 019	100.00	94.16
Viet Nam	4 440 000	4 806 030	1 060 325	22.06	198 980	4.14	285 335	5.94	729 735	15.18	981 646	20.43	1 475 439	30.70	74 572	1.55	4 806 032	100.00	108.24
Sous-total	31 407 000	30 760 019	6 979 385	22.69	971 747	3.16	4 925 252	16.01	4 036 773	13.12	5 687 229	18.49	7 324 233	23.81	835 400	2.72	30 760 019	100.00	97.94
Bureau OMS Pays	11 338 000	11 523 006	11 104 200	96.37	22 249	0.19			394 530	3.42			1 533	0.01	494	0.00	11 523 006	100.00	101.63
Sous-total Pays	42 745 000	42 283 025	18 083 585	42.77	993 996	2.35	4 925 252	11.65	4 431 303	10.48	5 687 229	13.45	7 325 766	17.33	835 894	1.98	42 283 025	100.00	98.92
Bureau régional/Interpays	33 760 000	32 464 975	28 293 225	87.15	241 359	0.74	3 737	0.01	1 671 563	5.15	81 792	0.25	1 173 710	3.62	999 589	3.08	32 464 975	100.00	96.16
Total	76 505 000	74 748 000	46 376 810	62.04	1 235 355	1.65	4 928 989	6.59	6 102 866	8.16	5 769 021	7.72	8 499 476	11.37	1 835 483	2.46	74 748 000	100.00	97.70

2006–2007 Exécution des fonds provenant d'autres sources par type de dépenses au 31 décembre 2007

Pays/Bureau/Territoires	Allotted funds 2006-2007	Dépenses de personnel		Consultants		Bourses et voyages d'études		Fournitures et matériels		Contribution financière directe		Contrats et accords pour exécution de travaux		Autres		Total	
		US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%	US\$	%
Cambodge	11 491 706	2 396 847	20.86	31 228	0.27	45 479	0.40	600 062	5.22	3 109 012	27.05	1 024 085	8.91	38 296	0.33	7 245 009	63.04
Chine	15 566 183	4 740 939	30.46	252 414	1.62	64 831	0.42	360 929	2.32	2 841 348	18.25	2 634 858	16.93	176 312	1.13	11 071 631	71.13
Fidji	60 387							387	0.64			60 000	99.36			60 387	100.00
Corée, République de	334 285	322 856	96.58					183	0.05							323 039	96.63
République démocratique populaire lao	3 813 109	848 562	22.25	40 920	1.07	50	0.00	505 998	13.27	360 923	9.47	210 783	5.53	2 719	0.07	1 969 955	51.66
Mongolie	986 351	12 286	1.25					195 859	19.86	34 735	3.52	48 118	4.88			290 998	29.51
Nauru	10 240																0.00
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5 336 212	1 847 560	34.62	47 690	0.89	25 705	0.48	356 922	6.69	308 133	5.77	290 817	5.45	37 984	0.71	2 914 811	54.61
Philippines	2 291 283	317 595	13.86	(451)	(0.02)			641 042	27.98	12 760	0.56	445 837	19.46	831	0.04	1 417 614	61.88
Iles Salomon	255 425	12 618	4.94					14 019	5.49	12 088	4.73	49 317	19.31			88 042	34.47
Vanuatu	50 267			21 513	42.80			(3 961)	(7.88)	5 800	11.54	1 245	2.48			24 597	48.94
Viet Nam	13 533 914	2 497 158	18.45	134 585	0.99	16 391	0.12	1 562 897	11.55	725 375	5.36	1 257 875	9.29	145 159	1.07	6 339 440	46.83
Sous-total	53 729 362	12 996 421	24.19	527 899	0.98	152 456	0.28	4 234 337	7.88	7 410 174	13.79	6 022 935	11.21	401 301	0.75	31 745 523	59.08
Bureau OMS Pays	7 487 063	3 120 573	41.68					4 077 356	54.46	38 758	0.52	195 671	2.61	54 705	0.73	7 487 063	100.00
Sous-total Pays	61 216 425	16 116 994	26.33	527 899	0.86	152 456	0.25	8 311 693	13.58	7 448 932	12.17	6 218 606	10.16	456 006	0.74	39 232 586	64.09
Régional & Interpays	95 531 855	24 918 592	26.08	3 631 655	3.80	540 327	0.57	9 130 855	9.56	7 487 070	7.84	10 479 235	10.97	6 005 160	6.29	62 192 894	65.09
Total Pays/Bureau régional/Interpays	156 748 280	41 035 586	26.18	4 159 554	2.65	692 783	0.44	17 442 549	11.13	14 936 002	9.53	16 697 841	10.65	6 461 166	4.12	101 425 481	64.71

RESULTATS DES PROGRAMMES (1 janvier 2006–31 décembre 2007)

1. Vaccination et mise au point de vaccins

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Soutien à la recherche, à la constitution de partenariats et renforcement des capacités de recherche et développement pour favoriser la mise au point de vaccins contre les maladies infectieuses.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un soutien a été apporté à huit pays (Cambodge, Chine, Iles Salomon, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République démocratique populaire lao et Viet Nam) en vue de la surveillance sentinelle de la méningite bactérienne et de l'encéphalite. Les données recueillies viendront étayer les processus de prise de décisions informées en rapport avec le vaccin anti-Haemophilus influenzae B, les vaccins pneumococciques et les vaccins contre l'encéphalite japonaise. • Deux pays (Iles Fidji et Tonga) ont bénéficié d'un appui en vue de l'évaluation de la charge de morbidité due aux infections à papillomavirus humain. • La surveillance sentinelle des rotavirus se poursuit dans six pays à faible revenu bénéficiaires du Programme for Appropriate Technologies in Health (PATH) et de l'appui des Centres américains de lutte contre la maladie (CDC).
<p>2. Appui au renforcement des capacités des Etats et Territoires à appliquer les politiques et à faire en sorte que les programmes de vaccination utilisent des vaccins de qualité vérifiée et appliquent des pratiques d'injection sans danger.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de vaccins de qualité avérée a nettement progressé en Chine et au Viet Nam. L'OMS a apporté une assistance technique à ces deux pays afin de renforcer les organismes nationaux de régulation ainsi que la surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables.
<p>3. Appui au renforcement des capacités des Etats et Territoires pour garantir la sécurité de l'approvisionnement en vaccins et accroître la viabilité financière</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La part du coût total des vaccins essentiels financée sur les budgets publics a augmenté dans les sept pays pouvant se prévaloir de l'aide de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI), comme en témoignent leurs plans de stabilité financière. Les Philippines, la

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
des programmes nationaux de vaccination.	Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Viet Nam financent l'intégralité de leurs approvisionnements en vaccins essentiels, y compris celui contre l'hépatite B. Le Cambodge et la Mongolie ont alloué des crédits supplémentaires à l'achat de vaccins essentiels. Le gouvernement de la République démocratique populaire lao a pour la première fois affecté des fonds à l'achat de ces vaccins. Indépendamment des progrès enregistrés dans les pays bénéficiant de l'assistance de la GAVI, la Chine a voté des textes en vue de la fourniture gratuite de tous les vaccins du Programme élargi de vaccination (PEV). Les Philippines ont assumé en totalité l'achat de vaccins contre l'hépatite B jusqu'en 2010, et contribuent désormais aux dépenses liées à l'ensemble des vaccins du PEV. Plusieurs pays (Cambodge, Mongolie et République démocratique populaire lao) ont été contraints de mobiliser des ressources intérieures en vue de l'achat des vaccins du PEV suite à l'arrêt de leur financement par les bailleurs de fonds. L'effort de promotion accru mené à l'échelon régional et la définition d'un objectif régional de lutte contre l'hépatite B ont conduit à une augmentation des engagements publics en Chine, aux Philippines et au Viet Nam.
4. Appui au renforcement de la capacité des pays pour assurer un suivi efficace des systèmes de vaccination et évaluer la charge de morbidité liée aux maladies évitables par la vaccination.	<ul style="list-style-type: none">• Le Bureau régional du Pacifique occidental a intensifié son appui aux Etats Membres afin de consolider leur capacité de surveillance des programmes de vaccination. Une assistance technique a été apportée à l'ensemble de la Région pour l'organisation de vaccinations supplémentaires. Une attention particulière a été accordée aux pays « silencieux » qui n'ont pas encore été en mesure d'instaurer un système complet de rapport sur la surveillance à l'échelon des districts.

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>5. Appui aux Etats et Territoires pour optimiser l'accès aux vaccins nouveaux ou sous-utilisés et pour accélérer les efforts de lutte contre la maladie, contribuant efficacement à renforcer les capacités depuis le niveau des districts.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les pays ciblés disposent de systèmes et de politiques prévoyant l'administration de la première dose du vaccin contre l'hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance, au moins pour les naissances en milieu hospitalier. Selon les estimations, la couverture vaccinale du DCT3 est ≥ 80 % dans 75 % des pays. S'agissant de l'élimination du tétanos maternel et néonatal, le Cambodge s'est fixé comme objectif la fin de 2008 ; les Philippines, la Chine et la République démocratique populaire lao l'année 2010; et la Papouasie-Nouvelle-Guinée n'a pas encore fixé de date. Des tournées de vaccination supplémentaires basées sur le toxoïde tétanique ont été organisées en 2007 dans cinq districts à haut risque du Cambodge.
<p>6. Appui aux Etats et Territoires pour conserver le statut de pays exempt de poliomyélite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Région du Pacifique occidental conserve son statut de région exempte de poliomyélite. • Les résultats en matière de surveillance et de couverture vaccinale se sont maintenus au niveau de la certification, et la situation a été évaluée annuellement par le Comité régional de certification. Des informations détaillées ont été fournies en retour aux comités nationaux de certification et aux programmes nationaux du PEV. • Dans plusieurs pays de la région, les systèmes de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) ont été élargis à d'autres activités de surveillance relevant du PEV, notamment la lutte contre la rougeole et l'élimination du tétanos néonatal. Les systèmes de surveillance des activités du PEV sont désormais administrés par les hôpitaux dans les Etats et Territoires insulaires du Pacifique, aux Philippines et en Papouasie-Nouvelle-Guinée.

Annexe 4

2. Maladies transmissibles : prévention et lutte

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Collaboration et coopération régionale ou birégionale en vue d'encourager l'élaboration de politiques et le renforcement des capacités afin de durcir la lutte contre les maladies parasitaires et les stratégies de prévention durable dans le cadre de programmes visant à modifier les comportements, conformément aux programmes nationaux..</p>	<ul style="list-style-type: none">• La préparation du plan stratégique régional de lutte contre la dengue a très nettement progressé du fait de l'adoption d'un cadre logique. Les mesures de suivi convenues par les directeurs des programmes de lutte contre la dengue, qui se sont réunis en septembre 2007, se déroulent conformément au calendrier prévu. Il en va de même en ce qui concerne l'élaboration du plan stratégique régional pour la recherche sur les maladies transmissibles. Ces deux plans serviront à la préparation des plans nationaux pour les activités de plaidoyer et de mobilisation de ressources.• Le premier avant-projet du plan de prise en charge intégrée des maladies à transmission vectorielle a été achevé. La prise en charge intégrée de ces maladies est déjà inscrite au plan stratégique de lutte contre la dengue.• Dix-huit pays (Brunéi Darussalam, Cambodge, Kiribati, Iles Cook, Iles Fidji, Malaisie, Nioué, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Polynésie française, République démocratique populaire lao, Samoa, Samoa américaines, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Viet Nam et Wallis et Futuna) disposent désormais de programmes opérationnels visant l'élimination de la filariose lymphatique.• Six pays (Cambodge, Kiribati, Philippines, République démocratique populaire lao, Vanuatu et Viet Nam) ont adopté des programmes de vermifugeage.• Le Viet Nam a atteint un taux de couverture de 80 % de la population à risque à chaque série de traitement médicamenteux de masse (MDA).

<p>2. Amélioration et pérennisation de la coordination des activités de lutte contre les maladies parasitaires.</p>	<ul style="list-style-type: none">• L'Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique a tenu sa quatrième réunion aux Iles Fidji, en mars 2006. Tous les pays de la Région du Pacifique occidental où la filariose lymphatique est endémique (pays du Programme Mékong-Plus et du réseau PacELF) y ont participé.• Le septième atelier du Réseau régional de lutte contre la schistosomiase orientale a été organisé en septembre 2007.
<p>3. Appui octroyé à la prise en charge des cas, à la diffusion de lignes directrices en matière de dengue, à la formation, à la surveillance épidémiologique ainsi qu'à la préparation et à la riposte face aux flambées épidémiques.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Le plan stratégique Asie-Pacifique de lutte contre la dengue (2008-2015) porte sur la prise en charge, la lutte antivectorielle, la formation, la surveillance épidémiologique, la mobilisation sociale, la préparation et la riposte aux flambées épidémiques, et offre des orientations claires en la matière.• Le plan stratégique pour la recherche sur les maladies transmissibles, dont les maladies tropicales négligées, fournit un cadre aux activités de recherche coordonnées par l'OMS, tout en proposant de nouvelles stratégies qui visent à combler les lacunes des programmes et reposent sur des démarches intersectorielles intégrées de lutte et d'élimination des maladies transmissibles.
<p>4. Promotion auprès de toutes les parties prenantes des vertus du vermifugeage en matière de santé publique ; appui à la formation d'un groupe d'experts chargé d'enrichir et d'étendre les connaissances en matière de lutte contre l'helminthiase d'origine tellurique.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Le Cambodge, Kiribati, la République démocratique populaire lao et Vanuatu ont atteint l'objectif mondial fixé par l'OMS en matière de vermifugeage.

Annexe 4

<p>5. Coordination appuyée des programmes de lutte contre la schistosomiase au travers du Réseau régional de recherche, de surveillance et de lutte contre la schistosomiase orientale ou d'autres réseaux, et adaptation des plans nationaux au profil épidémiologique de la maladie.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Des cours de formation sur les méthodes, l'analyse des données de surveillance et les enquêtes épidémiologiques sur la prévention et la lutte contre la schistosomiase ont été dispensés à 40 épidémiologistes des districts de la province Jiangxi.• Des cours de formation sur l'administration, la coordination et la gestion technique et des activités de prévention et de lutte contre la schistosomiase ont été organisés au profit de 20 fonctionnaires de haut niveau.
<p>6. Recueil de données épidémiologiques suffisantes pour analyser la répartition géographique et déterminer les caractéristiques des groupes exposés aux trématodoses d'origine alimentaire ; validation des méthodes de diagnostic ; évaluation de l'efficacité des médicaments actuels et conduite de recherches comportementales approfondies.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Avec l'appui de l'OMS, trois pays (Cambodge, République démocratique populaire lao et Viet Nam) ont actualisé leurs programmes nationaux de prévention et de lutte contre les grandes trématodoses d'origine alimentaire.
<p>7. Appui à la recherche opérationnelle pour étoffer les données disponibles, pour modifier, valider ou améliorer les stratégies actuelles et répondre aux besoins locaux en matière de programmes de lutte contre les maladies à transmission vectorielle.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Des interventions visant diverses maladies — filariose lymphatique, helminthiase transmise par le sol et autres — ont été menées aux Philippines, au Cambodge et au Viet Nam ; elles portaient sur la filariose lymphatique, l'helminthiase transmise par le sol et la supplémentation en vitamine A.

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
8. Elimination de la lèpre ou maintien des services de traitement à l'échelon national dans les Etats et Territoires.	<ul style="list-style-type: none">• En 2007, le Bureau régional du Pacifique occidental a apporté son soutien aux activités organisées à Manille en rapport avec le lancement de l'appel mondial pour l'élimination de l'opprobre lié à la lèpre. L'appel mondial a été signé par la Fondation Sasakawa ainsi que par des victimes de la lèpre dans le monde entier.• Après avoir été longuement retardé, l'atelier sur le maintien des services de traitement de la lèpre s'est tenu en avril 2007 avec la participation de 13 Etats et Territoires océaniques (Commonwealth des Iles Marianne du Nord, Etats fédérés de Micronésie, Iles Fidji, Iles Marshall, Iles Salomon, Kiribati, Nauru, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Polynésie française, Samoa, Samoa américaines et Vanuatu).• La filariose lymphatique a cessé d'être un problème de santé publique en Chine où elle a été éliminée. La République de Corée s'est inscrite en vue du processus de vérification de l'élimination de la filariose lymphatique par l'OMS.
9. Soutien octroyé aux Etats et Territoires qui ont éliminé la lèpre afin qu'ils mettent en oeuvre la Stratégie post-élimination de pérennisation des services de lutte contre la lèpre.	<ul style="list-style-type: none">• Les Iles Marshall et les Etats fédérés de Micronésie ont reçu un appui pour l'organisation d'activités visant à éliminer la lèpre, notamment le dépistage dans les poches à forte endémie; la formation; l'élaboration de supports d'information, d'éducation et de communication; et le renforcement des compétences sur les aspects techniques et la gestion.• Des ateliers ayant trait à la mise en oeuvre de la stratégie régionale de lutte contre la lèpre ont été organisés dans quatre pays où subsistent d'importantes poches d'endémie de la lèpre, à savoir le Cambodge, la Chine, les Philippines et le Viet Nam. Des ateliers de suivi ont été organisés dans ces pays à l'échelon infranational.

Annexe 4

3. Alerte et action en cas d'épidémie

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Soutien en matière de politique et appui technique apportés aux Etats Membres pour le renforcement des systèmes nationaux de surveillance et de riposte concernant les maladies transmissibles, notamment les systèmes d'alerte précoce, conformément aux principales capacités requises telles que définies par le Règlement sanitaire international en matière de surveillance et de riposte (2005).</p>	<ul style="list-style-type: none">• Des évaluations réalisées à l'échelon national ont mis en évidence des variations spécifiques dans la capacité de certains pays à respecter les dispositions minimales du Règlement sanitaire international (RSI 2005). Un soutien permanent a été apporté aux pays pour l'essai et la validation de leurs plans de préparation en cas de pandémie de grippe, le développement et le renforcement des capacités de lutte contre d'éventuelles flambées de grippe aviaire, la préparation à l'instauration rapide de mesures de confinement en cas de pandémie de grippe et l'amélioration de la riposte aux pandémies.
<p>2. Capacités améliorées en matière d'alerte et d'action en cas de flambées et de coordination de la riposte aux situations d'urgence de santé publique de portée internationale, aux niveaux régional et national.</p>	<ul style="list-style-type: none">• A la fin d'octobre 2007, on comptait dans la Région 134 cas officiellement confirmés d'infection par le virus H5N1 de la grippe aviaire, dont 71 ont été mortels.• Les activités portent sur l'évaluation des systèmes, la cartographie et l'analyse des lacunes afin de mettre en place des systèmes de communication faisables, viables et réalistes permettant de renforcer les capacités de communication concernant les principaux risques, et de répondre aux besoins urgents résultant de toute menace liée au virus H5N1.
<p>3. Moyens de laboratoire renforcés pour les maladies émergentes, les épidémies connues et d'autres situations d'urgence de santé publique.</p>	<ul style="list-style-type: none">• La plupart des pays touchés par des flambées de grippe aviaire, dont la Chine, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam, ont reçu un soutien pour la réalisation de tests diagnostic en laboratoire, la fourniture de réactifs et le transport des échantillons jusqu'aux laboratoires de référence de l'OMS pour la confirmation des infections dues au virus H5N1.

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
4. Programme national de prévention et de lutte contre les infections renforcé, de même que la capacité de surveillance de la résistance aux antimicrobiens.	<ul style="list-style-type: none">• L’OMS a travaillé en étroite collaboration avec le Fonds des Nations Unies pour l’enfance et l’Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture (FAO) en vue de l’organisation d’ateliers sur les techniques de communication favorisant des changements de comportement. La formation à la lutte anti-infectieuse a été menée à terme. De nouvelles stratégies sont intégrées aux lignes directrices sur la lutte anti-infectieuse.• Les ministères de la santé ont distribué des supports d’information, d’éducation et de communication à l’occasion de flambées présumées et/ou confirmées de flambées infectieuses chez les volailles et pendant les festivals nationaux.
5. Programmes de surveillance de la grippe et de lutte contre cette maladie et préparation aux pandémies renforcés, aux niveaux national et régional.	<ul style="list-style-type: none">• La première partie du Plan de préparation à la survenue d’une pandémie de grippe (activités de prévention et de lutte de la phase 3) a été parachevée et approuvée.• Un exercice de confinement rapide appelé « Panstop 2007 » a été organisé dans le but d’évaluer le processus de prise de décisions, les communications et les aspects logistiques nécessaires à l’instauration rapide de mesures de confinement.• L’exercice « Panstop II » avait pour objet d’évaluer l’efficacité du protocole national de la République démocratique populaire lao pour la mise en place rapide de mesures de confinement, et d’identifier les points forts et les possibilités d’amélioration des capacités de planification et d’intervention.

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
6. Capacités nationales et régionales renforcées et action coordonnée pour la prévention et la lutte contre les zoonoses d'un bout à l'autre de la chaîne de production alimentaire.	<ul style="list-style-type: none">Au moins six pays de la Région (Cambodge, Iles Fidji, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Tuvalu et Viet Nam) ont évalué leurs capacités en se fondant sur la liste de vérification pour la collecte des données de référence de la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes en Asie et dans le Pacifique (SMEAP). Parallèlement, le Viet Nam a renforcé son mécanisme de collaboration intersectorielle sur les zoonoses et constitué un comité national pour la préparation et la lutte contre une éventuelle pandémie de grippe.

4. Paludisme

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
1. Soutien apporté à l'amélioration de la gestion des programmes de lutte antipaludique, afin de garantir une utilisation plus efficace des ressources et de meilleurs résultats.	<ul style="list-style-type: none">Le personnel de l'OMS en poste au Bureau régional pour le Pacifique occidental et dans huit pays où le paludisme est endémique (Cambodge, Chine, Iles Salomon, Philippines, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique populaire lao, Vanuatu et Viet Nam) ont continué de fournir leur appui technique afin d'améliorer les capacités des programmes nationaux. Le Réseau asiatique de collaboration pour la formation à la lutte antipaludéenne (ACTMalaria) a constitué un vaste réseau régional de formation spécialement destiné aux cadres moyens. Il a également engagé des activités d'assurance de la qualité en matière de microscopie. Enfin, ACTMalaria maintient son centre de ressources sur le paludisme, un outil de partage de l'information par internet.

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
2. Soutien apporté au diagnostic précoce et au traitement du paludisme dans tous les pays d'endémie palustre.	<ul style="list-style-type: none">• L'accès au diagnostic et au traitement antipaludéen a nettement progressé chez les populations à risque, en grande partie grâce à l'augmentation des ressources affectées à la prise en charge des patients par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) et d'autres donateurs comme l'Agence des Etats-Unis d'Amérique pour le développement international (USAID). La qualité des traitements demeure problématique, en particulier dans le secteur privé non réglementé. Les activités conduites par la Région ont largement contribué à améliorer la qualité des diagnostics par microscopie et des tests de diagnostic rapide du paludisme.
3. Programme national renforcé, afin qu'il permette de mener une lutte antipaludique adéquate parmi les populations pauvres et marginalisées à haut risque de paludisme.	<ul style="list-style-type: none">• Grâce à l'importante aide financière du FMSTP, les pays où le paludisme est prévalent ont pu intensifier la lutte antivectorielle dans les zones abritant des populations à risque, principalement au moyen de moustiquaires imprégnées d'insecticides à effet rémanent. Le défi consiste encore à améliorer l'accès aux mesures de prévention pour les populations mal desservies et/ou négligées, que ce soit en raison de leur isolement, de leur mobilité ou de leur origine ethnique. Des stratégies adaptées devront être mises au point pour atteindre les populations mobiles. Les pulvérisations d'insecticides à effet rémanent sont de plus en plus souvent utilisées dans les habitations pour intensifier la lutte antipaludéenne.• Le paludisme chez les femmes enceintes reste une question hautement prioritaire, notamment dans le Pacifique. Il convient d'élaborer une stratégie nationale en la matière pour les Etats et Territoires insulaires océaniques.

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>4. Surveillance du paludisme et préparation et riposte en cas d'épidémie renforcées dans l'ensemble des pays d'endémie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La surveillance du paludisme d'après les indicateurs de Kunming est désormais en place. Certains indicateurs, notamment « probabilité de paludisme », sont toutefois inadéquats. Une révision sera effectuée en 2008 d'après la série révisée d'indicateurs du Fonds mondial. • Le suivi et l'évaluation des programmes de lutte antipaludéenne présentent des insuffisances chroniques, que ce soit au regard du suivi régulier ou de la conduite d'enquêtes basées sur les indicateurs. Le Cambodge et la République démocratique populaire lao ont réalisé des enquêtes exemplaires. Le renforcement du suivi et de l'évaluation figure en bonne place dans le programme de l'exercice biennal 2008-2009. Les activités engagées à cette fin seront menées aux côtés de partenaires compétents tels que le Malaria Consortium et le Programme MEASURE de l'USAID (suivi et évaluation pour l'évaluation et l'utilisation des résultats) et s'appuieront sur l'expérience acquise dans la Région.

5. Tuberculose

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Les pays ayant une charge de morbidité tuberculeuse élevée reçoivent les moyens d'atteindre ou de maintenir un taux de dépistage et un taux de succès thérapeutique au moins égaux aux cibles régionales et d'assurer une mise en oeuvre de haute qualité de la stratégie DOTS dans tous les domaines.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats obtenus dans la Région du Pacifique occidental restent supérieurs aux cibles mondiales de la lutte antituberculeuse, à savoir un taux de dépistage de 70 % des cas estimés et de traitement efficace de 85 % de ces cas. C'est la seule région à avoir atteint ces cibles. • Quatre des sept pays de la Région ayant une forte charge de morbidité tuberculeuse conservent des taux de dépistage et de traitement efficace supérieurs aux cibles mondiales. • Tous les pays ayant une forte prévalence de tuberculose ont pris des mesures pour améliorer la gestion de

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>l’approvisionnement en médicaments. Des évaluations de la qualité ont été réalisées en 2006-2007 dans environ 71 % des 6 100 centres de diagnostic de la tuberculose par microscopie que compte la Région.</p>
<p>2. Les pays reçoivent les moyens d’introduire et de mettre en oeuvre la stratégie de lutte antituberculeuse de l’OMS pour 2006-2010 au niveau national, y compris la mise en place ou l’intensification de leur riposte aux problèmes spéciaux de la co-infection tuberculose-VIH, de la tuberculose polypharmaco-résistante, du partenariat public-privé pour la mise en oeuvre de la stratégie DOTS, ainsi qu’aux problèmes connexes relatifs aux systèmes de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tous les pays présentant une forte charge de morbidité tuberculeuse appliquent leurs plans nationaux de lutte antituberculeuse pour la période 2006–2010, conformément au Plan stratégique Halte à la tuberculose dans le Pacifique occidental 2006-2010 approuvé par le Comité régional en 2006. • Les pays touchés par la TB multipharmacorésistante (TB/MDR) ont pris des mesures en vue de la prise en charge planifiée de cette maladie; cependant, plusieurs pays doivent encore intensifier leurs efforts à cet égard. • L’intervention conjuguée des secteurs public et privé en vue des traitements et des activités de lutte antituberculeuse a progressé dans au moins deux pays ; elle a été instaurée ou testée dans le cadre d’activités pilotes dans trois autres pays au moins. • Avec le concours de l’OMS, 370 millions de dollars ont été mobilisés auprès du FMSTP et d’autres bailleurs de fonds en vue des activités de lutte dans les pays ayant une forte morbidité tuberculeuse ainsi que dans les Etats et Territoires insulaires océaniens. Plus de 50 % des fonds ont été décaissés au cours du dernier exercice biennal.

Annexe 4

6. VIH/sida et IST

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Soutien apporté aux Etats et Territoires en matière de plaidoyer et pour la révision, l'adaptation et l'élaboration de politiques, de stratégies et de plans nationaux destinés à fournir des programmes de prévention et de soins du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles relatifs à la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida.</p>	<ul style="list-style-type: none">• De nombreuses normes et directives de niveau régional et national concernant la prévention du VIH et des IST, la prise en charge, le traitement et le soutien des victimes ont été élaborées, adaptées et/ou révisées. Des activités de plaidoyer devront encore être engagées auprès des ministères de la santé pour s'assurer de leur application en fonction des circonstances propres aux pays. En particulier, un plan stratégique régional de lutte contre les IST a été élaboré et longuement discuté à l'occasion d'une réunion tenue en Malaisie. Ceci a permis à 13 Etats et Territoires (Cambodge, Etats fédérés de Micronésie, Iles Fidji, Iles Salomon, Kiribati, Malaisie, Philippines, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique populaire lao, Samoa, Tokélaou, Tonga et Vanuatu) d'adopter des plans d'action en vue de la prévention et de la lutte contre les IST.
<p>2. Conseils normatifs et appui technique fournis à tous les Etats et Territoires qui ont besoin de mettre en oeuvre et de renforcer les stratégies de prévention et de soins du VIH/sida, en matière, notamment, d'accès aux antirétroviraux et d'approche stratégique destinée aux populations vulnérables, en particulier les consommateurs de drogue par injection, les professionnels du sexe et leurs clients.</p>	<ul style="list-style-type: none">• D'importants progrès ont été enregistrés dans la prévention du VIH, les soins, les traitements et le soutien aux victimes ainsi que dans le renforcement des capacités des agents nationaux. Le Cambodge, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam se sont dotés de plans nationaux pour la réduction des méfaits. Le programme « le préservatif tout le temps » a été lancé dans quatre districts de Beijing, dans deux villes de Mongolie intérieure, dans 11 provinces de la République démocratique populaire lao et dans 10 districts de la ville d'Oulan-Bator. A la fin de l'année 2007, le Cambodge était parvenu à couvrir 87 % des victimes du VIH nécessitant un traitement par antirétroviraux. La collaboration avec les partenaires et les bailleurs de fonds doit être poursuivie

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>pour conserver l'élan et l'efficacité des programmes de prévention et de soins. Les programmes relatifs au VIH et aux IST doivent encore renforcer leurs liens avec les autres services de santé publique. A mesure que les traitements par antirétroviraux se développent, il conviendra de mettre en place et de consolider un système de suivi, d'appui et d'amélioration des prestations et de la qualité des services de soins et de traitement.</p>
<p>3. Appui technique fourni à tous les Etats et Territoires ayant besoin de renforcer leur système de surveillance du VIH pour améliorer leurs interventions de planification, de contrôle et d'évaluation, notamment la surveillance spécifique de la résistance aux ARV dans les pays sélectionnés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quinze pays (Cambodge, Chine, Iles Fidji, Iles Salomon, Kiribati, Malaisie, Mongolie, Philippines, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique populaire lao, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et Viet Nam) ont mis en place des systèmes adéquats de surveillance du VIH. Au Cambodge, des systèmes de gestion des données et de suivi des patients ont été mis au point. Les principales avancées portent sur le renforcement des capacités du personnel au moyen de réunions et d'actions régionales de formation et d'un soutien technique durant les réunions de consensus. Quatre pays (Cambodge, Chine, Papouasie-Nouvelle-Guinée et Viet Nam) ont préparé leurs plans nationaux de prévention et d'évaluation de la résistance aux médicaments anti-VIH pour 2008. Étant donné que les pays doivent présenter des rapports au titre des divers indicateurs, les systèmes de notification utilisés par les différentes organisations concernées devront être harmonisés.

Annexe 4

7. Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
1. Les économies en transition de la Région du Pacifique occidental mettent en place des programmes intégrés pour prévenir et combattre les MNT.	<ul style="list-style-type: none">• Trois études ont été publiées : 1) <i>Integrating poverty and gender into health programmes: a sourcebook for health professionals: module on noncommunicable diseases</i> ; 2) <i>Noncommunicable disease and poverty: the need for pro-poor strategies in the Western Pacific Region</i> ; et 3) <i>Plan d'action concernant la Déclaration du Pacifique occidental sur le diabète (2006–2010)</i> (version abrégée).• Un examen de l'approche STEPwise sur les interventions et les données de surveillance des MNT dans les Etats et Territoires océaniques a été entrepris en juillet 2007 pour déterminer la situation des enquêtes STEPS dans le Pacifique, et mettre en évidence les programmes, les politiques et les campagnes qui ont donné de bons résultats ou semblent inciter les pouvoirs publics et les chefs communautaires à prendre des mesures de lutte contre les MNT.
2. Une base de données régionale viable sur les MNT est opérationnelle.	<ul style="list-style-type: none">• De nombreux Etats et Territoires dans le Pacifique et certains autres en Asie ont entrepris des enquêtes STEPS, et ont recueilli, analysé et publié des données sur la charge des MNT en vue de leurs activités de promotion et de leurs interventions dirigées contre ces maladies. La collaboration avec l'Université de Sydney permet d'améliorer les capacités d'analyse des données en collaboration ainsi que la comparabilité des résultats.
3. Les projets de démonstration visant à prévenir et à combattre les MNT incluent un composant formel d'évaluation.	<ul style="list-style-type: none">• Dix pays et Territoires (Chine, Iles Cook, Iles Fidji, Mongolie, Palaos, Philippines, Polynésie française, Samoa, Tonga et Viet Nam) ont engagé des projets de démonstration basés sur les lignes directrices de l'OMS et portant sur la nutrition, l'activité physique, le tabagisme et l'alcoolisme. Les Philippines ont terminé l'évaluation des retombées de deux projets pilotes de prévention des MNT menés en milieu communautaire.

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
4. Des programmes de prévention secondaires sont évalués afin de déterminer leurs effets.	<ul style="list-style-type: none">• Les activités conduites dans les pays en matière de prévention de la cécité et de la surdité se limitent à l'action des centres collaborateurs de l'OMS en Australie, en Chine et au Japon.
5. Un réseau régional sur les MNT est officiellement opérationnel.	<ul style="list-style-type: none">• En Mongolie, le programme national de prévention et de lutte anticancéreuse (2007–2017), fondé sur les lignes directrices de l'OMS, a été introduit auprès de toutes les parties concernées avec l'aide d'un consultant de l'OMS.
6. Les Etats et Territoires bénéficient d'un soutien pour mettre en oeuvre des mesures nationales et régionales dans le domaine des MNT.	<ul style="list-style-type: none">• Lors d'une réunion tenue à Vanuatu en mars 2007, les Ministres de la santé du Pacifique ont incité les pays à renforcer leurs capacités pour organiser des campagnes visant à modifier les comportements liés aux facteurs de risque des MNT (alimentation, activité physique, tabagisme et alcoolisme), et des activités de prévention des MNT. A cet effet, un cours de formation sur les stratégies de communication et de promotion de la santé en rapport avec les MNT a été organisé à Nadi (Iles Fidji) en novembre 2007, avec la participation des représentants de 13 pays insulaires océaniques (Etats fédérés de Micronésie, Iles Cook, Iles Fidji, Iles Marshall, Iles Salomon, Kiribati, Nauru, Nioué, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Tonga, Tuvalu et Vanuatu). Les participants ont évalué les activités actuelles de promotion et d'éducation sanitaire en s'appuyant sur des techniques de communication et de promotion stratégique de la santé ; ont appris comment appliquer le processus de planification en 10 étapes de la communication intégrée en matière de promotion/communication pour les changements de comportement (approche COMBI) ; comment exploiter les données d'enquêtes STEPS en vue des programmes de prévention et de lutte contre les MNT ; et ont passé en revue les grandes lignes des approches précitées en vue de leur application.

Annexe 4

8. Santé mentale et toxicomanies

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
1. Soutien apporté aux Etats et Territoires pour souligner la valeur de la santé mentale et lutter contre la stigmatisation et la discrimination.	<ul style="list-style-type: none">Diverses activités ont contribué à la réalisation du résultat escompté : les concours organisés pour la conception du logo et du slogan du Réseau de santé mentale des Iles du Pacifique (PIMHNet) ; le lancement officiel de PIMHnet à l'occasion de la Conférence des Ministres de la santé du Pacifique qui a eu lieu à Vanuatu en mars 2007 ; et la première réunion du PIMHnet qui s'est tenue au Samoa en juin 2007.
2. Informations et soutien apporté aux Etats et Territoires pour la formulation et la mise en oeuvre de politiques et de plans relatifs à la santé mentale et aux toxicomanies.	<ul style="list-style-type: none">Un soutien a été apporté pour la mise au point d'un modèle de services de santé mentale aux populations rurales en Chine ; la mise en oeuvre de l'Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale (OMS-IESM) de l'OMS en Chine, en Mongolie, en Malaisie, aux Philippines et en République de Corée (le Cambodge et les Iles Fidji se sont récemment ralliés à cette action) ; la réalisation d'études épidémiologiques sur les troubles mentaux et les désordres psychologiques causés par l'alcoolisme en Chine et en Mongolie ; et l'élaboration d'une politique de santé mentale dans les pays membres du PIMHnet. L'OMS a également entrepris une enquête régionale sur la consommation d'alcool, les politiques en matière d'alcool et l'impact de la consommation d'alcool sur la santé.
3. Organisation, fourniture et évaluation des services de santé mentale ayant reçu un soutien aux niveaux national et local.	<ul style="list-style-type: none">Quatorze Etats et Territoires (Commonwealth des Iles Marianne du Nord, Etats fédérés de Micronésie, Iles Cook, Iles Fidji, Iles Marshall, Kiribati, Nauru, Nouvelle-Zélande, Palaos, Samoa, Samoa américaines, Tokélaou, Tonga et Vanuatu) ont reçu un soutien permanent en vue de l'évaluation et de la planification de leurs ressources humaines. L'élaboration de plans de santé mentale a été facilitée par la conduite de la première réunion du réseau PIMHnet. L'OMS a directement participé à la

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>formulation du plan de santé mentale du Cambodge et à celui de Vanuatu. L'avant-projet de dossier d'information sur les services de santé mentale est en cours d'examen. Des bourses d'études de deux à trois mois en Australie et en République de Corée ont permis à 14 boursiers originaires de cinq pays (Cambodge, Chine, Malaisie, Mongolie et Samoa) de suivre une formation en matière de santé mentale en milieu communautaire.</p>
<p>4. Soutien apporté à la stratégie nationale et aux programmes de prévention du suicide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'étude sur les tendances suicidaires dans les Etats et Territoires à risque a fait l'objet d'une attention accrue. Un rapport préliminaire sur les comportements suicidaires dans la Région a été présenté à diverses conférences internationales. Un document sur les caractéristiques des suicides a été préparé, et un manuel opérationnel a été mis au point en vue du projet. Des discussions et des consultations ont été engagées sur la possibilité de lancer une initiative régionale pour la prévention du suicide.
<p>5. Soutien apporté à l'élaboration, à la mise en oeuvre et à l'évaluation des stratégies et des programmes efficaces pour réduire les conséquences sanitaires et sociales négatives de la consommation nocive d'alcool dans les Etats et Territoires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suite à l'approbation de la Stratégie régionale visant à réduire les méfaits de l'alcool, des correspondants nationaux chargés de la lutte contre les effets pervers de l'abus d'alcool ont été nommés dans 27 Etats et Territoires (Australie, Cambodge, Chine, Commonwealth des Iles Marianne du Nord, Etats fédérés de Micronésie, Hong Kong (Chine), Iles Cook, Iles Fidji, Iles Salomon, Japon, Kiribati, Macao (Chine), Malaisie, Mongolie, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Nioué, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, Samoa, Singapour, Tonga, Tuvalu et Vanuatu). Un plan d'action sur cinq ans a été rédigé et il peut désormais être consulté. Un dossier d'outils et d'information sur

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>l'élaboration des stratégies et plans nationaux devrait être achevé d'ici le début de l'année 2008. Les préparatifs ont été engagés en vue de l'organisation de la réunion régionale sur la réduction des méfaits de l'alcool dans la Région du Pacifique occidental.</p>

9. Santé et environnement

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Conseils en matière de normes et de bonnes pratiques, élaborés et mis à jour sur la base de données factuelles, et diffusés pour aider efficacement les Etats et Territoires à évaluer leur impact sur la santé et à prendre des décisions d'un secteur à l'autre dans les grands domaines de la salubrité de l'environnement, notamment la qualité de l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la qualité de l'air, les risques professionnels, la sécurité des produits chimiques, la protection contre les radiations et les modifications de l'environnement.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Neuf pays (Cambodge, Chine, Iles Fidji, Iles Salomon, Mongolie, Philippines, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique populaire lao et Viet Nam) ont évalué les principaux risques sanitaires liés à l'environnement.• Des lignes directrices et des manuels sur la salubrité de l'environnement ont été rédigés dans quatre pays (Iles Fidji, République démocratique populaire lao, Mongolie et Viet Nam).

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>2. Etats et Territoires bénéficiant d'une aide satisfaisante pour renforcer leur capacité à gérer les informations sur la salubrité de l'environnement et à mettre en oeuvre les politiques et interventions intersectorielles visant à protéger la santé des menaces immédiates et à long terme liées à l'environnement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Six pays (Cambodge, Chine, Mongolie, Philippines République démocratique populaire lao et Viet Nam) ont bénéficié d'un soutien pour l'élaboration et la mise en oeuvre de leur plan d'action national en matière de salubrité de l'environnement. • Onze pays (Cambodge, Chine, Iles Cook, Iles Fidji, Mongolie, Palaos, Philippines, République démocratique populaire lao, Tonga, Vanuatu et Viet Nam) ont reçu une aide pour renforcer les capacités du secteur de la santé en matière de gestion des facteurs de risque liés à l'environnement. • Un soutien a été apporté à 14 pays (Australie, Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Iles Fidji, Japon, Malaisie, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, Singapour et Viet Nam) pour permettre leur participation à divers ateliers et réunions destinés à accélérer les retombées de l'action menée pour atteindre les objectifs régionaux et internationaux concernant la salubrité de l'environnement et la santé au travail.
<p>3. Risques sanitaires liés à l'environnement, pesant sur les groupes de population vulnérables ou très vulnérables (en particulier les enfants, les travailleurs et les populations pauvres des villes) pris en charge par des initiatives nationales et régionales mises en oeuvre au travers de partenariats, d'alliances et de réseaux de centres d'excellence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les réunions régionales suivantes visaient à apporter des solutions aux grands problèmes liés à la salubrité de l'environnement et à la santé au travail dans la Région en s'appuyant sur des partenariats efficaces: <ul style="list-style-type: none"> – Le premier Forum ministériel régional sur l'environnement et la santé dans les pays d'Asie de l'Est et du Sud-Est a été organisé à Bangkok (Thaïlande) en août 2007, en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE). – La première Conférence ministérielle sur l'assainissement et l'hygiène en Asie de l'Est s'est tenue à Beppu (Japon), en décembre 2007, et a été

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>organisée en collaboration avec l'UNICEF et le Programme eau et assainissement de la Banque mondiale.</p> <p>– La deuxième réunion sur l'hygiène et la sécurité au travail s'est déroulée à Kuala Lumpur (Malaisie) en novembre 2007, et a été organisée en collaboration avec l'Organisation internationale du travail (OIT).</p>

10. Promotion de la santé

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Renforcer l'action de conseil afin d'intégrer la promotion sanitaire dans les programmes nationaux, notamment pour promouvoir une alimentation équilibrée, l'activité physique, la prise en charge des personnes âgées et l'hygiène bucco-dentaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le Cadre régional pour la promotion sanitaire a été aligné sur le Plan stratégique à moyen terme et l'avant-projet de Cadre mondial de promotion de la santé. Le cadre régional révisé, qui prévoit un renforcement des capacités dans trois domaines prioritaires, sera finalisé au cours du prochain exercice biennal.
<p>2. Apport d'un soutien en vue du renforcement des capacités de gouvernance, de planification et de mise en oeuvre des politiques et programmes multisectoriels de promotion sanitaire aux niveaux national et régional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Quinze pays (Brunéi Darussalam, Cambodge, Etats fédérés de Micronésie, Iles Fidji, Iles Marshall, Malaisie, Mongolie, Nauru, Nouvelle-Zélande, Philippines, République de Corée, République démocratique populaire lao, Singapour, Tonga et Tuvalu) ont présenté les derniers progrès enregistrés au regard des écoles-santé. Trois pays de la région du Pacifique occidental (Brunéi Darussalam, Papouasie-Nouvelle-Guinée et Philippines) ont validé les méthodes de cartographie des capacités, tandis que 12 pays (Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Iles Fidji, Inde, Malaisie, Mongolie, Philippines, République de Corée, Singapour, Tonga et Viet Nam) se sont servis de l'outil de mesure des capacités pour évaluer leurs capacités de promotion sanitaire.

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>3. Validation et diffusion de bases factuelles concernant l'efficacité des stratégies et actions de promotion sanitaire afin de remédier aux maladies transmissibles et non transmissibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deux projets ont été engagés pour développer les compétences en matière de promotion sanitaire et recueillir des bases factuelles sur l'action menée dans ce domaine au sein de la Région. Ces projets ont pour objet : 1) la mise au point d'un outil générique de communication visant à générer des changements ainsi que de supports divers pour améliorer les comportements liés à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène au Cambodge; et 2) l'élaboration et l'essai d'un outil d'évaluation générique destiné à la lutte contre les MNT au Viet Nam. Ce dernier projet est en cours de révision.
<p>4. Apport d'un soutien à la recherche de formules novatrices permettant de pérenniser le financement des actions de promotion sanitaire et le renforcement des capacités aux niveaux national, local et communautaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comme par le passé, les fondations de promotion sanitaire restent les moteurs et les animateurs des nouvelles initiatives, recherchent de nouvelles sources de financement pour l'action sanitaire et rallient de nombreux secteurs à une action de promotion sanitaire axée sur les résultats. • Des lauréats de ProLead (un cours de gestion et d'encadrement de l'action de promotion sanitaire), des représentants des fondations et conseils de promotion sanitaire et d'autres représentants nationaux ont participé à un atelier régional sur les fondations de promotion sanitaire, organisé à Manille en août 2007 sur le thème Partage des enseignements et renforcement des capacités. Six pays (Iles Fidji, Malaisie, Mongolie, République de Corée, Singapour et Tonga) ont formulé des plans de travail pour consolider leurs structures de promotion sanitaire. Cinq autres pays (Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Philippines et Viet Nam) ont élaboré des plans de travail pour financer le démarrage des activités et développer leurs moyens dans ce domaine. La dernière version de ProLead, appelée « ProLead Plus », a été inaugurée en présence de responsables des services de

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	promotion sanitaire de 13 pays (Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Iles Cook, Iles Fidji, Iles Salomon, Kiribati, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique populaire lao, Samoa, Tonga, Vanuatu et Viet Nam).
5. Apport d'un soutien visant à développer les capacités des ministères de la santé et de l'éducation en matière de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation de programmes d'enseignement sanitaire en milieu scolaire pour réduire les risques liés aux causes premières des décès, des maladies et des déficiences.	<ul style="list-style-type: none"> • Un cours de formation en rapport avec l'enquête mondiale sur la santé des étudiants en milieu scolaire a été dispensé à des cadres supérieurs chargés des écoles-santé, de l'éducation sanitaire, de la prévention et de la lutte contre les MNT dans la fonction publique de 15 Etats insulaires océaniques (Etats fédérés de Micronésie, Iles Cook, Iles Fidji, Iles Marshall, Iles Salomon, Kiribati, Nauru, Nioué, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Tokélaou, Tonga, Tuvalu et Vanuatu). • Des mesures ont été engagées en vue de la mise à jour des <i>Directives régionales sur les écoles-santé</i>. Les rapports sur la situation des écoles-santé ont été actualisés.

11. Violence, traumatismes et incapacités

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
1. Fourniture d'un soutien aux Etats et Territoires particulièrement prioritaires pour la mise en oeuvre et l'évaluation de systèmes de surveillance des principaux déterminants, des causes et de l'issue des traumatismes accidentels, des actes de violence et des incapacités.	<ul style="list-style-type: none"> • Six pays (Cambodge, Chine, Mongolie, Philippines République démocratique populaire lao et Viet Nam) ont reçu un appui en vue du renforcement de leurs programmes de surveillance des traumatismes.

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>2. Validation et promotion efficace dans les Etats et Territoires d'interventions multisectorielles visant à prévenir la violence et les traumatismes accidentels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Treize Etats et Territoires (Cambodge, Chine, Etats fédérés de Micronésie, Iles Fidji, Guam, Mongolie, Nauru, Palaos, Philippines, Polynésie française, République démocratique populaire lao, Vanuatu et Viet Nam) ont bénéficié d'un soutien afin de déterminer les domaines d'intervention prioritaires.
<p>3. Fourniture de conseils et d'un soutien efficace pour le renforcement des soins préhospitaliers et hospitaliers dispensés aux personnes victimes de violences et de traumatismes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quatre pays (Cambodge, Mongolie, République démocratique populaire lao et Viet Nam) ont reçu une aide en vue du développement de leurs systèmes de soins préhospitaliers et hospitaliers.
<p>4. Fourniture d'un soutien efficace pour renforcer la capacité des pays à intégrer des services de réadaptation dans les soins de santé primaires et à assurer le dépistage précoce et la prise en charge des incapacités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un appui a été apporté à deux pays (Mongolie et Philippines) pour leur permettre de participer à la Réunion régionale Asie-Pacifique sur les services nationaux de réadaptation qui a été organisée à Bangkok (Thaïlande) en novembre 2007.
<p>5. Amélioration de la capacité de certains Etats et Territoires d'élaborer une politique de prévention de la violence et des traumatismes et de prise en charge des incapacités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cinq pays (Cambodge, Chine, Mongolie, Philippines et Viet Nam) ont bénéficié d'un soutien en vue de l'élaboration d'un cadre d'action et de politiques nationales sur la prévention des traumatismes et des violences. • Une assistance a été fournie à vingt-quatre Etats et Territoires (Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Etats fédérés de Micronésie, Guam, Hong Kong [Chine], Iles Cook, Iles Fidji, Iles Marshall, Iles Salomon, Kiribati, Malaisie, Mongolie, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Polynésie française, République de Corée, République démocratique populaire lao, Samoa, Vanuatu et Viet Nam) pour l'élaboration de profils de pays sur la

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	prévention des traumatismes et des violences.
<p>6. Renforcement dans les Etats et Territoires prioritaires de la capacité de formation en matière de prévention de la violence et des traumatismes et de services de réadaptation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des modules de formation à la prévention des traumatismes (<i>Formation, éducation et promotion de la coopération sanitaire sur la prévention des violences et des traumatismes</i> [TEACH-VIP]) ont été fournis aux institutions de 11 Etats et Territoires (Australie, Chine, Hong Kong [Chine], Iles Fidji, Japon, Malaisie, Nouvelle-Zélande, Philippines, République démocratique populaire lao, Singapour et Viet Nam) afin de renforcer leurs capacités de formation.
<p>7. Créations de réseaux fonctionnels aux niveaux régional et national pour renforcer la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs, avec la participation des organisations du système des Nations Unies, des Etats Membres, des banques de développement régionales et internationales, des organisations non gouvernementales, y compris celles représentant les personnes atteintes d'incapacités.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deux forums régionaux sur la prévention des traumatismes et des violences ont été organisés, l'un pour les pays d'Asie et l'autre au profit de ceux du Pacifique, à savoir: 1) la réunion des correspondants nationaux des programmes de prévention des traumatismes et des violences, qui s'est déroulée du 15 au 17 mai 2006, à Manille (Philippines) ; et 2) la réunion sur la prévention des traumatismes et des violences dans le Pacifique qui s'est tenue du 2 au 4 septembre 2007, à Nadi (Iles Fidji). Suite à ces réunions, un cadre d'action régional et des profils de pays sur la prévention des traumatismes et des violences ont été élaborés au profit de 24 pays (Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Etats fédérés de Micronésie, Guam, Hong Kong [Chine], Iles Cook, Iles Fidji, Iles Marshall, Iles Salomon, Kiribati, Malaisie, Mongolie, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Polynésie française, République de Corée, République démocratique populaire lao, Samoa, Vanuatu et Viet Nam). • Une consultation régionale relative au rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez les enfants et les adolescents a été organisée à Manille, en juin 2007.

12. Sécurité sanitaire des aliments

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Programmes de surveillance des maladies d'origine alimentaire, de contrôle des risques alimentaires et d'action renforcés au niveau régional et dans les pays cibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le réseau Asia Food Net a été constitué afin de faciliter l'échange d'informations sur la surveillance des maladies d'origine alimentaire et le suivi des risques alimentaires dans la Région. Les pays ciblés en vue d'activités de renforcement de la surveillance des maladies d'origine alimentaire pendant cet exercice biennal — à savoir le Cambodge, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam — ont dispensé des formations sur les investigations en cas de flambées morbides et/ou suivi des formations dispensées au titre du Programme mondial sur la surveillance des salmonelloses. • Des professionnels de santé originaires de Chine, de Papouasie-Nouvelle-Guinée, des Philippines et de Mongolie ont pris part à des ateliers et à des cours de formation sur la surveillance des maladies d'origine alimentaire et/ou la conduite d'études sur la ration alimentaire totale. Les fonds disponibles en vue d'activités liées à la sécurité sanitaire des aliments restent des plus limités, la majorité des financements extrabudgétaires provenant du Ministère de la santé, du travail et de l'action sociale du Japon.
<p>2. Soutien approprié fourni aux pays prioritaires pour renforcer leurs capacités d'application du profil des risques et d'évaluation des risques au contrôle des denrées alimentaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les évaluations des risques à l'échelon international sont réalisées par les services du siège de l'OMS. Toutefois, un appui technique a été apporté aux pays prioritaires, dont la Chine, la Malaisie et la Papouasie-Nouvelle-Guinée, pour renforcer l'application du profil des risques et l'évaluation des risques pour le contrôle des denrées alimentaires.

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>3. Soutien approprié fourni aux pays prioritaires pour leur permettre de renforcer leur politique, leur législation, leurs travaux sur les normes, leur analyse et leur application en matière de sécurité sanitaire des aliments.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Bien que 84 % des pays soient membres du Codex, il est difficile de déterminer la proportion de pays participant à la définition internationale des normes. Le Fonds du Codex alimentarius a financé la participation de nombre d'entre eux aux réunions du Codex. Toutefois, leur participation au processus de définition des normes n'a jamais été objectivement évaluée. Par ailleurs, les efforts engagés pour faire appliquer les stratégies de réduction des risques de maladies d'origine alimentaire et de zoonoses au moyen d'actions dirigées sur les marchés ont souffert de l'attention portée aux programmes verticaux axés sur la grippe aviaire, mais pas sur les aspects concernant la sécurité sanitaire des aliments. L'examen et la révision des textes sur la sécurité sanitaire des aliments en Chine ont notablement progressé, de même que l'élaboration ou l'amendement des politiques, plans d'action, textes législatifs et stratégies d'application des dispositions relatives à la sécurité sanitaire des aliments dans les pays suivants : Etats fédérés de Micronésie, Iles Cook, Iles Fidji, Kiribati, Iles Marshall et Nauru.
<p>4. Soutien approprié fourni aux pays prioritaires pour leur permettre d'intensifier leurs efforts en matière de formation à la sécurité sanitaire des aliments.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Des actions visant à améliorer l'enseignement en matière de sécurité sanitaire des aliments (sur la base des cinq principes d'assurance de la salubrité des aliments) ont été engagées dans les pays suivants : Cambodge, Chine, Commonwealth des Iles Marianne du Nord, Guam, Iles Marshall, République démocratique populaire lao et Viet Nam. Les efforts ont été axés sur l'enseignement de la sécurité sanitaire des aliments dans les écoles et dans les communautés rurales et locales.

13. Tabac

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Fourniture d'un soutien pour étendre l'entrée en vigueur de la Convention.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les pays du Pacifique occidental membres de l'OMS sont de plus en plus nombreux à avoir ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. La participation active des Etats Membres, dès les tout premiers stades du processus de la Convention-cadre, ainsi que leur pleine participation aux réunions relatives à la Convention, ont largement contribué à ce succès. Les Etats-Unis d'Amérique n'ont pas encore ratifié la Convention. En conséquence, seuls les Territoires américains de la Région ne sont pas liés par les dispositions de la Convention, ce qui pourrait entraver les efforts visant à encourager la coopération régionale et sous-régionale dans le Pacifique occidental, et faire obstacle à la mise en oeuvre de la Convention.
<p>2. Fourniture d'un soutien pour accroître le nombre d'Etats Membres dotés de programmes nationaux de lutte antitabac par rapport à 2004, année de référence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Au total, 24 Etats et Territoires ont adopté des législations ou des instruments équivalents pour au moins un article ou un cadre référencé (Samoa américaines, Australie, Brunéi Darussalam, Chine, Iles Cook, Fidji, Polynésie française, Guam, Japon, République démocratique populaire lao, Iles Marshall, Etats fédérés de Micronésie, Mongolie, Nouvelle-Calédonie, Iles Mariannes du Nord, Palaos, Philippines, République de Corée, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et Viet Nam).
<p>3. Fourniture d'un soutien pour garantir la pérennité des programmes de lutte antitabac, et l'intégration des méthodes de lutte antitabac à l'action de santé publique et aux autres programmes et manifestations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Dans la plupart des Etats Membres, la mise en oeuvre intégrale des dispositions de la Convention-cadre est en bonne voie. L'OMS, par l'intermédiaire des agents du Bureau régional et des bureaux de pays, et parfois de consultants externes, a fourni une assistance technique au niveau national à 15 Etats Membres (Brunéi Darussalam, Cambodge, Chine, Iles Cook, Fidji, Kiribati, République démocratique lao, Malaisie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Samoa, Tonga, Tuvalu, Vanuatu et

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>Viet Nam) afin de les aider à réviser la législation existante ou à légiférer, et à établir des politiques de lutte antitabac contenant notamment des règles en matière de conditionnement et d'étiquetage des produits du tabac, et prévoyant des interdictions frappant la publicité et la promotion de produits du tabac, ainsi que l'exige la Convention-cadre de l'OMS. Les pouvoirs publics doivent respecter leurs engagements au titre de la Convention-cadre. Globalement, il convient de renforcer les capacités nationales, aux fins de la mise en oeuvre intégrale de la Convention. L'OMS devra continuer de porter une attention prioritaire au recensement des carences et des besoins liés aux politiques et aux législations relatives à la lutte antitabac, et fournir une assistance technique de grande qualité à l'échelle nationale.</p>
4. Fourniture d'un soutien pour accroître et étendre les partenariats multilatéraux/ bilatéraux mis en place pour traiter des questions de lutte antitabac transnationale.	<ul style="list-style-type: none">• Le Bureau régional s'est employé avec vigueur à encourager la participation des membres de GLOBALink à tous les ateliers et réunions traitant de la lutte antitabac.
5. Fourniture d'un soutien pour accroître la surveillance, la recherche, l'évaluation, la diffusion des informations et l'action de plaidoyer.	<ul style="list-style-type: none">• L'OMS a entrepris d'intensifier ses activités de surveillance dans la Région. A la fin de 2007, 24 Etats et Territoires avaient achevé ou étaient sur le point d'achever les enquêtes menées dans le cadre du Système mondial de surveillance et de recherche concernant le tabac (Samoa américaines, Cambodge, Chine, Iles Cook, Fidji, Guam, République démocratique populaire lao, Macao [Chine], Malaisie, Mongolie, Iles Marshall, Etats fédérés de Micronésie, Nouvelle-Zélande, Iles Mariannes du Nord, Palaos, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, République de Corée, Samoa, Singapour, Iles

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>Salomon, Tuvalu, Vanuatu et Viet Nam). La base de données en ligne du Système mondial d'information sur la lutte antitabac a été actualisée, et de nouvelles données ont été recueillies en vue de l'établissement du rapport de l'OMS sur la lutte antitabac dans le monde. L'OMS a aidé les parties à établir les rapports sur l'état d'avancement de la mise en oeuvre de la Convention, requis au titre de cet instrument. Par ailleurs, Une étude de référence sur la consommation de noix de bétel et de tabac a été réalisée et sera diffusée au début de 2008. Le Bureau régional du Pacifique occidental a fourni une assistance technique ou financière à l'appui d'études et d'interventions à caractère économique au Cambodge, en Chine, en République démocratique populaire lao, en Malaisie, en Mongolie, aux Philippines et au Viet Nam. En 2008, les activités menées dans ce domaine seront considérablement intensifiées avec le soutien de la l'Initiative mondiale Bloomberg pour la réduction de la consommation de tabac, qui financera la réalisation de la nouvelle enquête mondiale sur le tabac chez les adultes en Chine, aux Philippines et au Viet Nam, et du personnel de l'OMS, qui interviendra à l'appui des activités de surveillance.</p>

14. Nutrition

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Conseils et soutien technique aux Etats et Territoires à l'échelon régional et sous-régional en vue de renforcer les programmes nutritionnels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La collaboration avec d'autres institutions des Nation Unies comme le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) s'est avérée très fructueuse, et l'Organisation a pu étendre son aide à d'autres pays, le financement des activités mises en oeuvre étant réparti entre l'UNICEF et l'OMS.

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>2. Introduction des nouvelles normes de croissance de l’OMS, et renforcement des systèmes de surveillance de la nutrition à l’échelon régional, national et mondial.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Un atelier sur l’introduction des nouvelles normes de croissance des enfants établies par l’OMS pour les enfants de moins de cinq ans a été organisé en collaboration avec le Bureau de l’UNICEF pour l’Asie de l’Est et le Pacifique. L’atelier a réuni des participants de neuf pays de la Région : Cambodge, Chine, Fidji, République démocratique populaire lao, Malaisie, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines et Viet Nam.• Sept pays se sont déclarés favorables à l’adoption des nouvelles normes de croissance des enfants (Fidji, République démocratique populaire lao, Malaisie, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines et Viet Nam).• Sept pays (Australie, Cambodge, République démocratique populaire lao, Malaisie, Mongolie Philippines et Viet Nam) ont participé au cours de formation sur l’évaluation de la croissance de l’enfant dans la Région du Pacifique occidental, tenu du 11 au 20 septembre 2007 à Shah Alam (Malaisie). Le cours s’articulait autour d’une formation destinée aux formateurs (11-14 septembre) et d’une autre à l’intention des utilisateurs finals (17-20 septembre), qui ont été suivies par 31 participants venus de Malaisie.• Conformément à l’accord convenu avec le personnel du Siège de l’OMS et l’UNICEF, les activités de promotion des nouvelles normes de croissance des enfants seront intégrées à la Stratégie pour la survie de l’enfant.
<p>3. Développement ou révision et promotion de plans et politiques alimentaires et nutritionnels intégrés à l’échelon national.</p>	<ul style="list-style-type: none">• La collaboration continue entre le Secrétariat général de la Communauté du Pacifique (CPS) Pacifique et l’OMS et le soutien d’organismes bailleurs de fonds comme l’Agence japonaise de coopération internationale (JICA) et l’Agence australienne pour le développement

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>international (AusAID) ont grandement facilité l'élaboration de plans d'action nationaux sur la nutrition dans le Pacifique. L'expert chargé de la nutrition et de l'activité physique, en poste au Bureau du Représentant de l'OMS dans le Pacifique Sud aux Fidji, a fourni un soutien technique aux pays. Cela étant, certains pays ont encore besoin d'aide pour revoir ou élaborer leurs plans d'action nationaux.</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="691 741 1430 1272">• Deux cours de formation à l'élaboration de plans d'action nationaux sur la nutrition ont été organisés au cours de l'exercice biennal considéré : le premier s'est tenu aux Etats fédérés de Micronésie du 3 au 6 juillet 2006, et le second à Suva (Fidji) du 19 au 23 février 2007. Le cours de formation organisé en 2006 a réuni des participants de quatre pays insulaires du Pacifique (Guam, Iles Marshall, Etats fédérés de Micronésie et Iles Salomon) ; le cours de formation de 2007 a été suivi par des participants des Fidji, des Iles Mariannes du Nord, de Tokélaou, de Nioué et de Nauru.<li data-bbox="691 1301 1430 1585">• Les Iles Marshall et les Iles Salomon ont élaboré des stratégies en vue de l'élaboration de plans d'action nationaux axés à la fois sur la nutrition et les maladies non transmissibles. Guam a entrepris de réviser son plan d'action national sur la nutrition, et les Etats fédérés de Micronésie ont finalisé leur plan national.<li data-bbox="691 1608 1430 1883">• En République démocratique populaire lao, le plan d'action national sur la nutrition et les programmes de nutrition existants ont été révisés. Cet exercice a débouché sur la formulation d'une Politique nationale pour l'alimentation et la nutrition, qui sera suivie d'un nouveau plan d'action stratégique sur la nutrition.

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>4. Fourniture de soutien politique et technique pour la mise en oeuvre de stratégies intégrées visant à améliorer la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant.</p>	<ul style="list-style-type: none">• La Consultation OMS/UNICEF sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel, tenue du 20 au 22 juin 2007 à Manille (Philippines), a réuni 16 pays de la Région du Pacifique occidental (Australie, Cambodge, Chine, Fidji, Japon, République démocratique populaire lao, Malaisie, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Philippines, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa, Singapour, Iles Salomon, Vanuatu et Viet Nam). Cette consultation a contribué à renforcer l'engagement des pays en faveur de la promotion de l'allaitement maternel et de l'élaboration de programmes nationaux sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.• La mise en oeuvre, aux Philippines, du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel est un exemple à suivre pour tous les pays désireux de renforcer leurs plans de protection, d'encouragement et de soutien à l'allaitement maternel.• Les activités visant à informer le public des avantages de l'allaitement maternel et à promouvoir les efforts axés sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel ont souffert d'un déficit de ressources.• Trois pays ont promulgué ou révisé leur législation en vue de faciliter la mise en oeuvre du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Fidji a approuvé la politique nationale de promotion de la santé ; la République démocratique populaire lao a approuvé la version révisée de la réglementation sur les produits alimentaires destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants ; enfin, les autorités vietnamiennes ont promulgué un décret sur la commercialisation et l'utilisation des produits alimentaires destinés aux jeunes enfants.

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
5. Fourniture de soutien politique et technique pour la promotion de régimes alimentaires sains, y compris la révision des recommandations sur les régimes alimentaires, et la réduction de l'obésité et des autres maladies non transmissibles liées à une mauvaise nutrition.	<ul style="list-style-type: none">• Le Cambodge, la République démocratique populaire lao et la Mongolie ont mis en oeuvre des programmes de nutrition axés sur la prise en charge des cas de malnutrition aigüe.
6. Promotion de méthodes innovantes de supplémentation et de programmes d'enrichissement alimentaire optimal avec des micronutriments d'importance pour la santé publique.	<ul style="list-style-type: none">• Les conclusions et recommandations de la Consultation mondiale sur l'administration hebdomadaire de suppléments en fer et en acide folique ont été finalisées ; le rapport de la Consultation devrait être publié prochainement dans une revue scientifique. Les actions de promotion des programmes d'enrichissement alimentaire dans le Pacifique exigeront des financements supplémentaires. Il n'y aura d'avancée dans ce domaine que si l'ensemble des secteurs concernés et des pays de la Région prennent des engagements résolus en ce sens.
7. Fourniture de soutien politique et technique pour l'amélioration de la nutrition en cas de crise ou dans des circonstances spéciales, y compris parmi les personnes vivant avec le VIH/sida.	<ul style="list-style-type: none">• En dépit du déficit de financements, l'OMS a apporté un soutien à des pays prioritaires comme le Cambodge, la Chine, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam. En l'absence d'autres financements extrabudgétaires, les activités prévues ne pourront être mises en oeuvre au cours du prochain exercice biennal.

Annexe 4

15. Santé génésique

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Des conseils et un soutien suffisants sont fournis afin d'améliorer la planification familiale et les soins de santé génésique dans les Etats et Territoires, grâce à la diffusion de normes reposant sur des bases factuelles, et de lignes directrices techniques et de gestion.</p>	<ul style="list-style-type: none">• La Stratégie mondiale visant à accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles du développement international liés à la santé génésique a été diffusée dans l'ensemble de la Région. Un atelier sur l'état d'avancement de la mise en oeuvre de la Stratégie dans la Région du Pacifique occidental a été organisé du 12 au 14 novembre 2007 à Manille (Philippines). Il a réuni 33 participants de 15 pays (Cambodge, Chine, Fidji, Kiribati, République démocratique populaire lao, Malaisie, Etats fédérés de Micronésie, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Samoa, Iles Salomon, Tonga, Vanuatu et Viet Nam) ainsi que les agents concernés du Siège de l'OMS, du Bureau régional et des bureaux de pays. Deux organisations partenaires (l'UNICEF et le FNUAP) y ont également participé.
<p>2. Un soutien technique et d'orientation est effectivement fourni aux Etats et Territoires pour la conception et la mise en oeuvre de plans exhaustifs en vue d'élargir l'accès à des services de planification familiale et de santé génésique de grande qualité et d'accroître leur disponibilité.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Le Viet Nam et les Philippines ont entrepris des recherches sur l'intégration ou la mise en liaison des services de dépistage des infections sexuellement transmissibles et des services de dépistage du cancer de l'utérus.• Le Cambodge a réalisé des recherches sur le paludisme chez les femmes enceintes et sur les services de dépistage.
<p>3. Les pays sont aptes à repérer les obstacles réglementaires à la fourniture de services de planification familiale et de santé génésique de grande qualité.</p>	<ul style="list-style-type: none">• De nombreux pays ont entrepris de renforcer les législations existantes afin de faciliter la fourniture de services de planification familiale et de santé génésique de grande qualité.

16. Pour une grossesse à moindre risque

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Appui technique et au plan des politiques fourni au Etats et Territoires afin de mettre au point et de mettre en oeuvre des plans d'action nationaux pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le Plan national d'action, élaboré avec le soutien technique de l'OMS an 2005, a été mis en oeuvre dans les pays prioritaires avec plus ou moins de succès. Si la situation est satisfaisante en Chine et en Mongolie, le Cambodge, la République démocratique populaire lao, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et les Philippines ont encore besoin d'un appui technique et d'aide (sous forme d'actions de sensibilisation).
<p>2. Appui technique adéquat pour la diffusion, l'adaptation et la mise en oeuvre de normes et de principes directeurs, fondés sur des données factuelles, pour les soins de la mère et du nouveau-né.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le Siège de l'OMS a diffusé auprès des pays membres divers outils et principes directeurs comme les modules de prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement et les quatre piliers de la planification familiale; le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental a fourni un soutien technique en vue de la traduction, de l'adaptation et de l'utilisation de ces outils. Il a également élaboré des principes directeurs à l'usage des pays de la Région. Les quatre piliers de la planification familiale sont : 1) les critères de recevabilité médicale applicables aux contraceptifs ; 2) les recommandations sélectives relatives à l'utilisation de contraceptifs ; 3) les principes essentiels des méthodes contraceptives ; et 4) l'outil de prise de décision à l'usage des bénéficiaires et prestataires de services de planification familiale.
<p>3. Appui technique à la formation d'accoucheurs/euses qualifié(e)s en soins obstétriques de base et d'urgence et en soins du nouveau-né.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Certains pays prioritaires (Mongolie et Viet Nam) ont reçu un soutien qui leur a permis de suivre des formations spécialisées aux soins obstétriques d'urgence dispensées aux Philippines. L'OMS a également fourni un appui technique au Cambodge et à la République démocratique populaire lao en vue de l'évaluation de la situation des personnels obstétriciens qualifiés. Des cours de formation aux soins au nouveau-né ont été organisés en Mongolie,

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	aux Philippines et au Viet Nam.
4. Appui technique fourni aux Etats et Territoires prioritaires pour un continuum des soins plus efficace.	<ul style="list-style-type: none"> Les résultats obtenus tant en ce domaine ont été limités, compte tenu du déficit de financement et de l'absence de conseiller régional. Toutefois, le module décrivant le continuum de soins a été porté à la connaissance des pays membres.

17. Parité des sexes en matière de santé

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
1. Amélioration des connaissances et bases factuelles sur les liens existant entre les questions liées à la parité des sexes et la santé génésique et maternelle pour les femmes.	<ul style="list-style-type: none"> Un soutien a été fourni à l'appui de la mise en oeuvre de la Stratégie pour l'intégration des questions de parité des sexes à l'action de l'OMS et pour la prise en compte systématique de ces questions dans le domaine de la santé génésique et maternelle des femmes. Participation à des ateliers et à une réunion sur la parité des sexes dans le secteur de la santé, à Washington.
2. Appui politique et technique fourni efficacement pour intégrer les questions de parité entre les sexes dans l'élaboration des politiques et stratégies sanitaires (c'est-à-dire la santé de la femme et la santé maternelle) et l'action à ce niveau.	<ul style="list-style-type: none"> Dans le cadre du suivi de l'Atelier national sur la parité des sexes et les droits dans le domaine de la santé maternelle et génésique, tenu en novembre-décembre 2005 en Malaisie, un manuel de formation sur la parité des sexes et les droits en matière de santé maternelle et génésique, intitulé Gender and rights in reproductive and maternal health: Manual for a learning workshop a été élaboré et diffusé. Il a fait l'objet d'une campagne de promotion et a été traduit en chinois. Un atelier national sur la parité des sexes et les droits dans le domaine de la santé maternelle et génésique a été organisé à Malacca (Malaisie) du 7 au 13 juillet 2007, avec l'appui du Bureau régional et d'intervenants locaux, et en collaboration avec l'Institut de santé publique du Ministère de la santé. Il a réuni 34 prestataires de soins de santé du secteur public et des fonctionnaires du Ministère

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>de la santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un atelier national sur la parité des sexes et les droits dans le domaine de la santé maternelle et génésique s'est tenu à Beijing (China) du 11 au 16 novembre 2007. L'atelier a été organisé à l'initiative de l'École de santé publique du Centre de sciences de la santé de l'Université de Beijing, avec le concours de l'OMS. Au total, 38 personnes venues de 16 provinces chinoises y ont participé. • L'OMS a décerné le prix Villes-santé 2006 pour les bonnes pratiques à la ville de Kunshan, dans la province du Jiangsu (Chine), pour son action novatrice dans la lutte contre les violences fondées sur le sexe..
<p>3. Appui technique fourni aux Etats et à des organisations non gouvernementales pour donner aux femmes plus d'assurance et le pouvoir d'aller consulter les services de santé en engageant dans ce sens les familles et les communautés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités mise en oeuvre dans ce domaine se sont heurtées à des difficultés en raison du déficit de financement enregistré en début d'exercice et de l'arrivée très tardive des fonds au cours du dernier trimestre 2007.

18. Santé de l'enfant et de l'adolescent

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Des orientations et un soutien technique sont fournis pour une couverture plus large et une action intensifiée en vue d'améliorer la survie, la croissance et le développement des nouveau-nés et des enfants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La création de postes de durée déterminée au Bureau régional et dans les pays prioritaires est garante du maintien de la présence et de l'assistance technique de l'OMS dans les pays. • Un soutien a été fourni en vue d'étendre la couverture géographique de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). La Mongolie a maintenant étendu la PCIME à la totalité de son territoire national, tandis

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>que le Cambodge, Les Fidji et les Philippines l'ont étendue à plus de 50 % des districts ciblés. Dix autres Etats et Territoires (Chine, Kiribati, République démocratique populaire lao, Malaisie, Etats fédérés de Micronésie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Iles Salomon, Tuvalu, Vanuatu et Viet Nam) ont également entrepris d'étendre la couverture géographique de la PCIME et en sont à divers stades du processus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Cambodge, la Mongolie et la Papouasie-Nouvelle-Guinée ont intégré les soins néonataux à leurs directives nationales en matière de PCIME. La Chine et les Philippines ont entrepris de faire de même. • Huit pays (Cambodge, Chine, Fidji, République démocratique populaire lao, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines et Viet Nam) ont intégré l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant aux services de santé infantile. Un soutien a été fourni en vue de l'organisation d'une consultation technique sur la protection, l'encouragement et le soutien à l'allaitement maternel.
<p>2. Des stratégies et des efforts internationaux et nationaux coordonnés sont consentis pour atteindre des objectifs mondialement admis visant à améliorer la santé de l'enfant et de l'adolescent.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Stratégie régionale OMS/UNICEF pour la survie de l'enfant a été lancée avec succès, ce qui a conduit les différents acteurs concernés à porter plus d'attention à la question de la survie de l'enfant. L'augmentation des contributions volontaires mobilisées par les partenaires montre que la survie de l'enfant continuera de faire l'objet d'une attention prioritaire à l'avenir, tant à l'échelle régionale que nationale. • Le Cambodge a finalisé et chiffré son plan national pour la survie de l'enfant, qui prévoit de transposer à plus grande échelle 12 interventions dans les provinces prioritaires. Les Philippines ont élaboré et mis en oeuvre leur plan stratégique national pour la survie de l'enfant,

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>qui recense les régions devant faire l'objet d'interventions prioritaires. Le Viet Nam s'est également doté d'un plan d'action national pour la survie de l'enfant. La Chine a finalisé son évaluation nationale des stratégies de survie de la mère et de l'enfant, et a élaboré tout un ensemble d'interventions essentielles axées sur les soins de santé maternelle et infantile ; la République démocratique populaire lao a entrepris d'élaborer une stratégie intégrée pour la santé maternelle et infantile. La Papouasie-Nouvelle-Guinée s'est dotée d'une politique nationale de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et travaille actuellement à la finalisation de son plan national ; les Iles Salomon se sont attelées à la préparation d'un plan stratégique national pour la survie de l'enfant.</p> <ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="691 1093 1449 1328">• La poursuite du partenariat avec l'UNICEF et d'autres programmes œuvrant en faveur de la survie de l'enfant, et notamment de la Division chargée du développement des systèmes de santé, doit être encouragée, aux fins de la bonne mise en oeuvre de la Stratégie régionale.<li data-bbox="691 1346 1449 1630">• Le suivi des progrès réalisés en matière de survie de l'enfant doit s'effectuer de manière plus systématique conformément aux accords conclus dans le cadre de la consultation inter pays OMS/ UNICEF sur le suivi des progrès en matière de survie de l'enfant, organisée au cours du dernier trimestre 2007.<li data-bbox="691 1648 1449 1888">• La planification et le suivi des programmes devraient être mieux organisés au cours du prochain exercice biennal, une fois que les directives intégrées de gestion des programmes de santé infantile (<i>Programme Management Guidelines on Child Health</i>) auront été finalisées.

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>3. Un soutien technique est fourni en faveur de stratégies, de normes et de standards améliorés pour protéger les adolescents de la maladie ainsi que des comportements et des situations qui constituent un risque pour la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Le recrutement, pour un contrat de courte durée, d'un administrateur technique régional a permis d'appuyer pendant six mois les interventions axées sur la santé de l'adolescent. Lors d'une réunion de planification régionale sur la santé de l'enfant et de l'adolescent, les pays ont pris connaissance des priorités stratégiques en matière de santé de l'enfant et de l'adolescent, et notamment des outils et méthodes à utiliser à l'appui de la stratégie des « 4S » (information Stratégique, Services et produits, politique de Soutien fondé sur des bases factuelles et collaboration Sectorielle renforcée). Un atelier interrégional interprogrammes a été organisé en 2007 en vue de l'élaboration d'un mécanisme permettant d'établir des liens entre les services de prévention et de prise en charge des IST/du VIH et les services de santé génésique, maternelle et infantile. Un atelier interpays sur l'accélération des interventions visant à améliorer la santé sexuelle et génésique des jeunes a eu lieu en mars 2007.• La Mongolie et le Viet Nam ont participé, en novembre 2007, à une réunion visant à appliquer à la santé de l'adolescent les enseignements tirés en matière de programmation.• L'appui fourni à l'échelle régionale dans le domaine de la santé de l'adolescent et des jeunes sera renforcé dès que le poste d'administrateur technique pour la santé de l'adolescent aura été pourvu, soit au début de 2008.

19. Médicaments essentiels

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Soutien apporté aux Etats et Territoires pour élaborer, réviser, mettre en oeuvre et surveiller les politiques pharmaceutiques nationales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Six pays ont entrepris d'élaborer ou de réviser leurs politiques pharmaceutiques nationales à la lumière d'une évaluation complète du secteur pharmaceutique, en s'appuyant sur les outils et indicateurs normalisés de l'OMS (Brunéi Darussalam, Iles Cook, Fidji, Nioué, Samoa, Iles Salomon). Ils suivent également l'impact des politiques pharmaceutiques nationales sur l'accessibilité, la qualité et l'utilisation des médicaments.
<p>2. Soutien apporté aux Etats et Territoires pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels en utilisant la Stratégie régionale comme guide.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un nombre croissant de pays ont pris des mesures visant à améliorer l'accès aux médicaments essentiels en s'aidant de la Stratégie régionale pour un meilleur accès aux médicaments essentiels (2005–2010). Les pays sont désormais mieux au fait des questions concernant l'Accord sur les ADPIC et l'accès aux médicaments essentiels. Les Fidji, le Samoa et les Iles Salomon ont révisé leurs législations sur les brevets, en mettant l'accent sur l'application des mesures de sauvegarde énoncées dans l'Accord. Les Iles Cook, Fidji, la Mongolie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée et le Samoa ont entrepris un examen des financements et des dépenses dans le secteur pharmaceutique. Un nombre accru de pays ont réalisé des enquêtes sur les prix et mis en place des dispositifs de suivi.
<p>3. Soutien apporté aux Etats et Territoires pour renforcer la réglementation pharmaceutique et les systèmes d'assurance qualité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les pays sont relativement conscients des problèmes liés aux médicaments de contrefaçon et de mauvaise qualité. Les capacités en matière de lutte contre la contrefaçon de médicaments ont été renforcées, grâce à la mise en place du Système régional d'alerte rapide pour la lutte contre la contrefaçon de médicaments et au renforcement de la collaboration avec INTERPOL, les services de répression des fraudes, les douanes et les consommateurs.

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
4. Soutien apporté aux Etats et Territoires pour promouvoir un usage d'une bonne efficacité thérapeutique, sûr et d'un bon rapport coût-efficacité des médicaments par les fournisseurs et les consommateurs.	<ul style="list-style-type: none">• Le Cambodge, la Chine, la République démocratique populaire lao, la Mongolie et les Philippines se sont employés à promouvoir l'usage rationnel des médicaments et ont pour cela mis en oeuvre des activités de suivi, de formation et de planification dans les établissements de santé. Les pays ont renforcé les comités hospitaliers des médicaments et établi des directives thérapeutiques normalisées ainsi que des listes de médicaments essentiels.
5. Soutien apporté aux Etats et Territoires pour élaborer et mettre en oeuvre une politique nationale sur la médecine traditionnelle.	<ul style="list-style-type: none">• On a observé un intérêt accru pour la médecine traditionnelle dans nombre de pays. Un soutien a été fourni à quatre pays (Chine, Malaisie, République de Corée et Singapour) en vue de la révision de leurs politiques ou législations nationales sur la médecine traditionnelle, à la lumière de la Stratégie régionale pour la médecine traditionnelle dans le Pacifique occidental.• La Papouasie-Nouvelle-Guinée s'est dotée d'une politique nationale sur la médecine traditionnelle en mars 2007.
6. Soutien apporté aux Etats et Territoires pour améliorer leurs réglementations relatives aux médicaments à base de plantes.	<ul style="list-style-type: none">• Le Forum régional du Pacifique occidental pour l'harmonisation de la médecine par les plantes, en collaboration avec le Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, a poursuivi ses efforts d'amélioration de l'efficacité, de la qualité et de la sécurité sanitaire des plantes médicinales en Australie, en Chine, à Hong Kong (Chine), au Japon, en République de Corée, à Singapour et au Viet Nam.

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>7. Soutien apporté aux Etats et Territoires pour l'application de normes en matière de médecine traditionnelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Bureau régional a poursuivi ses efforts de normalisation de la médecine traditionnelle. • La Conférence sur l'élaboration d'une nomenclature standard internationale des points d'acupuncture, tenue en octobre 2006 à Tsukuba (Japon), a débouché sur l'adoption de normes relatives à l'emplacement des points d'acupuncture, ce qui devrait permettre d'asseoir sur des bases plus solides la recherche, les pratiques et la formation dans le domaine de l'acupuncture. • <i>La Terminologie internationale normalisée sur la médecine traditionnelle dans la Région du Pacifique occidental</i> a été publiée en juillet 2007. • Une version alpha de la Classification internationale de la médecine traditionnelle établie par le Bureau régional a été approuvée dans son principe et viendra s'ajouter aux autres classifications internationales de l'OMS dès 2007. • Une formule/modèle type pour l'élaboration de directives sur les pratiques cliniques de médecine traditionnelle fondées sur des bases factuelles a été établi en décembre 2007.

20. Technologies de la santé essentielles

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Appui à l'élaboration de services de transfusion sanguine coordonnés à l'échelle nationale et dotés d'un système de contrôle de la qualité dans tous les domaines.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'appui fourni par l'OMS a permis de mettre en oeuvre avec succès plusieurs initiatives de l'OMS comme le Programme de recrutement de donneurs de sang et le Programme de gestion de la qualité, destinés aux services de transfusion sanguine. L'OMS a appuyé les efforts déployés par les autorités nationales pour pérenniser les acquis obtenus à ce jour, aux fins du développement durable des services de transfusion sanguine.

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<ul style="list-style-type: none">• L'engagement vigoureux des Etats et Territoires membres et le sens de l'initiative dont ils ont fait preuve ont contribué aux avancées réalisées dans le domaine de la sécurité transfusionnelle.• Dans certains pays, pourtant dotés de politiques de sécurité transfusionnelle, les engagements pris au plus haut niveau ne sont pas suffisants, et les autorités nationales n'agissent pas de manière suffisamment responsable. On observe par ailleurs des inégalités en matière de développement des services de transfusion sanguine entre les zones urbaines et rurales.
2. Appui apporté pour améliorer l'accessibilité, la qualité et la sécurité des services diagnostiques et de laboratoire.	<ul style="list-style-type: none">• L'OMS a renforcé ses activités de coordination, de collaboration et de communication dans le domaine de l'appui aux services de laboratoire, et a joué un rôle accru dans la coordination des interventions des différents partenaires du développement désireux d'investir dans ce secteur.
3. Aide apportée pour assurer la sécurité des injections et la lutte contre les infections qui en découlent, dans le cadre de la prévention des infections transmises par le sang dans les établissements de santé.	<ul style="list-style-type: none">• Dans cinq pays (Cambodge, Chine, Kiribati, Mongolie et Philippines), les résultats suivants ont été obtenus :<ol style="list-style-type: none">1) évaluation de base des pratiques en matière de sécurité des injections ;2) formation de 130 formateurs à la conduite de discussions interactives et de 222 autres formateurs à l'application des précautions universelles ;3) réalisation et diffusion de six types de supports d'information, d'éducation et de communication ;4) organisation de 52 discussions interactives au cours desquelles les participants ont pu faire part de leurs impressions et formuler des recommandations en matière de pratiques d'injection. Les résultats des activités de suivi et d'évaluation ont mis en évidence une amélioration des pratiques d'injection dans les établissements de santé sélectionnés. Les discussions interactives ont également montré que les patients et les

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>médecins ont parfois des idées fausses quant à l'utilisation des médicaments injectables.</p> <ul style="list-style-type: none">• La sécurité des injections, la gestion des déchets hospitaliers et la lutte anti-infectieuse ont été intégrées aux activités des comités de lutte anti-infectieuse.• L'OMS a appuyé l'organisation de cours de formation de niveau provincial à la sécurité des injections et à la gestion des déchets hospitaliers.• Des dispositifs de suivi fondés sur l'organisation de visites de contrôle et l'établissement de listes de contrôle ont été mis en place.
4. Aide apportée dans l'utilisation du matériel et des supports de formation en vue de renforcer les compétences techniques du personnel des centres de santé de premier recours, pour qu'il suive les procédures d'urgence et utilise le matériel dans des conditions de sécurité.	<ul style="list-style-type: none">• Un chirurgien de Mongolie a suivi avec succès à Genève une formation aux procédures essentielles de soins chirurgicaux. A son retour en Mongolie, il a dirigé à son tour plusieurs cours de formation destinés à des agents de santé des <i>aimags</i>.
5. Aide apportée pour l'élaboration et l'application de directives, de normes et de politiques en vue de renforcer les systèmes de gestion et d'entretien du matériel médical.	<ul style="list-style-type: none">• Des directives et des supports de formation sur l'entretien des équipements médicaux ont été élaborés, et plusieurs techniciens en génie médical ont été formés.

Annexe 4

21. Politiques relatives au système de santé et prestation des services

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
1. Des orientations sont prêtes et un soutien technique est assuré pour améliorer, aux niveaux national et local, l'élaboration des politiques du secteur de la santé, la réglementation, la planification stratégique, la mise en oeuvre des réformes et la coordination interinstitutionnelle.	<ul style="list-style-type: none">L'OMS a pris part à toute une série d'activités conçues pour répondre aux besoins et aux demandes des pays, en fournissant une assistance technique et opérationnelle dans divers domaines : législation relative à la santé publique, harmonisation de la législation sur la santé publique et des prescriptions réglementaires internationales relatives à la santé, appui aux approches sectorielles et coordination des interventions des autres bailleurs de fonds, et préparation de notes d'orientation à l'appui de la prise de décision et de l'élaboration des politiques sanitaires.
2. Les Etats Membres et l'OMS ont tous deux renforcé leur aptitude à mieux soutenir le développement des systèmes de santé.	<ul style="list-style-type: none">Le Bureau régional du Pacifique occidental n'a pas de politique traitant spécifiquement de l'utilisation des notes d'information obtenues par l'intermédiaire d'internet et utilisées à des fins de concertation. L'échange avec les agents des bureaux de pays de l'OMS de documents Internet ou de courriers électroniques qui sont ensuite retransmis aux agents des administrations nationales est une pratique courante. Cinq agents de l'OMS ont pris part à des réunions internationales et 30 autres ont assisté à un atelier, en vue de la mise en oeuvre de la Stratégie de renforcement des systèmes de santé du Secrétariat de l'OMS dans le Pacifique occidental. Quatre pays (Cambodge, Chine, République démocratique populaire lao et Viet Nam) ont organisé des actions de formation en rapport avec ce résultat escompté.
3. Des orientations et un soutien technique sont fournis aux Etats et Territoires pour renforcer la fourniture de services de santé axée sur la qualité, l'équité et l'efficience.	<ul style="list-style-type: none">L'OMS a fourni un soutien à l'appui : d'initiatives axées sur l'assurance de la qualité ou l'amélioration de la qualité dans sept pays (Chine, République démocratique populaire lao, Malaisie, Etats fédérés de Micronésie, Mongolie, Samoa et Viet Nam) ; de projets pilotes d'amélioration de la gestion des services de santé dans

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>six pays (Chine, République démocratique populaire lao, Malaisie, Etats fédérés de Micronésie, Samoa et Viet Nam) ; et d'une évaluation complète de la santé maternelle et infantile en Mongolie. Ces activités ont été conçues en réponse aux demandes des pays et ont notamment porté sur l'application à titre pilote de méthodes intégrées de fourniture de soins de santé, un projet pilote de soins d'urgence et une évaluation de la santé maternelle et infantile.</p>

22. Elaboration de politiques pour la santé et le développement

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Pendant l'exercice, les Etats Membres ont accentué leur prise de conscience et renforcé leur capacité d'élaborer des politiques, des programmes et des interventions sanitaires plus équitables, favorables aux pauvres, sensibles aux différences hommes-femmes et basés sur une éthique des droits de l'homme.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un soutien a été fourni en vue de la sensibilisation et du renforcement des capacités des Etats Membres et des programmes techniques à élaborer des politiques, des programmes et des interventions sanitaires plus équitables, favorables aux pauvres, sensibles aux différences hommes-femmes et fondés sur une éthique des droits de l'homme, par le biais de toute une série d'activités portant notamment sur l'analyse des politiques, l'organisation de réunions et d'ateliers, la participation à des manifestations régionales et mondiales et la réalisation de profils nationaux, de publications et d'outils divers. Des efforts ont également été engagés à l'appui du renforcement des capacités nationales et de la cohérence des politiques commerciales et sanitaires, dans le cadre d'activités axées entre autres sur l'analyse des politiques, l'organisation de séminaires, d'ateliers et de voyages d'études et l'octroi de bourses. Des efforts ont été entrepris afin d'améliorer la base de connaissances relatives à l'équité en matière sanitaire grâce à des analyses et des publications, de renforcer la capacité des

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	pays et des programmes techniques à utiliser ces connaissances pour élaborer des politiques sanitaires visant à promouvoir l'accès équitable aux soins, et de mieux informer les administrations nationales des aspects des négociations en cours à l'Organisation mondiale du commerce qui touchent à la santé publique.

23. Financement de la santé et protection sociale

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
1. Mise à disposition et application de stratégies et d'options politiques permettant d'améliorer le financement des soins de santé et les mécanismes de protection sociale.	<ul style="list-style-type: none">• La Stratégie régionale de financement des soins de santé approuvée en septembre 2005 et la réunion interrégionale de l'OMS sur la mise en oeuvre de la stratégie, tenue en août 2006, ont eu des retombées très positives, dans la mesure où elles ont contribué à renforcer le dialogue sur les options envisageables en matière de financement des soins de santé et sur les politiques de protection sociale. Les participants des 11 pays de la Région du Pacifique occidental ayant pris part à cette réunion (Cambodge, Chine, Fidji, République démocratique populaire lao, Malaisie, Etats fédérés de Micronésie, Mongolie, Philippines, Samoa, Tonga et Viet Nam) ont tous contribué à ce succès. Les mesures prises à l'échelle nationale ont débouché sur l'élaboration de plusieurs solutions en matière de financement des soins de santé et sur l'amélioration des dispositifs de protection sanitaire et sociale, et ont permis de réduire, dans certains pays, les paiements directs versés par les usagers pour couvrir leurs dépenses de santé.

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>2. Mise à disposition et utilisation de données, d'informations, de bases factuelles et de connaissances sur le financement de la santé et la protection sociale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les capacités nationales ont été renforcées dans le cadre de diverses interventions engagées par l'OMS à l'échelle régionale et nationale. Les efforts visant à élaborer des mesures et des stratégies de financement de la santé et de protection sanitaire et sociale reposant sur des informations et des bases factuelles se sont intensifiés. Il faudra poursuivre ces efforts et prévoir de nouvelles interventions pour renforcer plus particulièrement les capacités des pays en transition et des pays insulaires du Pacifique.
<p>3. Accès accru aux cours et stages régionaux de formation sur le financement des soins de santé et l'assurance sanitaire et sociale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les publications, les notes d'orientation et les autres documents de référence de l'OMS traitant des principaux aspects du financement de la santé ont été favorablement accueillis dans la Région. Les Etats Membres sont conscients du rôle potentiel que l'OMS peut jouer dans l'amélioration du financement de la santé et de la protection sanitaire et sociale, et ont prié l'Organisation de poursuivre à tous les niveaux l'action d'importance majeure qu'elle mène dans ce domaine.
<p>4. Création d'un réseau informel de spécialistes nationaux des questions de financement des soins de santé et de protection sociale.</p>	<ul style="list-style-type: none"> La conférence internationale sur l'extension de la couverture d'assurance-maladie aux acteurs de l'économie informelle s'est tenue à Manille, et a débouché sur l'établissement de contacts informels entre des économistes spécialistes de la santé, asiatiques et africains. La réunion interrégionale de l'OMS sur la mise en oeuvre de la Stratégie régionale de financement des soins de santé, tenue en Mongolie, a contribué à l'extension de la communication entre experts de l'Europe, du Moyen-Orient, et des régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental de l'OMS.

Annexe 4

24 Ressources humaines pour la santé

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
1. Appui fourni aux Etats et Territoires en matière de recherche et d'analyse, d'élaboration de lignes directrices et d'outils de planification, d'utilisation et de gestion efficaces du personnel de santé.	<ul style="list-style-type: none">• L'OMS est venue en aide aux pays, et les activités prévues ont été mises en oeuvre. La Stratégie régionale relative aux ressources humaines pour la santé a servi de fil conducteur pour l'élaboration de stratégies et de plans nationaux en République démocratique populaire lao et à Vanuatu. Les représentants des personnels infirmiers ont approuvé des plans d'action opérationnels pour les agent infirmiers et obstétricaux dans le cadre de consultations régionales et sous-régionales. Un outil simplifié de prévision des besoins en personnel de santé est actuellement utilisé à titre pilote, et son utilisation pourrait être étendue à l'ensemble de la Région. Les responsables des pays insulaires du Pacifique ont approuvé le Code de bonne pratique sur le recrutement international de personnel de santé qualifié dans les pays insulaires du Pacifique. Des mesures s'imposent pour faciliter la mise en oeuvre de la Stratégie régionale, du Code de pratique et des plans d'action, et favoriser une communication et des échanges d'information réguliers entre les différents partenaires et intervenants concernés dans ce domaine particulièrement important.
2. Appui fourni en vue de renforcer les aptitudes de direction et de formulation de politiques et les capacités de recherche du personnel infirmier et d'autres professionnels de santé.	<ul style="list-style-type: none">• De réels progrès ont été accomplis au cours de l'exercice considéré. Des cours de formation à l'encadrement des professionnels de santé et du personnel infirmier ont été organisés en Chine, en Mongolie, dans les pays insulaires du Pacifique et au Viet Nam. Des consultations de haut niveau avec les pouvoirs publics et les divers acteurs et partenaires concernés ont été engagées afin de favoriser la planification, la gestion et l'évaluation concertée et efficace des ressources humaines pour la santé. Ces consultations ont débouché sur la mise en place d'un organisme de coordination de haut niveau en Mongolie et

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>de l'Alliance de l'Asie-Pacifique en faveur des ressources humaines pour la santé. Les échanges et les activités de planification en cours avec les partenaires et acteurs concernés se poursuivront.</p>
<p>3. Appui fourni en vue d'améliorer la qualité de l'éducation et de la formation des professionnels de santé et de renforcer les liens entre les principales parties prenantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Réseau océanien d'apprentissage ouvert continue de proposer des cours de formation en ligne et des cours alternant apprentissage en salle et à distance, des supports didactiques et des informations sanitaires aux professionnels de santé des pays insulaires du Pacifique. A ce jour, 18 centres de formation ont été créés dans 12 de ces pays (Iles Cook, Fidji, Kiribati, Iles Marshall, Etats fédérés de Micronésie, Nauru, Palau, Samoa, Iles Salomon, Tonga, Tuvalu et Vanuatu) et dispensent des cours de formation en santé visant à améliorer les compétences et les méthodes de travail des professionnels de santé. Toutefois, dans certains de ces centres, l'absence de coordonnateur du Réseau n'a pas permis de tirer le meilleur parti des ressources disponibles et a entravé la diffusion des informations relatives aux prochains cours de formation. Un appui a été fourni en vue de renforcer la qualité de la formation des professionnels de santé, et plus de 1000 agents et cadres de santé ont suivi une formation grâce à l'obtention de bourses au cours de l'exercice.
<p>4. Conseils techniques et appui au développement fournis aux programmes régionaux et nationaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les agents de l'OMS ont fourni un soutien technique aux pays à l'échelle régionale et nationale. L'Organisation a entrepris de renforcer ses capacités techniques à l'échelle nationale et s'efforce à cette fin de recruter des agents nationaux chargés de la valorisation des ressources humaines pour la santé, notamment au Cambodge et dans les pays insulaires du Pacifique.

Annexe 4

25. Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>1. Un soutien est assuré aux Etats et Territoires pour renforcer les SIS qui fournissent en temps voulu des données de qualité afin d'améliorer les bases factuelles de la politique de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Des plans de renforcement des systèmes d'information sanitaire ont été élaborés et mis en oeuvre au Cambodge, aux Fidji, en République démocratique populaire lao, en Mongolie, à Vanuatu et au Viet Nam.• Huit pays de la Région (Cambodge, Chine, Fidji, République démocratique populaire lao, Mongolie, Philippines, Tonga et Viet Nam) ont bénéficié de l'aide du Réseau de métrologie sanitaire au titre des deux premières phases.• Vingt-six Etats et Territoires utilisent la CIM-10 pour la transmission de leurs données statistiques sur la morbidité et la mortalité (Samoa américaines, Australie, Brunéi Darussalam, Chine, Iles Cook, Fidji, Polynésie française, Guam, Hong Kong (Chine), Japon, République de Corée, République démocratique populaire lao, Macao (Chine), Malaisie, Iles Marshall, Mongolie, Nouvelle-Calédonie, Nouvelle-Zélande, Iles Mariannes du Nord, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Samoa, Singapour, Tonga, Vanuatu et Viet Nam).• Trois pays (Cambodge, Etats fédérés de Micronésie et Iles Salomon) ont programmé l'utilisation de la CIM-10 dans leurs plans 2008–2010.
<p>2. L'information et les bases factuelles intégrées sont mieux utilisées dans l'évaluation de la santé, le contrôle de la performance, l'évaluation, et la formulation du plan de santé.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Des programmes d'enseignement, des modules de formation et des supports didactiques ont été réalisés en vue du cours de formation national à l'utilisation des statistiques sanitaires appliquées à la prise de décision. Des formateurs du Cambodge, de République démocratique populaire lao et du Viet Nam ont suivi cette formation. Le Cambodge et la République démocratique populaire lao ont reçu une aide en vue de l'organisation du cours.

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<ul style="list-style-type: none"> • Le Brunéi Darussalam, la Malaisie et le Viet Nam ont bénéficié d'un soutien en vue de l'élaboration de séries d'indicateurs et de données de base qui serviront au suivi de la situation sanitaire. • La base de données interactive du Bureau régional du Pacifique occidental, dans laquelle sont conservées les données tirées des Profils nationaux d'information sanitaire pour 2001, 2002, 2004, 2005 et 2006, de même que les données du PEV couvrant la période 1974-2006, a été rendue publique. • En 2007, en exercice de cartographie de la disponibilité des services de santé a été entreprise au Viet Nam. Il a permis de réunir un grand nombre de données qui ont mis en évidence la nécessité de redéployer les services de santé dans les zones les plus mal desservies.
<p>3. Un soutien est assuré pour l'amélioration de la coopération internationale en matière de recherche sur les systèmes de santé grâce aux réseaux installés et aux partenariats renforcés dans certains Etats et Territoires, y compris le Comité consultatif du Pacifique occidental sur la recherche en santé et les centres collaborateurs de l'OMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des améliorations rapides des systèmes nationaux de recherche en santé ont été observées dans les pays enregistrant une forte croissance économique, comme la Chine et la République de Corée, et les pays développés, notamment l'Australie, le Japon et la Nouvelle-Zélande. Les recherches sur les politiques sanitaires et les systèmes de santé s'effectuent pour l'essentiel dans le cadre de réseaux de chercheurs. L'OMS a concentré son aide sur les pays à revenus faibles ou intermédiaires, dont beaucoup enregistrent des progrès modestes (mais lents) dans l'amélioration de leurs systèmes nationaux de recherche en santé et obtiennent de meilleurs résultats.
<p>4. Un soutien est assuré à l'amélioration des mécanismes permettant d'utiliser les meilleures bases factuelles dans la prise de décisions relatives à la politique sanitaire et à</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le Comité consultatif régional de la recherche en santé s'emploie activement à suivre, promouvoir et encourager la recherche en santé dans la Région. Des conseils nationaux de recherche en santé ou des organismes apparentés sont désormais opérationnels dans la plupart des pays.

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
l'élaboration de systèmes de santé.	

26. Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
1. Renforcement des programmes nationaux pour la préparation et la réponse aux problèmes sanitaires liés aux situations d'urgence, aux catastrophes et aux crises, ainsi que pour l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques d'atténuation, de relèvement et de remise en état.	<ul style="list-style-type: none"> Des correspondants nationaux pour la préparation aux urgences sanitaires et les interventions d'urgence ont été désignés dans les pays prioritaires. Ils sont chargés d'aider les bureaux de pays à mieux se préparer à d'éventuelles urgences sanitaires et d'appuyer les activités de préparation et les opérations d'urgence. L'OMS a pu intervenir lors de récentes situations d'urgence avant même que les Etats concernés aient fait appel à l'aide internationale.
2. Apport d'un soutien aux Etats et Territoires pour le renforcement des capacités de préparation et de réponse de santé publique aux urgences sanitaires.	<ul style="list-style-type: none"> Si l'OMS est intervenue rapidement lors de crises récentes, il convient malgré tout de simplifier les procédures administratives en vigueur, afin de garantir des interventions rapides et efficaces en cas d'urgence sanitaire ou de catastrophe.
3. Apport d'un soutien visant à améliorer l'accès aux connaissances sur les pratiques de santé publique éprouvées par la diffusion de lignes directrices, de normes, de protocoles, de procédures opérationnelles types, d'outils et de matériel de référence.	<ul style="list-style-type: none"> Les procédures opérationnelles types établies par l'OMS lui permettent d'intervenir et de venir en aide aux Etats Membres plus rapidement. L'Organisation s'est employée à élaborer des directives régionales et des outils de référence pour faciliter la fourniture d'une assistance fondée sur de solides bases techniques aux pays confrontés à des situations d'urgence.
4. Renforcement des partenariats avec les organisations régionales et nationales compétentes.	<ul style="list-style-type: none"> En sa qualité d'organisme chef de file des interventions à caractère sanitaire, l'OMS a joué un rôle majeur en matière de coordination lors de crises récentes de grande ampleur. L'OMS a également organisé des réunions

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	nationales et régionales afin de renforcer la coordination en matière de préparation aux situations d'urgence et d'intervention.

27. Gestion du savoir et technologie de l'information

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
1. Création de produits d'information au plan mondial, régional et national et diffusion de ces derniers au format et dans la langue voulus.	<ul style="list-style-type: none"> La diffusion d'informations sur le site web du Bureau régional s'est améliorée grâce à l'utilisation d'un système de gestion du contenu, à l'adoption de nouvelles politiques et procédures de gestion du site web et au recrutement d'un coordonnateur à plein temps qui a pour tâche de coordonner les activités du personnel chargé d'actualiser le site dans chaque unité. Ces améliorations se sont traduites par une augmentation du nombre de visiteurs qui consultent désormais le site.
2. Mise à disposition d'un index Medicus et d'une liste de revues spécialisées de la Région grâce à une plate forme et à un réseau de bibliothèques.	<ul style="list-style-type: none"> L'Index Medicus de la Région du Pacifique occidental simplifie l'accès aux informations sanitaires communiquées par les pays membres, et notamment aux articles publiés dans des revues médicales locales qui ne figurent pas dans les index internationaux.
3. Appui fourni aux systèmes d'information nationaux, régionaux et mondiaux ainsi qu'à leurs utilisateurs en vue d'améliorer les résultats dans la Région du Pacifique occidental.	<ul style="list-style-type: none"> Le Système d'information régional a été amélioré et transféré sur une plate-forme unique fonctionnant via une instance unique, ce qui rend désormais inutile l'échange de données entre les bureaux de pays et le Bureau régional. Le système permet au personnel d'obtenir des informations actualisées sur la situation sanitaire de la Région et des données en temps réel.
4. Exploitation efficace des ressources de l'initiative HINARI (Interréseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches) par les utilisateurs agréés.	<ul style="list-style-type: none"> Des cours de formation à l'utilisation de l'interréseau ont été organisés en Papouasie-Nouvelle-Guinée en août 2000 en Mongolie, en octobre 2006 et au Cambodge, en République populaire démocratique lao et au Viet Nam en 2007. Les participants ont jugé la

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	formation très utiles, et ont fait bénéficier leurs collègues des connaissances qu'ils ont acquises.
5. Garantie d'un accès fiable et approprié aux systèmes de technologie de l'information et au contenu de l'information offerte aux agents du Bureau régional et des bureaux de pays.	<ul style="list-style-type: none"> Avec l'élaboration et la mise en oeuvre, dans l'ensemble des bureaux de pays, de la Stratégie pour les technologies de l'information et de la communication, la Région dispose désormais d'une infrastructure uniforme, « de l'ordinateur à l'utilisateur final ». Cette évolution a permis d'accroître la mobilité du personnel et le soutien apporté à la Région. Le Bureau régional est désormais prêt pour le Système de gestion mondial.
6. Appui et développement continus des systèmes de TIC et de leurs applications afin de répondre aux exigences liées à l'activité de l'Organisation.	<ul style="list-style-type: none"> La technologie SharePoint permet au personnel de se procurer et d'échanger plus facilement des documents. Grâce à l'intégration des systèmes régionaux d'information sur l'intranet, les utilisateurs peuvent désormais avoir accès à l'ensemble des informations disponibles par le biais d'un seul portail, en utilisant le même nom d'utilisateur et le même mot de passe.

28. Relations extérieures

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
1. Un soutien est fourni afin de renforcer la collaboration, la coordination et la communication avec les institutions des Nations Unies, d'autres organes gouvernementaux et intergouvernementaux, des organisations de la société civile, des organisations non gouvernementales, le secteur privé et d'autres organismes	<ul style="list-style-type: none"> Le Bureau régional du Pacifique occidental a travaillé en étroite collaboration avec les Nations Unies, des organisations intergouvernementales et gouvernementales et des organismes non gouvernementaux dans le cadre de programmes importants axés sur la santé. Au total, 36 protocoles d'accord ou accords ont été conclus avec 13 institutions spécialisées des Nations Unies et organisations intergouvernementales et 15 fondations et ONG. Les difficultés rencontrées portaient notamment sur les aspects suivants : 1) absence de directives claires du Siège quant à la façon dont les Représentants de l'OMS

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
<p>partenaires à l'appui de programmes plus focalisés et plus cohérents aux niveaux de la Région et des pays.</p>	<p>et les Chargés de liaison dans les pays peuvent travailler de manière efficace avec les équipes des Nations Unies à l'échelle nationale ; 2) absence de plan d'action concret à long terme assorti des ressources nécessaires pour assurer la mise en oeuvre concertée des activités convenues.</p>
<p>2 Un soutien est fourni afin de faciliter les contributions volontaires au titre du budget programme 2006–2007.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Région a accompli des progrès satisfaisants en matière de mobilisation des ressources grâce aux efforts vigoureux du personnel, tant à l'échelle régionale que nationale. Le montant total des contributions volontaires versées au titre de l'exercice considéré s'élève à plus de 130 millions de dollars, soit une progression de 38 % par rapport à l'exercice précédent. • Les difficultés rencontrées portaient notamment sur les aspects suivants : 1) dans la plupart des cas, les ressources versées à titre volontaire ont été mobilisées au cas par cas, et leur utilisation était le plus souvent assortie de conditions précises fixées par les bailleur de fonds ; 2) compte tenu de la politique de l'OMS sur les relations avec le secteur industriel, il n'a pas été possible de faire appel à des bailleurs de fonds du secteur privé ; 3) les contributions volontaires ont été consacrées à plus de 75 % aux programmes de lutte contre les maladies transmissibles. Il convient de mobiliser des fonds supplémentaires aux fins de programmes moins attractifs mais néanmoins importants, en renforçant le dialogue entre l'OMS et les grands bailleurs de fonds qui appuient son action à l'échelle mondiale..
<p>3 Le public est plus sensibilisé aux problèmes de santé importants, particulièrement au sein de la Région, grâce à une meilleure diffusion de l'information.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le chargé de l'information du public a déjà établi de bonnes relations de travail avec les médias, et l'unité s'emploie maintenant à entretenir ces bonnes relations, afin que les programmes menés par l'OMS dans la Région soient traités avec justesse et bénéficient d'une large couverture médiatique. Ainsi, le chargé de l'information du public, en collaboration avec l'unité

Annexe 4

Résultats régionaux escomptés	Résultats obtenus tels que mesurés par les indicateurs
	<p>Maladies transmissibles : surveillance et action et le personnel de Siège, a organisé plusieurs ateliers et diverses activités interactives qui ont permis à l’OMS et aux professionnels des médias de mettre en commun leurs connaissances et leur expérience dans le domaine de la santé publique et du traitement de l’information. Par la suite, d’autres ateliers de ce type ont été organisés à l’intention des agents des ministères de la santé chargés de la communication et de l’information, qui jouent également un rôle majeur en matière de diffusion de l’information.</p>