

Rapport sur les résultats de l'OMS
Budget programme 2018-2019



Jouer un rôle moteur pour améliorer l'impact dans tous les pays



Tableau en couverture

« Les agents de santé au service des objectifs du triple milliard ». Œuvre peinte par les délégués à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, sous la supervision de l'artiste. Elle illustre le rôle central joué par les agents de santé dans la mise en œuvre du treizième programme général de travail de l'OMS pour promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables.

Chaque panneau correspond à l'un des objectifs du triple milliard.

Dairo Vargas est un artiste contemporain qui se passionne pour les soins de santé. Il s'implique dans l'amélioration de la santé et du bien-être mental par l'intermédiaire d'initiatives mondiales ainsi que d'actions caritatives et communautaires locales.

Crédits photographiques, dans l'ordre d'apparition :

Avant-propos du Directeur général

OMS/C. Black

Résumé d'orientation

iStock

Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire

Getty Images
OMS/B. Sensasi
Getty Images
OMS/A. Zhumaliev
OMS/L. Mackenzie
OMS/C. Black
OMS/L. Mackenzie
OMS/L. Mackenzie
OMS/S. Hasan

Systèmes de santé

OMS/O. Bakano
OMS/G. Hampton

Éradication de la poliomyélite et transition pour la poliomyélite

OMS/A. Khan
Bureau de l'OMS au Bangladesh/A. Bhatiasevi
OMS/J. Swan
OMS/T. Hongisto

Maladies transmissibles

Bureau régional OMS de l'Afrique
Siège de l'OMS
OMS/V. Sokhin
OMS/F. Combrink
Bureau de l'OMS au Bangladesh
OMS/E. Longarini
Bureau régional OMS des Amériques

Maladies non transmissibles

Bureau régional OMS de l'Europe
OMS/D. Rodriguez

Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie

OMS/Y. Shimizu
OMS/E. Martino
Hôpital provincial d'Houaphanh/D^r S. Douangsouvanh
Bureau de l'OMS en Afghanistan
OMS/M. Villa Monge
OMS/E. Matevžič
Bureau régional OMS de l'Afrique

Leadership et fonctions d'appui

Business Wire
Bureau régional OMS de l'Afrique
PNUD

Conception et mise en page : **Studio FFOG**
Couverture et infographies : **Blossom**
Production du rapport coordonnée par **BOS/PRP**
(Siège de l'OMS)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL



RÉSUMÉ D'ORIENTATION



SYNTHÈSE DE L'EXÉCUTION DU BUDGET



PROGRAMME DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE



SYSTÈMES DE SANTÉ



ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE ET TRANSITION POUR LA POLIOMYÉLITE



MALADIES TRANSMISSIBLES



MALADIES NON TRANSMISSIBLES



PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE



LEADERSHIP ET FONCTIONS D'APPUI





AVANT-PROPOS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL



Au moment où j'écris ces lignes, le monde est aux prises avec la pandémie de COVID-19, qui ne montre aucun signe de fléchissement. En moins de cinq mois, plus de 4 millions de personnes ont été infectées et près de 300 000 personnes ont perdu la vie, des chiffres qui ne cessent de progresser. Ce nouveau virus a causé de terribles pertes en vies humaines et en moyens de subsistance, partout dans le monde, profitant des failles des systèmes de santé et exacerbant les inégalités. Ses conséquences politiques, économiques et sociales seront ressenties pendant encore des années.

D'ores et déjà, des campagnes de vaccination contre la poliomyélite, la rougeole, le choléra et d'autres maladies à prévention vaccinale ont été suspendues et les résultats durement acquis contre le VIH, le paludisme et la tuberculose sont menacés. Le nombre total de décès dus aux perturbations que la pandémie de COVID-19 a entraînées pour la santé publique pourrait être plusieurs fois supérieur à la mortalité directe de la maladie.

Cette pandémie illustre de façon saisissante les liens vitaux qui unissent les activités menées par l'OMS pour chacune des cibles du triple milliard : préparation et riposte aux situations d'urgence, couverture sanitaire universelle et amélioration de la santé des populations. Comme la COVID-19 nous le rappelle, les domaines d'action de l'Organisation sont interdépendants ; aucun d'eux ne peut exister sans les autres.

Ce rapport sur les résultats présente le travail essentiel que nous accomplissons et montre comment, même quand nous agissons face à un événement de santé publique ou à une crise, nous nous efforçons aussi de répondre aux besoins de santé des populations, de renforcer les systèmes et de prévoir l'inattendu.

Alors que la pandémie domine l'actualité, il est facile d'oublier que l'OMS pare simultanément à de nombreuses autres menaces, anciennes et nouvelles.

Parallèlement à la riposte engagée face à cette pandémie, il faut aussi nous préparer à la prochaine. Le moment est venu de jeter les bases de systèmes plus solides et plus résilients et ce dans le monde entier.

Cette pandémie nous rappelle avec force qu'il est urgent d'investir durablement dans les agents de santé et les systèmes de santé, qui sont les meilleurs moyens de défense contre les crises sanitaires, qu'il s'agisse des crises à grande échelle comme de celles auxquelles des millions de personnes sont confrontées chaque jour au niveau individuel.

La santé est un choix politique. Nous sommes confrontés à des menaces communes et il est de notre responsabilité conjointe d'agir. S'il y a bien une leçon à retenir de la pandémie de COVID-19, c'est qu'investir maintenant permettra demain d'économiser de l'argent et surtout de sauver des vies.

L'OMS s'engage non seulement à fédérer les pays pour mettre un terme à cette pandémie, mais aussi à bâtir un monde plus sain, plus sûr et plus juste, pour tous et partout.

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

JOUER UN RÔLE MOTEUR POUR AMÉLIORER L'IMPACT DANS TOUS LES PAYS

Soixante-dix ans exactement après la création de l'OMS, en réponse aux évolutions du paysage sanitaire mondial qui caractérisent le XXI^e siècle, l'Organisation a mené une transformation qui s'est étendue à l'ensemble des six bureaux régionaux et à ses 149 bureaux de terrain. En 2019, elle a adopté une nouvelle stratégie, une nouvelle mission et de nouvelles priorités et cibles afin d'atteindre un objectif global : améliorer l'impact dans tous les pays.

Le **treizième programme général de travail, 2019-2023** (treizième PGT), présente ce que le monde attend de l'OMS en résumant ainsi sa mission : promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale, servir les populations vulnérables.

L'impact dans les pays est le critère central pour mesurer le succès de cette nouvelle stratégie fondée sur les données. Les cibles ambitieuses du « triple milliard », en adéquation avec les objectifs de développement durable, s'articulent autour de trois priorités stratégiques :

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

Le treizième PGT met aussi l'accent sur plusieurs réorientations stratégiques consistant à accroître le leadership, à axer les biens publics mondiaux sur l'impact dans les pays et à appliquer une approche intégrée évitant les cloisonnements entre les programmes.

Même si les résultats présentés dans ce rapport correspondent aux engagements pris pour la période biennale 2018-2019 dans le précédent plan stratégique – lequel précisait les modalités de planification et de budgétisation des activités –, le présent rapport examine les réalisations de l'OMS et les défis auxquels elle est confrontée sous le prisme de la nouvelle stratégie. Cela nous aidera à déterminer le chemin parcouru vers les nouvelles cibles du triple milliard.

De nombreux exemples illustrent la contribution des activités menées à long terme par l'OMS pour améliorer l'impact dans chaque pays. L'Organisation intervient dans tous les pays, indifféremment de leur taille, y compris dans les États fragiles ou en proie à des conflits. Son action englobe l'ensemble des maladies et des problèmes de santé, et l'Organisation est au service de tous, des jeunes aussi bien que des personnes âgées.

Ce rapport présente les résultats d'un processus ascendant (c'est-à-dire partant des pays) pour suivre les progrès et rendre compte des succès obtenus et des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du budget programme 2018-2019, avant la crise causée par la flambée épidémique de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19).

Le défi qui nous attend est immense, mais le monde est mieux placé que jamais pour affronter cette crise de santé publique sans précédent. L'OMS continuera d'orienter l'action des pays en vue de vaincre la COVID-19, mais aussi d'améliorer les tendances générales des enjeux de santé planétaires et de bâtir un monde plus sain, plus sûr et plus juste pour tous.

FAIRE EN SORTE QUE 1 MILLIARD DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES BÉNÉFICIENT DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

L'OMS a transformé la définition de la couverture sanitaire universelle, envisagée comme un mouvement et non plus comme un objectif, faisant valoir qu'elle est un impératif sur le plan de la sécurité et aux niveaux moral et économique. Un accès insuffisant à des soins abordables nourrit la pauvreté et entrave la croissance économique tandis que des systèmes de santé fragiles sont une faille qui pourrait favoriser la propagation des maladies.

Le leadership de l'OMS dans ce domaine a été à l'origine de premières historiques. Ainsi, en 2019 à l'Assemblée générale des Nations Unies, les pays ont approuvé une déclaration politique incluant des engagements complets pour la santé. Pour la première fois également, l'OMS a plaidé pour une meilleure prise en compte de cette dimension au Sommet du G20, tenu à Osaka en juin 2019, et à l'Assemblée de l'Union interparlementaire, organisée à Belgrade en octobre 2019.

Plusieurs pays ont progressé sur la voie de la couverture sanitaire universelle grâce au soutien et aux compétences apportés par l'OMS. La Grèce, l'Inde et le Kenya ont mis en place des programmes ambitieux pour élargir la couverture, tandis que la Chine, l'Égypte et les Philippines ont pris des dispositions législatives majeures pour promouvoir la couverture sanitaire universelle et que le Gouvernement ukrainien a augmenté sa contribution au financement des soins de santé primaires.

Même si l'accès aux services de santé s'est amélioré, le monde est encore bien loin d'avoir atteint la cible de 1 milliard et, d'après les données du *Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019*, publié par l'OMS, la protection financière s'est détériorée. En 2015, 930 millions de personnes vivaient dans un ménage consacrant au moins 10 % de ses ressources à la santé et ce chiffre continue d'augmenter. Face à ce constat, l'OMS a créé un programme spécial sur les soins de santé primaires et élargi l'assise du soutien qu'elle apporte aux pays.

La disponibilité de médicaments accessibles et abordables est un pilier de la couverture sanitaire universelle auquel l'OMS contribue par la préqualification. Dans la période 2018-2019, l'OMS a préqualifié 213 produits, dont certains pourraient jouer un rôle pionnier et changer la donne, tel un médicament biosimilaire salvateur contre le cancer du sein, un vaccin anti-Ebola crucial pour la riposte et une insuline biosimilaire destinée aux diabétiques.

La très forte baisse du prix des antiviraux, à laquelle l'OMS a contribué, a amélioré l'accessibilité économique des médicaments contre l'hépatite B et C pour de nombreuses personnes et augmenté le nombre de pays mobilisés dans l'élimination de l'hépatite B tout en permettant à des pays tels que la Chine d'inclure ces produits à la couverture sanitaire universelle. Un programme pilote pour le premier vaccin antipaludique au monde pourrait sauver la vie de nombreux enfants à l'avenir ; quelque 200 000 enfants ont maintenant été vaccinés au Ghana, au Kenya et au Malawi.



L'accès à des services de santé essentiels de qualité est un élément central pour réduire la mortalité de la mère et de l'enfant, laquelle a fortement reculé depuis 2000 du fait notamment de l'augmentation de la part des accouchements en établissement de santé et de la volonté politique plus forte des dirigeants. L'amélioration de la couverture et de l'accès ont également aidé plusieurs pays (Égypte, Ghana, Iran (République islamique d'), Kiribati, Mexique, Népal et Yémen) à atteindre les objectifs d'élimination d'une maladie tropicale négligée dans la période 2018-2019. La Malaisie, les Maldives et Sri Lanka ont également éliminé la transmission de la mère à l'enfant du VIH et de la syphilis congénitale.

Beaucoup reste à faire pour étendre encore la couverture et mettre fin aux principales épidémies de maladies transmissibles. Des avancées ont été récemment obtenues, notamment la généralisation de l'autodépistage du VIH, une couverture plus élevée que jamais du traitement de la tuberculose, l'extension du traitement curatif de l'hépatite C aux pays à revenu faible ou intermédiaire, et la fourniture à 1 milliard de personnes du traitement contre au moins une maladie tropicale négligée ; cependant, il demeure formidablement difficile d'atteindre les poches isolées de manière à ne laisser personne de côté. Même si 116 millions d'enfants supplémentaires ont reçu un ensemble de vaccins de base en 2018, les cibles mondiales fixées d'élimination de la rougeole, de la rubéole et du tétanos maternel et néonatal ne seront vraisemblablement pas atteintes d'ici à la fin de l'année 2020.

Des progrès majeurs ont été faits pour renforcer la capacité à intégrer des interventions contre les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires, en particulier celles ciblant l'hypertension, les cardiopathies et le cancer de l'enfant ou visant à améliorer la santé mentale. Grâce à l'extension des interventions HEARTS, plus de 700 000 personnes reçoivent désormais un traitement contre l'hypertension. Cependant, ces avancées restent insuffisantes pour atteindre les cibles et la prévalence du diabète, du surpoids et de l'obésité continue d'augmenter.

FAIRE EN SORTE QUE 1 MILLIARD DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES SOIENT MIEUX PROTÉGÉES FACE AUX SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

Dans la période 2018-2019, pour préserver la sécurité mondiale, l'OMS a combattu des épidémies et répondu aux besoins de santé lors de crises humanitaires, notamment lors de catastrophes naturelles et de conflits tels que ceux qui ont traversé le Mozambique, la République arabe syrienne ou le Yémen. Dans le domaine des situations d'urgence, l'Organisation a récemment recentré son approche sur le terrain et elle est intervenue directement face à des crises complexes.

L'OMS mène également une action de détection, d'évaluation, de communication, de prévention et de préparation pour ce qui concerne les urgences de santé publique. Dans la période 2018-2019, elle a identifié chaque mois des milliers de menaces potentielles pour la santé publique (« signaux »). Parmi elles, plus de 980 (dans 140 pays) ont été considérées comme des situations d'urgence et plusieurs ont fait l'objet d'interventions le cas échéant.

Suite à l'épidémie de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo, l'OMS a coordonné une intervention complexe d'envergure massive entravée par les violences, les mouvements de population et un manque criant d'établissements de santé. Après 18 mois, la République démocratique du Congo est parvenue à ramener à zéro le nombre de nouveaux cas. Des milliers d'intervenants en première ligne ont pris des risques considérables pour vaincre le virus, comme d'autres le font aujourd'hui pour combattre la COVID-19. Cinq de ceux qui travaillaient pour l'OMS ont perdu la vie.

Les craintes de voir la maladie se propager aux pays voisins ne se sont jamais concrétisées. Des mesures de préparation fortes ont permis d'endiguer le virus en Ouganda, pour un coût de US \$18 millions, ce qui est peu au regard du coût total de la riposte (US \$1 milliard).

Comme l'a montré la pandémie de COVID-19, une épidémie peut mettre un pays à genoux, en particulier si son système de santé est peu résilient. Face à une flambée, bien trop souvent, le monde réagit par la panique au lieu de prendre les devants. L'investissement dans la préparation sauve des vies et permet d'économiser de l'argent.

En novembre 2019, le Conseil mondial de suivi de la préparation a publié son premier rapport, dans lequel il avertissait que le monde était dangereusement impréparé face à la « menace (...) bien réelle de voir un agent pathogène respiratoire entraîner la propagation rapide d'une pandémie à forte mortalité » – un risque toujours manifeste. Ratifié il y a 15 ans, le Règlement sanitaire international (2005) n'a jamais été aussi pertinent. Le monde doit redoubler d'efforts pour se préparer aux pandémies en appliquant pleinement les dispositions de cet instrument. Or, de nombreux pays doivent encore renforcer leurs principales capacités de prévention et de détection des menaces et de riposte. Dans la période 2018-2019, l'OMS a achevé sa centième évaluation extérieure conjointe (un exercice de préparation mené dans les pays). Le Règlement sanitaire international (2005) constitue le seul cadre international juridiquement contraignant pour se protéger contre la propagation internationale des maladies et y riposter.

Grâce à des mesures de prévention efficaces, certaines crises ont été maîtrisées avant de commencer à dominer l'actualité. Le nombre de cas a chuté dans d'importants foyers de choléra en Somalie, au Soudan du Sud et au Yémen. Au niveau mondial, le nombre de cas de cette maladie a reculé de 60 % en 2018 grâce à la livraison de 18 millions de doses de vaccin. Une vaccination massive a protégé 100 millions de personnes contre la fièvre jaune en 2018-2019. Quelque 500 millions de personnes ont également été vaccinées contre la grippe saisonnière en 2019.

Pour certaines maladies, les programmes de vaccination doivent être renforcés. Ainsi, de nombreuses flambées épidémiques de rougeole ont éclaté ces deux dernières années. L'éradication de la poliomyélite s'est également heurtée à des obstacles : en 2019, 175 cas de poliovirus sauvage ont été détectés en Afghanistan et au Pakistan, ce qui est le chiffre le plus élevé depuis 2014.



FAIRE EN SORTE QUE 1 MILLIARD DE PERSONNES SUPPLÉMENTAIRES BÉNÉFICIENT D'UN MEILLEUR ÉTAT DE SANTÉ ET D'UN PLUS GRAND BIEN-ÊTRE

L'OMS défend une démarche qui soit centrée sur la promotion de la santé et ne se limite pas au traitement des maladies, en particulier dans son action pour les populations vulnérables. Cela suppose d'aller au-delà d'une conception biomédicale de la santé pour déterminer les causes profondes des résultats sanitaires, notamment les déterminants tels que l'équité, le genre, les droits, l'éducation et l'environnement. Comme celles-ci ne résident pas seulement dans le secteur de la santé, une collaboration multisectorielle est nécessaire pour s'y atteler.

Plus les sociétés ont une bonne hygiène, sont sûres et fournissent un appui solide, plus les populations sont en bonne santé. Le leadership de l'OMS a permis d'obtenir l'engagement politique des pays à appliquer les lignes directrices de l'OMS en matière de qualité de l'air, à agir face aux changements climatiques et à améliorer la santé. Au Sommet Action climat des Nations Unies en 2019, 50 pays (représentant plus de 1 milliard de personnes) ont répondu à l'appel de l'OMS à offrir un air pur aux citoyens d'ici à 2030 en s'engageant à mettre en œuvre les recommandations de l'Organisation. Le nombre de villes effectuant un suivi des mesures de la qualité de l'air au moyen de la base de données de l'OMS a quadruplé depuis 2011, pour atteindre 4300 en 2018. Trente pays ont déjà réalisé des avancées majeures au regard de leurs engagements à améliorer l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH) dans les établissements de santé.

Depuis sa ratification il y a 15 ans, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac a permis de protéger toujours plus de personnes contre les méfaits du tabac. Aujourd'hui, les deux tiers environ de la population mondiale sont couverts par au moins une mesure de lutte antitabac du dispositif MPOWER.

L'OMS et l'International Food and Beverage Association ont conclu un accord historique dans lequel elles s'engagent à éliminer les acides gras trans de l'alimentation mondiale d'ici à 2023. Cinquante-quatre pays ont mis en place une législation visant à éliminer les acides gras trans industriels de la production alimentaire en appliquant les mesures du programme REPLACE. Avec l'appui de l'OMS, 60 pays appliquent désormais une taxe sur les boissons sucrées.

Un nouvel outil a été lancé pour analyser les forces et les faiblesses des systèmes nationaux de sécurité sanitaire des aliments et déterminer les interventions prioritaires en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). L'OMS a également collaboré avec la FAO et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) dans le cadre d'un accord tripartite pour renforcer l'action contre la résistance aux antimicrobiens. Des alliances avec la société civile et d'autres partenaires ont aussi contribué à améliorer la sécurité routière au Chili, au Kazakhstan, en Malaisie, en Slovaquie et à la Trinité-et-Tobago.

La promotion de la santé et du bien-être est cependant bien loin de bénéficier de l'attention et des investissements qu'elle mérite compte tenu de son influence sur la morbidité et la mortalité. Même si l'OMS peut se targuer d'un solide bilan en matière de promotion de la santé et de prévention, elle commence aujourd'hui seulement à renforcer sa stratégie pour inscrire l'action sur ces déterminants de la santé dans le cadre du treizième PGT.

DONNER À L'OMS LES MOYENS DE MIEUX SERVIR LES PAYS

Compte tenu des mutations qu'a connues le champ de la santé mondiale au cours des deux dernières décennies, l'OMS est bien consciente qu'elle doit être agile, novatrice, réactive et adaptée aux besoins du XXI^e siècle. Sous l'impulsion du Directeur général, avec l'appui des Directeurs régionaux, l'OMS a fait mieux entendre sa voix, plaidant en faveur d'avancées plus rapides pour les grands enjeux sanitaires. Elle a mené une action diplomatique au plus haut niveau, dans des cercles où elle était jusqu'alors absente, à l'échelle nationale et mondiale, et dans des organes politiques internationaux et régionaux comme le G20, le G7 et l'Union africaine, ce qui s'est traduit par des engagements concrets pour les programmes sanitaires dans le secteur de la santé et au-delà.

L'OMS trouve des moyens novateurs de collaborer avec les secteurs autres que celui de la santé et de nouer des partenariats. Au titre du Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous, elle s'est associée à 11 autres institutions sanitaires mondiales en vue d'harmoniser et de mieux cibler l'appui apporté aux pays. Des partenariats sanitaires novateurs ont élargi sa sphère d'influence : ainsi, elle a collaboré avec la FIFA sur des projets ciblant les enfants et les jeunes adultes, et avec Google pour mettre au point GoogleFit, une application de suivi de l'activité physique.

À l'ère des fausses nouvelles et de la désinformation, il n'a jamais été aussi important de s'appuyer sur la science et sur les données pour agir face aux problèmes appelant une attention urgente, comme la COVID-19.

La nouvelle Division des sciences au Siège traduit l'engagement de l'OMS à être aux avant-postes dans le domaine scientifique et à produire des normes et des critères qui fassent référence au niveau mondial et soient fondés sur les données factuelles. La pandémie de COVID-19 illustre le rôle central que la Division des sciences pourrait jouer dans une riposte scientifique à la crise. La nouvelle Division Données, analyse et résultologie du Siège et les structures correspondantes des bureaux régionaux montrent que l'OMS met résolument l'accent sur l'obtention d'impacts et sur la capacité à mesurer ceux-ci au moyen de nouveaux instruments, le cadre de résultats et le système de mesure.

L'OMS a mis au point des outils de gestion numérique efficaces en appui à l'action d'urgence, notamment l'outil Go.Data d'enquête sur les flambées épidémiques, la plateforme e-SPAR pour aider les pays à établir leurs rapports annuels au titre du Règlement sanitaire international (2005) et EMS2, un système de flux d'information.

Afin de mieux soutenir les pays, les processus ont été refondus et l'accent a été mis sur l'impact obtenu au moyen des biens de santé publique mondiaux, au titre du premier examen jamais mené de la capacité des ressources humaines à s'acquitter de leur mission, examen dont le but était d'améliorer l'adéquation des personnels de l'OMS au niveau national.

L'appui aux pays est au cœur des priorités de l'OMS et le restera sur la longue route qui reste à parcourir dans la lutte contre la COVID-19. Aucun pays ne peut résoudre cette crise seul et l'OMS continuera de faire profiter les pays de ses données d'expérience, des compétences de ses experts, de ses ressources et de son soutien technique. Grâce à la solidarité entre les nations du monde entier, nous parviendrons à vaincre ce virus.



LE **BUDGET PROGRAMME 2018-2019** ÉTAIT LE DERNIER ET LE PLUS **CONSÉQUENT** DES TROIS BUDGETS PROGRAMMES (2014-2019) COUVERTS PAR LE DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL, 2014-2019

SYNTHÈSE DE L'EXÉCUTION DU BUDGET

Le budget programme 2018-2019 était le dernier et le plus conséquent des trois budgets programmes (2014-2019) couverts par le douzième programme général de travail, 2014-2019. Le budget programme approuvé par l'Assemblée de la Santé pour l'exercice 2018-2019 s'élevait au total à US \$4,422 milliards et comportait deux segments distincts :

US \$3,4 MILLIARDS



Budget de base

US \$1,02 MILLIARD



Éradication de la poliomyélite ; Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales ; et Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine

Par rapport aux deux premiers budgets programmes couverts par le douzième programme général de travail, le budget programme approuvé pour l'exercice 2018-2019 :

- était le plus élevé ;
- ne prévoyait pas de montant budgétisé pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises et les opérations susceptibles d'être portées à une plus grande échelle ;
- intégrait pleinement le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire dans le segment de base.

Compte tenu de l'ensemble des segments opérationnels du budget programme 2018-2019 (base, éradication de la poliomyélite, programmes spéciaux, et interventions en cas d'épidémies ou de crises et opérations susceptibles d'être portées à une plus grande échelle), la valeur des programmes mis en œuvre par l'OMS est supérieure à US \$5,3 milliards. Si l'on considère l'évolution globale au cours de la période couverte par le douzième programme général de travail, le financement et l'exécution du budget programme 2018-2019 étaient les plus élevés en valeur absolue parmi les trois exercices biennaux (Figure 1).

Au cours de l'exercice 2018-2019, la mise en œuvre des programmes de base représentait 57 % de l'exécution. Le segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises et opérations susceptibles d'être portées à une plus grande échelle, qui représentait 22 % de l'exécution, correspondait au deuxième niveau d'opération le plus important, tandis que le segment Éradication de la poliomyélite représentait 19 % de l'exécution et le segment Programmes spéciaux 2 % seulement de l'exécution (Figure 2). Dans la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale, les segments Interventions en cas d'épidémies ou de crises et opérations susceptibles d'être portées à une plus grande échelle et Éradication de la poliomyélite représentaient plus de 50 % de l'exécution et en représentaient 77 % dans la Région de la Méditerranée orientale. Il est donc apparu clairement que l'absence de segment budgétaire approuvé pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises et opérations susceptibles d'être portées à une plus grande échelle en 2018-2019 avait entraîné une sous-représentation d'environ 20 % du niveau d'activité de l'OMS par rapport au budget approuvé. Comme indiqué dans la résolution WHA72.1 (2019) de l'Assemblée de la Santé, le budget programme 2020-2021 comprendra un budget estimé pour le segment Plans d'action humanitaires et autres appels.



LA VALEUR DES PROGRAMMES MIS EN ŒUVRE PAR L'OMS **EST SUPÉRIEURE À US \$5,3 MILLIARDS**

FIGURE 1. EXÉCUTION DES BUDGETS PROGRAMMES COUVERTS PAR LE DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL, PAR EXERCICE BIENNAL (EN MILLIONS DE US \$)

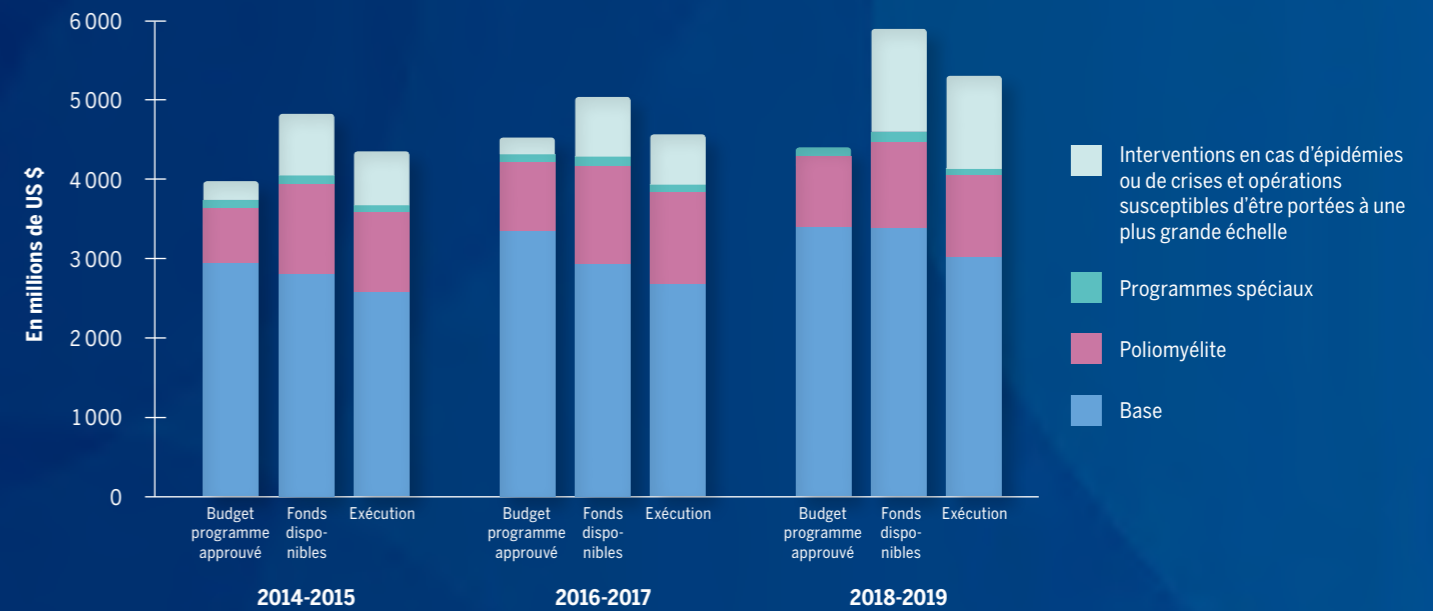


FIGURE 2. EXÉCUTION DU BUDGET PROGRAMME 2018-2019, PAR SEGMENT (EN MILLIONS DE US \$)

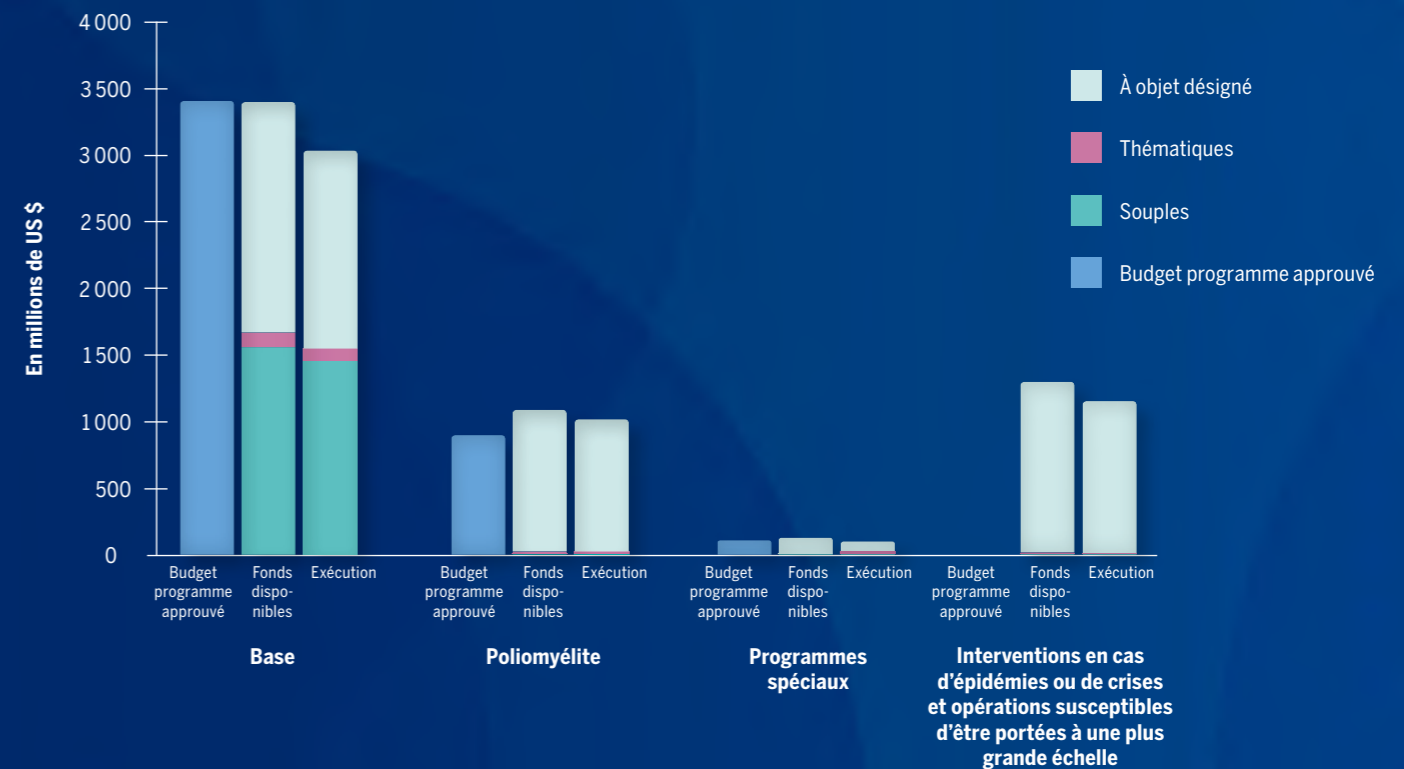
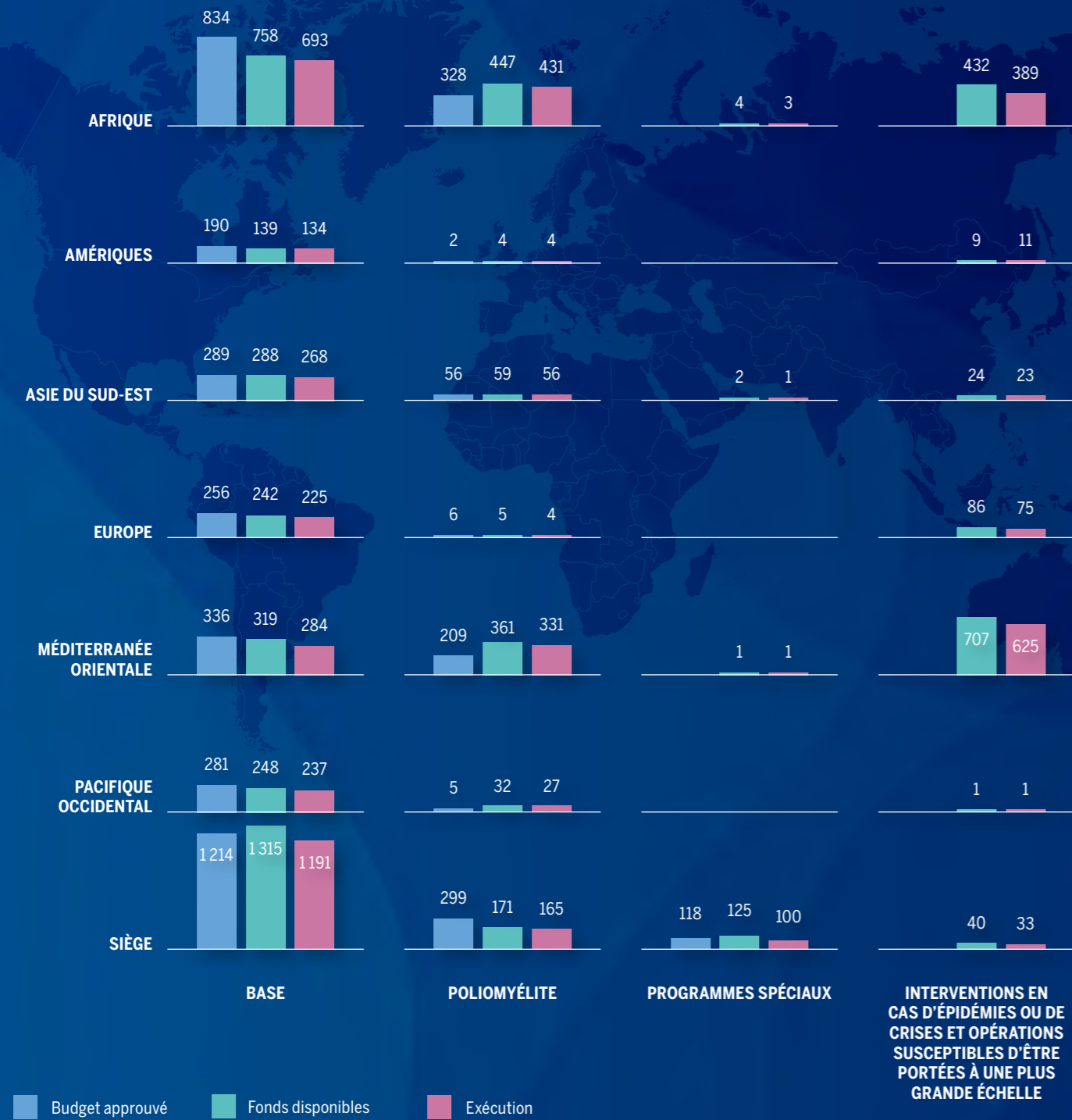


FIGURE 3. MISE EN APPLICATION DU BUDGET PROGRAMME 2018-2019, PAR GRAND BUREAU (EN MILLIONS DE US \$)



* Différence de US \$1,3 million par rapport aux états financiers vérifiés (A73/25) en raison de la correction manuelle d'une dépense négative.

Le budget programme approuvé pour 2018-2019 était presque totalement financé dans les grands bureaux, sauf le Bureau régional des Amériques,¹ et c'est dans la Région européenne que le taux de financement était le plus bas, avec 94 % (Figure 3). Par ailleurs, le niveau de financement des différents bureaux était étroitement aligné. L'exécution du budget programme approuvé était également bien alignée entre les différents bureaux, à l'exception du Bureau régional des Amériques, et dans tous les cas, le niveau d'exécution était plus élevé en 2018-2019 qu'en 2016-2017. L'utilisation des fonds disponibles était supérieure à 90 % dans tous les grands bureaux sans exception.



SI ON CONSIDÈRE LA PÉRIODE COUVERTE PAR LE DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL, LE FINANCEMENT DE L'OMS ÉTAIT À SON PLUS HAUT NIVEAU AU COURS DE L'EXERCICE 2018-2019

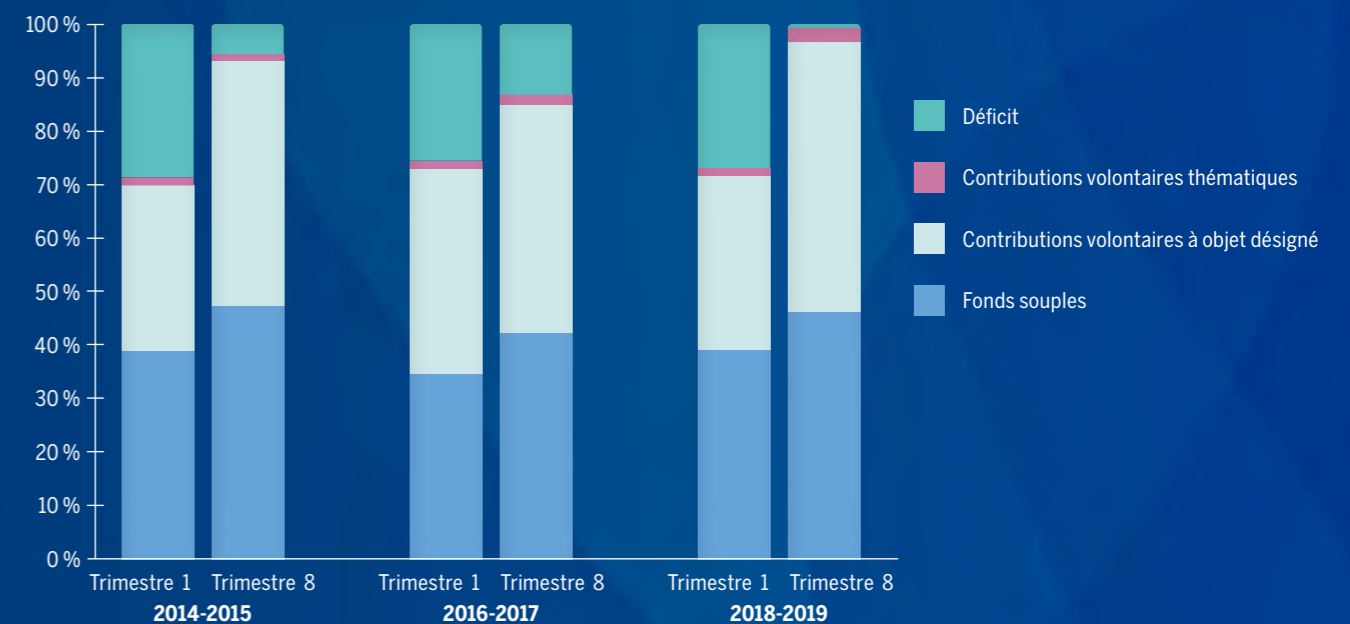
Si on considère la période couverte par le douzième programme général de travail, le financement de l'OMS était à son plus haut niveau au cours de l'exercice 2018-2019 en ce qui concerne le budget programme approuvé et le segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises et opérations susceptibles d'être portées à une plus grande échelle (Figure 4). Le budget de base était financé à 49 % par des fonds institutionnels souples² et par des contributions volontaires thématiques (fonds à objet désigné à un haut niveau destinés à des domaines prioritaires, à l'intérieur desquels la marge de manœuvre pour l'allocation des fonds selon les besoins est toutefois considérable³) et à 51 % par des contributions volontaires à objet désigné. L'Organisation a aussi bénéficié en 2018-2019 d'une augmentation de 3 % des contributions fixées par rapport aux exercices précédents, conformément à la résolution WHA70.5 (2017). En outre, le niveau absolu de fonds thématiques a été multiplié par près de 2,5 par rapport à 2014-2015.

¹ Le Bureau régional OMS des Amériques n'est pas financé selon les mêmes modalités que les autres bureaux régionaux. En effet, les ressources des autres bureaux régionaux sont mobilisées à l'échelle mondiale ou par les bureaux régionaux et les bureaux de pays tandis que les ressources du Bureau régional des Amériques sont entièrement mobilisées au niveau mondial.

² Contributions fixées, contributions volontaires de base et dépenses d'appui aux programmes.

³ Désignés comme contributions volontaires de base dans les états financiers vérifiés (document A73/25).

FIGURE 4. POURCENTAGE DU BUDGET PROGRAMME FINANCÉ AU COURS DES TROIS EXERCICES BIENNAUX, PAR FONDS ET PAR TYPE, AU DÉBUT ET À LA FIN DE L'EXERCICE



Le flux de financement a été réparti de façon plus égale au cours de l'exercice 2018-2019 si l'on compare les premier et huitième trimestres de l'exercice. Tout au long de l'exercice, l'augmentation des contributions volontaires à objet désigné et thématiques a permis de financer environ 90 % du budget de base à la fin de la première année et de financer totalement le budget à la fin de l'exercice. En 2018-2019, l'augmentation du niveau des contributions fixées et du financement thématique et l'amélioration de la prévisibilité et du flux de financement ont été des facteurs importants qui ont donné à la direction de l'OMS la marge de manœuvre dont elle avait besoin pour mieux aligner les ressources et des résultats du budget programme, et lui a permis de disposer de plus de ressources et d'une meilleure organisation, grâce auxquelles l'exécution du budget a pu être plus complète et mieux alignée.

Les fonds institutionnels souples représentent une source importante de financement qui permet à l'OMS de couvrir les coûts de personnel et d'assurer les activités essentielles dans le cadre du budget programme approuvé. Le Secrétariat a continué à appliquer le principe de l'allocation stratégique des fonds souples pour que le financement des secteurs de programme dans toutes les catégories au niveau des grands bureaux soit plus équitable. Par conséquent, on a constaté en 2018-2019 que, parmi les catégories techniques, les catégories Maladies non transmissibles et Promouvoir la santé à toutes étapes de la vie, ainsi que le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire dépendaient davantage de fonds souples (Figure 5). Ceci a prouvé que l'Organisation tenait à soutenir les efforts déployés dans ces domaines importants, pour lesquels les contributions volontaires à objet désigné n'étaient pas suffisantes. D'autre part, la catégorie Maladies transmissibles est celle qui a reçu le moins de fonds souples, car le niveau des contributions volontaires était suffisant.

FIGURE 5. RÉPARTITION DES TYPES DE FONDS DANS LE FINANCEMENT DU BUDGET PROGRAMME 2018-2019, PAR CATÉGORIE (EN POURCENTAGE)

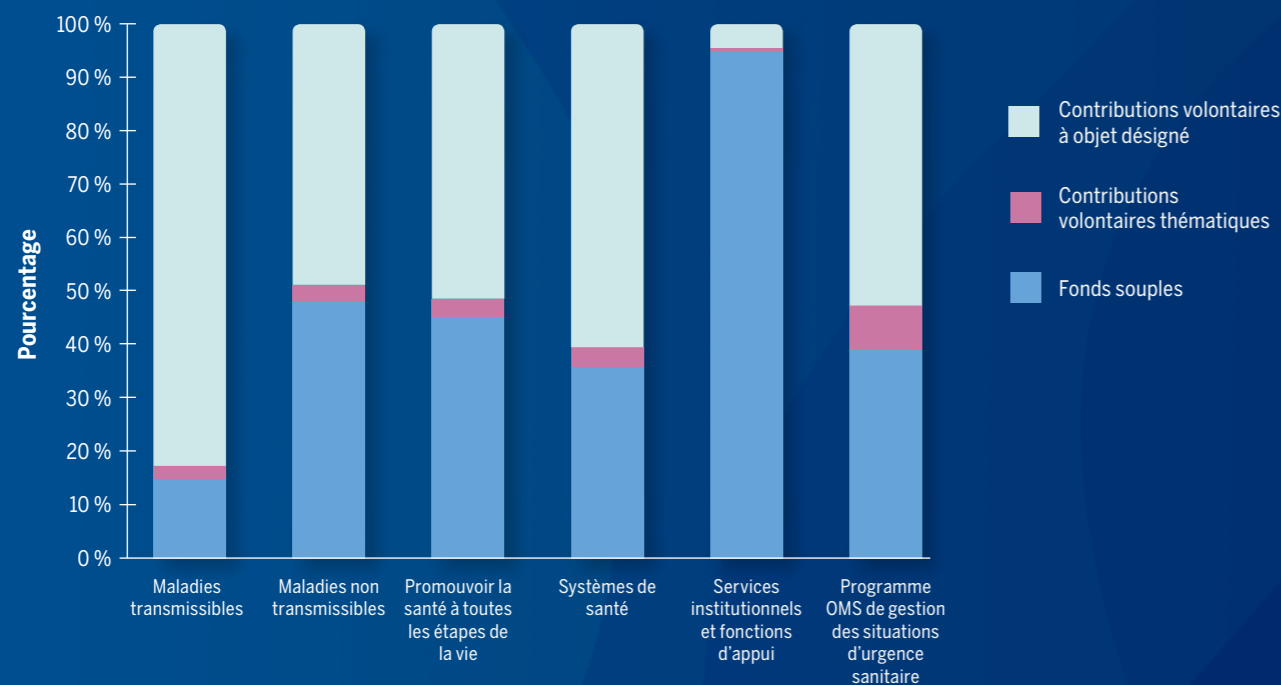
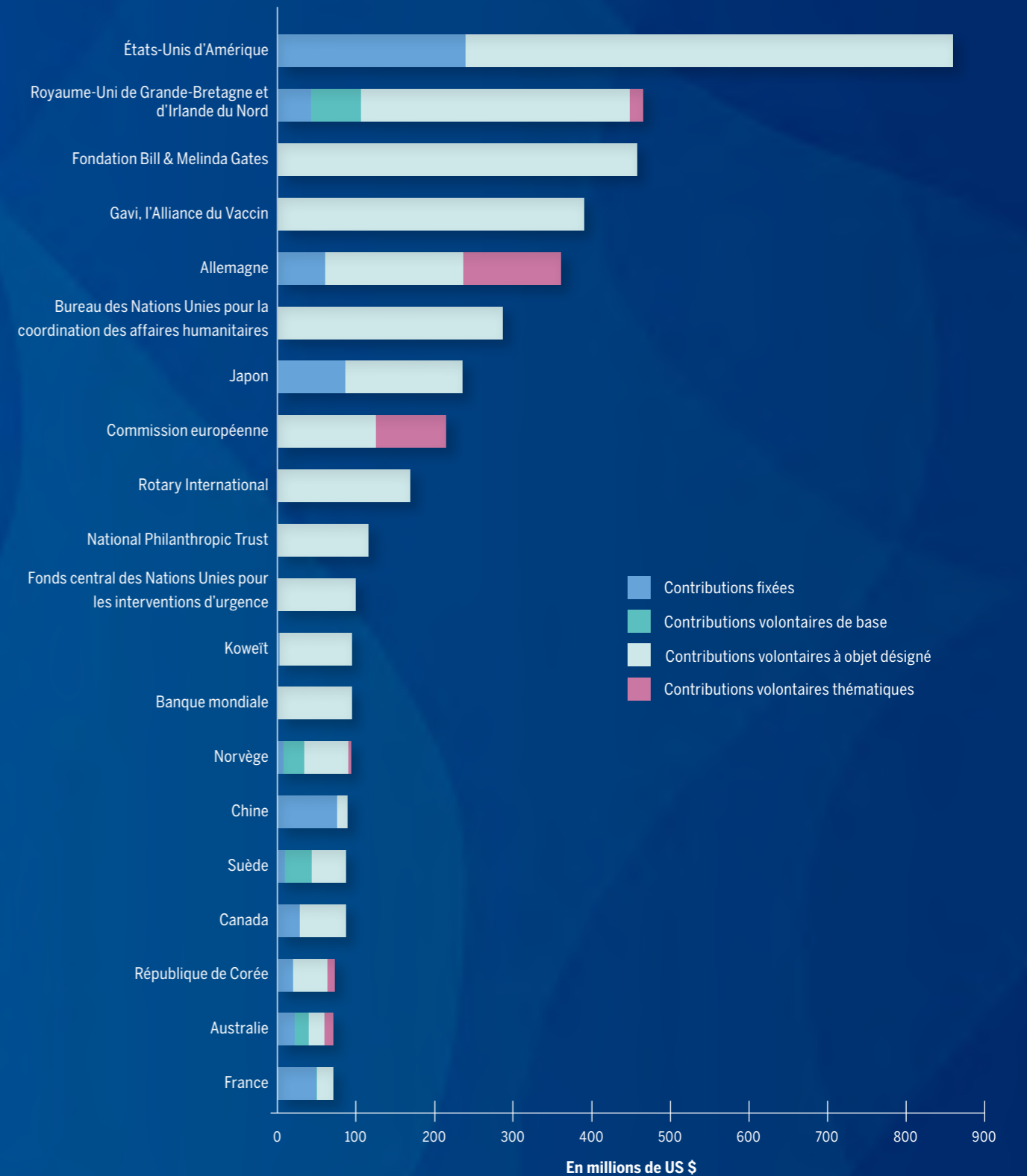


FIGURE 6. LES 20 PREMIERS CONTRIBUTEURS AU BUDGET PROGRAMME 2018-2019 (EN MILLIONS DE US \$)



D'OÙ VIENT LE FINANCEMENT DE L'OMS ?

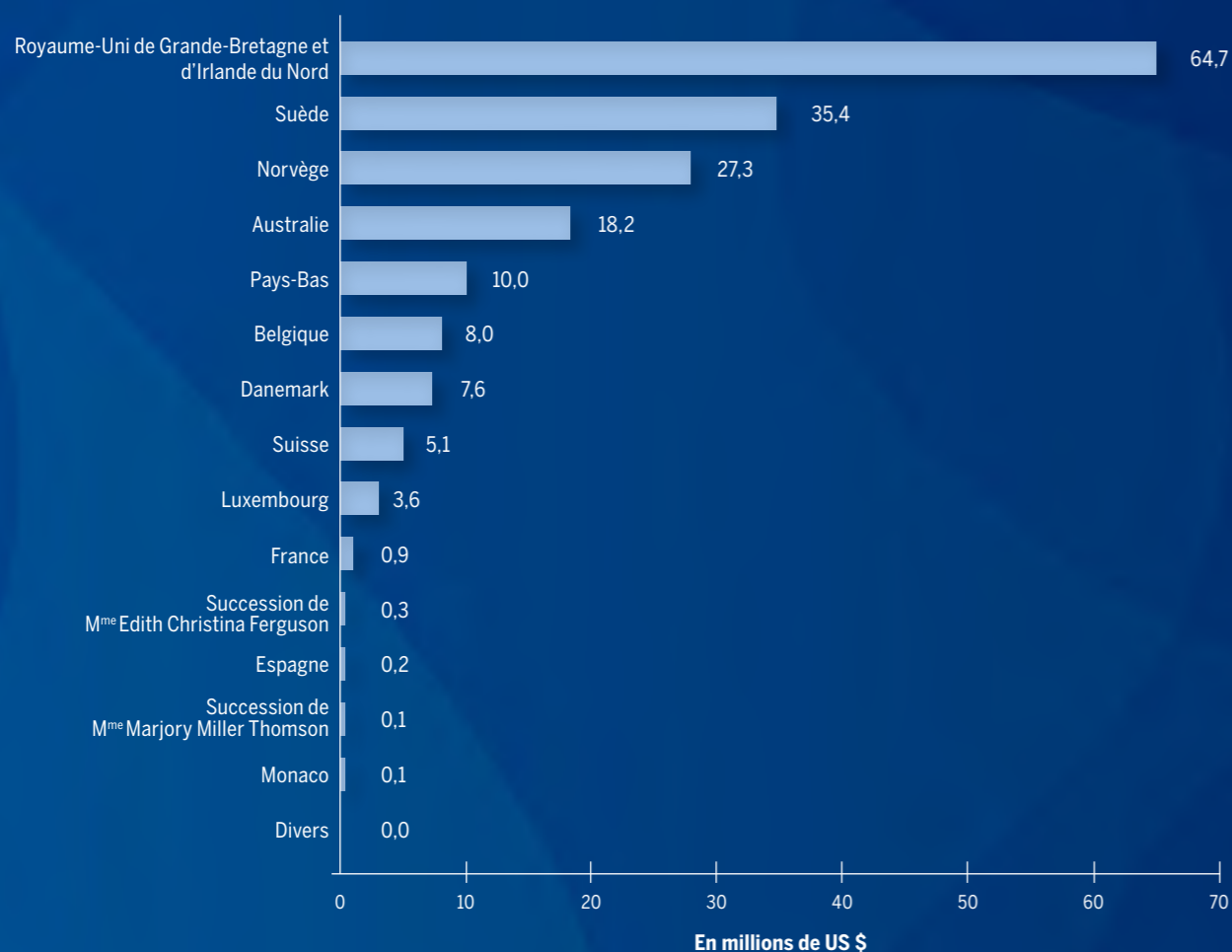
Il existe deux sources principales de financement du budget programme : les contributions volontaires et les fonds souples, qui comprennent les contributions fixées, les dépenses d'appui aux programmes et les contributions volontaires de base. Les 20 premiers contributeurs, dont les contributions représentent 77 % du total des produits pour 2018-2019, sont présentés à la Figure 6. Les donateurs sont, pour l'essentiel, les mêmes que pour l'exercice précédent, à l'exception du Koweït.

Cependant, le classement des donateurs a changé par rapport à 2018-2019 et la composition du financement a évolué, avec une augmentation notable des contributions volontaires thématiques. Les états financiers vérifiés⁴ comportent des analyses détaillées des produits de l'OMS pour 2019 ; le portail Web de l'OMS sur le budget programme⁵ donne des informations détaillées sur les contributeurs et les flux financiers, de chaque contribution aux résultats.

⁴ A73/25.

⁵ <http://open.who.int/2018-19/home>.

FIGURE 7. CONTRIBUTEURS AU COMPTE DES CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES DE BASE POUR LE BUDGET PROGRAMME 2018-2019 (EN MILLIONS DE US \$)



Sur le financement total provenant des contributions volontaires pour 2018-2019, US \$181,5 millions correspondent au compte des contributions volontaires de base, dont la Figure 7 récapitule le financement par les donateurs. Le financement de ce compte a augmenté de US \$33,5 millions, soit de 23 %, au cours de cet exercice, car plusieurs contributeurs

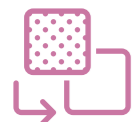
importants y ont contribué davantage. Les contributions volontaires de base et les contributions volontaires thématiques sont une source importante de financement souple, qui permet à l'Organisation de poursuivre ses efforts en vue d'améliorer l'équilibre du financement des résultats du budget programme.

En somme, au cours de l'exercice 2018-2019, grâce au soutien de ses donateurs, l'OMS a réussi à mieux aligner ses ressources dans les catégories et les grands bureaux et à mieux financer et exécuter le budget programme. De nombreux changements structurels ont permis de rendre l'exécution du budget plus efficace, par exemple la meilleure qualité et la meilleure prévisibilité des ressources, largement dues au développement du financement thématique ; l'attention croissante prêtée à la répartition et à l'utilisation des fonds à l'échelle mondiale ; et l'importance accordée à l'allocation stratégique des ressources. Cependant, beaucoup de problèmes demeurent :

- Le financement et l'exécution de l'intégralité du budget approuvé dans certaines catégories, dans certains grands bureaux, ont montré que les niveaux budgétaires, s'ils n'étaient pas ajustés, offriraient peu de souplesse pour répondre à des besoins nouveaux ou des priorités nouvelles à l'avenir.
- Bien que le financement des catégories historiquement sous-financées, comme celle des maladies non transmissibles, se soit amélioré en 2018-2019 et que les niveaux de financement et d'exécution dans les secteurs de programme de ces catégories aient été mieux alignés, les efforts devront être poursuivis pour que cette tendance se confirme.
- Il faut continuer à tendre vers une répartition plus équitable des fonds entre les grands bureaux. Le Siège reste le grand bureau le mieux financé, notamment dans le segment de base. Il faut mettre en place des mécanismes pour que les contributions volontaires mobilisées au niveau mondial soient réparties équitablement et en temps voulu entre les grands bureaux. On pourra ainsi rediriger les fonds souples vers les domaines les moins bien financés.
- Plusieurs domaines techniques dépendent toujours fortement du financement institutionnel souple. Tant que cette dépendance persistera dans un contexte où le financement souple est limité, il y aura des disparités de financement à un niveau inférieur, par exemple entre les produits et les centres budgétaires.
- Un déficit important potentiel pour les activités d'éradication de la poliomyélite en 2020-2021 pourrait nécessiter d'avancer le transfert dans le budget de base de l'OMS des fonctions de santé publique essentielles financées dans le cadre du programme de lutte contre la poliomyélite et donc de puiser sur les ressources souples limitées de l'Organisation.



AU COURS DE L'EXERCICE 2018-2019, GRÂCE AU SOUTIEN DE SES DONATEURS, L'OMS A RÉUSSI À MIEUX ALIGNER SES RESSOURCES DANS LES CATÉGORIES ET LES GRANDS BUREAUX ET À MIEUX FINANCER ET EXÉCUTER LE BUDGET PROGRAMME



LA TRANSPARENCE A ÉTÉ ESSENTIELLE POUR TISSER DES LIENS DE CONFIANCE AVEC LES ÉTATS MEMBRES ET LES AUTRES DONATEURS. LE PORTAIL WEB DE L'OMS SUR LE BUDGET PROGRAMME DONNE EN PERMANENCE DES INFORMATIONS DÉTAILLÉES SUR LES ACTIVITÉS, LE FINANCEMENT ET L'AVANCEMENT DE LA MISE EN ŒUVRE POUR L'ENSEMBLE DU BUDGET PROGRAMME. VOIR : [HTTP://OPEN.WHO.INT/2020-21/HOME](http://open.who.int/2020-21/home)

Grâce à l'expérience acquise au cours de l'exercice 2018-2019, plusieurs solutions ont été trouvées pour résoudre ces difficultés et en tirer des enseignements à l'avenir. Ce travail n'est pas encore achevé mais les principales idées qui ont été avancées à ce jour sont les suivantes :

- Dans le treizième programme général de travail et le budget programme 2020-2021, l'OMS a abandonné les résultats par maladie au profit d'une structure de résultats intégrée. On espère que ce sera l'un des éléments qui permettront d'accroître la planification transversale et l'alignement du budget et des ressources, c'est-à-dire de mieux exploiter les budgets sous-utilisés ou les secteurs de programme surfinancés pour atteindre des objectifs communs.
- Les structures organisationnelles, notamment au Siège, ont été ajustées pour favoriser une gestion plus souple des ressources afin d'obtenir des résultats transversaux et interprogrammatiques.
- La Stratégie de mobilisation des ressources, présentée au Conseil exécutif en janvier 2020,⁶ vise à renforcer l'approche adoptée par l'OMS pour mobiliser des ressources, qui est essentielle si l'Organisation veut s'acquitter de son mandat et atteindre ses objectifs. L'un des grands objectifs de la stratégie est d'améliorer la qualité du financement que l'OMS reçoit. En 2019, l'accent a été beaucoup plus mis sur la souplesse et la prévisibilité et sur le financement thématique et stratégique. L'augmentation du financement thématique en 2018-2019 a été un bon signe précoce à cet égard.
- Une approche plus centralisée de la gestion des subventions institutionnelles est actuellement mise en place afin que soit appliquée une méthode plus cohérente de gestion du cycle des subventions dans l'Organisation – de la conception à l'achèvement – pour améliorer encore la crédibilité, la transparence et l'efficacité de l'OMS.
- Dans les Régions et au Siège, la direction participera plus activement à la détermination des allocations budgétaires à tous les niveaux et pour l'ensemble des priorités stratégiques jusqu'aux produits. Ceci a pour but d'assurer une répartition plus équitable et plus rapide des fonds, suivant les besoins qui auront été déterminés et sur la base du principe d'allocation stratégique des ressources.
- Dans le cadre des activités de transition pour la poliomyélite, une interaction plus intégrée entre les programmes de base et le programme d'éradication de la poliomyélite est favorisée afin que tous les éléments sur lesquels l'OMS devra progresser dans le cadre de ses activités essentielles à l'avenir soient pris en compte de manière plus stratégique.

Enfin, il est à noter que la transparence a été essentielle pour tisser des liens de confiance avec les États Membres et les autres donateurs. Ceci s'est traduit par une amélioration du niveau de financement du budget programme. L'OMS a continué à donner plus de précisions sur son portail consacré au budget programme.⁷ Par ce moyen et grâce à d'autres instruments de notification, elle a pu faire connaître ses activités à plus grande échelle et ainsi renforcer sa visibilité, sa redevabilité et sa crédibilité.

⁶ Document EB146/29.

⁷ <http://open.who.int/2018-19/home>.

PROGRAMME DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE



CHOLÉRA :

20,8 millions de doses de vaccin anticholérique oral expédiées à 10 pays



LE NOMBRE DE CAS DE CHOLÉRA A DIMINUÉ DE 60 % EN 2018

(notamment en Haïti, en Somalie et en République démocratique du Congo)



1 ÉTAT PARTIE SUR 3

a des capacités de prévention et de riposte limitées



45 ÉTATS PARTIES ont signalé qu'ils ne disposaient d'**AUCUN MÉCANISME NATIONAL** pour financer l'application du Règlement sanitaire international (RSI)



MALADIE À VIRUS EBOLA :

300 000 personnes vaccinées dans le cadre des opérations de riposte en République démocratique du Congo



PLUS AUCUN CAS DE MALADIE À VIRUS EBOLA après 18 mois d'intervention

200M

Chaque année, **PLUS DE 200 MILLIONS DE PERSONNES** sont touchées par des situations d'urgence



50 % SEULEMENT DES ÉTATS PARTIES avaient des « capacités de préparation opérationnelle » leur permettant **D'INTERVENIR EFFICACEMENT** en cas de situation d'urgence



FIÈVRE JAUNE :

108 millions de personnes vaccinées



L'OMS est intervenue dans **55 SITUATIONS D'URGENCE** dans plus de **44 PAYS** et territoires en 2019



« Chaque crise sanitaire exige une intervention de toute la société, y compris de tous les partenaires. Ensemble, et en exploitant nos différents atouts, nous pouvons sauver des vies et préserver la sécurité sanitaire. »

DR^{RE} MATSHIDISO REBECCA MOETI
Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique



Budget programme approuvé :
US \$554 millions



Fonds disponibles :
US \$456 millions
(82 % du budget programme)



Dépenses :
US \$423 millions
(76 % du budget programme,
93 % des ressources disponibles)



LE PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE RASSEMBLE LES RESSOURCES DE L'ORGANISATION AU SIÈGE, DANS LES BUREAUX RÉGIONAUX ET DE PAYS POUR AIDER LES PAYS À SE PRÉPARER À TOUS LES RISQUES QUI CRÉENT DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE, À LES PRÉVENIR, À Y RIPOSTER ET À S'EN RELEVER. LE CHANGEMENT CLIMATIQUE ET LES POPULATIONS DÉPLACÉES, DONT LE NOMBRE AVOISINE AUJOURD'HUI LES 70 MILLIONS, SONT À L'ORIGINE DE NOUVELLES CRISES. EN COLLABORATION AVEC SES PARTENAIRES, L'OMS JOUE UN RÔLE DE CHEF DE FILE ESSENTIEL POUR CONTRIBUER À INTERVENIR RAPIDEMENT AU NIVEAU INTERNATIONAL.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

En 2019, le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire a enquêté sur 500 événements survenus dans 140 pays et territoires, dont 66 % étaient des événements infectieux, 14 % des catastrophes naturelles, 7 % des événements liés à des risques chimiques, radiologiques ou nucléaires, ou à la sécurité sanitaire des aliments.

En moins de quatre ans d'existence, le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire a eu un effet considérable dans le monde. L'OMS a réalisé des progrès importants en matière de leadership dans les situations d'urgence sanitaire, alors même qu'elle était confrontée aux défis que représentent la mise en œuvre du programme de transformation et l'augmentation du nombre de crises mondiales. En coordonnant avec succès des crises complexes et prolongées et en jouant un rôle opérationnel plus important, l'OMS a renforcé son rôle de chef de file dans les situations d'urgence sanitaire.

PRÉPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE

Les épidémies et les pandémies menacent la sécurité sanitaire, aggravant les risques pour tous les pays, quelle que soit leur situation économique. L'ampleur des ravages qui peuvent résulter d'une pandémie a été clairement exposée en 2020. La COVID-19 a de lourdes conséquences : pertes de vies humaines, mais aussi destruction des moyens de subsistance, soignants débordés et perturbation de l'économie mondiale. Il est donc impératif que les pays investissent pleinement dans la préparation afin de limiter au maximum les conséquences des épidémies et des pandémies. Seuls quelques pays avaient suffisamment investi dans la préparation à une pandémie pour anticiper l'impact de la COVID-19.

LA PRÉPARATION AVANT UNE PANDÉMIE EST UN ATOUT

En 2019, dans son premier rapport annuel, le **Conseil mondial de suivi de la préparation**, un groupe d'experts créé par la Banque mondiale et l'OMS, avertissait les dirigeants du monde entier qu'il était urgent d'investir et de « bâtir des systèmes solides » pour prévenir les menaces sanitaires dévastatrices. Il mettait en garde contre un « risque aigu » de pandémie et indiquait clairement que le monde n'était pas préparé.

Aujourd'hui, alors que le monde est confronté aux ravages considérables causés par la pandémie de COVID-19 sur les plans humain, économique et social, il est urgent de renforcer la préparation. Un virus a fait plus de morts et de dégâts que les guerres et attaques terroristes récentes.

Jusqu'ici, une fois qu'une flambée était terminée et que la panique et la peur s'étaient dissipées, l'intérêt des pays et des donateurs s'émoussait. Par exemple, la riposte à la maladie à virus Ebola a été fermement soutenue par les donateurs, mais la préparation régionale a été très faible – au début de décembre 2019, l'OMS n'avait reçu que 10 % des fonds nécessaires.

Des dépenses ciblées en matière de préparation constituent un investissement très rentable. Des études montrent que chaque dollar investi dans la préparation vaut plus de US \$2 en cas de situation d'urgence.¹ À sa cent quarante-sixième session, en février 2020, le Conseil exécutif a adopté la résolution EB146.R10 sur le renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire, recommandant à l'Assemblée de la Santé d'adopter une résolution qui demande aux parties prenantes de prendre une série de mesures pour améliorer la préparation.



CHAQUE ANNÉE, **PLUS DE 200 MILLIONS DE PERSONNES** SONT TOUCHÉES PAR DES SITUATIONS D'URGENCE, DONT **130 MILLIONS ONT BESOIN D'UNE AIDE HUMANITAIRE**

« La menace est bien réelle de voir un agent pathogène respiratoire entraîner la propagation rapide d'une pandémie à forte mortalité capable de tuer 50 à 80 millions de personnes et d'effacer près de 5 % de l'économie mondiale. Une pandémie mondiale de cette ampleur serait catastrophique : elle entraînerait des dommages considérables, une grande instabilité et une insécurité généralisée. Le monde n'y est pas préparé. »

Rapport du Conseil mondial de suivi de la préparation, septembre 2019

¹ <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Return%20on%20Investment%20for%20Emergency%20Preparedness%20Study.pdf>

LE RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) EST DESTINÉ À AIDER LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE À PRÉVENIR LES MENACES AIGÜES POUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET À Y FAIRE FACE

Au début du siècle, la menace d'une pandémie n'était pas une priorité mondiale. Les pays n'étaient pas tenus de signaler toute nouvelle menace pathogène. Au titre du Règlement sanitaire international (1969), les États Parties étaient seulement tenus de notifier les cas de choléra, de peste et de fièvre jaune.

C'est en 2003, au moment où l'OMS a lancé sa première alerte mondiale lors de l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), qu'on a constaté qu'il était urgent d'établir un cadre de collaboration pour la sécurité sanitaire à l'ère de la mondialisation. Deux ans plus tard, l'Assemblée de la Santé a adopté par consensus, dans sa résolution WHA58.3, le **Règlement sanitaire international (2005)** en tant qu'instrument mondial visant à prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à réagir par une action de santé publique. La pandémie de COVID-19 montre que le respect de ce cadre international juridiquement contraignant est indispensable pour assurer la sécurité sanitaire mondiale et une riposte mondiale efficace.

UN MOTEUR DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE MONDIALE

Le Règlement sanitaire international (2005) a entraîné un changement de paradigme dans la sécurité sanitaire mondiale. Cent quatre-vingt-seize États Parties se sont engagés à respecter le cadre mondial établi par le biais de cet instrument juridiquement contraignant pour faire face à la propagation internationale des maladies. Le Règlement confère à l'OMS le pouvoir de coordonner une riposte mondiale, de veiller à ce que les informations essentielles soient partagées et de formuler des recommandations, notamment dans le cadre d'une « **urgence de santé publique de portée internationale** » (USPPI).

« **prévenir la propagation internationale des maladies, (...) s'en protéger, (...) la maîtriser et (...) y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux.** »



Le Règlement sanitaire international (2005) oblige chaque État Partie à notifier tout événement survenu sur son territoire pouvant constituer une USPPI – non seulement pour les maladies infectieuses mais pour tous les risques, y compris de nature biologique, chimique, radiologique et nucléaire ou liés à la sécurité sanitaire des aliments, ainsi que toute mesure sanitaire prise pour faire face à ces événements. En application du Règlement sanitaire international (2005), chaque État Partie acquiert, renforce et maintient la capacité de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer des événements de santé publique.

En 2018, près de 100 % des États Parties avaient fait rapport sur leurs principales capacités. Les informations détaillées figurant dans les rapports annuels de 2019 des États Parties sont publiées sur le portail du Partenariat stratégique pour le RSI (e-SPAR) et sur le site Web de l'Observatoire mondial de la santé. Conformément au Règlement sanitaire international (2005), tous les États Parties avaient désigné ou mis en place un point focal national RSI pour notifier les événements. Les 196 points focaux nationaux et 10 organisations internationales ont désigné des utilisateurs du site d'information sur les événements, une plateforme sur laquelle les points focaux RSI communiquent et échangent des informations. Ce site compte actuellement près de 900 utilisateurs qui fournissent à l'OMS des informations au sujet des événements qui surviennent sur leur territoire.

Depuis l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international révisé, en juin 2007, le Directeur général de l'OMS a convoqué le Comité d'urgence pour huit événements : la pandémie de grippe H1N1 (2009), le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) (2011-2012), la propagation internationale du poliovirus (2014-2020), la maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (2014-2016), la maladie à virus Zika et ses complications neurologiques (2016), la fièvre jaune (2016), la maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo (2018 et 2019-2020) et la COVID-19 (2020). Une urgence de santé publique de portée internationale a été déclarée pour tous ces événements, sauf le MERS-CoV et la fièvre jaune. Le Directeur général a aussi convoqué le Comité d'examen du Règlement à trois reprises pour obtenir son avis sur le fonctionnement du Règlement : pour examiner la riposte à la pandémie de grippe H1N1 (2011), pour examiner les demandes d'un deuxième délai supplémentaire pour la mise en place des principales capacités au titre du Règlement (2014) et pendant la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (2016).

MISE EN ŒUVRE DES PRINCIPALES CAPACITÉS AU TITRE DU RSI

En 2015, 34 % des États Parties avaient répondu aux exigences relatives aux principales capacités. Si le Règlement sanitaire international (2005) dispose que chaque État Partie notifié à l'OMS, dans les 24 heures suivant l'évaluation des informations de santé publique, tout événement pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale, il ne prévoit aucun mécanisme d'application.

En 2014, les systèmes de santé nationaux touchés par la flambée de maladie à virus Ebola n'ont pas été en mesure de détecter la menace suffisamment tôt pour organiser une riposte efficace. Cette flambée a démontré que la capacité du Règlement sanitaire international (2005) à assurer une protection dépendait de la capacité des États Parties à prévenir les menaces sanitaires, à les détecter et à organiser la riposte.

La flambée a également souligné l'importance de la collaboration entre les pays et a permis de renforcer les systèmes de laboratoires, la surveillance et la mobilisation des communautés. L'OMS a réévalué son propre rôle, assumant par la suite des fonctions opérationnelles plus importantes dans le cadre de son Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire. Dans une logique de changement de paradigme du type « plus jamais ça », les États Parties ont également réclamé un mécanisme plus solide pour surveiller et évaluer leurs principales capacités.

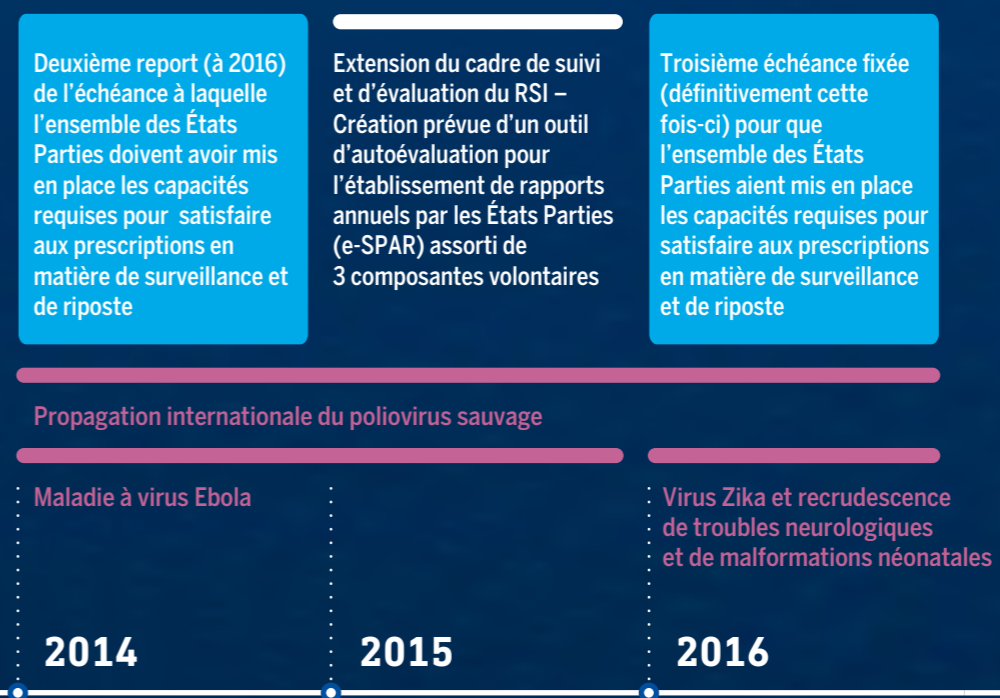
Pour qu'il assure la sécurité sanitaire publique mondiale, le RSI (2005) doit être appliqué intégralement et correctement par tous les États Parties ; les conséquences potentielles du non-respect de ses dispositions incitent elles-mêmes très efficacement à s'y conformer.



RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (2005) : SCORES MOYENS POUR LES PRINCIPALES CAPACITÉS,* PAR RÉGION DE L'OMS POUR 2018 ET 2019



* Sur la base des informations communiquées par 150 États Parties en 2018 et en 2019. Les scores correspondent à la moyenne de 13 principales capacités : C1 Législation et financement, C2 Coordination pour le RSI et fonctions des points focaux nationaux RSI, C3 Événements liés à des zoonoses et interface homme-animal, C4 Sécurité sanitaire des aliments, C5 Laboratoires, C6 Surveillance, C7 Ressources humaines, C8 Cadre national pour les situations d'urgence sanitaire, C9 Prestation de services de santé, C10 Communication sur les risques, C11 Points d'entrée, C12 Événements d'origine chimique, C13 Situations d'urgence radionucléaire. Source : outil SPAR (<https://extranet.who.int/e-spar>).



LES PRINCIPALES CAPACITÉS SE SONT AMÉLIORÉES, MAIS PAS SUFFISAMMENT

En conséquence, l'OMS a élaboré divers outils et processus – tels que le **cadre de suivi et d'évaluation du RSI**, les **plans nationaux de sécurité sanitaire** et les **exigences de référence de l'OMS** – pour aider les États Parties à renforcer leurs principales capacités. Il y a eu des améliorations, mais il reste encore beaucoup à faire.

En décembre 2019 :

- 112 États Parties s'étaient portés volontaires pour une évaluation externe conjointe ;
- 125 exercices de simulation avaient été réalisés ;
- 65 plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire avaient été achevés (dont 31 en Afrique) ;
- 31 ateliers de liaison nationaux avaient été organisés sur l'amélioration de la détection et de la riposte à l'interface entre l'homme et l'animal.

Au cours du dernier exercice, les progrès accomplis dans la mise en œuvre des principales capacités se sont améliorés d'environ 3 %, selon les données recueillies en 2018 par **l'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels** (SPAR). Les progrès les plus importants, dont la moyenne s'établit à environ 5 % dans la capacité « interface entre l'homme et l'animal », montrent la nécessité de progresser.

Des progrès ont été observés dans d'autres domaines, tels que la détection des maladies. Cependant, la plupart des États Parties affichaient encore des niveaux faibles à modérés en matière de préparation nationale globale, qui différaient également beaucoup d'un État Partie à l'autre.

Une analyse plus poussée des données SPAR par l'OMS, présentée dans une étude récemment publiée par la revue *The Lancet*, a révélé que seulement 50 % des pays disposaient de « capacités de préparation opérationnelle » pour assurer une riposte efficace

aux situations d'urgence telles que celle provoquée par la COVID-19, tandis que 17 % affichaient une préparation « limitée »² (l'indice de préparation opérationnelle est basé sur 18 indicateurs SPAR). Environ 20 % des États Parties disposent de capacités limitées en matière de législation et 25 % en matière de communication sur les risques.

De nombreux autres aspects relatifs à la préparation faisaient également défaut, notamment en matière de gouvernance, d'investissement, de capital humain, d'activités multisectorielles ou de capacités techniques. Ces lacunes sont apparues au grand jour lors de la pandémie de COVID-19.

Selon les données SPAR 2018 ³ :

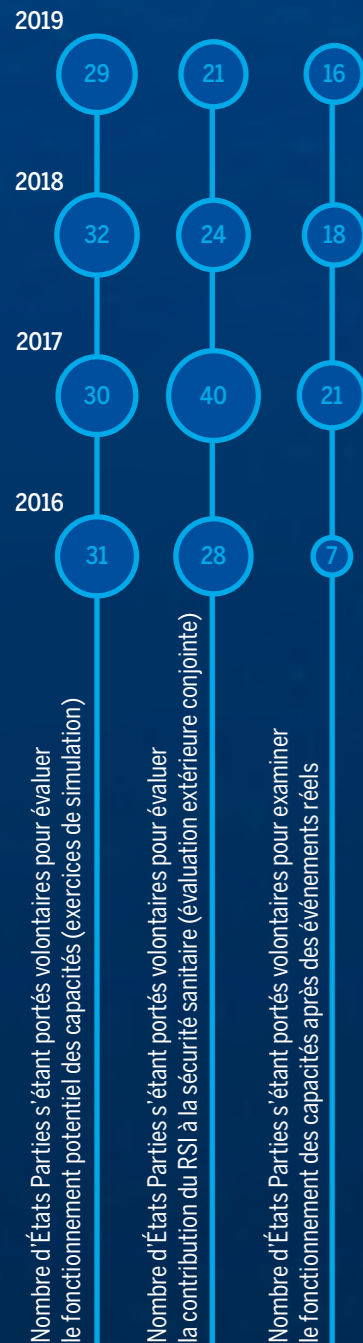
- 1 État Partie sur 3 dispose de capacités limitées en matière de prévention et de riposte ;
- 52 États Parties disposent de capacités de prévention limitées (zoonoses, sécurité sanitaire des aliments, lutte anti-infectieuse, communication sur les risques, points d'entrée) ;
- 60 États Parties disposent de capacités de riposte limitées ;
- 45 États Parties ont déclaré ne pas posséder de mécanisme national pour financer l'application du RSI.

Dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, la stratégie Asie-Pacifique pour les maladies émergentes et les urgences de santé publique a servi de cadre stratégique régional pour agir en vue de progresser dans l'application du Règlement sanitaire international (2005). Depuis plus de 10 ans, les pays améliorent la sécurité sanitaire au niveau régional en élaborant et en appliquant des plans d'action nationaux pour renforcer les principales capacités au titre du Règlement sanitaire international (2005).

² Très peu de capacités fonctionnelles disponibles sur une base ad hoc avec le soutien de ressources externes.

³ <https://extranet.who.int/sph/spar>.

COMPOSANTES VOLONTAIRES DU CADRE DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU RSI



Tous les États Parties ont déclaré au moins une fois leurs principales capacités, mais chacun d'eux devrait présenter un tel rapport chaque année

Introduction de l'outil e-SPAR – 13 capacités révisées avec 24 indicateurs de progrès et un nouveau système de notation à 5 niveaux

Un indicateur de préparation (moyenne des capacités autodéclarées) pour contribuer à évaluer la cible correspondante du treizième PGT

Lancement de la plateforme e-SPAR pour les déclarations en ligne

Les normes de référence de l'OMS pour les capacités du RSI aident les États Parties à élaborer des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire

Propagation internationale du poliovirus sauvage

Maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo

2017

2018

2019

2019



LA PRÉPARATION OPÉRATIONNELLE CONTRIBUE À ENRAYER LA PROPAGATION DE LA MALADIE À VIRUS EBOLA

Lorsqu'une flambée de maladie à virus Ebola a été confirmée le 1^{er} août 2018 au Nord-Kivu, en République démocratique du Congo, on craignait qu'elle ne se propage à neuf pays voisins, dont l'Ouganda. Compte tenu de la circulation transfrontalière régulière des personnes et des biens ainsi que des faiblesses des systèmes de santé nationaux, les risques étaient très élevés.

L'Ouganda a une frontière longue et poreuse avec la République démocratique du Congo, et le commerce transfrontalier y est important. Certaines zones touchées de la République démocratique du Congo n'étaient qu'à 30 km. Une évaluation rapide des risques a déterminé que le risque régional était élevé. Elle tenait compte de la forte densité de population du Nord-Kivu et des districts voisins en Ouganda. L'OMS a déployé des équipes pour soutenir les efforts de préparation, apporter un

soutien technique, évaluer l'état de préparation à l'aide d'une liste de contrôle de l'OMS, et contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans d'urgence nationaux. La surveillance de la maladie à virus Ebola a été renforcée et des équipes d'intervention rapide ont été formées. La préparation opérationnelle de l'Ouganda face à la maladie est passée de 53 % à 84 %, comme l'ont montré les missions multi-institutions menées entre mai 2018 et janvier 2019.

Les travaux sur les sept piliers de la préparation à la maladie à virus Ebola ont débuté. Un centre d'opérations et au moins un centre de traitement ont été mis en place, avec une équipe formée à la sécurité des inhumations. Une équipe d'intervention d'urgence a été formée à la détection précoce des cas et les agents de santé de première ligne ont été vaccinés. Des fournitures essentielles (telles que des équipements de protection et des outils de surveillance) ont été distribuées. Une communication et une coordination rapides entre les autorités des différentes juridictions, la détection aux points d'entrée et les activités de riposte ultérieures ont également permis d'atténuer les risques.

En Ouganda, US \$18 millions au total ont été investis dans la préparation à la lutte contre la maladie à virus Ebola. Si une flambée épidémique s'était déclarée, les dépenses auraient été bien plus élevées : au moins US \$31 millions, sur la base d'un investissement de US \$15 par habitant pendant six mois. En outre, une évaluation externe conjointe menée en Ouganda en 2017 a été très utile pour renforcer la préparation opérationnelle et recenser les lacunes.

En juin 2019, trois membres d'une famille de la République démocratique du Congo qui étaient entrés en Ouganda pour se faire soigner sont morts de la maladie à virus Ebola. Quelque 108 contacts exposés ont été identifiés et suivis en Ouganda. Aucune propagation de la maladie n'a fait suite à cet événement ou à d'autres événements détectés dans les zones frontalières. Cela témoigne du travail accompli par l'Ouganda pour améliorer ses capacités de surveillance et de riposte. Les efforts de préparation ont porté leurs fruits et ont permis de prévenir une épidémie dans la région et dans le reste du monde.

Le Règlement sanitaire international (2005) n'a jamais été plus utile, mais il reste à en réaliser le plein potentiel et à l'appliquer intégralement. Il faut accélérer les travaux visant à renforcer les capacités des pays, ce qui nécessite des engagements politiques et financiers forts. Pour conserver une longueur d'avance – littéralement – dans la lutte contre une pandémie qui évolue rapidement, il faudra redoubler d'efforts, investir et faire preuve de solidarité.

Il est également nécessaire d'affiner les instruments actuellement utilisés pour évaluer les capacités des pays au titre du Règlement sanitaire international (2005). Un outil permettant de mesurer l'état de préparation des systèmes de santé et leur résilience pourrait peut-être servir à déterminer la marge de manœuvre dont disposent les systèmes de santé. Ces derniers doivent être suffisamment résilients pour supporter les perturbations et prévoir une montée en puissance rapide des capacités pour faire face aux crises sanitaires.

La sécurité sanitaire mondiale doit rester une priorité. La menace d'une deuxième vague de COVID-19 ou d'une nouvelle pandémie demeure. Le Règlement sanitaire international (2005) reste le seul cadre juridiquement contraignant de l'OMS pour se protéger de la propagation internationale des maladies et y riposter.

LES INVESTISSEMENTS ONT CONTRIBUÉ À PRÉPARER LE SYSTÈME DE SANTÉ CORÉEN

La riposte de la République de Corée à la COVID-19 témoigne d'un système de santé publique qui a bénéficié de plus de US \$250 millions d'investissements récents. À la suite d'une évaluation externe conjointe en 2017 et des recommandations de l'OMS après une flambée due au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) en 2015, le pays a amélioré ses activités de surveillance des maladies, son système de laboratoires, la formation de ses personnels de santé et sa lutte anti-infectieuse.





AU COURS DE L'EXERCICE, LES CAMPAGNES DE VACCINATION ONT PERMIS DE PROTÉGER **108 MILLIONS DE PERSONNES CONTRE LA FIÈVRE JAUNE EN AFRIQUE**

LA PRÉVENTION DES ÉPIDÉMIES ET DES PANDÉMIES

L'OMS collabore avec des partenaires dans divers domaines à l'élaboration de stratégies mondiales visant à lutter contre les risques infectieux majeurs, ainsi qu'à développer ces stratégies aux niveaux régional et national.

ÉLIMINER LA FIÈVRE JAUNE

En 2019, 59 millions de personnes ont été vaccinées dans le cadre de campagnes de prévention de masse. La **stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune (EYE)**, lancée en 2017, représente une étape importante dans la lutte contre les maladies réémergentes. Cette initiative sans précédent prévoit de vacciner, avec l'aide des partenaires, un milliard de personnes d'ici à 2026 dans les pays africains à haut risque.

La stratégie a récemment été actualisée en réponse à l'évolution de l'épidémiologie de la maladie, à la résurgence des moustiques et au risque accru de flambées urbaines et de propagation internationale. Trois pays à haut risque n'ont pas encore introduit cette vaccination dans leur programme de vaccination systématique : l'Éthiopie, l'Ouganda et le Soudan du Sud. On estime désormais à 125 millions le nombre des personnes protégées en Afrique grâce à la vaccination systématique et aux campagnes préventives et réactives.

LE NIGÉRIA ACCÉLÈRE LA MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE EYE

D'ici à 2021, plus de 85 millions de personnes seront protégées contre la fièvre jaune au Nigéria, un pays prioritaire pour la stratégie EYE. Plus de 46 millions de personnes ont déjà été vaccinées lors des ripostes aux flambées et des campagnes préventives de vaccination de masse. Les efforts se poursuivront en vue de la mise en œuvre complète du plan décennal EYE.

BAISSE CONSIDÉRABLE DU NOMBRE DE CAS DE CHOLÉRA

Cette baisse est le résultat de campagnes de vaccination de masse, mises en œuvre grâce à la stratégie **Ending Cholera: A Global Road Map to 2030**, qui a été élaborée par l'OMS et ses partenaires en 2018. Au moins 41 millions de doses de vaccin anticholérique oral ont été expédiées aux pays au cours de l'exercice. Depuis la création des stocks de vaccins anticholériques oraux en 2013 grâce au financement de Gavi, l'Alliance du Vaccin, près de 60 millions de doses ont été expédiées dans le monde. L'OMS a acheminé par avion des tonnes de fournitures.

En 2018, 34 pays ont notifié à l'OMS environ un demi-million de cas de choléra et près de 3000 décès. La plupart des cas – 370 000 selon les estimations – ont été signalés au **Yémen**. Au cours de l'exercice, plus de 3 millions de personnes vulnérables ont été ciblées lors de trois campagnes de vaccination de masse en **Somalie**, au **Soudan** et au **Yémen**, ce qui a entraîné une baisse significative du nombre de nouveaux cas et de décès dans ces points chauds.

Le **Soudan du Sud** a mis fin à sa plus longue flambée de choléra – passant de 16 000 cas en 2017 à zéro cas. Ce bilan montre qu'il est possible de mettre fin à des flambées persistantes dans des zones d'endémie. En janvier 2020, **Haïti** a fait savoir qu'il n'avait signalé aucun cas de choléra pendant une année entière. Au **Yémen**, le vaccin anticholérique oral a été utilisé pour la première fois, mais la destruction des infrastructures d'eau et d'assainissement dans ce pays rend la lutte contre le choléra difficile.

Le **Bangladesh**, le **Nigéria**, la **Somalie**, le **Soudan du Sud**, la **République-Unie de Tanzanie** et la **Zambie**, ont également réalisé des progrès significatifs dans l'élaboration de plans d'action nationaux conformément à la stratégie Ending Cholera.

HAÏTI EXEMPT DE CHOLÉRA DURANT UN AN

Haïti a indiqué qu'il n'avait enregistré aucun cas de choléra pendant une année après avoir connu des infections pendant près d'une décennie. Le dernier cas, notifié en janvier 2019, concernait un garçon de cinq ans, qui a survécu.

Depuis le début de l'épidémie en octobre 2010, 820 000 personnes ont été infectées et près de 10 000 sont décédées. Plus d'un tiers de la population n'a pas accès aux services d'eau potable de base, tandis que pour les deux tiers, les services d'assainissement sont rudimentaires, voire inexistantes. Pour que l'élimination soit certifiée, le pays doit être exempt de choléra pendant trois ans.

La Région OMS des Amériques a soutenu le Ministère de la santé dans divers domaines, notamment l'épidémiologie, la surveillance et les travaux de laboratoire. La détection et les tests rapides étaient essentiels. Dans le cadre du projet Labo Moto du Ministère haïtien de la santé, le personnel infirmier de terrain a utilisé des motocyclettes pour transporter rapidement les échantillons entre les centres de traitement et les laboratoires. Le taux de dépistage des cas suspects a ainsi pu passer de 21 % en 2017 à 95 % en 2019.

ENQUÊTE SUR UNE GRAPPE DE CAS DE MALADIES RESPIRATOIRES DANS DES VILLAGES DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE LAO

En janvier 2019, une grappe de cas de maladies respiratoires a été signalée dans une zone reculée de la province de Phongsaly, en **République démocratique populaire lao**. À la mi-février, 417 cas et 16 décès avaient été notifiés parmi les minorités de neuf villages, ayant un accès limité aux services de santé et des problèmes d'eau et d'assainissement.

Des échantillons ont été envoyés au Centre national de laboratoire et d'épidémiologie, à l'Institut national des maladies infectieuses du Japon et aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis d'Amérique. Les rapports sur la mortalité des volailles ont également fait l'objet d'un suivi. Une évaluation rapide des risques a révélé que le risque était élevé au niveau provincial, compte tenu du taux de létalité et des incertitudes concernant l'agent pathogène. Le risque a été réévalué après que les résultats de laboratoire ont confirmé que les échantillons étaient principalement des cas de grippe saisonnière A(H1N1)pdm09.



DES PROGRÈS SIGNIFICATIFS ONT ÉTÉ RÉALISÉS DANS LA LUTTE CONTRE LE CHOLÉRA AU NIVEAU MONDIAL, **LE NOMBRE DE CAS AYANT DIMINUÉ DE 60 % EN 2018** ET RECLANT DANS LES PRINCIPAUX POINTS CHAUDS TELS QUE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO, LA SOMALIE ET LE YÉMEN



ENVIRON **500 MILLIONS DE PERSONNES ONT ÉTÉ VACCINÉES** CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE EN 2019



LA MÉNINGITE A ÉTÉ EFFICACEMENT RÉDUITE DANS LA « **CEINTURE DE LA MÉNINGITE** » EN AFRIQUE, QUI N'A CONNU AUCUNE FLAMBÉE AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES. **UNE PLATEFORME DE SURVEILLANCE INTÉGRÉE** EST EN COURS DE MISE EN ŒUVRE

DES MILLIONS DE PERSONNES VACCINÉES CONTRE LA GRIPPE

Grâce au **Cadre de préparation en cas de grippe pandémique**, plus de 400 millions de doses de vaccin contre la grippe pandémique, soit plus de quatre fois la quantité disponible lors de la pandémie de 2009, ont été acquises. L'OMS a recueilli US \$200 millions pour renforcer les capacités de préparation nationales dans 72 pays, parmi lesquels 39 pays bénéficient d'une aide pour élaborer des plans de préparation à une pandémie de grippe qui sont liés à leurs plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire.

Une campagne de vaccination a été lancée, avec 3000 doses de vaccin contre la grippe saisonnière. Des campagnes de sensibilisation communautaire ont été menées et des traitements multivitaminés ont été proposés aux mères, avec des suppléments en vitamine A pour les cas graves chez les nourrissons. Cette opération a permis de tester l'état de préparation du système, ce qui est essentiel pour se préparer à une pandémie.

En mars 2019, l'OMS a lancé la **Stratégie mondiale de lutte contre la grippe 2019-2030**, qui propose un cadre général pour appréhender la préparation à la grippe de manière globale en renforçant les capacités afin de prévenir et de combattre la grippe et de se préparer à y faire face.

Huit nouveaux centres nationaux de lutte contre la grippe ont été approuvés par l'OMS, ce qui porte le total à 147 dans 124 pays. En 2019, plus de 3 millions d'échantillons ont été collectés par les laboratoires du système mondial, ce qui a permis de contribuer à la sélection des souches vaccinales et de faciliter la gestion du risque de grippe.

En 2018-2019, l'OMS a soutenu la vaccination de plus de 50 millions d'individus lors de campagnes de vaccination préventive ou réactive dans 13 pays africains, ce qui a permis de confirmer l'élimination des épidémies de méningite à méningocoque du sérotype A et de lutter contre sept importantes flambées dues à d'autres sérotypes.

Le **Groupe international de coordination pour l'approvisionnement en vaccins** coordonne la fourniture de vaccins et d'antibiotiques en urgence aux pays lors de flambées de grande ampleur. Il veille à la **disponibilité** des produits thérapeutiques, à la constitution de stocks et à la négociation de prix raisonnables, à l'**accès** des pays dans le besoin et à une **répartition** équitable. Au cours de l'exercice, l'OMS et ses partenaires ont distribué 34 millions de doses de vaccins en urgence contre la fièvre jaune, le choléra et la méningite pour 25 millions de personnes dans 17 pays.

APPRENTISSAGE EN TEMPS RÉEL POUR LES INTERVENANTS

Une augmentation considérable de la participation aux cours donnés sur **OpenWHO**, la nouvelle plateforme Web interactive de l'OMS, a été enregistrée durant l'exercice, ce qui a permis à un plus grand nombre d'intervenants en première ligne et de décideurs d'avoir accès à des connaissances d'importance vitale. OpenWHO permet à l'OMS et à ses principaux partenaires de communiquer à un grand nombre d'intervenants en première ligne des informations sur la lutte contre les flambées et la gestion des situations d'urgence sanitaire.

À la fin de 2019, la plateforme OpenWHO.org avait enregistré 150 000 inscriptions provenant de tous les pays pour 70 cours. En vue d'accroître l'accessibilité, les cours ont été proposés en 21 langues.

Certains cours étaient destinés aux intervenants en première ligne lors d'une intervention réelle, notamment lors de la flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo. Près de 20 000 intervenants en première ligne ont suivi le cours **ePROTECT** relatif à la santé et à la sécurité dans le cadre de la riposte à la maladie.



LA CAPACITÉ D'INTERVENTION A ÉTÉ RENFORCÉE GRÂCE À LA FORMATION EN PRÉSENTIEL DE **1500 PERSONNES** DANS 25 PAYS





EN 2019 :

**PRÈS DE 100 000
SIGNAUX DE MENACES
POUR LA SANTÉ
PUBLIQUE ONT ÉTÉ
DÉTECTÉS**

**500 ÉVÉNEMENTS ONT
FAIT L'OBJET D'UNE
ENQUÊTE DANS LE
MONDE**

**64 ÉVALUATIONS
RAPIDES DES RISQUES
ONT ÉTÉ MENÉES DANS
33 PAYS**

LA DÉTECTION RAPIDE DES ÉVÉNEMENTS

La détection et la vérification rapides des situations d'urgence sanitaire potentielles sont essentielles pour sauver des vies. L'OMS dispose d'un système de surveillance mondiale, fonctionnant 24 heures sur 24, qui permet de détecter tous les événements de santé publique et les menaces potentielles.

Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire a mis au point plusieurs innovations, notamment :

- **la plateforme de veille épidémiologique à partir de sources ouvertes** (« Epidemic Intelligence from Open Sources ») qui permet de renforcer la détection précoce de tous les risques d'événements ou de situations d'urgence de santé publique graves ;
- **le système de recensement des ressources sanitaires disponibles** (« Health Resources Availability Monitoring System ») qui sert à l'évaluation et au suivi de l'accès aux soins de santé ;
- **le système d'alerte précoce et d'intervention rapide** (« Early Warning, Alert and Response System ») qui permet de collecter rapidement des données sur le terrain à l'aide d'un outil avancé (utilisé dans les situations d'urgence dans quatre pays) ;
- **l'analyse géospatiale** qui sert à étayer la prise de décision à l'aide d'informations sous forme de cartes ou d'infographies.

LUTTER CONTRE LES INFODÉMIES

Alors qu'elle est confrontée à la pandémie de COVID-19, l'OMS doit simultanément lutter contre une surabondance d'informations, certaines exactes et d'autres non, à cause de laquelle la population a du mal à trouver des sources et des conseils fiables en cas de besoin. Face à la forte demande d'informations récentes et fiables sur la COVID-19, l'OMS a mis en place le **Réseau d'information sur les épidémies (EPI-WIN)**, qui réunit des équipes techniques et chargées des réseaux sociaux qui travaillent en étroite collaboration pour suivre et combattre la désinformation, les idées reçues et les rumeurs, et fournir des informations et des données précises en vue d'informer l'action.

INTERVENTION DANS LES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE

FAIRE FACE AUX DÉFIS LES PLUS COMPLEXES

Le monde est confronté à des situations d'urgence sanitaire d'une ampleur et d'une forme sans précédent. Chaque année, on dénombre plus de 200 flambées ; beaucoup d'entre elles présentent des enjeux spécifiques et certaines peuvent correspondre à de nouvelles maladies qui surviennent dans des zones vulnérables.

L'OMS est intervenue dans des situations d'urgence de niveau 3 (le niveau de gravité le plus élevé) au Mozambique, en République démocratique du Congo et au Yémen, et dans des situations d'urgence de grande ampleur et de longue durée au Nigéria, en République arabe syrienne, en Somalie et au Soudan du Sud. Toutes les urgences de niveau supérieur sont gérées par le système de gestion des incidents de l'OMS.

Des progrès significatifs ont été réalisés dans la gestion des flambées. L'OMS a adapté et optimisé ses opérations, là où c'était nécessaire. Le **Fonds de réserve pour les situations d'urgence** permet à l'OMS de réagir rapidement – souvent en 24 heures ou moins – au moyen de fonds dont l'objet n'est pas désigné, ce qui offre une souplesse essentielle. En 2019, US \$83 millions ont été prélevés sur le Fonds de réserve pour soutenir rapidement des activités d'urgence de l'OMS. Le **schéma directeur sur la recherche-développement** a donné la priorité à la recherche pour une riposte efficace, notamment en présélectionnant des médicaments et des vaccins.



EN 2019, 1328 PRODUITS D'INFORMATION GÉOSPATIALE ONT ÉTÉ FOURNIS POUR LA MALADIE À VIRUS EBOLA, LA MALADIE À VIRUS ZIKA, LA FIÈVRE JAUNE, LE CHOLÉRA, LA ROUGEOLE, LA MÉNINGITE, LA PESTE, L'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE DANS LA CORNE DE L'AFRIQUE ET UN CERTAIN NOMBRE DE CRISES HUMANITAIRES



EN 2019, L'OMS EST INTERVENUE DANS 55 SITUATIONS D'URGENCE DANS PLUS DE 44 PAYS ET TERRITOIRES



CHAQUE ANNÉE, **PLUS DE 200 MILLIONS DE PERSONNES** SONT TOUCHÉES PAR DES SITUATIONS D'URGENCE, DONT 130 MILLIONS ONT BESOIN D'UNE AIDE HUMANITAIRE



L'OMS EST INTERVENUE IMMÉDIATEMENT. L'ÉQUIPE DE L'OMS EST ARRIVÉE SUR PLACE **LE LENDEMAIN DE LA CONFIRMATION DE LA FLAMBÉE. LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'OMS EST ARRIVÉ CINQ JOURS APRÈS**

MISE EN PLACE D'UNE RIPOSTE EFFICACE À LA FLAMBÉE DE MALADIE À VIRUS EBOLA

En août 2018, avec la flambée de maladie à virus Ebola dans l'est de la République démocratique du Congo, l'OMS a été confrontée à ce qui a été décrit par un organisme d'aide comme « l'une des situations d'urgence sanitaire les plus complexes que le monde ait connues ». L'Organisation a fait face à une situation sécuritaire dangereuse jusqu'à ce qu'au bout de 18 mois, la flambée finisse par être endiguée. Pendant la même période, l'OMS a réagi à une crise humanitaire touchant les populations déplacées dans la région du Kasai.

Le 1^{er} août 2018, une flambée de maladie à virus Ebola est confirmée à Mangina, une petite ville de la province du Nord-Kivu, dans l'est de la République démocratique du Congo, longtemps en proie à de violents conflits. Cette flambée a suscité des difficultés considérables, sans précédent, qui auraient mis à mal n'importe quelle entité de santé publique. Comment l'OMS a-t-elle réagi ?

L'OMS a réagi immédiatement : une équipe est arrivée dès le lendemain. Dans les 48 heures qui ont suivi, le Dr Ibrahim Socé Fall, alors Directeur régional chargé des interventions dans les situations d'urgence à l'OMS, est arrivé de Brazzaville. Il a traversé le fleuve Congo en bateau jusqu'à Kinshasa, avant de prendre un avion jusqu'à Goma, puis un hélicoptère jusqu'à Beni et de finir par la route jusqu'à Mangina. Il était difficile d'arriver rapidement à cet endroit isolé, pourtant, cinq jours après la confirmation de la flambée, le Directeur général de l'OMS était sur place.

L'intervention du Ministère de la santé de la République démocratique du Congo, que l'OMS et ses partenaires ont soutenu, a été décrite comme l'une des interventions les plus rapides jamais apportées aux flambées de maladie à virus Ebola. À la suite d'une flambée dans la province de l'Équateur, dans l'ouest du pays (maîtrisée en moins de trois mois, avec 54 cas), l'équipe d'intervention a rapidement mis en œuvre des activités de prévention et de lutte, en déployant rapidement des laboratoires mobiles, du matériel de vaccination et des stocks d'un vaccin expérimental efficace. L'optimisme était de mise et, en septembre, des signes de progrès ont été constatés.

Cependant, cette situation d'urgence sanitaire était l'une des plus complexes jamais connues. Située à l'est, dans la province du Nord-Kivu, à 1500 km de la capitale, elle se trouvait au milieu d'une zone de guerre instable, en proie à des conflits ethniques, sociaux et politiques menés par des milices armées. La province comptait un million de personnes déplacées et des millions de personnes qui avaient besoin d'aide, mais celle-ci était très réduite. Les services et l'assistance étaient négligeables et les établissements de santé étaient dispersés et non réglementés. Toutes les conditions étaient réunies pour une crise, même avec la « bonne » réponse.



L'INTERVENTION DU **MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO**, QUE L'OMS ET SES PARTENAIRES ONT SOUTENU, A ÉTÉ DÉCRITE COMME **L'UNE DES INTERVENTIONS LES PLUS RAPIDES JAMAIS APPORTÉES AUX FLAMBÉES DE MALADIE À VIRUS EBOLA**

Maladie à virus Ebola (MVE) en République démocratique du Congo

<p>1^{er} août Déclaration d'une flambée épidémique de niveau 3 ; déblocage de US \$2 millions sur le Fonds de réserve pour les situations d'urgence ; arrivée dans le Nord-Kivu d'équipes d'intervention OMS venues de la province de l'Équateur ; installation de laboratoires équipés de GeneXpert à Beni et à Mangina</p> <p>4 août Installation d'unités de traitement Ebola à Beni et à Mangina</p>	<p>8 août Début de la vaccination</p> <p>10 août Première administration de traitements expérimentaux à des patients</p> <p>21 août Les cinq traitements expérimentaux sont approuvés en vue d'un usage compassionnel</p>	<p>7 novembre La vaccination des agents de première ligne commence en Ouganda</p> <p>20 novembre Approbation d'un essai randomisé pour le traitement de la MVE</p>	<p>24 mars Le cap des 1000 cas est atteint</p> <p>3 juin Le cap des 2000 cas est dépassé</p> <p>11 juin Premier cas de MVE confirmé en Ouganda</p> <p>14 juillet Premier cas de MVE confirmé à Goma</p>	<p>17 juillet Déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI)</p> <p>28 août Le cap des 3000 cas est franchi</p> <p>19 décembre La Food and Drug Administration des États-Unis approuve le premier vaccin pour la prévention de la MVE</p>	<p>17 février Aucun nouveau cas confirmé de MVE n'a été signalé</p> <p>2 mars Le compte à rebours vers la fin de l'épidémie est lancé : deuxième résultat de test négatif pour le dernier cas confirmé</p> <p>10 avril Un nouveau cas de maladie à virus Ebola est confirmé à Beni</p>
2018			2019		2020

RÉUNIR LES EXPERTS

Sous la houlette du Ministère de la santé, l'OMS a soutenu les principaux piliers de la riposte dans les provinces du Nord-Kivu, du Sud-Kivu et de l'Ituri, en s'appuyant sur les spécialistes techniques de 70 partenaires spécialisés dans la lutte anti-infectieuse, la communication sur les risques et la mobilisation, les laboratoires et la logistique.

Les principaux partenaires étaient les suivants :

- **Agency for International Development des États-Unis d'Amérique ;**
- **Alliance for International Medical Action ;**
- **Banque mondiale ;**
- **Centers for Disease Control and Prevention d'Afrique ;**
- **Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique ;**
- **Department for International development du Royaume-Uni ;**
- **Fonds des Nations Unies pour l'enfance ;**
- **Institut national pour la recherche biomédicale ;**
- **Médecins sans frontières ;**
- **Mouvement de la Croix-Rouge ;**
- **Organisation internationale pour les migrations ;**
- **Organismes du système des Nations Unies, y compris la Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en République démocratique du Congo ;**
- **Programme alimentaire mondial ;**
- **Protection civile de la République démocratique du Congo ;**
- **Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes ;**
- **Public Health England.**

Les partenaires suivants, en particulier les réseaux, ont contribué au déploiement d'experts et d'équipes :

- **le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie ;**
- **le Réseau OMS des laboratoires travaillant sur les agents pathogènes émergents et dangereux ;**
- **le Réseau pour l'évaluation clinique des maladies émergentes et l'action ;**
- **l'initiative relative aux équipes médicales d'urgence ;**
- **les partenaires opérationnels et les centres collaborateurs régionaux.**

RETOUR À L'ESSENTIEL : LA LUTTE ANTI-INFECTIEUSE

L'une des premières tâches de l'OMS a été de fermer un petit hôpital à Mangina, car il était une source d'infection. Il a été rouvert après une décontamination adéquate.

Les établissements de santé locaux s'appuyaient notamment sur des thérapies traditionnelles, avaient des pratiques d'injection à risque et la lutte anti-infectieuse y était très insuffisante. Ils manquaient de savon et la moitié d'entre eux ne disposaient pas d'eau courante. L'OMS a dû partir de zéro pour lutter contre une maladie très contagieuse.

Au début, de nombreux cas ont été constatés chez les enfants. Il s'est avéré que lors d'une flambée de paludisme à Beni, de nombreux établissements de santé réutilisaient plusieurs fois le même matériel d'injection pour les enfants infectés, propageant ainsi le virus. Les agents de santé ont suivi des formations régulières sur la prise en charge de la maladie à virus Ebola, mais les établissements de santé continuaient bien souvent à amplifier la flambée. L'OMS a organisé une campagne pour encourager la prise de médicaments par voie orale ainsi que l'utilisation et la manipulation des aiguilles en toute sécurité.

SURMONTER LES OBSTACLES À LA DISTRIBUTION DES FOURNITURES NÉCESSAIRES À LA LUTTE CONTRE LA MALADIE À VIRUS EBOLA

Dans une région difficile d'accès et en présence de rebelles armés qui se déplacent, il n'a pas été facile d'assurer la livraison quotidienne d'environ trois tonnes de fournitures pour la riposte à la maladie à virus Ebola. Plus de 400 motocyclettes, un avion et deux hélicoptères ont été utilisés pour faciliter les opérations, en particulier dans les zones reculées. Des logisticiens itinérants ont permis de résoudre les problèmes, notamment en matière de décontamination et de forages pour l'approvisionnement en eau.

Il n'y a jamais eu de rupture de stock :

- la chaîne du froid du vaccin anti-Ebola a été maintenue à -80 °C ;
- plus de 17 millions de gants, 2 millions de masques, 900 000 blouses et 200 000 doses de vaccin ont été distribuées ;
- une unité OMS de gestion de la chaîne d'approvisionnement a organisé 745 cargaisons internationales afin de transporter plus de 1000 tonnes de produits médicaux entre août 2018 et février 2020.

JETER DES PONTS POUR LA COMMUNAUTÉ

L'équipe d'intervention était cette fois-ci armée d'un outil puissant – un vaccin efficace – alors que ce n'était pas le cas lors des précédentes flambées de maladie à virus Ebola. Cependant, un vaccin n'est efficace que s'il est bien accepté et administré. Il existait également parmi certaines franges de la population des poches de résistance aux autres outils nécessaires pour lutter contre la maladie : recherche des contacts, traitements ou encore inhumation des défunts en toute sécurité et dans la dignité.

La maladie à virus Ebola, nouvelle dans la région, était peu connue, alors que d'autres menaces, dont la violence, étaient plus visibles. Des soupçons circulaient selon lesquels la maladie était un stratagème du Gouvernement pour obtenir des fonds au titre de l'aide.

Les dialogues communautaires sont essentiels pour comprendre les préoccupations qui conduisent aux réticences. Les interventions ont été adaptées en fonction des préoccupations et des besoins des populations. Contraindre les patients à se soumettre à des soins biologiques risquait de les exclure. Les partenariats avec les communautés ont permis de mener des activités de riposte. Les membres de la communauté ont été formés pour sensibiliser les familles aux pratiques d'inhumation sûres et à la décontamination des zones touchées – un processus répété chaque fois que les intervenants se déplaçaient dans une nouvelle zone. Il est arrivé qu'il faille traiter d'abord d'autres flambées, comme le paludisme et la rougeole. Pour gagner la confiance de la population, l'OMS et ses partenaires ont parfois soutenu les communautés de manière inattendue, bien au-delà de leur rôle traditionnel. Par exemple, une route de 12 km et quatre ponts ont été construits entre les communautés près de Mangina, ce qui a permis de réduire la durée du voyage d'un quart d'heure à une heure, un gain appréciable pour les populations locales qui ont besoin d'une aide médicale.

Autre changement important, l'OMS a également dépêché 20 socio-anthropologues. Au cours de l'épidémie, de plus en plus de personnes employées par l'OMS étaient issues de la communauté locale.

LA TÉNACITÉ ET LE COURAGE DES AGENTS DE SANTÉ

Il ne fait aucun doute que le succès de la riposte a reposé sur la ténacité et le courage extraordinaires des agents de santé, qui sont restés mobilisés en dépit de la menace d'une violence terrifiante.

Des agents de santé ont mis leur vie en danger pour combattre l'une des maladies les plus dangereuses dans l'une des régions les plus dangereuses du monde.

Aller au travail malgré le risque de se faire agresser était « la partie la plus difficile du travail ».

L'OMS a recensé 420 attaques contre des établissements de santé pendant la flambée,⁴ qui ont fait 11 morts et 86 blessés parmi les agents de santé et les patients. Les gens se cachaient derrière des armoires et dans le lit des rivières pendant des heures pour échapper à la violence. Kaswerma, qui a été attaquée dans le camp de Biakato, se souvient d'un coup de machette porté à sa tête, d'une course pour se mettre à l'abri et de s'être blottie dans une pièce pendant plusieurs heures. Les équipes chargées de la vaccination et des inhumations ont également été lapidées lors de leurs visites dans certaines communautés.

Les attaques ont parfois imposé de suspendre temporairement les interventions. L'infection se propageait car les cas potentiels ne faisaient pas l'objet d'une enquête et l'inhumation des défunts ne se faisait pas en toute sécurité et dans la dignité.

Conscients de la grave menace que la maladie à virus Ebola faisait peser en termes de biosécurité, la quasi-totalité des 900 personnels employés par l'OMS et ceux de nombreux autres partenaires ont persévéré. Le monde ne doit pas oublier leur contribution.



« DE COURAGEUX COLLÈGUES, QUI LUTTENT DÉJÀ CONTRE LA FLAMBÉE DE MALADIE À VIRUS EBOLA, SONT CONFRONTÉS À UNE MENACE ENCORE PLUS GRAVE : **ÊTRE PRIS POUR CIBLE PAR DES HOMMES ARMÉS DE MACHETTES, DE FUSILS ET DE MAUVAISES INTENTIONS.** »

D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS

⁴ Entre le 1^{er} août 2018, date du début de l'épidémie, et le 3 mars 2020.



LE PRIX ULTIME À PAYER POUR ASSURER LA SÉCURITÉ DU MONDE

Le **D^r Richard Valery Mouzoko Kiboung**, épidémiologiste, était toujours prêt à aller là où les gens avaient le plus besoin de son aide. Ce passionné de santé publique consacrait beaucoup d'efforts à la lutte contre les maladies infectieuses dans les communautés vulnérables de son pays natal, le Cameroun.

Envoyé par l'OMS en République démocratique du Congo dans le cadre de la riposte à la maladie à virus Ebola, il s'inquiétait, comme d'autres, pour sa sécurité, mais restait en première ligne pour sauver des vies. Le 19 avril 2019, il a été tué lors d'un attentat contre l'hôpital universitaire de Butembo. Ses collègues le décrivent comme « un vrai professionnel, un excellent chef d'équipe », désintéressé, compatissant et gentil. Sa disparition est une perte immense pour le Cameroun et pour la santé publique. Il laisse derrière lui une femme et quatre enfants.

LE D^R TEDROS MÈNE LE COMBAT SUR LE TERRAIN

Les qualités de chef de file et d'homme de terrain du Directeur général de l'OMS, le D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, ont joué un rôle déterminant dans la riposte. Son leadership a donné le ton de la riposte, en reliant tous les acteurs à la lutte contre la maladie, des agents de santé sur le terrain aux présidents. L'une de ses premières actions a consisté à obtenir de la part des pays limitrophes de la République démocratique du Congo le plus haut niveau d'engagement politique pour améliorer la sécurité, ce qui s'est finalement avéré crucial pour enrayer la propagation du virus. Sa présence visible sur le terrain (il s'est rendu à plusieurs reprises au Nord-Kivu, où il a séjourné et s'est entretenu avec les intervenants et les communautés locales) a contribué à remonter le moral du personnel et à mobiliser les dirigeants locaux pour lutter contre la maladie à virus Ebola. Il a nommé le D^r Socé Fall, aujourd'hui Directeur général adjoint pour l'action d'urgence, à la direction des opérations là où tout a commencé, lui demandant de ne rentrer à Genève qu'une fois son travail terminé. Le D^r Socé Fall est resté sur le terrain pendant 11 mois, jusqu'à l'arrêt de la transmission.

DES PERCÉES SCIENTIFIQUES DÉCISIVES QUI CHANGENT LA DONNE

La riposte à la flambée de maladie à virus Ebola dans l'est de la République démocratique du Congo a été différente des précédentes en raison de progrès scientifiques révolutionnaires.

En 2016, l'OMS a créé le **schéma directeur en matière de recherche-développement** afin d'accélérer la recherche en matière de tests, de vaccins et de médicaments en vue d'éviter une crise à grande échelle en cas d'épidémie. Cette initiative a permis de progresser dans la mise au point d'un vaccin et de traitements susceptibles de sauver des vies.

Le **vaccin anti-Ebola rVSV-ZEBOV**, qui a été déployé une semaine après le début de la flambée en août 2018, a sauvé des vies et ralenti la propagation de la maladie. L'OMS a préqualifié le vaccin en novembre 2019, une étape cruciale pour en accélérer l'homologation, l'accès et le déploiement. Il s'agissait du premier vaccin anti-Ebola à être préqualifié et du processus de préqualification le plus rapide jamais mis en place. Le vaccin continuera à être utilisé dans le cadre d'un protocole de recherche, pour lequel plus de 400 Congolais ont été formés.

Deux médicaments expérimentaux réduisent considérablement la mortalité, surtout s'ils sont administrés à un stade précoce. Un essai a été réalisé lors de la précédente flambée, ce qui prouve qu'il est possible de mener des recherches sérieuses au cours d'une flambée. Le traitement rapide des patients permet de réduire leur mortalité de près de moitié, pour la ramener à 35 %.

L'OMS a également mené des **recherches en sciences sociales** pour étayer les stratégies utilisées dans le cadre de la riposte.

La **technologie par amplification génique GeneXpert** a été utilisée dans 11 laboratoires pour soutenir de nombreuses activités, notamment les soins aux patients, la surveillance ainsi que la recherche-développement. Les résultats étaient souvent disponibles sous 24 heures. Le personnel recruté au niveau national a été formé au diagnostic de la maladie à virus Ebola. Les laboratoires ont également été équipés pour diagnostiquer d'autres maladies.

UNE TÂCHE HERCULÉENNE POUR PARVENIR AU BUT

Le 3 mars 2020, le personnel de santé du centre de traitement anti-Ebola à Beni a fêté la sortie d'une patiente, Masiko. Pour en arriver là, la tâche a été herculéenne, après un pic de 120 cas par semaine, dans un rayon de 1200 km. La flambée en chiffres :

- 166 millions de dépistages effectués aux postes-frontières ou aux points de contrôle pour détecter les symptômes de la maladie à virus Ebola ;
- 3000 établissements de santé identifiés pour la lutte anti-infectieuse ;

- 300 000 personnes vaccinées ;
- 11 laboratoires testant environ 3500 échantillons par semaine (plus de 190 000 échantillons testés) ;
- 11 centres de traitement anti-Ebola dispensant des soins ;
- 26 000 inhumations sans risque et dans la dignité ;
- plus de 1000 tonnes de fournitures livrées.

L'OMS et ses partenaires restent mobilisés jusqu'à ce que la fin de la flambée soit déclarée. Ainsi, lorsqu'un nouveau cas a été

signalé le 10 avril en République démocratique du Congo, le pays était prêt à réagir. « Cela montre seulement que nous ne pouvons pas baisser la garde. Nous devons toujours être prêts à réagir », déclare le D^r Michael Ryan, Directeur exécutif chargé du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.



DES MÉDICAMENTS PERMETTANT DE SOIGNER LES TRAUMATISMES ET DE DISPENSER DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES À **10 000 PERSONNES** ONT ÉGALEMENT ÉTÉ ENVOYÉS

FAIRE FACE AUX CATASTROPHES

Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire intervient non seulement en cas de flambée, mais aussi en cas de catastrophe, dont la fréquence et la gravité devraient augmenter sous l'effet des changements climatiques.

PROTÉGER LA SANTÉ APRÈS UN CYCLONE

En mars 2019, le cyclone tropical Idai a touché 1,6 million de personnes dans trois pays africains et a gravement endommagé 55 centres de santé. L'OMS a réagi rapidement pour prévenir la deuxième catastrophe, à savoir une flambée de maladies, en dépêchant une équipe d'experts chargés de travailler avec les ministères de la santé et 20 équipes médicales d'urgence pour prodiguer des soins indispensables. Des médicaments permettant de soigner les traumatismes et de dispenser des soins de santé primaires à 10 000 personnes ont également été envoyés.

Soucieuse de veiller à la coordination locale, l'OMS a aidé le Ministère de la santé du Mozambique à préserver la coordination et la notification directes de toutes les activités. Elle a assuré la coordination entre plus de 48 partenaires au sein du Groupe sectoriel pour la santé et, afin de mettre en place un système de surveillance des maladies, elle a envoyé des experts, dont certains étaient issus de tous les niveaux de l'Organisation et d'autres sont intervenus par l'intermédiaire du **Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie**. Face à l'augmentation du nombre de cas de choléra, l'OMS et ses partenaires ont immédiatement distribué plus de 800 000 doses de vaccin anticholérique oral dans le cadre d'une campagne de vaccination de masse dont le taux de couverture notifié a atteint 98,5 %, évitant ainsi une flambée potentiellement dévastatrice. Quelque 900 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide ont également été fournies pour éviter une recrudescence des cas de paludisme.

PRÉVENIR LES CRISES SANITAIRES DANS LES MILIEUX FRAGILES

Environ un quart de la population mondiale, soit deux milliards de personnes, vit dans un environnement fragile, touché par des conflits et vulnérable, où les services de santé les plus élémentaires peuvent faire défaut. Quelque 70 % des cas de flambées comme le choléra, la rougeole et la fièvre jaune, ainsi que 60 % des décès maternels évitables et environ la moitié des décès d'enfants surviennent dans de tels contextes.

Le rôle de l'OMS en tant que prestataire de services de santé de dernier recours et la capacité de l'Organisation à envoyer du personnel en renfort se sont révélés essentiels.

RECENSER LES ATTAQUES VISANT LES SOINS DE SANTÉ

En **République arabe syrienne**, un total de 494 attaques contre des établissements de santé ont été confirmées entre 2016 et 2019, dont 68 % ont été enregistrées dans le nord-ouest du pays. La moitié seulement des établissements de santé du nord-ouest du pays restent ouverts. L'OMS se mobilise

contre ces attaques, recueille des données et encourage les meilleures pratiques pour protéger les soins de santé dans le cadre de l'**initiative relative aux attaques visant les soins de santé**. Cette initiative a mis en place le **système de surveillance des attaques visant les soins de**

santé, qui répertorie les attaques dans différents pays. Cette base de données a été utilisée dans plusieurs forums comme base factuelle pour engager le dialogue sur la nécessité de protéger les soins de santé et les civils des attaques, ainsi que pour des actions aux niveaux politique et technique.

FOURNIR DES SERVICES DE SANTÉ ÉLÉMENTAIRES AU YÉMEN



AU YÉMEN, L'OMS ET SES PARTENAIRES ONT APPORTÉ UNE ASSISTANCE SANITAIRE À **10 MILLIONS DE PERSONNES**

Au Yémen, pays qui connaît la plus grave crise humanitaire au monde, 20 millions de personnes ont besoin d'une assistance sanitaire. L'OMS s'efforce de combler les lacunes critiques dans la fourniture des soins de santé essentiels avec les Ministères de la santé publique et de la population. Elle aide directement 49 hôpitaux et, avec ses partenaires, soutient plus de 3000 établissements de santé.

En réponse à la plus importante flambée de choléra jamais enregistrée (près de 2,3 millions de cas à la fin de 2019), l'OMS a intensifié ses opérations et soutenu la mise en place de 333 équipes pluridisciplinaires d'intervention rapide. En 2019, elle a distribué 6261 « kits choléra » et 476 391 doses de soluté de Ringer-lactate avec nécessaire à perfusion, et aidé à acheminer environ 19 millions de litres d'eau potable jusqu'aux établissements de santé et centres de traitement de la diarrhée. En outre, 3,1 millions de doses de vaccin anticholérique oral ont été administrées dans le cadre de campagnes menées dans les districts à haut risque.

L'OMS a également mis en place le pont aérien médical des Nations

Unies pour le transport vers des lieux convenus à l'étranger des patients nécessitant des soins médicaux non disponibles au Yémen. Grâce aux efforts diplomatiques considérables déployés par les Nations Unies et certains États Membres, le premier pont aérien médical a été ouvert en février 2020, lorsqu'un groupe de patients yéménites a été transporté de Sanaa à Amman, en Jordanie, pour y recevoir des soins spécialisés.



CHIFFRES CLÉS POUR 2018-2019 : PROGRAMME OMS DE GESTION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE



Budget programme approuvé :
US \$554 millions



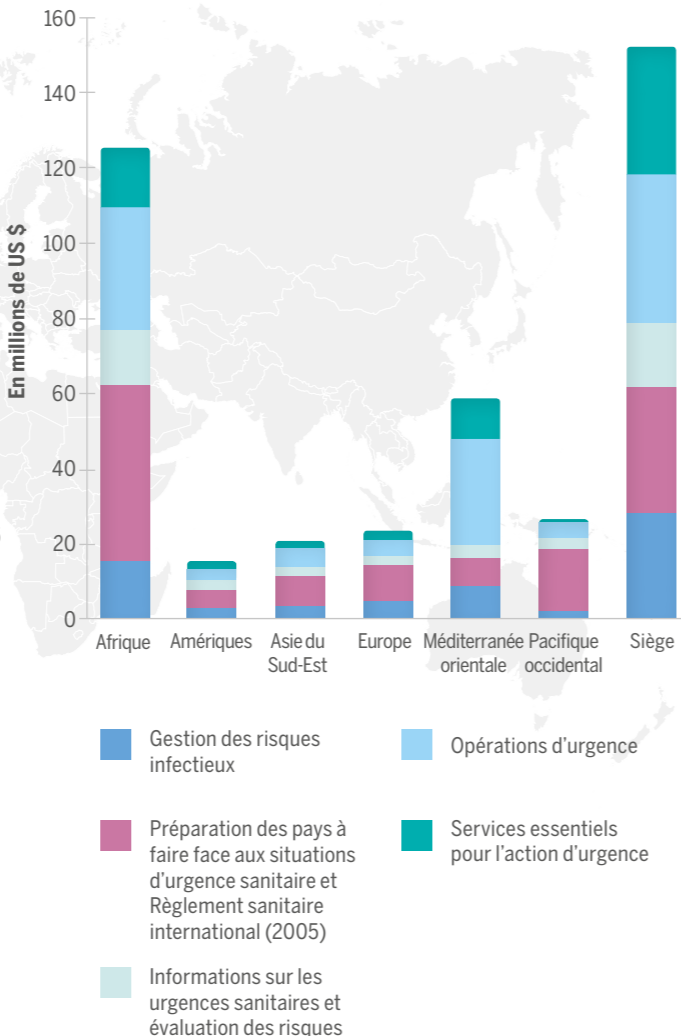
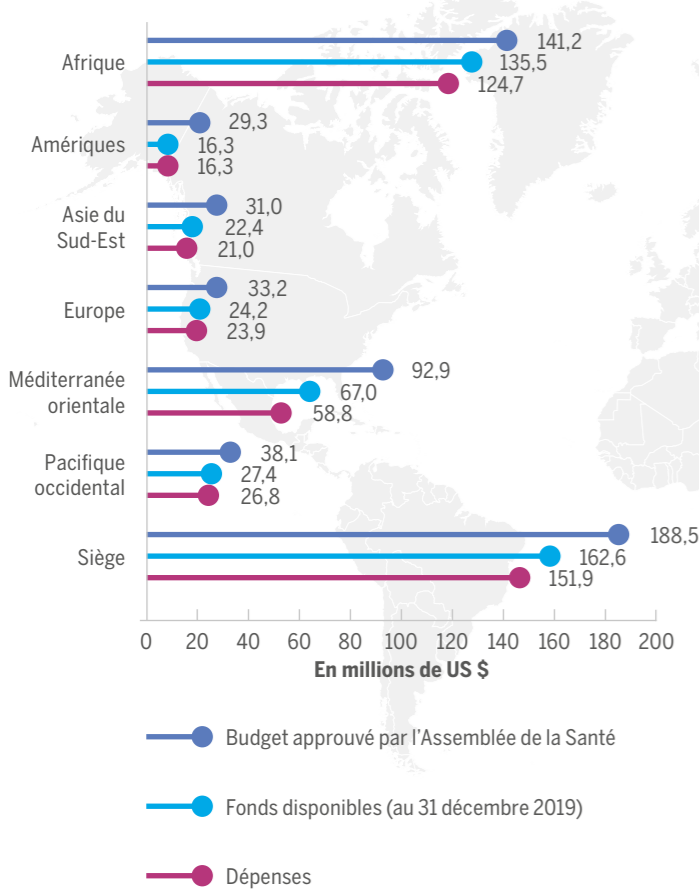
Fonds disponibles :
US \$456 millions
(82 % du budget programme)



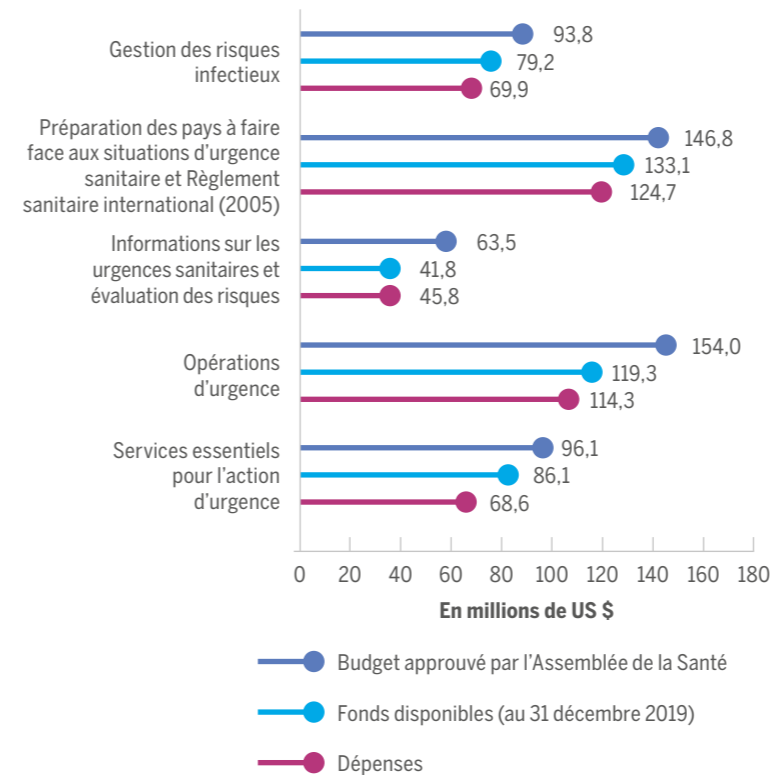
Dépenses :
US \$423 millions
(76 % du budget programme,
93 % des ressources disponibles)

BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR GRAND BUREAU (EN MILLIONS DE US \$)

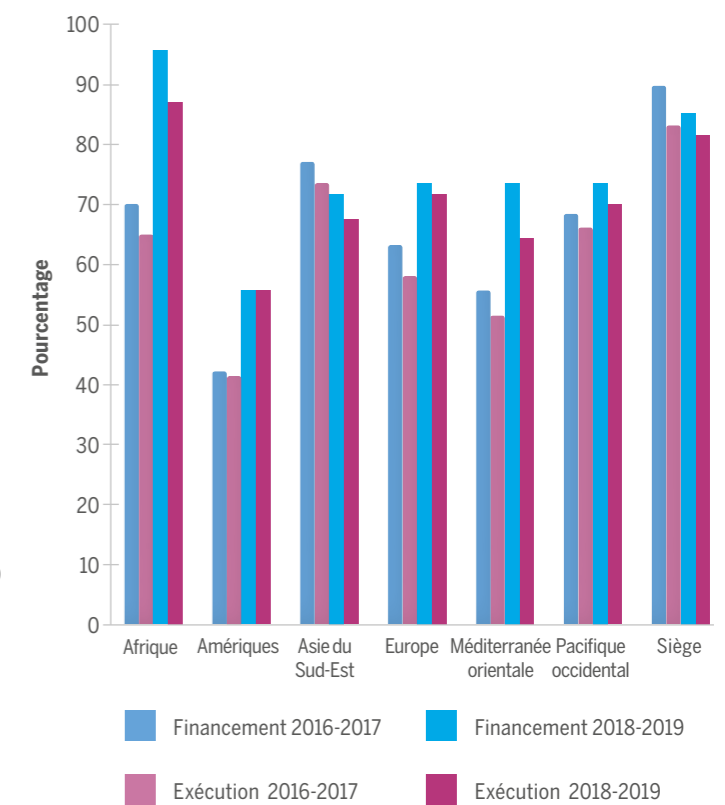
DÉPENSES AU BUDGET PROGRAMME, PAR GRAND BUREAU ET PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



NIVEAU DE FINANCEMENT ET D'EXÉCUTION DES BUDGETS PROGRAMMES POUR 2016-2017 ET 2018-2019



Au cours de l'exercice 2018-2019, le Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire était, pour la première fois, pleinement intégré dans le budget programme de l'OMS. Son budget biennal s'élevait au total à US \$554 millions, ce qui représentait 16 % du budget de base approuvé par l'Assemblée de la Santé pour 2018-2019 et faisait du Programme la troisième catégorie technique après celles des Maladies transmissibles et des Systèmes de santé.

Après sa création en 2016, le Programme a eu besoin de temps et de ressources pour avoir des effectifs suffisants aux trois niveaux de l'Organisation et pour élargir ses opérations. Plusieurs difficultés demeurent mais des progrès sensibles avaient été accomplis à la fin de l'exercice, alors que le Programme a été mis à rude épreuve pendant la flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo. À la fin de l'exercice, le Programme intervenait dans plus de 60 situations d'urgence classées.

À la fin de l'exercice, le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire était financé à 82 % par rapport au budget approuvé, compte tenu des allocations de fonds institutionnels souples comparables à celles des deux autres catégories techniques sous-financées. Le fait que le budget programme ne soit pas intégralement financé reste l'un des principaux obstacles au renforcement des capacités de préparation et de riposte dans toutes les Régions.

Aucun grand bureau n'a été intégralement financé en 2018-2019. Cependant, le niveau de financement a augmenté par rapport au budget 2016-2017 pour tous les grands bureaux, sauf le Siège et le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est. Les augmentations ont été importantes dans la Région africaine et dans la Région de la Méditerranée orientale, où il y a eu une bonne corrélation entre le niveau des opérations d'urgence et l'appui technique global nécessaire. C'est dans la Région africaine que le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire avait le deuxième plus haut niveau de financement et d'exécution parmi toutes les catégories techniques.

Le secteur de programme Préparation des pays à faire face aux situations d'urgence sanitaire et Règlement sanitaire international (2005) était le mieux financé (91 %) et son financement avait considérablement augmenté par rapport à 2016-2017. Dans toutes les Régions, sauf celle de la Méditerranée orientale, il s'agit du principal secteur de programme de cette catégorie. Le secteur de programme Informations sur les urgences sanitaires et évaluation des risques était le moins financé (66 %). Son financement n'a que légèrement progressé depuis 2016-2017 et la proportion du financement provenant des contributions volontaires à objet désigné était beaucoup plus faible que dans les autres secteurs de programme.

Le taux d'exécution du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire par rapport au budget approuvé était de 76 %, soit le même que d'autres catégories dont le niveau de financement est similaire. Toutefois, le taux d'utilisation des ressources disponibles était élevé (93 %). Le grand bureau (Bureau régional de l'Afrique) et le secteur de programme (Préparation des pays à faire face aux situations d'urgence sanitaire et Règlement sanitaire international (2005)) les mieux financés étaient aussi ceux pour lesquels l'exécution du budget était la plus élevée.

Il y avait donc un lien direct entre l'exécution par rapport au budget programme approuvé et la disponibilité du financement : l'exécution du budget était plus élevée dans les secteurs dont le financement était élevé. On a observé la même situation dans les catégories Maladies non transmissibles et Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie. Ceci semblerait indiquer qu'il est possible d'exécuter le budget prévu dans la mesure où le financement correspond aux prévisions.

En résumé, bien que le financement et l'exécution du budget consacré au Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire aient augmenté en 2018-2019, des améliorations sont encore possibles. Le Secrétariat a donné la priorité au Programme lors de la répartition des fonds institutionnels souples et thématiques – environ 48 % du financement pour 2018-2019 –, mais ces ressources n'étaient pas suffisantes pour financer intégralement et équitablement le budget dans tous les secteurs et les principaux bureaux. Il faut davantage de ressources volontaires pour exécuter totalement le budget programme prévu afin qu'un milliard de personnes supplémentaires soient mieux protégées face aux situations d'urgence actuelles et futures.

CHIFFRES CLÉS POUR 2018-2019 : INTERVENTIONS EN CAS D'ÉPIDÉMIES OU DE CRISES ET OPÉRATIONS SUSCEPTIBLES D'ÊTRE PORTÉES À UNE PLUS GRANDE ÉCHELLE



Budget programme approuvé :
US \$0 million

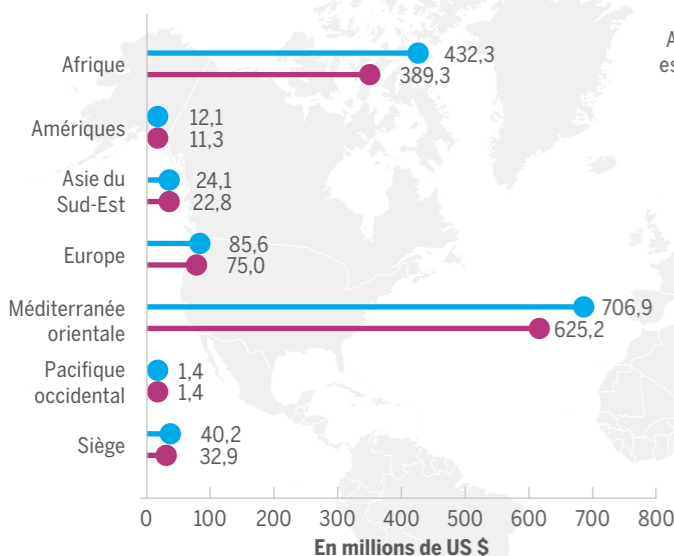


Fonds disponibles :
US \$1,303 milliard

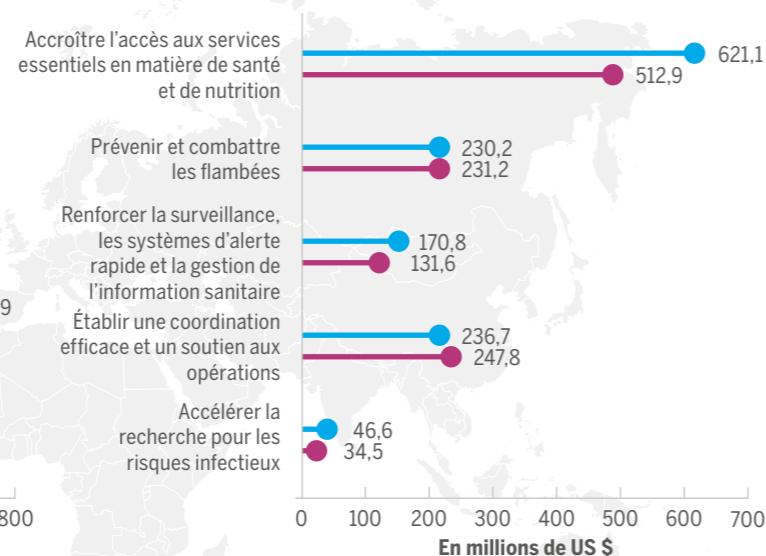


Dépenses :
US \$1,158 milliard
(89 % des ressources disponibles)

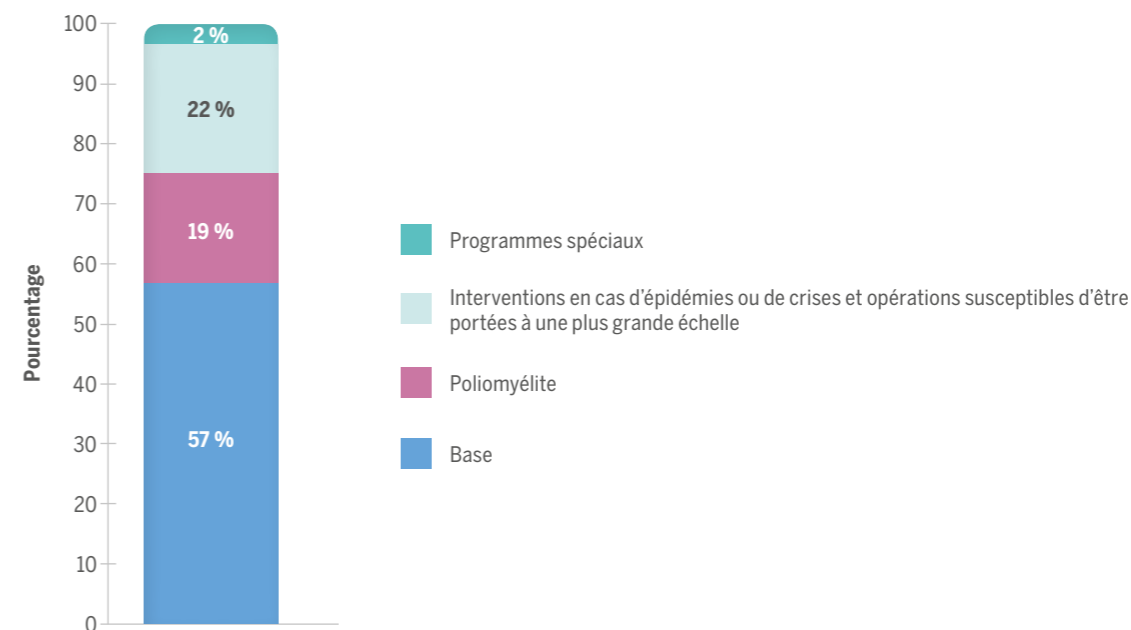
BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR GRAND BUREAU (EN MILLIONS DE US \$)



BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



RÉPARTITION DES DÉPENSES PAR SEGMENT EN 2018-2019



Comme le segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises et opérations susceptibles d'être portées à une plus grande échelle dépend des événements, aucun budget approuvé par l'Assemblée de la Santé ne lui a été alloué pour 2018-2019 et il est difficile de prévoir avec certitude le niveau des opérations. Il est donc impossible de comparer le niveau de financement ou d'exécution de ce segment par rapport à un budget approuvé. Conformément à la résolution WHA72.5 (2019), le budget programme 2020-2021 comprendra un budget estimatif pour le segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises et opérations susceptibles d'être portées à une plus grande échelle et reflétera ainsi totalement le coût des opérations de l'OMS, qui est 20 % plus élevé si on inclut ce segment.

En 2018-2019, l'OMS a consacré US \$1,158 milliard au segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises et opérations susceptibles d'être portées à une plus grande échelle, dont 88 % dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. La Région de la Méditerranée orientale a été la principale bénéficiaire et utilisatrice de financement humanitaire (54 % du total), tandis que le segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises et opérations susceptibles d'être portées à une plus grande échelle représentait environ 50 % du total des opérations au niveau régional.

Le segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises et les opérations susceptibles d'être portées à une plus grande échelle est principalement financé par des contributions volontaires. Dans des circonstances exceptionnelles, le Secrétariat a consenti un prêt d'urgence et a alloué des fonds souples pour assurer la continuité des opérations.

Le Fonds de réserve pour les situations d'urgence a été créé par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2015 afin de financer rapidement les interventions immédiates et le maintien des opérations vitales. En 2018-2019, US \$120 millions ont été mis à disposition pour des interventions immédiates, au niveau national, face aux flambées et aux crises humanitaires qui ont des conséquences sanitaires. Le Fonds de réserve a principalement servi à financer la riposte à la flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo. Dans la mesure du possible, les ressources prélevées sur le Fonds de réserve doivent être reconstituées au moment où d'autres sources de fonds sont disponibles. Sur les US \$120 millions débloqués en 2018-2019, US \$46 millions avaient été remboursés à la fin de l'exercice.

Le Fonds de réserve est une source inestimable de fonds pour les interventions immédiates. Cependant, bien que la base de ressources ait pu être approfondie et élargie, le modèle actuel de reconstitution du Fonds de réserve, qui dépend entièrement des contributions directes de quelques donateurs habituels, n'est peut-être pas durable. Le Secrétariat envisage d'autres moyens et d'autres sources de financement pour les exercices futurs.

Pour plus de précisions sur le financement du budget programme, l'exécution de cette catégorie et les réalisations par secteur de programme, y compris les indicateurs, se référer au portail consacré aux budgets programmes de l'OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/12/about/programme-outcomes> et <http://open.who.int/2018-19/home>).

SYSTEMES DE SANTÉ



Stratégies visant à améliorer la sécurité des patients dans **91 PAYS**



Tenue de comptes nationaux des personnels de santé dans **42 PAYS**



Autorités nationales de réglementation exerçant les fonctions essentielles de réglementation pour les médicaments et les vaccins dans **68 PAYS**



Augmentation de l'indice de couverture des services avec une moyenne mondiale qui est passée de **45 % en 2000** à **66 % en 2017**



LA COUVERTURE PAR LES SERVICES DE SANTÉ ESSENTIELS doit être multipliée au moins par deux d'ici à 2030



Les États Membres doivent augmenter les dépenses consacrées aux **SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES** d'au moins **1 %** de leur produit intérieur brut afin de réduire les dépenses de santé catastrophiques



18 MILLIONS D'AGENTS DE SANTÉ doivent être recrutés et formés à l'échelle mondiale pour assurer la prestation de services de santé essentiels



Progrès en matière de protection financière notifiés dans **88 PAYS**



« Les populations et les économies sont également mieux protégées des risques sanitaires quand le système de soins de santé primaires est solide ... Les soins de santé primaires sont la première ligne de défense contre les flambées épidémiques et les situations d'urgence sanitaire. »

D^r TAKESHI KASAI
Directeur régional de l'OMS pour le Pacifique occidental



Budget programme approuvé :
US \$590 millions



Fonds disponibles :
US \$617 millions
(105 % du budget programme)



Dépenses :
US \$558 millions
(95 % du budget programme,
90 % des ressources disponibles)



LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE, FONDÉE SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES, EST UN CONCEPT UNIFICATEUR

La pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) a rappelé à la communauté internationale combien il est important de se préparer et de disposer de services de santé solides qui soient capables d'absorber les chocs ; il est également apparu qu'il faut faire en sorte que les systèmes soient en mesure de continuer à offrir les services de santé essentiels sans entraîner de difficultés financières, en particulier en temps de crise.

La couverture sanitaire universelle, fondée sur les soins de santé primaires, est un concept unificateur, la base de la prestation de services de santé intégrés et centrés sur la personne et l'un des plus puissants facteurs d'égalité sociale parmi toutes les mesures possibles. Elle est l'expression ultime de l'égalité. Les personnes qui n'ont pas les moyens de payer les soins de santé dont elles ont besoin peuvent tout de même se faire soigner et elles ne meurent pas d'une affection qu'il est possible d'éviter ou de traiter. Nous n'avons plus que 10 ans devant nous pour atteindre la cible des objectifs de développement durable qui vise à garantir la couverture sanitaire universelle ; ainsi, la cible fixée à un milliard de personnes supplémentaires couvertes d'ici à 2023 constituera une étape clé.

AIDE APPORTÉE À L'UKRAINE POUR PARVENIR À LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE GRÂCE À DES RÉFORMES DE GRANDE AMPLEUR DU FINANCEMENT DE LA SANTÉ



DÉCISION DE LES FINANCER À L'AIDE DE RECETTES FISCALES AFIN QUE **TOUTE LA POPULATION SOIT COUVERTE**, Y COMPRIS LE TIERS DE LA POPULATION ACTIVE QUI EST SANS EMPLOI OU QUI TRAVAILLE DANS LE SECTEUR INFORMEL

Au cours des deux dernières années, 29 millions de citoyens – soit plus des deux tiers de la population – ont choisi un médecin référent. Ce choix est essentiel pour garantir la concurrence entre les prestataires publics et les prestataires privés financés par le nouvel organisme unique d'achat – le Service de santé national. Les personnes qui ont un médecin référent ont aussi la garantie de

pouvoir bénéficier d'une série de soins de santé primaires.

Les réformes ont commencé par l'adoption en 2017 de la loi sur les garanties financières pour les soins de santé, qui vise à améliorer l'accès de la population aux soins de santé primaires et à réduire les dépenses en santé directes des personnes qui ont besoin de soins médicaux. L'OMS a joué un rôle important dans la mise au point de ces réformes, notamment dans la décision de les financer à l'aide de recettes fiscales afin que toute la population soit couverte, y compris le tiers de la population active qui est sans emploi ou qui travaille dans le secteur informel.

La part du budget de l'État consacrée à la santé a augmenté de près de 50 % entre 2016 et 2019, passant de 9,8 % à 14,6 %. Le faible niveau des dépenses publiques en santé et l'infrastructure

hospitalière surdimensionnée avant ces réformes avaient imposé aux patients de lourds paiements directs pour la plupart des services ambulatoires et hospitaliers et pour les médicaments délivrés hors de l'hôpital.

Parallèlement, un programme a été instauré pour fournir gratuitement des médicaments essentiels contre des maladies chroniques à plus de 6,6 millions d'Ukrainiens par l'intermédiaire de pharmacies ayant passé contrat avec le Service de santé national. L'évaluation et les recommandations politiques de l'OMS ont été cruciales pour reconduire ce programme en 2019. Entre 2018 et 2020, le montant des dépenses publiques consacrées à ce programme a plus que doublé. Il faudra ensuite former des prestataires de soins de santé primaires et étendre le système d'achat aux soins hospitaliers.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

ENGAGEMENT DE HAUT NIVEAU EN FAVEUR DE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE

La Déclaration politique issue de la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle de 2019 est l'instrument le plus complet jamais adopté par les Nations Unies sur le droit de chacun à avoir accès aux services de santé ; elle constitue également une prise de position claire concernant le monde que nous souhaitons. Les chefs et représentants de **193 États et gouvernements** ont fait montre d'une vision et d'un engagement politiques à toute épreuve pour garantir la couverture sanitaire universelle à leurs concitoyens.

En se fondant sur la **Déclaration d'Astana** adoptée lors de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires en 2018, la Déclaration politique souligne l'importance que donnent les dirigeants mondiaux à la réalisation de la couverture sanitaire universelle et des objectifs connexes en vertu de l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge). Elle décrit les mesures spécifiques devant être prises par les gouvernements et l'ensemble des parties prenantes.

COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE : SITUATION ACTUELLE

Le **Rapport mondial de suivi 2019 (2019 Global Monitoring Report)** a montré une augmentation de la couverture des services, la moyenne mondiale étant passée de 45 % en 2000 à 66 % en 2017.

Toutes les Régions et toutes les catégories de revenu sont concernées par ces améliorations. En revanche, la progression est moins rapide depuis 2010 et ces avancées masquent de graves inégalités qui laissent de côté les plus vulnérables.

Même si le recul de la pauvreté dans le monde a entraîné une hausse de l'utilisation et de la couverture des services de santé, l'augmentation correspondante des dépenses de santé à la charge du patient s'est traduite, à l'inverse, par une hausse du nombre de personnes rencontrant des difficultés financières, dont beaucoup ont sombré dans la pauvreté. L'incidence des dépenses de santé catastrophiques n'a cessé de progresser entre 2000 et 2015.

Le Rapport indique que les progrès doivent aller beaucoup plus vite, dans la mesure où la couverture doit être au moins multipliée par deux entre 2019 et 2030. Les pays doivent recruter et former 18 millions d'agents de santé à l'échelle mondiale – non seulement pour atteindre les cibles en matière de couverture sanitaire universelle, mais également pour investir dans le capital humain et le développement durable.

Le Rapport note que les investissements consentis par la plupart des pays dans les soins de santé primaires sont insuffisants. Un appel clair a été lancé aux gouvernements pour qu'ils accroissent les dépenses consacrées aux soins de santé primaires d'au moins 1 % de leur produit intérieur brut. En investissant US \$200 milliards supplémentaires par an pour le déploiement des soins de santé primaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 60 millions de vies pourraient être sauvées, l'espérance de vie moyenne pourrait augmenter de 3,7 ans d'ici à 2030 et cela pourrait constituer une contribution importante au développement économique et social.



LES CHEFS ET REPRÉSENTANTS DE **193 ÉTATS ET GOUVERNEMENTS** ONT FAIT MONTRER D'UNE VISION ET D'UN ENGAGEMENT POLITIQUES À TOUTE ÉPREUVE POUR GARANTIR LA **COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE** À LEURS CONCITOYENS



UN APPEL CLAIR A ÉTÉ LANCÉ AUX GOUVERNEMENTS POUR QU'ILS ACCROISSENT LES **DÉPENSES** CONSACRÉES AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES **D'AU MOINS 1 % DE LEUR PRODUIT INTÉRIEUR BRUT**

ÉGYPTE : UNE NOUVELLE LOI SUR L'ASSURANCE-MALADIE PERMETTANT UNE COUVERTURE EXHAUSTIVE



L'ENSEMBLE DES ÉGYPTIENS SERONT OBLIGATOIREMENT COUVERTS PAR L'INTERMÉDIAIRE D'UNE AFFILIATION PAR FAMILLE

La loi égyptienne sur l'assurance-maladie universelle, adoptée en 2018, pourrait permettre au pays de progresser rapidement sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Sa mise en application est étalée sur 15 ans et elle contribue à faire en sorte que chacun ait accès aux services de santé de qualité dont il a besoin sans être exposé à des difficultés financières.

L'OMS a été un partenaire clé à tous les niveaux, apportant un large soutien pendant l'élaboration de la loi et sa mise en œuvre ultérieure, et contribuant à la rédaction du document stratégique.

En vertu de cette loi, l'ensemble des Égyptiens seront obligatoirement couverts par l'intermédiaire d'une affiliation par famille.

Auparavant, seule 58 % de la population était couverte. L'État devrait subventionner 30 à 35 % de la population, notamment les plus pauvres et les plus vulnérables ; le financement sera assuré par les contributions des employés du secteur formel, par les taxes sur le tabac, par les péages routiers et par les impôts sur les sociétés.

Il est important de noter qu'un régime à payeur unique sera mis en place, avec un potentiel énorme de redistribution des fonds des personnes ayant des besoins et présentant des risques moins élevés sur le plan sanitaire vers celles ayant des besoins et présentant des risques plus élevés.

La plus grande difficulté sera de garantir un accès équitable aux services de santé pendant le long processus de mise en application,

période au cours de laquelle les dispositions en matière de couverture seront variables. L'OMS a contribué à l'élaboration d'options permettant l'amélioration du système de financement de la santé, a apporté son soutien à une évaluation exhaustive des dispositions en matière d'achats et de gouvernance, et a aidé à renforcer le système d'information sanitaire, en particulier concernant les dossiers médicaux. Par la suite, l'agence chargée de l'assurance-maladie universelle a approuvé l'ensemble recommandé de méthodes de paiement pour les différents niveaux de soins.

S'il y a un enseignement important à tirer de cette expérience, c'est que la mobilisation continue de l'OMS a été essentielle pour que l'Égypte progresse de manière régulière.

DES RÉGIMES FISCAUX INNOVANTS POUR FINANCER LES SOINS DE SANTÉ AU GABON



NOUVELLE TAXE À LA CONSOMMATION DE 1 % SUR L'ACHAT DE BIENS ET DE SERVICES

Le Gabon s'est lancé sur la voie de la couverture sanitaire universelle en 2007 avec la mise en place d'un programme national d'assurance-maladie. L'augmentation du financement public a permis de réduire de façon drastique les dépenses de santé à la charge du

patient et les paiements directs des ménages. Un fonds entièrement subventionné pour les groupes les plus pauvres a été financé jusqu'en 2017 grâce à un ensemble de taxes (taxe de 10 % sur le chiffre d'affaires annuel des entreprises de téléphonie mobile et taxe de 1,5 % sur les virements internationaux effectués par les particuliers). En 2017, la taxe sur la téléphonie mobile a été abolie en raison des pressions exercées par le secteur et remplacée par une nouvelle taxe à la consommation de 1 % sur l'achat de biens et de services.

L'ensemble complet de prestations comprend les consultations

de soins primaires, les hospitalisations, les médicaments et les évacuations pour raisons médicales, avec une participation aux frais à hauteur de 20 %, sauf pour les personnes défavorisées. Au cours des deux dernières années, l'OMS a continué d'apporter son soutien au Gabon dans le domaine de la gestion du financement public de la santé, qui est un élément fondamental d'une réforme du financement de la santé et d'avancées sur la voie de la couverture sanitaire universelle. L'OMS a fait des recommandations essentielles pour pérenniser les atouts de la réforme et améliorer la conception et l'application des budgets.

Les grandes avancées à l'échelle régionale sont les suivantes :

Région africaine

La capacité de tenir des comptes de santé propres à chaque pays a été augmentée dans 27 pays afin de mettre en lumière un ensemble de besoins stratégiques, par exemple l'élaboration de plans de transition au Congo et l'appui au plaidoyer pour un accroissement de l'investissement dans la santé au Burkina Faso. En se fondant sur les données issues de la base de données mondiale sur les dépenses de santé, le tableau de bord de l'Afrique pour la santé a été élaboré en étroite collaboration avec l'Union africaine.

Région européenne

L'Estonie et la Lituanie ont mis à exécution les recommandations stratégiques et ont introduit de nouvelles politiques qui ont permis de mieux protéger financièrement les plus démunis et les personnes qui utilisent le plus souvent les services de santé. En Estonie, le nombre de personnes bénéficiant de la prise en charge directe du coût des médicaments prescrits a connu une hausse impressionnante, passant de 3000 en 2017 à 134 000 en 2018. Le nouveau système a été mis en place à la suite d'une analyse de l'OMS montrant que les médicaments à la charge des patients en ambulatoire étaient sources de difficultés financières.



160 PAYS DISPOSENT, AU NIVEAU NATIONAL, D'UNE POLITIQUE/D'UNE STRATÉGIE/D'UN PLAN COMPLETS POUR LE SECTEUR DE LA SANTÉ, DONT LES BUTS ET LES CIBLES ONT ÉTÉ ACTUALISÉS AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES

Région des Amériques

Le rapport de la Commission de haut niveau « Universal Health Coverage in the 21st Century: 40 years of Alma-Ata » a établi une stratégie pour agir sur les déterminants sociaux et créer des espaces spécifiques visant à mobiliser les communautés. Un accord régional sur les soins de santé primaires pour la couverture sanitaire universelle a vu le jour.

Région de l'Asie du Sud-Est

Le Bangladesh, Sri Lanka et le Timor-Leste ont bénéficié d'une assistance technique pour concevoir des ensembles de services essentiels, notamment d'études de faisabilité et d'estimations des coûts. Pour orienter la mise sur pied de nouveaux modèles de prestation de services plus intégrés, des analyses d'efficacité interprogrammes ont été menées au Bhoutan et à Sri Lanka. Ces analyses ont mis le doigt sur des chevauchements et des décalages au niveau des responsabilités fonctionnelles entre différents programmes, ce qui a permis de préconiser un financement durable issu de ressources nationales pour ces services, et d'orienter des réformes à l'échelle du système de santé.

Région de la Méditerranée orientale et Région africaine

Une analyse diagnostique de l'approche systématique du financement de la santé a été appliquée dans les zones en situation précaire et touchées par des conflits, par exemple en Afghanistan. L'axe aide humanitaire-développement a permis la mise en place d'un cadre intégré de planification et de mise en œuvre.

Région du Pacifique occidental

Le programme d'action sur le renforcement des cadres juridiques pour la santé donne des orientations sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la législation sanitaire. Une nouvelle loi sur la couverture sanitaire universelle a été adoptée aux Philippines. Des lois sur les soins de santé essentiels et la promotion de la santé, sur la lutte contre la consommation d'alcool et sur la lutte contre les maladies infectieuses ont été mises sur pied respectivement en Chine, à Vanuatu et au Viet Nam.



SERVICES DE SANTÉ
INTÉGRÉS DANS **90 PAYS**

DES SYSTÈMES DE SANTÉ PLUS FORTS ET MIEUX PRÉPARÉS

Dans le cadre de l'équipe de travail conjointe pour la couverture sanitaire universelle, le **Soudan du Sud** reçoit un appui accru des trois niveaux de l'Organisation afin de mettre en place un système de santé capable d'assurer la prestation des services de santé essentiels et prêt à affronter des situations d'urgence. Le pays est extrêmement vulnérable face aux événements de santé publique récurrents comme la maladie à virus Ebola. Composée d'experts des systèmes de santé et des situations d'urgence sanitaire, l'équipe de travail conjointe a effectué trois missions successives en 2019 et a travaillé en étroite collaboration avec le Ministère de la santé et les partenaires afin de déterminer les domaines dans lesquels des interventions essentielles pourraient être menées afin d'améliorer le fonctionnement du système de santé. Un plan pour le relèvement et la modernisation du secteur de la santé – le premier du genre – a notamment été élaboré, assorti de priorités sur la base d'un calendrier précis pour les six éléments essentiels des systèmes de santé ; l'objectif était entre autres d'améliorer la préparation et la résilience face aux situations d'urgence en assurant la continuité de la prestation de services.

Ces travaux ont mené à l'élaboration d'un nouveau programme renforcé d'assistance technique qui vise à appuyer les ministères de la santé dans la mise en œuvre des plans pour le relèvement et la modernisation du secteur de la santé, faisant intervenir des experts des systèmes de santé, ainsi que des experts des situations d'urgence et de la préparation des trois niveaux de l'Organisation. Le programme est axé sur le renforcement des systèmes de santé dans les domaines des soins de santé primaires et des fonctions essentielles de la santé publique, l'accent étant mis plus particulièrement sur les groupes vulnérables/marginalisés (femmes, jeunes filles), sur la préparation aux situations d'urgence et la réduction des risques, sur la fonction de gouvernance des ministères de la santé, ainsi que sur la coordination avec les partenaires du développement. En outre, le programme vise à fournir un ensemble essentiel de services de santé dans 10 pays ciblés,

à accroître le taux d'utilisation des services ambulatoires, à améliorer les performances des systèmes d'information pour la gestion sanitaire et du logiciel DHIS2 (District Health Information Software), à accroître la couverture vaccinale et à augmenter la proportion des accouchements en présence de personnel qualifié dans 25 pays.

DES DONNÉES AMÉLIORÉES SUR LES PERSONNELS DE SANTÉ

Depuis leur lancement en 2016, la mise en place des comptes nationaux des personnels de santé permet aux pays de compiler les données entre différents secteurs et de les notifier régulièrement à la plateforme dédiée par l'intermédiaire d'un point focal. Ce processus systématique, qui comprend la validation des données nationales, a permis une prise en main des données à l'échelle nationale. À l'heure actuelle, 193 pays disposent de données sur les cinq dernières années, contre moins de 100 avant la mise en place des comptes nationaux des personnels de santé. **Des documents d'orientation normatifs**, accompagnés d'ateliers organisés dans chaque Région, ont permis la réussite du déploiement de cette initiative.

Le rapport *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce* a mis en lumière les obstacles à l'égalité entre les hommes et les femmes dans quatre domaines clés : la ségrégation professionnelle en fonction du genre ; le travail décent ; l'écart salarial entre les hommes et les femmes ; et le leadership. Des engagements politiques ont été pris en conséquence pour lutter contre ces obstacles au plus haut niveau dans différentes instances mondiales, par exemple la Commission de la condition de la femme et l'Assemblée générale des Nations Unies.



RAPPORTS CONTENANT DES
DONNÉES VENTILÉES SUR
LES PERSONNELS DE SANTÉ
DANS **161 PAYS**

DÉVELOPPER LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE DANS LES PAYS

Le Ministère de la santé montre la voie avec un programme d'activités pour un système de santé résilient, efficace et durable

93 conseillers en politiques de santé interviennent sur le terrain et 23 dans les bureaux régionaux, avec l'appui de 7 donateurs coordonnés par l'OMS dans le cadre du groupe de travail conjoint pour la couverture sanitaire universelle

DOMINIQUE

L'importance accrue accordée aux **centres de santé communautaires** renforce la capacité du pays à instaurer la couverture sanitaire universelle alors même qu'il a été frappé par l'ouragan Maria

ESTONIE

La part de la population couverte par un **système de paiement** intégré et plus protecteur **pour les médicaments sur ordonnance** est passée de **0,2 % à 10 %** entre 2017 et 2018

NIGÉRIA

Le Gouvernement organise un forum annuel pour l'**échange** d'informations actualisées, **de connaissances et de bonnes pratiques** sur la planification des personnels de santé

SAMOA

Des interventions en matière de maladies non transmissibles sont mises en œuvre : des comités de femmes sont parvenus à **dépister 92 % de la population dans 7 villages pilotes du Samoa**, constatant que 45 % des personnes doivent être orientées vers un centre de santé

TIMOR-LESTE

Un ensemble de services essentiels établi sur la base d'une approche de la **médecine familiale** et de **comptes des personnels de santé** actualisés a guidé l'élaboration du plan stratégique national des ressources humaines pour la santé 2020-2024

TUNISIE

Nouvelle **politique de santé nationale** élaborée à partir des aspirations et des besoins de **4000 citoyens** dans le cadre d'un processus de consultation participatif sur deux ans



Aujourd'hui :
>1,2 milliard de bénéficiaires
dans
115 pays
situés dans
les 6 Régions
de l'OMS

QUALITÉ DES SOINS EN RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE ET EN NAMIBIE



DES FEUILLES DE ROUTE RECENSANT LES MESURES À PRENDRE ONT ÉTÉ ÉLABORÉES ET SONT EN TRAIN D'ÊTRE APPLIQUÉES AVEC **L'APPUI DE L'OMS**

Au cours des deux dernières années, sept pays africains ont demandé la collaboration de l'OMS pour élaborer et appliquer une politique et une stratégie nationales sur la qualité afin d'améliorer les performances de leurs systèmes de soins de santé. En août 2019, le Secrétariat a organisé un atelier

à trois niveaux pour renforcer les capacités des directions nationales de la qualité en la matière. Des feuilles de route recensant les mesures à prendre ont été élaborées et sont en train d'être appliquées avec l'appui de l'OMS. La République-Unie de Tanzanie est membre du Réseau pour l'amélioration de la qualité des soins en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, qui vise à diviser par deux le nombre de décès maternels et néonataux et de mortinaissances dans les établissements de santé d'ici à 2022, ainsi qu'à améliorer l'expérience des patients concernant les soins reçus dans les établissements de santé.

Des politiques et des structures de gouvernance créant des conditions favorables ont été mises en place, des manuels pour l'amélioration de la qualité ont été rédigés et des encadrants ont été formés afin d'accompagner les établissements de santé.

En Namibie, l'OMS a appuyé l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre destiné à mesurer l'impact des interventions sur la qualité ; ce cadre est en adéquation avec le système national d'information de gestion de la santé et comprend des activités à l'échelle infranationale et des établissements afin d'améliorer les données relatives à la qualité.

MISE EN PLACE D'APPROCHES CENTRÉES SUR LA PERSONNE AU MALI



LE PROJET A PERMIS À **LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE DE SE RENDRE COMPTE** DE LA FAÇON DONT LES AMÉLIORATIONS DE LA SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ ET DE L'ENFANT OBTENUES GRÂCE À UNE APPROCHE AXÉE SUR LES SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS CENTRÉS SUR LA POPULATION PEUVENT SE CONCRÉTISER DANS D'AUTRES CONTEXTES ET D'AUTRES ENVIRONNEMENTS

Au Mali, dans le cadre des activités visant à mettre en œuvre le Cadre pour des services de santé intégrés centrés sur la personne, l'OMS et ses partenaires ont appuyé un projet visant à promouvoir et à évaluer les approches centrées sur la personne en matière de services de santé concernant les soins aux mères, aux nouveau-nés et aux enfants. Dix centres de santé communautaires des districts de Diéma et Yélimané, dans la région de Kayes, ont pris part au projet qui a démarré en 2016. L'objectif principal était de mettre en avant les approches centrées sur la personne au cours des consultations cliniques auprès d'agents de santé pendant la grossesse et au moment de l'accouchement dans des centres de santé périphériques, en se fondant sur l'approche d'amélioration de la qualité consistant à fixer des objectifs mesurables, tester à petite échelle des modifications des procédures de prestation des soins et mesurer les résultats au regard

d'indicateurs prédéfinis. Le projet cherchait également à étudier si les agents de santé réagissaient positivement aux besoins et aux préférences des patients, et si les patients étaient appuyés dans la gestion de leurs propres soins. Parmi les grandes réalisations, on peut citer un meilleur respect de la dignité et de l'intimité des femmes pendant l'accouchement, des lacunes moins nombreuses dans la prestation des soins, une amélioration de la relation entre l'agent de santé et le patient, une réduction du temps d'attente et une meilleure gestion des orientations en fonction des besoins des patients. Le projet a permis à la communauté internationale de se rendre compte de la façon dont les améliorations de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant obtenues grâce à une approche axée sur les services de santé intégrés centrés sur la population peuvent se concrétiser dans d'autres contextes et d'autres environnements.

NIGER : RENFORCEMENT DES PERSONNELS DE SANTÉ AFIN D'ATTEINDRE LES POPULATIONS MAL DESSERVIES



CRÉATION D'ICI À 2021 DE **11 500 EMPLOIS DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ** À L'ÉCHELLE NATIONALE

En se fondant sur les recommandations de la Commission de haut niveau des Nations Unies sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique, telles qu'elles ont été adoptées par l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA70.6 (2017), le Niger a noué le dialogue avec un ensemble de secteurs et de ministères afin d'adapter les recommandations de la Commission au contexte national. Le Plan d'action sur l'emploi dans le secteur sanitaire et social et la croissance économique du Niger qui en a résulté pour la période 2018-2021 a été élaboré avec l'assistance technique de l'OMS pour l'analyse du marché du travail dans le secteur de la santé.

Cette analyse a fait apparaître que l'emploi dans le secteur de la santé représente moins de 4 % de la population active avec une distribution inégale : seuls 35 % des agents de santé exercent dans les zones rurales, où vit pourtant 60 % de la population. Le plan d'action national prévoit la création d'ici à 2021 de 11 500 emplois de professionnels de la santé à l'échelle nationale, en donnant la priorité à l'extension de la couverture par les services de santé dans les zones mal desservies. Les données connexes sont validées au moyen des comptes nationaux des personnels de santé afin de renforcer leur disponibilité, leur exhaustivité et leur qualité.



PRÉQUALIFICATION DES MÉDICAMENTS PRIORITAIRES AU BANGLADESH

Au Bangladesh, 67 % des dépenses à la charge des patients concernaient en 2015 les médicaments, et les aides à l'achat liées à des financements internationaux sont en baisse ; ainsi, le pays a besoin de médicaments prioritaires sûrs à un coût abordable. À peu près 98 % des médicaments nécessaires sont produits localement, mais aucun des fabricants n'a préqualifié de produits pharmaceutiques finis. Une coalition des partenaires intéressés a été mise en place en 2016 afin de mener une action conjointe avec l'OMS pour appuyer le renforcement des capacités à l'échelle locale pour la fabrication et la réglementation de médicaments. Le bureau de pays de l'OMS a joué un rôle clé dans les domaines de la sensibilisation et de l'assistance technique pour susciter l'intérêt et augmenter les capacités chez les

fabricants locaux de médicaments et auprès de l'autorité nationale de réglementation.

L'équipe d'inspection de l'OMS a mené la première inspection du site de fabrication de Beximco Pharmaceuticals, le premier fabricant à faire une demande de préqualification, en 2017. Deux ans plus tard, en janvier 2019, l'OMS a préqualifié le premier produit, la lamivudine, un médicament antirétroviral contre le VIH/sida. Un certain nombre d'autres demandes provenant de fabricants locaux sont en cours d'examen.



L'OMS A PRÉQUALIFIÉ LE PREMIER PRODUIT AU BANGLADESH, LA **LAMIVUDINE**, UN MÉDICAMENT ANTIRÉTROVIRAL CONTRE LE **VIH/SIDA**



LA PRÉQUALIFICATION POUR GARANTIR LA QUALITÉ DES PRODUITS FOURNIS À DES MILLIONS DE PERSONNES

Le programme de préqualification couvre les médicaments, les vaccins, les produits de diagnostic, les produits de lutte antivectorielle, l'équipement nécessaire à la chaîne du froid, les dispositifs de vaccination, les outils de circoncision masculine et deux essais pilotes sur des médicaments anticancéreux et de l'insuline humaine. Au cours de l'exercice 2018-2019, **326 produits ont été préqualifiés**, ce qui a permis de donner des orientations sur la qualité, l'innocuité et l'efficacité ou les performances des produits de santé.



326 PRODUITS ONT ÉTÉ PRÉQUALIFIÉS

Voici certaines des principales réalisations :

- préqualification du **premier produit biothérapeutique biosimilaire pour le cancer du sein** ;
- inscription sur la liste de préqualification du vaccin **Ervebo** qui permet de prévenir la maladie à virus Ebola, moins de 36 heures après son autorisation dans l'Union européenne ;
- lancement de la préqualification pilote de **l'insuline humaine** afin d'améliorer le traitement du diabète dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ;
- lutte antivectorielle : en moins de 18 mois de fonctionnement, **71 produits** ont été convertis à partir des listes du système OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES) et six produits ont été préqualifiés, alors que de nouveaux outils sont en cours d'élaboration afin de gérer la résistance des moustiques aux pyréthroides, qui prend rapidement de l'ampleur ;
- préqualification de **deux vaccins antipoliomyélitiques**, renforçant les efforts d'éradication de la maladie ;
- préqualification du premier **diagnostic in vitro** du VIH au moyen du mécanisme alternatif d'évaluation des performances.

UNE AVANCÉE HISTORIQUE DANS LA PRÉQUALIFICATION DU VACCIN ANTI-EBOLA

L'OMS a préqualifié le premier vaccin anti-Ebola, ce qui constitue une avancée historique vers une homologation, un accès et un déploiement accélérés dans les pays les plus exposés aux flambées de maladie à virus Ebola. Il s'agit de la procédure de préqualification de vaccin la plus rapide jamais menée par l'OMS, la décision étant intervenue moins de 36 heures après son autorisation dans **l'Union européenne**. Le vaccin préqualifié respecte les normes de l'OMS en matière d'immunogénicité, d'innocuité et d'efficacité. Le **Burundi**, le **Ghana**, la **Gambie** et la **République démocratique du Congo** et la **Zambie** ont homologué un vaccin Ebola 90 jours après la préqualification de l'OMS.

EXTENSION DE LA RECHERCHE VISANT À AMÉLIORER LES PROGRAMMES SANITAIRES AU NÉPAL



L'OMS, À TOUS LES NIVEAUX, A APPORTÉ UNE ASSISTANCE TECHNIQUE

Comme dans de nombreux autres pays, il existe au Népal des lacunes importantes en matière de recherche sur la mise en œuvre des programmes et des interventions de santé publique qui passe par l'étude des obstacles, ainsi que de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas. L'Initiative dirigée

par les pays sur la recherche sur la mise en œuvre a été lancée par le Siège de l'OMS afin de combler ces lacunes ; le Népal est le premier pays à en bénéficier. Étant donné que les efforts visant à atteindre la couverture sanitaire universelle échouent souvent au moment de la mise en application, la recherche sur la mise en œuvre pourrait changer la donne.

L'OMS, à tous les niveaux, a apporté une assistance technique. Des décideurs politiques, des chercheurs et des directeurs de programmes ont été formés au cours d'une série d'ateliers. Un an plus tard, le Népal a des capacités bien supérieures pour mener des

recherches de qualité sur la mise en œuvre. Sept études ont été choisies, notamment une dont le but est d'accroître le nombre d'adhésions au régime népalais d'assurance-maladie et d'assurance sociale, qui a été lancé en 2016 pour réduire la charge financière que représentent les frais médicaux. Les résultats de ces études seront appliqués en 2020.

Cette expérience montre combien l'assistance technique, le mentorat et un investissement relativement modeste de l'OMS (entre US \$6500 et US \$9000 par étude) peut permettre de développer rapidement des capacités de recherche nationales nouvelles et pérennes.

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE LAO : UNE PRISE DE DÉCISIONS MIEUX ORIENTÉE



LES CAPACITÉS NATIONALES ONT ÉTÉ RENFORCÉES GRÂCE À DES ACADÉMIES ET À DES FORMATIONS SUR DHIS2 À TOUS LES NIVEAUX DU SYSTÈME DE SANTÉ, Y COMPRIS AU NIVEAU LOCAL

En 2018, l'OMS a mis le doigt sur la nécessité d'élaborer une approche intégrée de l'utilisation de la plateforme logicielle DHIS2 (District Health Information Software 2) déployée en République démocratique populaire lao en 2013. Il était nécessaire de mettre sur pied un système

d'information complet pour la tuberculose, le VIH et la surveillance des maladies dans le cadre de la plateforme DHIS2.

L'OMS s'est efforcée d'obtenir un engagement politique au plus haut niveau : un décret ministériel adoptant DHIS2 comme plateforme nationale a déclenché l'adoption du système par 12 programmes essentiels de santé publique et a concentré les efforts sur la coordination avec les partenaires du développement afin de trouver des financements.

Les capacités nationales ont été renforcées grâce à des académies et à des formations sur DHIS2 à tous les niveaux du système de santé, y compris au niveau local. Une procédure systématique et

rigoureuse a été méthodiquement mise sur pied afin que le Ministère de la santé s'approprie totalement l'outil et pour permettre l'agrégation des données collectées de façon systématique dans les établissements publics de santé de tout le pays.

Maintenant que les 12 programmes essentiels de santé publique utilisent la même plateforme, les informations collectées pourront orienter l'analyse des services de santé, la prévision des besoins futurs et l'évaluation des performances des agents de santé. Cela permettra d'améliorer la qualité des soins et de faire des économies en fournissant une base pour la prise de décisions fondées sur les données factuelles.

CONNAISSANCE DES DÉNOMINATIONS COMMUNES INTERNATIONALES ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

En 2019, l'OMS a lancé l'école des DCI (dénominations communes internationales) afin de mieux faire connaître ces dénominations et de contribuer à l'amélioration des issues thérapeutiques et de la sécurité des patients à l'échelle mondiale. L'école des DCI est une plateforme virtuelle et collaborative qui jette des ponts entre l'innovation, les travaux normatifs, la recherche et la formation. Elle offre des fonctionnalités pour le partage ad hoc de cours ou d'informations avec des groupes d'utilisateurs, en fonction des différents profils d'utilisateurs prédéfinis.

Les objectifs de l'école des DCI sont de préconiser l'utilisation correcte et efficace des dénominations communes internationales, de développer et d'accroître l'intérêt pour la science de la nomenclature pharmaceutique et de cultiver la réussite future de l'harmonisation des programmes de nomenclature dans le monde. Au bout de quelques mois seulement, plus de 2500 visiteurs se sont connectés et plusieurs universités ont créé des sites pilotes.

Le fait de connaître les dénominations communes internationales permettra de contribuer à la prévention des erreurs médicamenteuses et augmentera l'utilisation de ces dénominations dans la pratique clinique. Cela facilitera l'interchangeabilité et appuiera les politiques de substitution afin de permettre aux personnes achetant des médicaments de choisir le bon produit et le traitement le plus abordable parmi différents équivalents thérapeutiques.

FAIRE PRESSION POUR QUE LES MÉDICAMENTS ESSENTIELS SOIENT RENTABLES

Plus de 150 pays utilisent la Liste OMS des médicaments essentiels pour déterminer quels médicaments sont les plus rentables, en fonction de données factuelles et de l'impact sur la santé. En 2019, le Comité d'experts a recommandé d'ajouter des éléments à la liste, dont :

- cinq traitements anticancéreux considérés comme les meilleurs, en termes de taux de survie, pour traiter le mélanome et les cancers hématologiques, du poumon et de la prostate ;
- trois nouveaux antibiotiques pour le traitement d'infections multirésistantes ;
- de nouveaux anticoagulants oraux pour prévenir les accidents vasculaires cérébraux ; ces médicaments sont particulièrement avantageux pour les pays à revenu faible car ils ne nécessitent pas de surveillance régulière, contrairement à d'autres anticoagulants comme la warfarine ;
- des produits biologiques et leurs biosimilaires respectifs pour traiter des maladies inflammatoires chroniques, comme la polyarthrite rhumatoïde et les maladies inflammatoires de l'intestin ;
- la carbétocine thermostable, pour prévenir les hémorragies du post-partum ; elle a des effets similaires à ceux de l'ocytocine mais n'a pas besoin d'être réfrigérée.

Le Comité a également actualisé les catégories de la classification AWaRE pour donner des conseils plus pertinents sur les antibiotiques à utiliser contre les infections les plus courantes et graves afin d'obtenir de meilleurs résultats et de réduire le risque de résistance aux antimicrobiens.



AU BOUT DE QUELQUES MOIS SEULEMENT, PLUS DE 2500 VISITEURS SE SONT CONNECTÉS ET PLUSIEURS UNIVERSITÉS ONT CRÉÉ DES SITES PILOTES



PLUS DE 150 PAYS UTILISENT LA LISTE OMS DES MÉDICAMENTS ESSENTIELS POUR DÉTERMINER QUELS MÉDICAMENTS SONT LES PLUS RENTABLES



L'OBJECTIF DE LA DIVISION DES SCIENCES EST **D'ACCROÎTRE L'UTILISATION PAR LES PAYS DES ORIENTATIONS ET DES RECOMMANDATIONS DE L'OMS**, D'AMÉLIORER LEURS CAPACITÉS DE RECHERCHE ET DE RENFORCER LA GOUVERNANCE À L'ÉCHELLE MONDIALE ET NATIONALE EN MATIÈRE DE SANTÉ NUMÉRIQUE



Trois entités de recherche hébergées par l'OMS sont également liées à la Division des sciences dans le but de garantir une collaboration optimale entre ces programmes, ainsi que l'utilisation la plus efficace de leurs ressources en matière de renforcement des capacités pour la recherche, en particulier dans les pays à revenu faible :

- Le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
- L'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé
- Le Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine

L'OMS GARDE UNE LONGUEUR D'AVANCE

En mars 2019, le Directeur général de l'OMS a créé la Division des sciences pour faire en sorte que l'Organisation soit en mesure de tirer totalement profit de la science et de l'innovation pour engranger des résultats dans les pays et garder une longueur d'avance.

Les trois départements de la Division des sciences

1. **Recherche pour la santé.** Ce département mobilise des programmes de recherche axés sur les résultats et conduits par les pays, assure la coordination de recherches de qualité entre différentes organisations et pilote la traduction plus efficace des données issues de la recherche en impact sanitaire dans les pays.
2. **Assurance de la qualité des normes et des critères.** Ce département garantit que les normes et les critères de l'OMS sont établis sans transiger sur la qualité, de façon rapide et en se fondant sur les besoins des États Membres en matière de conception et de prestation.
3. **Santé numérique et innovation.** Ce département promeut la numérisation et l'innovation au sein de l'OMS, et accompagne les bureaux régionaux pour qu'ils tirent parti de la puissance de la santé numérique et de l'innovation.

Une théorie du changement a été esquissée afin de renforcer la collaboration entre les trois entités de recherche.

Progrès

- Il a été décidé de relancer le Comité consultatif de la recherche en santé chargé de fournir à l'OMS des conseils de haut niveau sur la politique scientifique.
- Un répertoire des profils de produit cible a été lancé afin d'exposer les besoins en produits non satisfaits.
- Des orientations provisoires concernant l'éthique dans le domaine de la modification du génome ont été rédigées.
- De nouvelles normes de consultation publique ont été établies et des groupes d'experts pour l'élaboration de normes et de critères ont été constitués afin de faire en sorte que l'ensemble des normes et des critères de l'OMS soient élaborés en se fondant sur les meilleures méthodes.
- L'OMS a rejoint cOAlition S, un partenariat mondial pour un accès ouvert aux publications issues de la recherche.

SANTÉ NUMÉRIQUE

Le projet de stratégie mondiale pour la santé numérique présenté par l'OMS offre un cadre d'action permettant de faciliter la collaboration internationale afin de réglementer, de comparer et de certifier les dispositifs médicaux fondés sur l'intelligence artificielle et la santé numérique dans le but d'atteindre l'objectif de la santé pour tous. Il contient un appel à l'adoption d'une réglementation internationale faisant des données sanitaires un bien public mondial et consacrant des principes relatifs à l'échange équitable de données pour la recherche et l'intelligence artificielle dans le respect des droits des patients.

NORMES INTERNATIONALES DE PROCHAINE GÉNÉRATION

La Onzième Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-11) a été adoptée par l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA72.15 (2019). La CIM-11 contient des codes pour de nouveaux types de cancers et d'allergies, ainsi que des mises à jour sur des questions comme les accidents de la route et l'harmonisation des codes avec le Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et avec le système de notification de la sécurité des patients. La révision est le fruit du traitement public en toute transparence de 11 000 requêtes, ainsi que de la maintenance continue. Il s'agit maintenant d'un outil entièrement numérique et multilingue, qu'il est facile de consulter à l'aide de la fonctionnalité de recherche ou de l'interface API. Cela garantit l'interopérabilité entre les systèmes et donne les moyens nécessaires pour utiliser des données de santé publique et des mégadonnées en temps réel.

Si les utilisations traditionnelles restent possibles, la CIM-11 répond également aux utilisations cliniques demandées par les États Membres, y compris les dossiers patients individuels, l'appui à la prise de décisions dans les soins primaires, l'évaluation de la qualité des résultats pour les cas individuels et le système de santé, ainsi que les remboursements et le financement du système de santé. Environ 70 % des systèmes qui gèrent les dépenses de santé et l'allocation de ressources se basent sur la CIM, qui constitue un outil essentiel pour une amélioration de l'efficacité et de l'efficience dans les pays.

Le Secrétariat de l'OMS a mis sur pied un ensemble d'outils visant à aider les États Membres à mettre en œuvre la CIM-11 en simplifiant l'accès à la Classification et son maniement par les utilisateurs finaux. À ce jour, 102 pays des six Régions de l'OMS ont été formés à l'utilisation sur le terrain et à la mise en œuvre de cette norme mondiale pour les informations sanitaires de diagnostic ; 29 de ces pays se préparent activement à la mise en application et des essais pilotes sont en cours dans 10 d'entre eux pour le déploiement national en prévision de l'entrée en vigueur de la CIM-11 le 1^{er} janvier 2022.

DÉFIS À RELEVER ET ENSEIGNEMENTS À TIRER

Les pays devraient accroître les fonds alloués aux soins de santé primaires d'au moins 1 % de leur produit intérieur brut afin de combler les lacunes au niveau de la couverture et d'atteindre les cibles arrêtees en 2015 en matière de santé. Les pays devraient également, avec le soutien de l'OMS, intensifier leurs activités visant à élargir les services sur l'ensemble de leur territoire afin de multiplier par deux la couverture sanitaire d'ici à 2030.

En investissant US \$200 milliards supplémentaires par an pour le déploiement des soins de santé primaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, 60 millions de vies pourraient être sauvées, l'espérance de vie moyenne pourrait augmenter de 3,7 ans d'ici à 2030 et cela pourrait constituer une contribution importante au développement économique et social. Cela représenterait une augmentation d'environ 3 % par rapport aux US \$7500 milliards déjà consacrés à la santé chaque année dans le monde.

Concernant les pays les plus pauvres, qui sont nombreux à être touchés par des conflits, l'OMS devrait continuer à apporter une assistance bien ciblée afin de garantir une amélioration durable aux systèmes et aux services de santé par l'intermédiaire d'un renforcement systématique des soins de santé primaires à l'échelle nationale. Le Secrétariat de l'OMS continuera d'apporter son soutien à l'ensemble des Membres de l'Organisation pour qu'ils atteignent ces objectifs importants.



LE **SECRÉTARIAT DE L'OMS CONTINUERA D'APPORTER SON SOUTIEN À L'ENSEMBLE DES ÉTATS MEMBRES DE L'ORGANISATION POUR QU'ILS ATTEignent CES OBJECTIFS IMPORTANTS**

CHIFFRES CLÉS POUR 2018-2019 : SYSTÈMES DE SANTÉ



Budget programme approuvé :
US \$590 millions



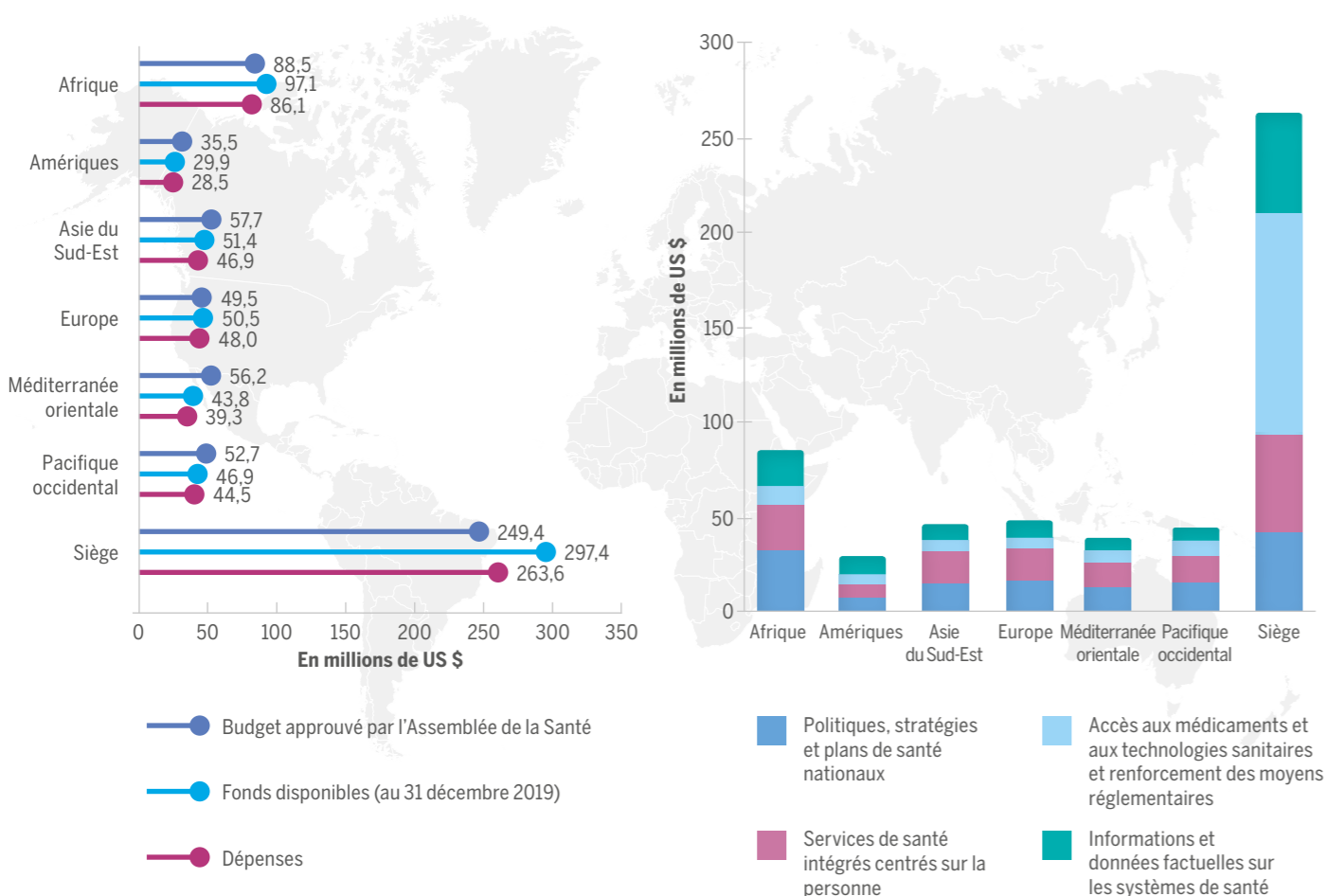
Fonds disponibles :
US \$617 millions
(105 % du budget programme)



Dépenses :
US \$558 millions
(95 % du budget programme ;
90 % des ressources disponibles)

BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR GRAND BUREAU (EN MILLIONS DE US \$)

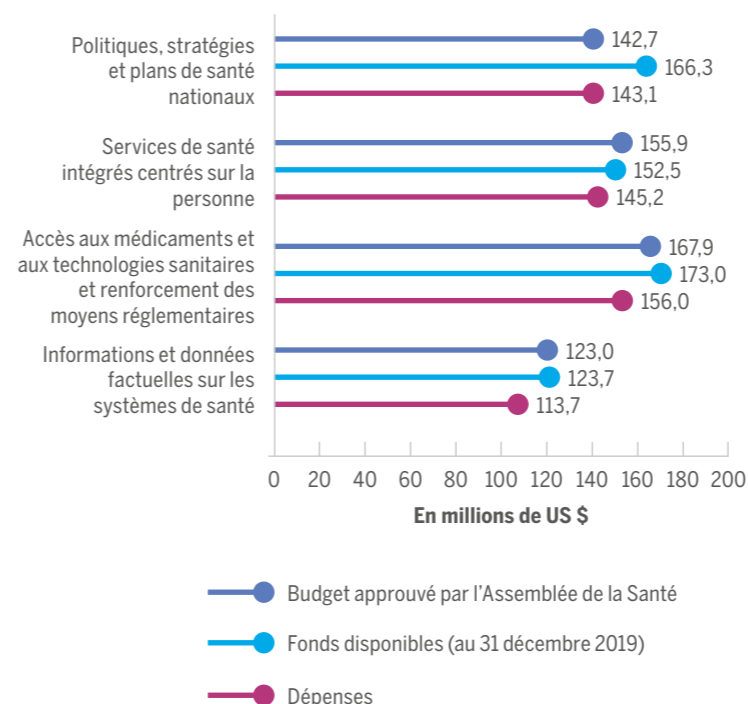
DÉPENSES AU BUDGET PROGRAMME, PAR GRAND BUREAU ET PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



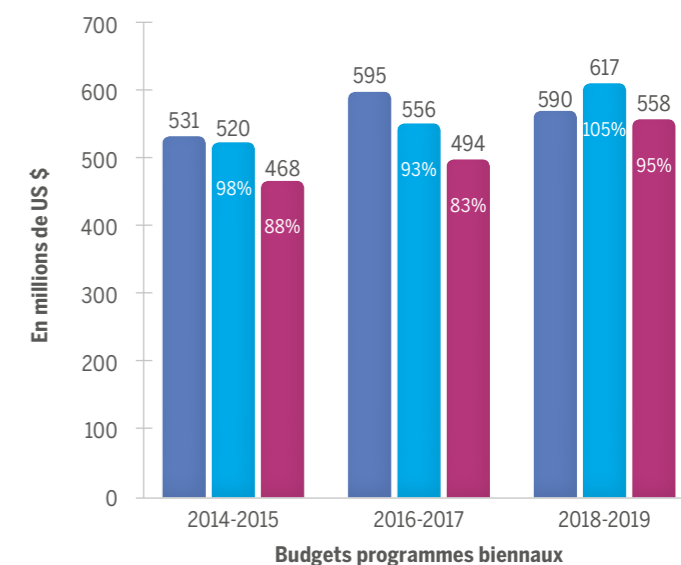
Au cours de l'exercice 2018-2019, la catégorie Systèmes de santé a été financée à 105 %, pour un taux d'exécution de 95 %, par rapport au budget approuvé. Le haut niveau de financement était attribuable en partie au Partenariat pour la couverture sanitaire universelle, qui relevait principalement du secteur de programme Politiques, stratégies et plans de santé nationaux. Dans l'ensemble, les niveaux de financement et de dépense correspondent à un engagement mondial fort et croissant en faveur du renforcement des systèmes et des services de santé.

Dans tous les grands bureaux, l'augmentation des dépenses est allée de pair avec l'augmentation du financement et le budget a été totalement exécuté au Siège et presque totalement dans les Régions africaine et européenne. Les niveaux d'exécution plus bas dans la Région de la Méditerranée orientale s'expliquent par le fait que certaines activités essentielles dans le domaine des systèmes de santé ont été menées dans le cadre des situations d'urgence et de l'action menée pour éradiquer la poliomyélite.

BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



COMPARAISON DES TROIS BUDGETS PROGRAMMES DE BASE BIENNAUX COUVERTS PAR LE DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL (EN MILLIONS DE US \$)



* Le pourcentage correspond au pourcentage du budget programme approuvé

■ Budget programme approuvé ■ Fonds disponibles
■ Dépenses

Dans les Régions, le financement et les dépenses étaient concentrés dans les secteurs de programme Politiques, stratégies et plans de santé nationaux et Services de santé intégrés centrés sur la personne. Cependant, au Siège, les niveaux de dépense dans les secteurs de programme Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires et Informations et données factuelles sur les systèmes de santé – 44 % et 20 %, respectivement – correspondent aux activités importantes menées dans le domaine des normes, des critères et des autres biens de santé publique mondiaux. Une grande partie de ce travail normatif a constitué une base solide pour les activités menées dans les sept principaux bureaux ; 71 % des dépenses dans le secteur de programme Politiques, stratégies et plans de santé nationaux et 64 % des dépenses dans le secteur de programme Services de santé intégrés centrés sur la personne ont été engagées par les bureaux régionaux et les bureaux de pays. Les avantages de cette approche ont été pleinement reconnus dans la planification intégrée pour 2020-2021. On a privilégié une approche systémique axée sur les objectifs du « triple milliard », sur l'investissement dans les pays, en s'appuyant sur un leadership mondial et régional fort, et sur les compétences techniques et les biens de santé publique mondiaux fournis au Siège et dans les bureaux régionaux.

Si l'on considère l'évolution globale au cours de la période couverte par le douzième programme général de travail (2014-2019), le financement et l'exécution dans la catégorie Systèmes de santé ont été positifs. En effet, en termes absolus, le financement et l'exécution se sont améliorés de près de 20 % entre 2014-2015 et 2018-2019.

Deux enseignements importants peuvent être tirés des avancées obtenues dans la catégorie Systèmes de santé en termes de niveau de financement et de dépense. Premièrement, tous les secteurs de programme ont été financés de façon similaire. Deuxièmement, les investissements dans la catégorie Systèmes de santé étaient élevés dans tous les bureaux au cours de l'exercice 2018-2019, avec une exécution budgétaire correspondante.

Pour plus de précisions sur le financement du budget programme, l'exécution dans cette catégorie et les réalisations par secteur de programme y compris les indicateurs, se référer au portail consacré aux budgets programmes de l'OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/04/about/programme-outcomes> et <http://open.who.int/2018-19/home>).

ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE ET TRANSITION POUR LA POLIOMYÉLITE



18 MILLIONS
de cas dus à un **POLIOVIRUS**
sauvage évités



450 MILLIONS d'enfants
vaccinés contre le poliovirus
en **2019**



2,2 MILLIARDS de doses
de vaccin administrées



ZÉRO CAS NOTIFIÉ dû à un
poliovirus sauvage en Afrique au
cours des trois dernières années



1,5 MILLION d'enfants sauvés de
la poliomyélite



LA NON-ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE dans ses derniers bastions pourrait entraîner jusqu'à **200 000 NOUVEAUX CAS ANNUELS**



175 CAS DUS À UN POLIOVIRUS SAUVAGE
détectés



100 000 CAS de paralysie flasque aiguë (« suspicion de poliomyélite ») **DÉTECTÉS** et faisant l'objet d'une investigation

TYPE 1

augmentation du nombre de cas dus à un poliovirus sauvage de **TYPE 1** en **AFGHANISTAN** et au **PAKISTAN**



339 CAS DUS À UN POLIOVIRUS CIRCULANT dérivé d'une souche vaccinale détectés



« Dans bien des pays, le programme de lutte contre la poliomyélite aide les gouvernements et les communautés dans leur rôle de premier intervenant et de chef de file parmi les intervenants... En plus de 30 ans, le programme de lutte contre la poliomyélite est devenu un remarquable outil de santé publique dans chacun des pays les plus vulnérables de notre Région. »

D^r AHMED AL-MANDHARI
Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale



Budget programme approuvé :
US \$903 millions



Fonds disponibles :
US \$1,088 milliard
(120 % du budget programme)



Dépenses :
US \$1,018 milliard
(113 % du budget programme,
94 % des ressources disponibles)



LES RÉGIONS, AVEC UN SOUTIEN DE HAUT NIVEAU DE LA PART DU SIÈGE, **ONT PRIS L'INITIATIVE DE PLANIFIER LE MAINTIEN D'UN PERSONNEL ET DE MOYENS IMPORTANTS POUR LA LUTTE CONTRE LA POLIOMYÉLITE PAR LE BIAIS DE PLANS DE TRANSITION DÉTAILLÉS** ET SPÉCIFIQUES À CHAQUE PAYS, LES RESSOURCES DE L'INITIATIVE ÉTANT DE PLUS EN PLUS CONCENTRÉES SUR LES PAYS D'ENDÉMIE ET SUR CEUX CONNAISSANT DES FLAMBÉES



Tant qu'un seul enfant reste infecté, les enfants de tous les pays risquent de contracter la poliomyélite. Si la poliomyélite n'est pas éradiquée de ses derniers bastions, jusqu'à 200 000 nouveaux cas pourraient apparaître chaque année, d'ici 10 ans, dans le monde entier.

Les cas de poliovirus sauvage ont diminué de 99 % depuis 1988, passant de 350 000 cas estimés à seulement 175 cas notifiés en 2019. Ce chiffre représente néanmoins un recul par rapport à 2018, où l'on ne comptait que 33 cas. Le défi pour 2020 sera de renforcer le programme afin de relancer les progrès sur la voie de l'éradication totale du poliovirus sauvage en Afghanistan et au Pakistan, et d'arrêter la propagation du poliovirus dérivé d'une souche vaccinale, en particulier en Afrique subsaharienne.

L'année 2019 a été une année difficile pour l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Les cas de poliovirus sauvage ont augmenté par rapport à l'année précédente en Afghanistan et au Pakistan, les deux pays au monde à être toujours touchés, tandis qu'un nombre inattendu de flambées de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc2) s'est produit, principalement en Afrique mais aussi dans certaines parties du Moyen-Orient et de l'Asie du Sud-Est. De nouvelles stratégies visant à juguler les flambées de PVDVc2 et la transmission du poliovirus sauvage afin de parvenir à un monde définitivement exempt de poliomyélite ont été élaborées et sont en cours de mise en œuvre. L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a également été renforcée avec la participation de Gavi, l'Alliance du Vaccin, qui devient l'un de ses partenaires principaux.

On constate quelques évolutions encourageantes. L'Afrique n'a signalé aucun cas dû à un poliovirus sauvage depuis plus de trois ans, ce qui signifie que la Région africaine remplit les conditions requises pour la certification de l'éradication des poliovirus sauvages en 2020. En outre, le poliovirus sauvage de type 3 a été officiellement certifié comme étant éradiqué au niveau mondial, le dernier cas détecté remontant à 2012. La communauté internationale du développement a prouvé son engagement continu en faveur de l'éradication lors du forum « Reaching the Last Mile », qui s'est tenu à Abou Dhabi et au cours duquel elle s'est engagée à consacrer un total de US \$2,6 milliards à cet effort jusqu'en 2023. Tout en veillant à ce que les promesses de dons arrivent dans les temps, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite sollicite activement un soutien supplémentaire pour faire face aux flambées et reconstituer les stocks de vaccins, ce qui a augmenté les besoins en ressources généraux du programme. Les Régions, avec un soutien de haut niveau de la part du Siège, ont pris l'initiative de planifier le maintien d'un personnel et de moyens importants pour la lutte contre la poliomyélite par le biais de plans de transition détaillés et spécifiques à chaque pays, les ressources de l'Initiative étant de plus en plus concentrées sur les pays d'endémie et sur ceux connaissant des flambées.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite étant de plus en plus concentrée, les pays exempts de la maladie et les donateurs potentiels sont invités à trouver dès 2021 des moyens de prendre en charge les fonctions et les capacités essentielles qui ont été historiquement soutenues par le programme de lutte contre la poliomyélite.



AUCUN CAS DE POLIOVIRUS SAUVAGE N'A ÉTÉ SIGNALÉ EN AFRIQUE AU COURS DES TROIS DERNIÈRES ANNÉES



L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, en particulier grâce à Gavi, l'Alliance du Vaccin, l'un de ses nouveaux partenaires principaux, collabore de plus en plus étroitement avec des partenaires de santé plus diversifiés pour lutter activement contre les causes profondes des flambées, notamment en renforçant la surveillance et la vaccination systématique, y compris l'utilisation accrue du vaccin antipoliomyélitique inactivé. Un élément essentiel de la nouvelle Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite est l'intégration aux objectifs plus larges du Programme élargi de vaccination et la coordination des activités et des services avec le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire.



LE FINANCEMENT DURABLE À LONG TERME EST UN ASPECT ESSENTIEL DES PLANS DE TRANSITION

PLANIFICATION DE LA TRANSITION POUR LA POLIOMYÉLITE DANS LA RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST

La Région de l'Asie du Sud-Est a aidé au lancement des efforts en vue de la transition, en veillant à ce que les investissements consacrés à l'éradication contribuent à la réalisation des objectifs sanitaires à l'avenir grâce aux connaissances et aux moyens acquis concernant la transition ainsi qu'aux enseignements tirés. L'infrastructure mise en place par l'OMS au cours des 20 dernières années – en matière de ressources humaines, de laboratoires, de moyens de surveillance, et d'autres équipements et systèmes – a été réorientée en vue de la réalisation d'objectifs sanitaires plus larges, comme l'élimination de la rougeole et de la rubéole, le renforcement de la surveillance des maladies à prévention vaccinale et le renforcement des systèmes de santé en vue d'une amélioration de la couverture vaccinale et de l'équité, avec une riposte aux flambées de maladie et à d'autres situations d'urgence sanitaire.

Des plans nationaux de transition ont été mis en place dans cinq pays de la Région dotés d'importants moyens de lutte antipoliomyélitique – le **Bangladesh**, l'**Inde**, l'**Indonésie**, le **Myanmar** et le **Népal** – adaptés au contexte national sur la base des trois principes suivants :

1. Articuler clairement les besoins programmatiques et les réaligner sur les priorités nationales en consultation avec les autorités des pays.
2. Définir des mécanismes pour le transfert des capacités aux autorités nationales.
3. Inciter les autorités nationales à assumer la responsabilité du processus de transition et des résultats et à accroître le financement interne tout en repérant des donateurs éventuels pour combler les déficits de financement.

Le financement durable à long terme est un aspect essentiel des plans de transition. La mise en œuvre des plans est suivie par le Comité d'orientation régional pour la transition.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

En 2019, le poliovirus sauvage de type 3 a été officiellement certifié comme étant éradiqué au niveau mondial, à la suite de la certification de l'éradication mondiale du poliovirus sauvage de type 2 en 2015. Parmi les sérotypes sauvages, seul le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) continue de circuler dans certaines parties de l'**Afghanistan** et du **Pakistan**.

Toujours en 2019, la détection du dernier cas de poliovirus sauvage au Nigéria, et même sur l'ensemble du continent africain, remonte à trois ans. L'Afrique remplit ainsi les conditions requises pour être certifiée exempte de poliovirus sauvage dès 2020. Il s'agira de la cinquième Région OMS à être officiellement certifiée exempte de poliovirus sauvage.

L'**Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite** a lancé la **Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023**, qui définit les fondements et une feuille de route pour parvenir à un monde définitivement exempt de tous les poliovirus. La Stratégie a été officiellement lancée en marge de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2019, et elle a engagé les partenaires et les parties prenantes à se joindre à cet effort.

Lors du forum « **Reaching the Last Mile** », qui s'est tenu à **Abou Dhabi**, les promesses de dons pour le programme mondial d'éradication se sont élevées à US \$2,6 milliards. Gavi, l'Alliance du Vaccin, a officiellement rejoint l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en devenant l'un de ses partenaires principaux en 2020. Il reste toutefois un défi majeur à relever : combler le déficit de financement existant et veiller à ce que les promesses de dons soient pleinement et rapidement honorées.

L'OMS continue à accorder la priorité au maintien des fonctions essentielles de santé publique soutenues par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et à l'atténuation des risques liés à la diminution des fonds de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite dans les pays. En conséquence, les activités de transition pour la poliomyélite sont gérées sous la supervision directe de la Directrice générale adjointe et des Directeurs régionaux.

Dans les pays soutenus par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, la sensibilisation des pouvoirs publics à l'urgence de s'attaquer aux enjeux de la transition pour cette maladie et d'intégrer les fonctions soutenues par l'Initiative dans les programmes de santé nationaux a fortement progressé au cours de l'exercice. Dans certains pays, des plans de transition de la poliomyélite sont en cours de mise en œuvre et d'autres sources de financement sont identifiées pour remplacer les ressources de l'Initiative, y compris le financement national. Des efforts croissants sont également déployés pour intégrer les activités de lutte contre la poliomyélite aux fonctions plus larges de vaccination et de surveillance globale ainsi qu'aux interventions destinées à faire face aux flambées et aux situations d'urgence.

En outre, les risques et les opportunités associés à la transition et la nécessité de stratégies de transition durables ont été intégrés dans la vision et la stratégie de vaccination pour la prochaine décennie dans le cadre du « Programme pour la vaccination à l'horizon 2030 », qui sera mis en œuvre par des plans régionaux et nationaux.



DES PLANS DE TRANSITION DE LA POLIOMYÉLITE SONT EN COURS DE MISE EN ŒUVRE ET D'AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT SONT IDENTIFIÉES POUR REMPLACER LES RESSOURCES DE L'INITIATIVE



US \$2,6 MILLIARDS ONT ÉTÉ PROMIS À L'EFFORT MONDIAL D'ÉRADICATION PENDANT QUATRE ANS



LUTTE CONTRE LE POLIOVIRUS DÉRIVÉ D'UNE SOUCHE VACCINALE EN INDONÉSIE



LE MINISTÈRE INDONÉSIE DE LA SANTÉ EST IMMÉDIATEMENT INTERVENU ET, EN COMPAGNIE DE L'OMS ET DES PARTENAIRES, A PRIS LES MESURES NÉCESSAIRES EN VEILLANT NOTAMMENT À LA CONFIRMATION EN LABORATOIRE ET À LA SURVEILLANCE

Au début de 2019, l'Indonésie a notifié une flambée de poliomyélite après la confirmation de nouveaux cas de poliovirus de type 1 dérivé d'une souche vaccinale (PVDV1) dans la province de Papouasie. Un

des cas était une paralysie flasque aiguë (PFA) qui a frappé un enfant non vacciné âgé de 31 mois. Le prélèvement d'échantillons fécaux dans la communauté a permis de mettre en évidence la présence du virus de même origine génétique chez deux autres enfants bien portants.

Le Ministère indonésien de la Santé est immédiatement intervenu et, en compagnie de l'OMS et des partenaires, a pris les mesures nécessaires en veillant notamment à la confirmation en laboratoire et à la surveillance. Deux séries de campagnes de vaccination antipoliomyélitique orale ont été organisées dans les provinces de Papouasie et de Papouasie occidentale, qui toutes deux présentent de sérieuses difficultés d'accès.

L'OMS a joué un rôle important en assurant une analyse des données de qualité en vue de la prise des décisions visant à atteindre ceux qui avaient échappé à la vaccination. L'OMS a formé tous les agents de surveillance des districts, effectué des examens des registres hospitaliers, élaboré des lignes directrices, procédé à l'acquisition de kits de collecte de selles et appuyé le transport aérien à Jakarta des échantillons aux fins de la surveillance. Un bureau de terrain a été mis sur pied dans la province de Papouasie. La campagne de vaccination a été couronnée de succès avec plus de 1,2 million d'enfants vaccinés et la flambée a ainsi pu être maîtrisée.

GROS PLAN SUR LA PROBLÉMATIQUE DU GENRE



LA STRATÉGIE FINALE D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE 2019-2023 CONSIDÈRE LES QUESTIONS DE GENRE COMME UNE FONCTION D'APPUI POUR PARVENIR À L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE

La Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023 considère les questions de genre comme une fonction d'appui pour parvenir à l'éradication de la poliomyélite. L'égalité et l'équité entre hommes et femmes sont des valeurs fondamentales de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et ce programme estime que les approches soucieuses des questions de genre renforcent encore les interventions visant à éradiquer la poliomyélite.

La stratégie pour l'égalité entre les genres de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a été approuvée en mai 2019.

Le programme de lutte contre la poliomyélite recueille régulièrement des données ventilées par sexe et utilise des indicateurs sexospécifiques pour garantir l'égalité d'accès à la vaccination, la surveillance et la participation des femmes, et il remédie rapidement à toute disparité liée aux questions de genre.

Pour renforcer l'égalité entre les sexes au sein de ses personnels, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite s'est engagée à accroître le nombre de femmes travaillant en première ligne, tout en assurant leur sécurité. Au cours de ces dernières années, le nombre de femmes parmi le personnel de santé spécialisé dans la lutte contre la poliomyélite a considérablement progressé.

Au Pakistan, par exemple, les femmes représentent actuellement plus de 63 % des agents de première ligne (contre 60,5 % en 2018) et 78 % des vaccinateurs dans les zones du pays qui sont les plus à risque.

En Afghanistan, où l'insécurité et la stricte répartition des rôles entre hommes et femmes limitent souvent le travail et les déplacements des femmes en dehors du foyer, les femmes représentent aujourd'hui 28 % des mobilisateurs sociaux et 40 % des agents de première ligne dans les zones urbaines¹ – soit une augmentation de 9 % depuis 2018. Au Nigéria, même si le pays n'a recensé aucun cas de poliovirus sauvage depuis trois ans, les femmes représentent plus de 87,5 % des agents de première ligne.

¹ Alors que 40 % des intervenants de première ligne dans les zones urbaines sont des femmes, celles-ci ne représentent que 13 % du total en Afghanistan. Ce chiffre peu élevé peut s'expliquer principalement par une situation sécuritaire de plus en plus instable sur le terrain, qui empêche en général les femmes de faire partie du personnel de santé.

DÉFIS

En Afghanistan et au Pakistan, les cas de PVS1 ont augmenté par rapport à 2018, car un trop grand nombre d'enfants restent non vaccinés ou sous-vaccinés dans des zones clés.

Au Pakistan, il y a eu une augmentation spectaculaire des cas de PVS1 et des échantillons environnementaux positifs en 2019. Cette évolution est alarmante car elle fait suite à une période antérieure de 18 mois au cours de laquelle le Pakistan a enregistré le plus faible nombre de cas de PVS1 en 10 ans, y compris un certain nombre de mois au cours desquels il n'a notifié aucun cas. Parmi les défis à relever figurent l'accès à toutes les populations (rendu compliqué par le refus de se faire vacciner, l'insécurité et les interdictions partielles de vacciner en Afghanistan), la qualité des campagnes de vaccination dans les zones réservoirs, les mouvements de population et la sécurité des intervenants de première ligne. La réticence croissante face à la vaccination, souvent liée à la désinformation diffusée par les médias traditionnels ou les réseaux sociaux, complique encore les efforts visant à vacciner tous les enfants.

En 2019, l'Afghanistan et le Pakistan ont procédé à des examens complets de leurs programmes afin de revoir leurs opérations et de lutter contre le virus. Au nombre des mesures prises figurent des changements transformateurs visant à améliorer la gestion, le ciblage des réservoirs de transmission, la mise en œuvre de mesures destinées à accroître l'engagement communautaire et les efforts visant à surmonter les obstacles à l'accès. Pour soutenir ces efforts, un nouveau centre de soutien axé sur les pays d'endémie a été créé en Jordanie afin d'apporter à ces derniers un soutien plus efficace, plus réactif et mieux coordonné.

Toujours en 2019, le monde a connu un nombre étonnamment élevé de flambées de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc2), principalement en Afrique, mais aussi dans certaines régions du Moyen-Orient et de l'Asie du Sud-Est.

Pour faire face à l'urgence que constitue le PVDVc2, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré en 2019 une nouvelle stratégie visant à lutter plus efficacement contre ces flambées, notamment en accélérant la mise au point, l'autorisation et le déploiement d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (VPOn2), qui pourrait être disponible dès la mi-2020.

Les coûts supplémentaires engendrés par la riposte aux flambées de PVDVc2 et la reconstitution des stocks de vaccins épuisés grèvent lourdement les finances de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, qui risque de devoir réduire ses activités dans certaines zones et concentrer ses ressources sur les pays d'endémie, touchés par des flambées et les plus à risque. Les difficultés causées par la diminution des ressources de l'Initiative devront être atténuées par la mise en œuvre accélérée de stratégies de transition, telles que l'intégration avec des programmes de santé complémentaires, notamment la vaccination essentielle et les situations d'urgence sanitaire, en alignement avec les soins de santé primaires, afin de renforcer le système de santé et de parvenir à la couverture sanitaire universelle.



LA DÉTECTION DE CES SOUCHES MONTRE QU'IL EST IMPORTANT DE MAINTENIR DES NIVEAUX ÉLEVÉS DE COUVERTURE VACCINALE SYSTÉMATIQUE CONTRE LA POLIOMYÉLITE À TOUS LES NIVEAUX AFIN DE RÉDUIRE AUTANT QUE POSSIBLE LE RISQUE ET LES CONSÉQUENCES DE TOUTE CIRCULATION DU POLIOVIRUS

PRÊT POUR UNE INTERVENTION RAPIDE

L'équipe d'intervention rapide du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, qui travaille dans un petit préfabriqué, coordonne la riposte à la flambée de poliomyélite et aide 12 pays à combattre le virus dérivé d'une souche vaccinale.

Le **D^r Ndoutabe Modjirom**, basé au Bureau régional de Brazzaville, coordonne une équipe de 20 experts en gestion des opérations et de la vaccination, en épidémiologie, en logistique et en communication, issus des principaux partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. L'équipe est mobilisée chaque fois qu'une nouvelle flambée de poliomyélite (dérivée d'une souche vaccinale) est confirmée dans la Région africaine.

Les pays africains qui connaissent des flambées de poliovirus d'origine vaccinale sont l'Angola, le Bénin, le Cameroun, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, le Ghana, le Nigéria, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo, le Tchad, le Togo et la Zambie. Ces flambées sont dues à la faiblesse des systèmes de vaccination systématique, à la réticence à l'égard de la vaccination, aux difficultés d'accès à certains endroits et à la mauvaise qualité des campagnes de vaccination. « Après

la confirmation par le laboratoire, chaque minute qui passe signifie que le poliovirus circule et risque d'infecter davantage d'enfants », explique le **D^r Modjirom**.

Dans les 72 heures qui suivent son activation, l'équipe de riposte rapide déploie l'équipe A pour préparer un plan d'évaluation des risques et de riposte à la flambée, en étroite collaboration avec les autorités sanitaires locales, l'OMS et l'UNICEF. La campagne de vaccination d'urgence, appelée « cycle zéro », est activée dans les 14 jours.

L'équipe B prend le relais après huit semaines et se charge des activités de lutte contre l'épidémie. Trois séries de campagnes de vaccination de qualité sont mises en œuvre pour lutter contre chaque flambée. Les pays doivent également intensifier les activités de surveillance pour détecter les nouveaux cas de paralysie flasque aiguë.



« APRÈS LA CONFIRMATION PAR LE LABORATOIRE, CHAQUE MINUTE QUI PASSE SIGNIFIE QUE LE POLIOVIRUS CIRCULE ET RISQUE D'INFECTER DAVANTAGE D'ENFANTS », EXPLIQUE LE D^r MODJIROM



La priorité la plus urgente de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 2020 consiste à mettre un terme à la transmission du PVS1 et à enrayer les flambées de PVDVc, ainsi qu'à mobiliser les ressources financières nécessaires pour y parvenir. En ce qui concerne la transition pour la poliomyélite, la principale priorité consistera à transférer les fonctions et le financement de l'Initiative vers d'autres flux financiers, notamment la mobilisation de ressources nationales.

Qu'il s'agisse d'arrêter la transmission du poliovirus sauvage ou de lutter contre les flambées de PVDVc, les défis posés par l'éradication de la poliomyélite exercent des pressions supplémentaires sur les ressources de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, ce qui pourrait nécessiter une accélération des stratégies de transition et de leur mise en œuvre.

L'émergence des défis susmentionnés pose des obstacles supplémentaires à l'intensification des activités de transition pour la poliomyélite, car les ressources devront être concentrées sur les efforts d'éradication. L'OMS vise à atténuer ces risques en intégrant la transition pour la poliomyélite dans d'autres processus techniques et de planification, notamment les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle ; en intensifiant les activités de sensibilisation pour renforcer l'appropriation par les pays et accélérer l'allocation des ressources nationales ; en améliorant la planification mondiale des ressources humaines afin d'évaluer les besoins critiques et les lacunes ; et en mobilisant plus activement les ressources.



21 PAYS ONT SIGNALÉ DES CAS DE PVDVC2 EN 2018-2019



CHIFFRES CLÉS POUR L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE ET TRANSITION POUR LA POLIOMYÉLITE



Budget programme approuvé :
US \$903 millions



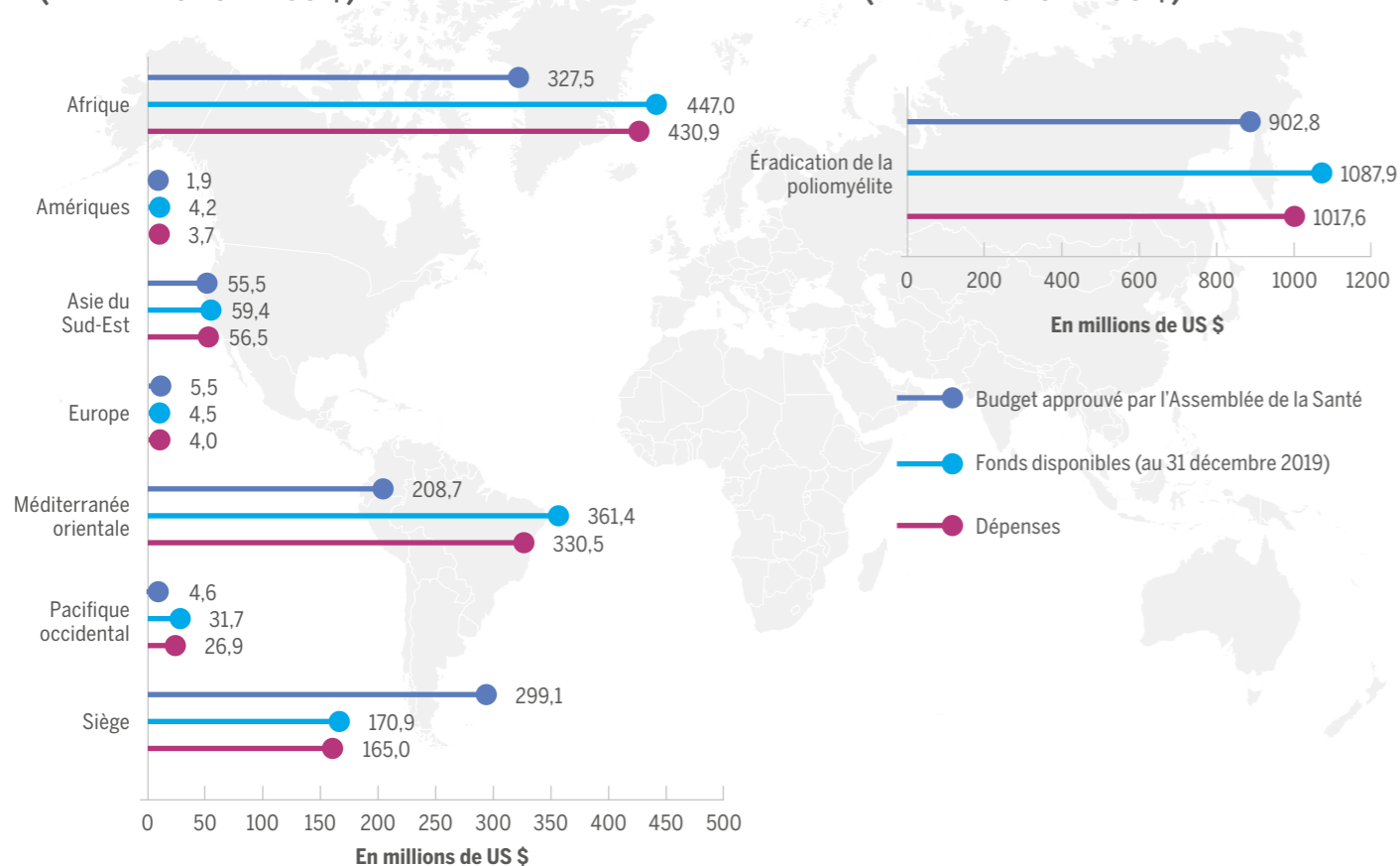
Fonds disponibles :
US \$1,088 milliard
(120 % du budget programme)



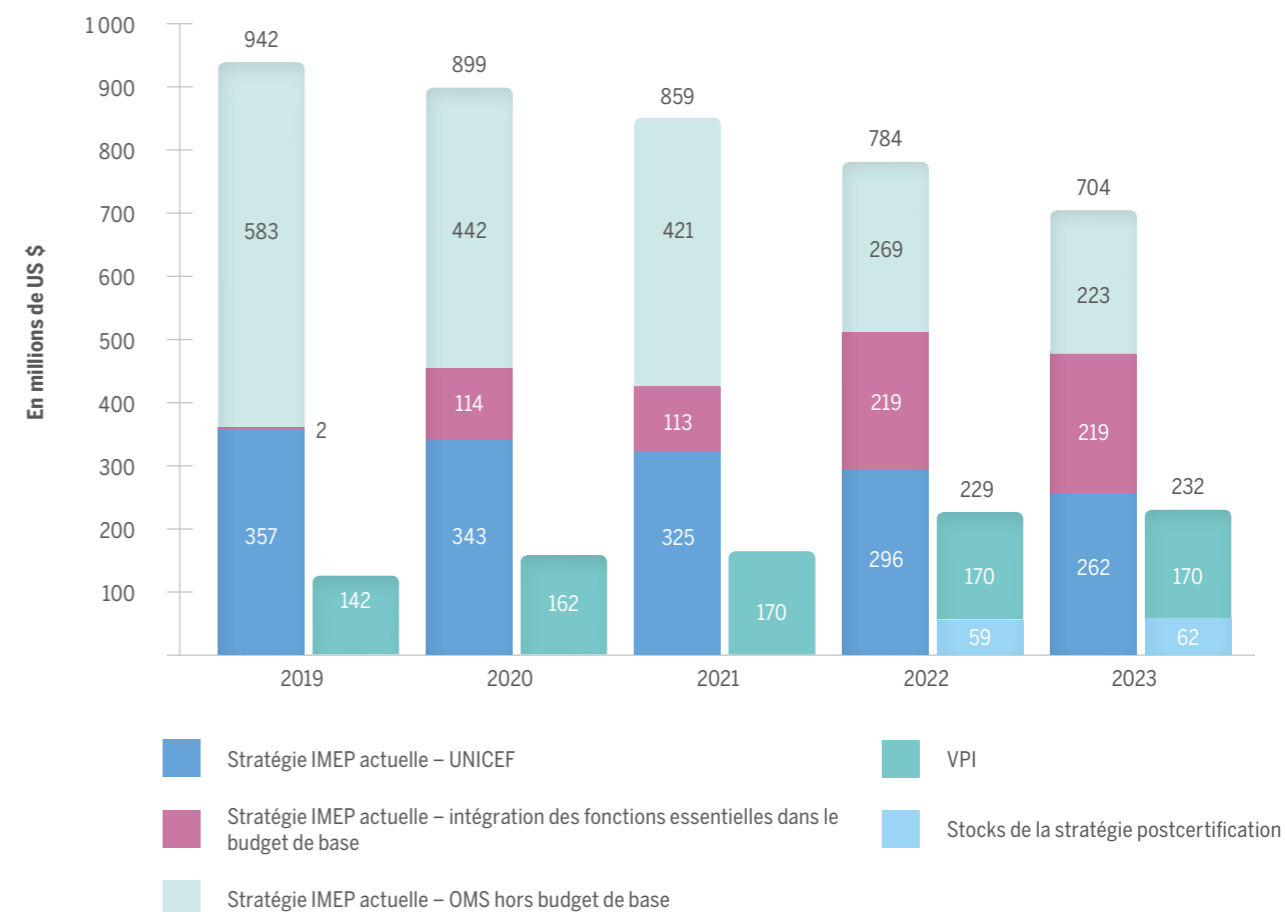
Dépenses :
US \$1,018 milliard
(113 % du budget programme,
94 % des ressources disponibles)

BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR GRAND BUREAU (EN MILLIONS DE US \$)

BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES POUR LE SEGMENT DE L'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE, PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



BUDGET APPROUVÉ DE LA STRATÉGIE FINALE D'ÉRADICATION DE LA POLIOMYÉLITE 2019-2023 DE L'IMEP (EN MILLIONS DE US \$)



Le budget programme de l'OMS 2018-2019 approuvé pour l'éradication de la poliomyélite (US \$903 millions) était basé sur le Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite et la phase finale 2013-2018 de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), qui visait à parvenir à un monde libéré durablement de la poliomyélite avant la fin de l'année 2018. Cependant, la circulation du poliovirus sauvage n'a pas été interrompue comme prévu et il a fallu adopter une nouvelle stratégie après 2018 en vue de parvenir à l'éradication. L'adoption de la nouvelle Stratégie finale d'éradication de la poliomyélite 2019-2023 de l'IMEP a eu des conséquences sur le budget programme approuvé pour 2018-2019, qui s'élève à US \$903 millions.

Le budget alloué au programme d'éradication de la poliomyélite pour 2018-2019 était donc de US \$1,2 milliard environ. Il comprenait les ressources nécessaires pour les campagnes de vaccination à grande échelle dans les pays d'endémie et vulnérables (principalement dans la Région africaine et dans la Région de la Méditerranée orientale), et pour les interventions d'urgence en Afrique subsaharienne face à plusieurs flambées dues à des poliovirus dérivés de souches vaccinales.

Le taux moyen d'utilisation des fonds disponibles était de 92 % environ dans tous les grands bureaux. La nécessité de plus en plus grande de soutenir les pays et les Régions en première ligne où le poliovirus se transmet explique le niveau relativement faible du financement du budget programme approuvé au Siège et les augmentations sensibles dans la **Région africaine** et la Région de la **Méditerranée orientale**. L'augmentation du budget pour 2018-2019 et le financement d'activités et de dépenses imprévues pour les vaccins et les flambées ont amené à puiser considérablement dans le financement souple du programme. Ceci entraînera probablement un déficit important pour les activités d'éradication de la poliomyélite en 2020-2021, qui pourrait nécessiter d'avancer le transfert dans le budget de base de l'OMS de fonctions essentielles dans les pays qui dépendent du financement de la lutte contre la poliomyélite.

Pour plus de précisions sur le financement du budget programme, l'exécution dans cette catégorie et les réalisations par secteur de programme, y compris les indicateurs, se référer au portail consacré aux budgets programmes de l'OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/01/about/programme-outcomes> et <http://open.who.int/2018-19/home>).

MALADIES TRANSMISSIBLES



En tout, **38 PAYS** et territoires certifiés exempts de paludisme par l'OMS



13,6 MILLIONS DE VIES SAUVÉES grâce au traitement antirétroviral contre le VIH



Plus de **1,1 MILLIARD DE PERSONNES RECEVANT UN TOTAL CUMULÉ DE 1,7 MILLIARD DE DOSES DE MÉDICAMENTS** contre les maladies tropicales négligées (estimation 2019)



RECU DE 38 % DES DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE dans le monde entre 2000 et 2018



1 MILLION DE CAS DE CANCER annuels liés à l'hépatite, au VIH et aux infections sexuellement transmissibles



Recul de l'incidence de l'hépatite B, avec toutefois **1,4 MILLION** de décès annuels dus à l'hépatite B et C



Cibles concernant l'élimination **DE LA TUBERCULOSE, DU PALUDISME ET DU VIH** menacées **PAR LES FORMES PHARMACORÉSISTANTES** de ces maladies



PRÈS DE 9 ENFANTS SUR 10 VACCINÉS dans le cadre de programmes de vaccination en 2018



Près de **20 MILLIONS D'ENFANTS NON VACCINÉS** ou vaccinés de manière incomplète



Plus de 50 pays touchés par des **FLAMBÉES MAJEURES DE DENGUE** en 2019



« Au cours de la prochaine décennie, nous devons maintenir et accélérer les progrès qui restent à accomplir dans le domaine des maladies transmissibles, en exploitant au maximum les innovations pour accéder à une meilleure santé et à un monde plus sûr et plus équitable. »

D^{RE} POONAM KHETRAPAL SINGH
Directrice régionale de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est



Budget programme approuvé :
US \$805 millions



Fonds disponibles :
US \$897 millions
(111 % du budget programme)



Dépenses :
US \$800 millions
(99 % du budget programme,
89 % des ressources disponibles)



LA LUTTE CONTRE
LES MALADIES
TRANSMISSIBLES EST
**UNE RÉUSSITE MONDIALE
EN MATIÈRE DE SANTÉ
ET DE DÉVELOPPEMENT
PERMETTANT DE SAUVER
DES MILLIONS DE VIES
CHAQUE ANNÉE**

La lutte contre les maladies transmissibles est une réussite mondiale en matière de santé et de développement permettant de sauver des millions de vies chaque année. Pourtant, les progrès substantiels et prometteurs réalisés au cours des deux dernières décennies ne sont toujours pas suffisants pour mettre fin aux épidémies d'ici à 2030. Chaque année, 4 millions de personnes meurent du VIH, de la tuberculose, du paludisme et de maladies tropicales négligées, ainsi que de l'hépatite virale. Aujourd'hui encore, près de 20 millions d'enfants dans le monde ne reçoivent pas les vaccins qui pourraient leur sauver la vie, contre la rougeole, la diphtérie et le tétanos par exemple. En outre, de nombreuses maladies à transmission vectorielle, notamment celles transmises par les moustiques comme le paludisme et la dengue, représentent une menace persistante.

La rapidité du changement constitue un défi majeur. Le présent exercice a été marqué par un engagement politique mondial fort en faveur de la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose et par une dynamique visant à éliminer les épidémies d'hépatite C, soulignant le rôle de l'OMS en tant que porte-parole et chef de file mondial dans le domaine de la santé.

Dans les pays où la charge est élevée et où les progrès sont au point mort, l'OMS a lancé, avec ses partenaires et plusieurs pays, des initiatives spéciales visant à élargir l'accès et à intensifier la riposte. On peut notamment citer l'initiative pour une action à fort impact dans les pays à forte charge visant à accélérer les progrès de la lutte antipaludique, l'initiative « **FIND.TREAT.ALL#ENDTB** » contre la tuberculose et les campagnes de lutte contre la rougeole, la rubéole et la poliomyélite.

Pour les nombreux pays de toutes les Régions qui enregistrent de nets progrès sur la voie des cibles des objectifs de développement durable qu'ils se sont fixés (VIH) ou sur celle de l'élimination (maladies tropicales négligées, paludisme), l'OMS a continué à fournir, comme une seule équipe, son expertise et son soutien au niveau des pays.



PRINCIPALES RÉALISATIONS

Des progrès significatifs ont été réalisés dans ce domaine, avec un éventail croissant de tests, de moyens de prévention, de traitements, de soins et d'outils disponibles et accessibles grâce à l'innovation, à des efforts de collaboration plus importants et à une utilisation efficace des fonds.

Certaines de ces améliorations sont des solutions à faible coût proposées au niveau des soins primaires et représentent une évolution significative par rapport à la gamme relativement étroite de solutions qui étaient disponibles il y a une dizaine d'années. Parmi les succès notables, citons la multiplication des services à faible coût pour le dépistage et le traitement du VIH, l'augmentation du nombre de personnes bénéficiant de soins antituberculeux de qualité, l'extension du traitement curatif contre l'hépatite C aux pays à revenu faible ou intermédiaire, la fourniture de médicaments contre les maladies tropicales négligées à 1,1 milliard de personnes et le lancement du premier vaccin contre le paludisme dans le cadre d'un programme pilote de mise en œuvre dans trois pays africains.

POUR SAUVER LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH, IL FAUT COMMENCER PAR LE DÉPISTAGE DU VIRUS

Le dépistage du VIH a considérablement changé depuis le tout début de l'épidémie. Aujourd'hui, des tests de diagnostic simples, rapides et peu coûteux sont disponibles pour une utilisation dans les dispensaires, au sein des communautés ou à domicile. L'OMS a élaboré de nouvelles recommandations sur les services de dépistage du VIH afin d'aider les pays à atteindre les 8,1 millions de personnes vivant avec le VIH qui n'ont pas encore été diagnostiquées et qui ne peuvent donc pas obtenir un traitement essentiel à leur survie.

Sur les 37,9 millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2018 selon les estimations, plus de 8 millions ignoraient qu'elles étaient infectées. Le taux de dépistage du VIH est plus faible chez l'enfant et l'adolescent que chez l'adulte. On compte 77 pays ayant adopté une politique d'autodépistage et de nombreux autres sont en train d'élaborer la leur.

37,9 MILLIONS

**DE PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH EN 2018**

↓ 16 %

**RECU DE 16 % DU
NOMBRE DES NOUVELLES
INFECTIONS PAR LE VIH
ENTRE 2010 ET 2018**

↓ 33 %

**RECU DE 33 % DU NOMBRE
DES DÉCÈS LIÉS AU VIH
ENTRE 2010 ET 2018**

LA RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE MODIFIE SA LÉGISLATION POUR AMÉLIORER L'ACCÈS AU DÉPISTAGE DU VIH



LA RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE A AUTORISÉ L'AUTODÉPISTAGE DU VIH, PERMETTANT AINSI AUX PERSONNES CONCERNÉES D'ACCÉDER PLUS RAPIDEMENT À UN TRAITEMENT SUSCEPTIBLE DE LEUR SAUVER LA VIE

En novembre 2019, la République-Unie de Tanzanie a autorisé l'autodépistage du VIH, permettant ainsi aux personnes concernées d'accéder plus rapidement à un traitement susceptible de leur sauver la vie.

Le Parlement a modifié la loi sur le VIH afin d'autoriser l'autodépistage à 18 ans et de ramener à 15 ans (contre 18 ans auparavant) l'âge du consentement au test de dépistage. On sait que les adolescents se heurtaient à des obstacles juridiques et politiques tels que le consentement des parents ou des tuteurs pour accéder aux services de dépistage et de conseil.

L'OMS a épaulé le Ministère de la santé en menant un examen d'un document stratégique en vue des réunions parlementaires.



DAVANTAGE DE PAYS ADOPTENT LA STRATÉGIE « TRAITER TOUT LE MONDE »

L'adoption de la stratégie « **Traiter tout le monde** » de l'OMS contre le VIH a continué à s'étendre à la plupart des régions du monde. En juillet 2019, 93 % des pays à revenu faible ou intermédiaire (contre 40 % à la fin de 2016) et 100 % des pays mettant en œuvre des actions accélérées avaient adopté cette stratégie, tandis que 2 % de l'ensemble des pays à revenu faible ou intermédiaire prévoient d'en adopter les recommandations.

La mise en œuvre est bien avancée et 115 pays à revenu faible ou intermédiaire (84 %) appliquent pleinement la stratégie. En 2019, l'OMS a actualisé ses recommandations sur le traitement du VIH, concernant notamment l'utilisation du dolutégravir, tout en cherchant aussi à promouvoir une approche centrée sur les femmes leur offrant un choix plus large en matière de traitement du VIH et d'accès à la contraception.

APPUI APPORTÉ AU PAKISTAN À LA SUITE D'UNE FLAMBÉE D'INFECTIONS PÉDIATRIQUES À VIH

Une riposte coordonnée aux trois niveaux de l'Organisation a été mise sur pied suivant la détection d'une flambée d'infections pédiatriques à VIH à Ratodero-Larkana dans la province du Sindh, au Pakistan. Plus de 90 % des cas diagnostiqués sont désormais sous traitement dans un nouveau centre TAR. L'OMS a cherché à assurer un approvisionnement ininterrompu de tests sanguins et d'antirétroviraux, à adapter les schémas thérapeutiques, à former les prestataires de soins et à renforcer la lutte contre l'infection.

SUCCÈS ENREGISTRÉS DANS L'ÉLIMINATION DE LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH ET DE LA SYPHILIS

Trois pays asiatiques – la Malaisie, les Maldives et Sri Lanka – sont parvenus à éliminer la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis congénitale pendant l'exercice et l'OMS a apporté un appui au processus de validation et de vérification.

La validation à **Sri Lanka** est intervenue en novembre 2019. Désormais le VIH et la syphilis sont des épidémies à faible incidence – 0,02 % et 0,005 %, respectivement – grâce à la solidité de programmes de santé et à l'engagement politique. La couverture des services prénatals de 99 % assure aux femmes enceintes vivant avec le VIH le niveau de soins nécessaire pour éviter la transmission mère-enfant du virus.

L'OMS a également contribué à la mobilisation et à l'utilisation de fonds des donateurs et collaboré avec le Gouvernement sri lankais pour fixer des normes plus contraignantes concernant les services de prévention et de traitement fondées sur des stratégies reposant sur des bases factuelles.

L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH aux Maldives en 2019 a été facilitée par un meilleur accès au dépistage et au traitement et par une surveillance de la maladie de meilleure qualité ayant permis la détection, le dépistage et le traitement rapides de cas sporadiques de VIH et de syphilis. L'appui de l'OMS a concerné une base de données électronique ainsi que la formation des agents de santé.

L'élimination de la transmission mère-enfant du VIH en 2018 en **Malaisie** a été attribuée au dépistage rapide ainsi qu'au diagnostic et au traitement précoces, un programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ayant été introduit 20 ans plus tôt en 1998. Le dépistage et le traitement prénatals du VIH et de la syphilis sont gratuits et les femmes ont accès aux services de santé notamment pour l'accouchement en présence de personnel qualifié.

TRAITER TOUT LE MONDE

93 % DES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE AVAIENT ADOPTÉ UNE STRATÉGIE « **TRAITER TOUT LE MONDE** » EN 2019



IMPORTANT RETARDS CONSTATÉS DANS LES PROGRÈS EN VUE D'ATTEINDRE LA CIBLE DES **30 MILLIONS DE PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH ET DE CONTACTS SOUS TRAITEMENT PRÉVENTIF CONTRE LA TUBERCULOSE**

JUGULER L'HÉPATITE C EN EGYPTE

5,6 millions de personnes infectées en Égypte

L'OMS publie des **lignes directrices pour le traitement du VHC** fondées sur les enseignements tirés du VIH

L'Égypte élabore un **plan d'action**, négocie **les prix les plus bas** du monde pour des antiviraux à action directe, et met en place une **fabrication locale**

La base de données de l'OMS permet aux pays de mettre en commun leurs prix

2014

Des économies de **US \$400 millions** sont réalisées chaque année au niveau national, pour un **coût de US \$260 millions** pour le dépistage et le traitement

L'analyse économique de l'OMS montre que le traitement de l'hépatite C est source **d'économies**

2015

Ajout des antiviraux à action directe à la **Liste des médicaments essentiels**

2017

Préqualification par l'OMS des premiers comprimés de sofosbuvir générique

RENDRE LES MÉDICAMENTS CONTRE LES HÉPATITES B ET C ACCESSIBLES FINANCIÈREMENT EN CHINE

Les médicaments contre les hépatites B et C sont désormais disponibles, accessibles et couverts par le régime national de l'assurance-maladie en Chine, où la charge de morbidité liée à l'hépatite est considérable et à l'origine de l'une des plus fortes incidences de cancer du foie au monde.

En 2019, les négociations pour la réduction du prix des médicaments antiviraux à action directe contre l'hépatite C ont abouti à une baisse de 85 % du prix de détail de US \$10 000 pour trois mois de traitement, ce qui a permis de l'inclure dans l'assurance-maladie universelle. L'OMS a travaillé avec les pouvoirs publics et les parties prenantes à l'élaboration d'un argumentaire d'investissement et d'analyses économiques afin de fournir les données qui serviront de fondement à l'action. L'OMS a également mis l'accent sur la

communication, l'harmonisation entre les partenaires et l'échange d'informations sur les prix provenant d'autres pays. Le prix élevé des médicaments contre l'hépatite B (ténofovir), qui approchait les US \$3000 par personne et par an (2015), rendait jusqu'alors impossible leur inclusion dans l'assurance-maladie universelle et en empêchait l'accès. Avec le soutien de l'OMS, l'agence d'assurance nationale a négocié de manière centralisée l'achat groupé de médicaments génériques, dont le prix a ainsi été ramené à US \$10 par personne et par an et qui ont été inclus dans l'assurance-maladie universelle.

Campagne du Ministère de la santé pour **améliorer la santé de 100 millions de personnes**

L'OMS apporte son soutien pour la communication au grand public

2018

60 millions de personnes sont dépistées – nationaux, expatriés, demandeurs d'asile, migrants et réfugiés

L'OMS apporte son soutien pour l'analyse des données et la vérification du processus de dépistage

2,3 millions de personnes traitées

↓ incidence et mortalité en Égypte

Le Ministère de la santé et de la population **intègre le dépistage de l'hépatite C** à la panoplie des services de soins de santé primaires

2019

Premiers comprimés de daclatasvir préqualifiés par l'OMS

L'OMS prépare un **cadre pour la validation** de l'élimination afin de mesurer aussi la couverture et la pérennité des services

L'ambitieux effort de l'Égypte pour éliminer l'hépatite est en phase avec la **Stratégie mondiale du secteur de la santé contre l'hépatite virale 2016-2021 de l'OMS**. L'Organisation collabore étroitement avec le Ministère égyptien de la santé et de la population dans le cadre de la campagne actuelle et a soutenu l'intensification des tests et des traitements. Elle a également

appuyé le suivi de la mise en œuvre, la supervision et la formation, ainsi que l'examen des indicateurs et des critères de l'élimination.

Le Directeur général de l'OMS s'est rendu en Égypte en août 2019 pour tirer des enseignements de l'expérience égyptienne et féliciter le Président du pays pour les résultats significatifs obtenus en

vue de l'élimination de l'hépatite C. Ils ont discuté de la possibilité de traiter un million de cas d'hépatite C dans la Région africaine dans le cadre de cette initiative. L'OMS a entrepris de transposer les enseignements tirés de l'expérience concluante de l'Égypte dans ses activités mondiales.

RECU DE L'INCIDENCE DE LA TUBERCULOSE AU MYANMAR



LE MYANMAR FIGURE SUR LA LISTE OMS DES **30 PAYS À FORTE CHARGE DE MORBIDITÉ TUBERCULEUSE**

Au cours de la décennie écoulée, la prévalence de la maladie a diminué dans le pays, la baisse ayant été de 50 % chez les 15 ans et plus), ce qui donne à penser que le Myanmar est en bonne voie pour atteindre la cible 3.3 des objectifs de développement durable (« D'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies

transmises par l'eau et autres maladies transmissibles »). Ces données reposent sur deux enquêtes nationales de la prévalence de la tuberculose suivant l'orientation de l'OMS effectuées en 2009-2010 et 2017-2018.

La prévalence au Myanmar qui figure parmi les 30 pays à forte morbidité tuberculeuse est trois fois plus importante que la moyenne mondiale.

Les facteurs qui ont contribué à réduire la prévalence ont été l'expansion rapide des services de base, le traitement et le soutien et les soins communautaires apportés aux communautés rurales et reculées, en particulier celles qui comptent des minorités ethniques, ainsi que la détection active des cas

grâce à des équipes de radiologie mobiles. Le Secrétariat de l'OMS a apporté son concours pour l'analyse de la situation concernant la tuberculose par une action normative, un suivi régulier, un appui à la surveillance, l'examen des activités programmatiques et des recommandations visant à améliorer le programme de lutte contre la maladie.

On n'a pas toutefois constaté de diminution de la prévalence à Yangon, où de nouveaux problèmes se posent comme une densité de population accrue du fait des migrants attirés par la ville, la tuberculose chez les personnes âgées et les comorbidités.

L'EFFET DE LA PRESTATION INTÉGRÉE DES SERVICES EN ÉTHIOPIE SUR LA TUBERCULOSE CHEZ L'ENFANT



LE NOMBRE DE CAS DE **TUBERCULOSE** ENREGISTRÉS **DANS LE PAYS A PRATIQUEMENT AUGMENTÉ DE 600 %**

La tuberculose représente une charge de morbidité considérable pour l'Éthiopie et 11 % des cas sont des cas pédiatriques. D'importants succès ont cependant été enregistrés chez l'enfant en suivant une approche qui intègre

le traitement de la tuberculose aux soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Le nombre de cas de tuberculose enregistrés dans le pays a pratiquement augmenté de 600 %. Les cas sont orientés en vue d'un diagnostic trois fois plus vite qu'auparavant. En matière de traitement, l'identification d'un nombre plus important de cas a conduit à une augmentation de la couverture.

C'est là le fruit d'un projet lancé par le Bureau sanitaire régional d'Oromia qui a ensuite été étendu

à l'ensemble du pays au terme d'une phase pilote concluante. Le projet qui intègre les services antituberculeux aux unités de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant a été appuyé par l'OMS. Les trois niveaux de l'Organisation se sont associés pour réviser les registres de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant aux fins du diagnostic de la tuberculose et d'autres mesures, documenter les meilleures pratiques, former les agents de santé à la collecte de crachats et prendre d'autres mesures visant à améliorer les compétences et la motivation en matière de recherche de cas.

LE NOMBRE DE PERSONNES RECEVANT DES SOINS ANTITUBERCULEUX ATTEINT UN NIVEAU SANS PRÉCÉDENT



En 2018, environ 7 millions de personnes ont reçu des soins de qualité contre cette maladie. Grâce aux améliorations enregistrées au niveau du diagnostic et des traitements, le nombre de personnes recevant des soins antituberculeux a augmenté de 600 000 par rapport à l'année précédente. La première **Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la tuberculose**, qui a réuni en septembre 2018 les chefs d'État, ministres et autres dirigeants, a abouti à un engagement politique accru pour mettre fin à l'épidémie. Le monde est donc en bonne voie pour atteindre l'objectif de traiter 40 millions de personnes atteintes de tuberculose entre 2018 et 2022.

Sept pays confrontés à une forte charge de tuberculose (**Afrique du Sud, Fédération de Russie, Kenya, Lesotho, Myanmar, République-Unie de Tanzanie et Zimbabwe**) et une Région (la Région européenne) sont en bonne voie pour atteindre les objectifs fixés en matière d'incidence et de décès à l'horizon 2020.

Des problèmes considérables restent à surmonter. La tuberculose est toujours la première cause de mortalité parmi les maladies infectieuses, ayant provoqué 1,5 million de décès en 2018, dont 251 000 décès de personnes vivant avec le VIH. La tuberculose pharmacorésistante reste une crise de santé publique. Sur les 500 000 personnes ayant besoin d'un traitement contre la tuberculose multirésistante, un tiers seulement y avait accès et l'on dénombrait 3 millions de cas non diagnostiqués ou non notifiés.

En 2019, le Directeur général de l'OMS a lancé, conjointement avec le Partenariat Halte à la tuberculose et le Fonds mondial, l'initiative phare « **FIND. TREAT. ALL. #ENDTB** » afin d'intensifier la riposte dans les pays en vue d'un accès universel à la prévention et aux soins dans ce domaine.

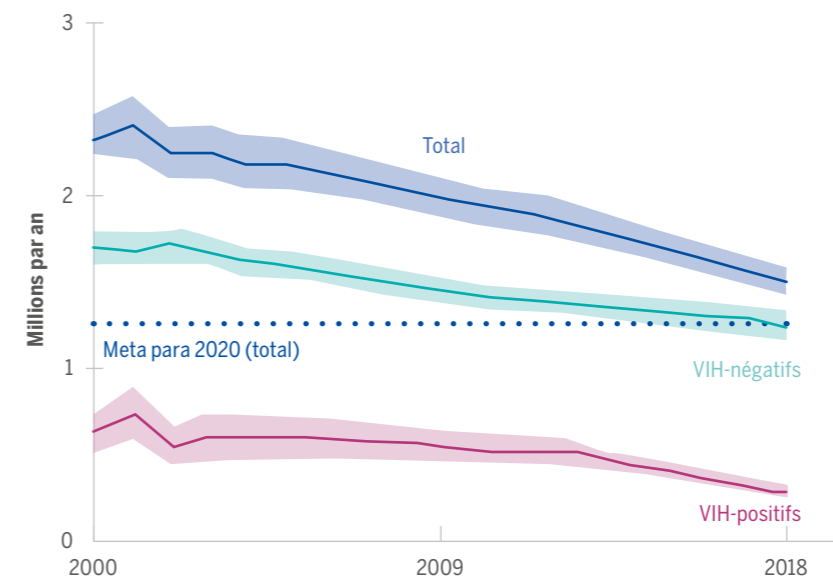
L'OMS a présenté le cadre de responsabilisation multisectoriel pour progresser plus vite en vue de mettre fin à la tuberculose d'ici à 2030 à la Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé. En 2019, en coopération avec des pays et des partenaires nationaux, l'OMS a lancé la campagne « RACE TO END TB » au **Bangladesh**, au **Cambodge** et aux **Philippines** afin que des actions soient entreprises à tous les niveaux pour mettre en œuvre les engagements pris dans la déclaration politique. En 2018-2019, une stratégie mondiale de recherche et d'innovation pour la tuberculose a été élaborée par l'OMS, en collaboration avec les États Membres et les partenaires extérieurs.

ENTRE 2000 ET 2018, **58 MILLIONS** DE VIES ONT ÉTÉ SAUVÉES GRÂCE À L'EFFICACITÉ DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

3 MILLIONS

3 MILLIONS DE CAS NON DIAGNOSTIQUÉS OU **NON NOTIFIÉS**

ÉVOLUTION MONDIALE DU NOMBRE ESTIMÉ DE DÉCÈS DUS À LA TUBERCULOSE



Les zones ombrées représentent les fourchettes entre les limites inférieures et supérieures. Source : Rapport sur la tuberculose dans le monde, 2019.



LE NOMBRE DE DÉCÈS PAR TUBERCULOSE A ÉTÉ RAMENÉ DE **1,6 MILLION EN 2017 À 1,5 MILLION EN 2018** ET A DIMINUÉ DE 42 % ENTRE 2000 ET 2018. LE RYTHME DES PROGRÈS MONDIAUX N'EST TOUTEFOIS PAS SUFFISANT POUR ATTEINDRE D'ICI À 2020 LA CIBLE D'UNE RÉDUCTION DE 35 %



40 % SEULEMENT
DES PAYS D'ENDÉMIE
PALUSTRE EN BONNE VOIE
DE RÉDUIRE L'INCIDENCE
DU PALUDISME DE 40 %
OU PLUS EN 2020



L'INCIDENCE DU
PALUDISME DIMINUE
PLUS LENTEMENT

DE NOUVEAUX PAYS ÉLIMINENT LE PALUDISME ET EN ÉVITENT LA RÉAPPARITION

Si les progrès ont marqué le pas dans bien des pays à forte charge de morbidité palustre, un nombre croissant de pays à faible charge se rapprochent rapidement de l'élimination.

- Le nombre des pays d'endémie palustre notifiant moins de 10 000 cas est passé de 40 en 2000 à 49 en 2018.
- Le nombre des pays d'endémie palustre avec moins de 100 cas autochtones est passé de 17 en 2000 à 27 en 2018.
- Le nombre des pays notifiant moins de 10 cas autochtones est passé de 19 en 2017 à 24 en 2018.
- Quatre pays – l'Algérie, l'Argentine, l'Ouzbékistan et le Paraguay – ont été certifiés exempts de paludisme au cours de la dernière période biennale.
- En tout, 38 pays et territoires ont désormais été certifiés exempts de paludisme par l'OMS.
- L'approche de la lutte contre le paludisme fondée sur une action à fort impact dans les pays à forte charge a été introduite dans les 11 pays les plus touchés.

Le nombre de cas de paludisme survenus en 2018 – avant tout dans la Région africaine et en Inde – est estimé à 228 millions, contre 251 millions en 2010. On constate au cours de la dernière décennie un ralentissement très marqué des progrès en vue de l'élimination mondiale et l'objectif intermédiaire d'une réduction de 40 % de la morbidité en 2020 comparativement à 2015 ne sera pas atteint.

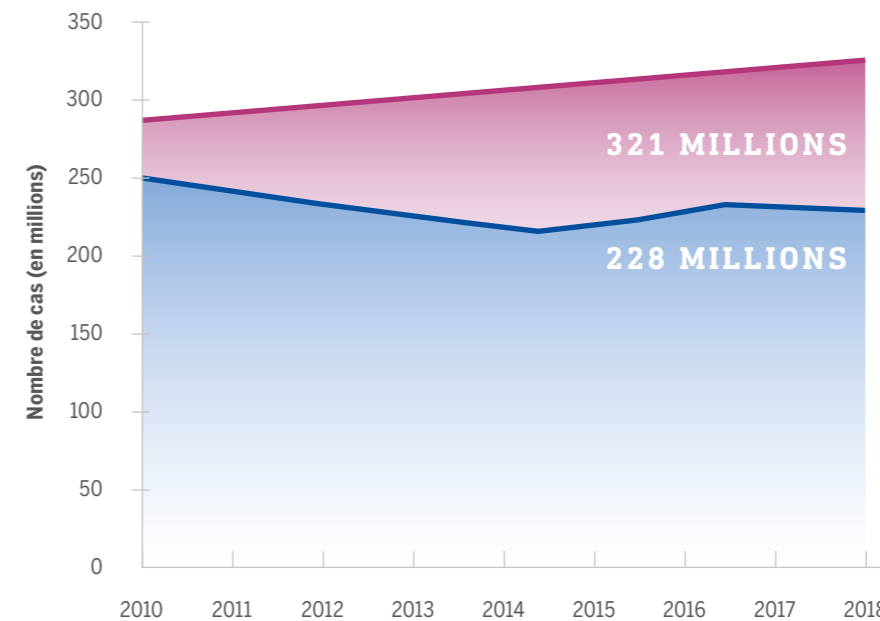
De plus, sans une accélération des progrès, surtout dans les pays à forte charge de morbidité palustre, les objectifs d'une réduction de 75 % de la morbidité d'ici à 2025 et de 90 % d'ici à 2030 ne seront pas atteints non plus.



NOMBRE MONDIAL DE DÉCÈS
PAR PALUDISME **RAMENÉ DE
585 000 EN 2010 À 405 000
EN 2018**

En 2018, le Directeur général annoncé qu'on allait redoubler d'efforts dans la lutte contre le paludisme et la nouvelle approche fondée sur une action à fort impact dans les pays à forte charge a été introduite d'abord au Mozambique. Axée sur les 11 pays les plus touchés, elle repose sur quatre principaux éléments : la volonté politique, l'information stratégique, des conseils et des stratégies améliorés et une riposte nationale coordonnée.

COMPARAISON ENTRE LE NOMBRE ACTUEL ESTIMÉ DE CAS DE PALUDISME ET LES CAS QUI AURAIENT ÉTÉ ENREGISTRÉS SI L'INCIDENCE DU PALUDISME S'ÉTAIT MAINTENUE AUX NIVEAUX OBSERVÉS EN 2000 DANS LE MONDE



■ Nombre estimé de cas de paludisme si l'incidence s'était maintenue aux niveaux de l'année 2000

■ Nombre estimé de cas de paludisme sur la base des progrès actuels

Source : estimations de l'OMS. Rapport sur le paludisme dans le monde, 2019.

COMBATTRE LA MENACE DU PALUDISME MULTIRÉSISTANT DANS LA SOUS-RÉGION DU GRAND MÉKONG



L'ÉMERGENCE ET L'EXTENSION DU PALUDISME MULTIRÉSISTANT RESTE TOUTEFOIS UN DÉFI DE TAILLE

L'élimination du paludisme est à portée de main dans la sous-région du Grand Mékong qui comprend le Cambodge, la Chine, le Myanmar, la République démocratique populaire lao, la Thaïlande et le Viet Nam. Entre 2012 et 2018, le nombre de

cas de paludisme à falciparum dans les six pays de la sous-région a diminué de 74 % et celui des décès de 95 %. Plusieurs pays ont atteint d'importants objectifs intermédiaires : le Cambodge a pour la première fois notifié zéro décès par paludisme, la Chine zéro cas autochtone pour la troisième année de suite alors que le nombre de cas en Thaïlande a reculé de 38 % entre 2017 et 2018.

L'émergence et l'extension du paludisme multirésistant reste toutefois un défi de taille. Pour le relever, l'OMS a cherché avec les pays et les partenaires à renforcer l'engagement politique sur la base de sa stratégie d'élimination du

paludisme dans la sous-région du Grand Mékong 2015-2030. L'Organisation apporte un soutien plus étroit par son pôle sous-régional à Phnom Penh.

L'appel ministériel à l'action visant à éliminer le paludisme dans la sous-région du Grand Mékong avant 2030 a été signé par les Ministres de la santé des pays concernés en 2018 afin de renforcer la surveillance, d'améliorer la collaboration transfrontalière, d'offrir un meilleur accès aux interventions et de mettre en œuvre une action ciblée dans les communautés vulnérables.

EXTENSION DES NOUVEAUX TRAITEMENTS EN VUE DE L'ÉLIMINATION DE LA FILARIOSE LYMPHATIQUE DANS QUATRE RÉGIONS DE L'OMS

Plus de 10 millions de personnes dans les communautés à risque de 11 pays ont reçu le nouveau traitement recommandé par l'OMS contre la filariose lymphatique associant l'ivermectine, la diéthylcarbamazine et l'albendazole (IDA), deux ans à peine après l'établissement de la ligne directrice correspondante. L'OMS a apporté un appui technique et opérationnel à la révision des politiques nationales ainsi qu'à la planification, à la mise en œuvre et au suivi de la couverture du traitement IDA dans chacun des 11 pays.

- Le Samoa a été le premier pays à adopter le traitement au plan national. Quatre autres pays de la Région du Pacifique occidental (ainsi que des pays d'autres Régions de

l'Organisation) ont appliqué le traitement IDA avec l'appui de l'OMS.

- Il ressort des résultats préliminaires qu'une seule tournée du traitement IDA dans l'East New Britain Province de Papouasie-Nouvelle-Guinée a permis de ramener les taux d'infection en dessous du seuil d'élimination.
- L'administration massive de médicaments au Guyana a visé l'ensemble des zones d'endémie où il fallait intervenir, définies sur la base de la carte d'endémicité.
- Le Kenya et Sao Tomé-et-Principe ont été les premiers pays à appliquer le traitement

IDA dans la Région africaine grâce à une orientation et un partenariat judicieux contre les maladies tropicales négligées.

- Des progrès remarquables ont été réalisés en vue de l'élimination de la filariose lymphatique au Timor-Leste, qui sera très vraisemblablement le prochain pays de la Région de l'Asie du Sud-Est à atteindre les cibles de l'élimination.

L'appui de l'OMS devra être maintenu pour que ces pays et 44 autres restent en mesure d'atteindre les cibles de l'élimination.

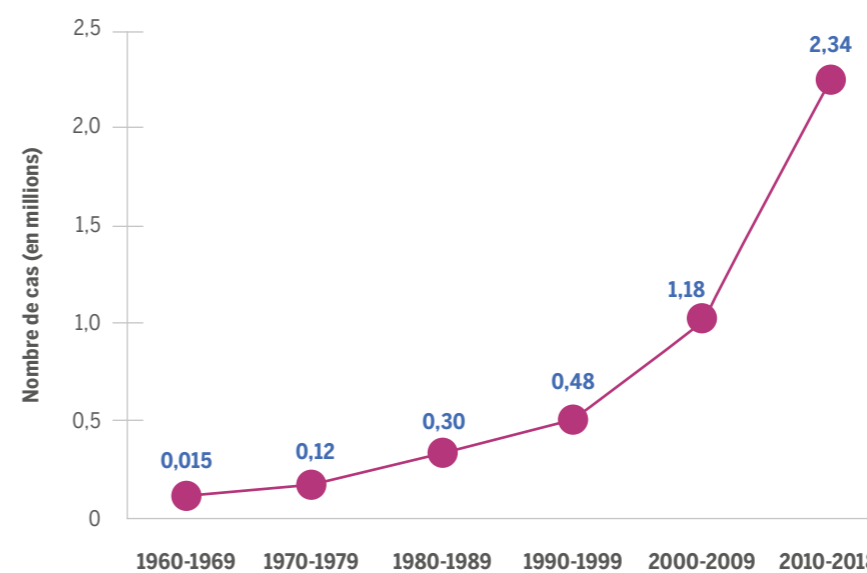
OFFRIR UN TRAITEMENT CONTRE LES MALADIES TROPICALES NÉGLIGÉES À TOUS CEUX QUI EN ONT BESOIN

En 2018 et 2019, pour la deuxième et la troisième année consécutive, plus de 1 milliard de personnes ont reçu un traitement contre une au moins des maladies tropicales négligées. En 2019, 1,1 milliard de personnes ont reçu un total cumulé de 1,7 milliard de doses de médicaments contre ces maladies. Pour en arriver là, il a fallu collaborer avec les autorités nationales et les partenaires, utiliser les normes et pratiques de l'OMS et compter sur les dons de médicaments à grande échelle gérés par l'OMS. Avec l'appui de l'OMS, un traitement de masse a été dispensé par le biais d'ensembles intégrés de médicaments, généralement tous les ans, contre la filariose lymphatique, l'onchocercose, la schistosomiase, les géohelminthiases, le trachome et les trématodoses d'origine alimentaire. On a assuré la prise en charge individuelle des cas nécessitant des protocoles de diagnostic et de traitement complexes contre certaines maladies cibles comme l'ulcère de Buruli, la maladie de Chagas, la dengue, le chikungunya, la dracunculose, la lèpre, la leishmaniose et la trypanosomiase humaine africaine.

ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ MONDIALE POUR LES MALADIES NÉGLIGÉES

En mai 2019, le **Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales** de l'OMS a lancé le **répertoire des profils des produits de santé**. Créé pour accroître l'efficacité des efforts de développement de nouveaux produits pour les maladies tropicales négligées et pour éclairer le débat sur les priorités de recherche et de développement, le répertoire est une base de données interrogeable, décrivant les principales caractéristiques des profils de produits pour les médicaments, les vaccins, les produits de diagnostic et autres produits, principalement contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, mais aussi la maladie à virus Ebola, l'infection à virus Zika et la fièvre de Lassa.

NOMBRE ANNUEL MOYEN DE CAS DE DENGUE COMMUNIQUÉS À L'OMS PAR LES ÉTATS MEMBRES (1960-2018)



AUGMENTATION DANS CERTAINES ZONES DE L'INCIDENCE DE LA **LEISHMANIOSE CUTANÉE**, UNE AFFECTION DÉFIGURANTE ET STIGMATISANTE



EN 2019, DES **FLAMBÉES DE DENGUE** ONT ÉTÉ NOTIFIÉES DANS PLUS D'UNE **CINQUANTAINE DE PAYS** ET L'OMS A APPORTÉ SON CONCOURS AUX AUTORITÉS NATIONALES POUR ASSURER LE **DÉPLOIEMENT EFFECTIF ET L'UTILISATION DE PERSONNEL QUALIFIÉ** DANS LES PAYS TOUCHÉS ET FOURNIR UN APPUI SUR LE TERRAIN



ADMINISTRATION DE VACCINS NOUVEAUX ET DE VACCINS SOUS-UTILISÉS EN AUGMENTATION

LA VACCINATION CONTINUE DE SAUVER DES MILLIONS DE VIES

La vaccination est une réussite mondiale en matière de santé et de développement qui permet de sauver des millions de vies chaque année. Nous disposons désormais de vaccins pour prévenir plus de 20 maladies mortelles, ce qui permet aux personnes de tous âges de vivre plus longtemps et en meilleure santé. En 2018, 116 millions d'enfants ont reçu toutes les doses d'une série de vaccins de base, contre 90 millions en 2000. Pour la première fois, en 2019, l'ensemble des 194 États Membres ont administré au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans le cadre de leur programme national de vaccination, ce qui représente la trajectoire mondiale la plus rapide jamais réalisée pour l'introduction d'un nouveau vaccin.

Malgré les progrès obtenus, l'OMS et l'UNICEF estiment qu'en 2018 près de 20 millions d'enfants dans le monde étaient encore privés de vaccins vitaux tels que ceux contre la rougeole, la diphtérie et le tétanos.

Des pays fortement peuplés, comme l'Inde et le Nigéria, ont amélioré leurs taux de couverture vaccinale en repérant les lacunes au niveau infranational et en appliquant des stratégies spéciales dans les zones concernées. Ailleurs pourtant, les progrès sont au point mort, voire se sont inversés. Ainsi, alors que bien des pays ont réussi à éliminer durablement le tétanos maternel et néonatal, il est peu probable que l'on puisse atteindre les cibles mondiales concernant l'élimination de la rougeole, de la rubéole et du tétanos maternel et néonatal à la fin de 2020. Au cours des deux dernières années, le monde a connu de multiples flambées de rougeole, de diphtérie, de coqueluche et d'autres maladies à prévention vaccinale.

Élargir l'accès à la vaccination reste l'un des investissements les plus rentables en matière de santé publique. La vision et la stratégie nouvelles pour la prochaine décennie doivent être axées davantage sur le renforcement des programmes de vaccination dans le cadre des soins de santé primaires de sorte à maintenir la dynamique et à pérenniser les progrès enregistrés en matière de vaccins et de vaccination. Afin de relever ces défis au cours de la prochaine décennie, l'OMS pilote la définition d'une nouvelle vision et d'une nouvelle stratégie mondiales en compagnie de ses partenaires.

LE PREMIER VACCIN ANTIPALUDIQUE AU MONDE

Le premier vaccin antipaludique au monde, le RTS,S/AS01, a été lancé en 2019 par les Gouvernements du Ghana, du Kenya et du Malawi dans le cadre d'un programme pilote historique coordonné par l'OMS et soutenu par différents partenaires. Selon les estimations, en 2018, cette maladie aurait causé la mort de 265 000 enfants africains. De nouveaux outils sont nécessaires – ainsi qu'une utilisation plus ciblée des outils existants – pour que la lutte antipaludique soit à nouveau en bonne voie quant à la réalisation des objectifs mondiaux.

Le RTS,S/AS01 est le premier et l'unique vaccin qui permet de réduire significativement le paludisme chez les jeunes enfants africains. En tant qu'outil de prévention supplémentaire, il pourrait sauver des dizaines de milliers de vies. Il est administré dans le cadre de programmes de vaccination systématique dans certaines zones des trois pays pilotes. Quelque 200 000 enfants ont reçu la première dose en 2019. Les données et les informations issues du projet pilote serviront de base aux recommandations politiques de l'OMS en vue d'une utilisation plus large.



LE PALUDISME RESTE L'UNE
DES **PRINCIPALES CAUSES**
DE **MORTALITÉ DANS LE**
MONDE : IL TUE UN ENFANT
TOUTES LES DEUX MINUTES



CAMPAGNE CONTRE LA ROUGEOLE, LA RUBÉOLE ET LA POLIOMYÉLITE EN PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE

LA ROUGEOLE A CAUSÉ PLUS DE **140 000 DÉCÈS** DANS LE MONDE EN 2018 ALORS MÊME QU'UN VACCIN EST DISPONIBLE

En Papouasie-Nouvelle-Guinée, plus d'un million d'enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés dans le cadre de la campagne nationale de vaccination contre trois maladies dangereuses : la rougeole, la rubéole et la poliomyélite. La campagne a été lancée en juin 2019 par le Ministère national de la santé, avec le soutien de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres partenaires. Les enfants de 6 mois à 5 ans ont été vaccinés contre la rougeole et la rubéole, tandis que les enfants de 0 à 5 ans ont reçu le vaccin oral contre la poliomyélite, indépendamment de leur statut vaccinal antérieur. La campagne intégrée rougeole-rubéole et

poliomyélite a été mise en œuvre après l'achèvement des premières campagnes de vaccination contre la poliomyélite, en réaction à l'épidémie de poliomyélite de juin. La flambée de rougeole a été signalée en 2014-2015, avec plus de 70 000 cas suspects, plus de 2000 cas confirmés et 362 décès signalés. D'autres cas ont été signalés en 2017 et 2018. Cette campagne intégrée démontre l'engagement du pays à améliorer la santé et le bien-être de ses enfants en les protégeant contre les maladies à prévention vaccinale.

LA RÉPUBLIQUE POPULAIRE DÉMOCRATIQUE DE CORÉE DÉCLARÉE EXEMPTÉ DE ROUGEOLE

La République populaire démocratique de Corée a été déclarée exempte de rougeole en 2018, la transmission locale ayant cessé depuis 2007. Le pays a régulièrement fait état d'une couverture quasi universelle de tous les vaccins de l'enfant,

y compris contre la rougeole. En 2017, l'OMS et l'UNICEF ont appuyé une enquête d'évaluation de la couverture vaccinale qui a confirmé les taux de couverture élevés. Un appui a été apporté pour renforcer le système national de surveillance de la rougeole et de la

rubéole. L'OMS a fourni un appui technique au renforcement de la capacité nationale de dépistage après l'élargissement des critères de dépistage.

INTRODUCTION D'UN VACCIN ANTITYPHOÏDIQUE CONJUGUÉ AU PAKISTAN

Entre novembre 2016 et décembre 2019, plus de 11 000 cas de typhoïde ultrarésistante ont été signalés lors d'une flambée dans la province du Sindh au Pakistan. Plusieurs autres cas de typhoïde ultrarésistante ont été signalés dans d'autres régions du Pakistan. Dans le cadre de ses efforts de lutte contre la fièvre typhoïde, y compris dans sa forme

ultrarésistante, le Pakistan est le premier pays financé par Gavi, l'Alliance du Vaccin, à introduire, un vaccin antityphoïdique conjugué dans son calendrier de vaccination systématique. L'introduction de ce vaccin a été réalisée selon une approche par phases, débutant par une campagne de rattrapage dans la province du Sindh en novembre 2019 qui a ciblé

10,1 millions d'enfants, suivie d'une vaccination systématique dans toute la province. L'introduction graduelle du vaccin se poursuivra afin de couvrir la plus grande partie du pays d'ici à 2021, grâce à l'étroite collaboration entre l'OMS, Gavi, l'Alliance du Vaccin, l'UNICEF et d'autres partenaires.

PRÉQUALIFICATION DU VACCIN CONTRE LA MALADIE À VIRUS EBOLA

La préqualification, pour la première fois, du vaccin contre la maladie à virus Ebola par l'OMS a également constitué une étape décisive pour en accélérer l'homologation, l'accès et le déploiement dans les pays les plus exposés aux flambées de la maladie.

TRAJECTOIRE LA PLUS RAPIDE POUR LE VACCIN ANTIPOLIOMYÉLITIQUE

En 2019, l'objectif de l'introduction mondiale d'au moins une dose de vaccin antipoliomyélitique inactivé dans les 194 États Membres a été atteint.

Reconnaissant que, dès l'apparition des symptômes, la rage a presque toujours une issue fatale, Gavi, l'Alliance du Vaccin, a accepté d'ajouter la prophylaxie postexposition humaine antirabique à la liste des vaccins des pays pouvant bénéficier de son appui à partir de 2021. Il s'agit là d'une intervention cruciale qui permettra de sauver des vies. Les organisations de la collaboration tripartite, à savoir l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE), s'efforcent de générer le soutien nécessaire pour permettre aux autorités de procéder à la vaccination de masse de la population canine afin d'éliminer la maladie.

FORTE DEMANDE DE VACCINS POUR PRÉVENIR LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

La vaccination contre le papillomavirus humain (PVH) est reconnue comme la mesure de santé publique présentant le meilleur rapport coût/efficacité pour réduire de manière significative le risque de cancer du col de l'utérus – quatrième forme de cancer la plus courante chez la femme. Actuellement, quatre vaccins antipapillomavirus ont été homologués ; ils sont très efficaces et présentent un excellent profil d'innocuité. À la fin de 2019, plus d'une centaine de pays avaient introduit le vaccin contre le papillomavirus humain, y compris des pays à faible revenu, grâce au financement de Gavi, l'Alliance du Vaccin, et au soutien des partenaires.

La forte augmentation de la demande de vaccins contre le PVH a entraîné une pénurie mondiale. En octobre 2019, le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination et l'OMS ont publié de nouvelles orientations qui recommandaient de vacciner en priorité les filles âgées de 9 à 14 ans.

INTÉGRATION DE LA PROBLÉMATIQUE DU GENRE DANS LA RECHERCHE EN SANTÉ

Le Programme spécial OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales soutient depuis longtemps les chercheurs par le biais de formations et de programmes de troisième cycle afin de développer les compétences en matière de leadership des scientifiques dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Ces dernières années, le Programme a également mis l'accent sur le renforcement des capacités des scientifiques à étudier les dimensions sexospécifiques de la santé.

Le Programme a élaboré des outils pour renforcer ces capacités de recherche, notamment dans le domaine de la recherche interdisciplinaire sur les questions de genre, et une méthode pédagogique innovante, applicable mondialement (à l'aide de l'apprentissage en ligne, de conférences Web et des réseaux sociaux). Grâce au soutien apporté par le Programme, l'école de santé publique de l'Université du Ghana a élaboré et mis à l'essai un cours en ligne destiné à développer les compétences en matière d'analyse sexospécifique pour les maladies à transmission vectorielle et la recherche sur le changement climatique, qui a été intégré dans les cursus existants sur le genre et la santé.



À LA FIN DE 2019, **PLUS D'UNE CENTAINE DE PAYS** AVAIENT INTRODUIT LE VACCIN CONTRE LE **PAPILLOMAVIRUS HUMAIN**, Y COMPRIS DES PAYS À FAIBLE REVENU



CAPACITÉS DES SCIENTIFIQUES À ÉTUDIER LES DIMENSIONS SEXOSPÉCIFIQUES DE LA SANTÉ

LUTTE CONTRE LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

L'usage inapproprié des antimicrobiens (antibiotiques, antiviraux, antiprotozoaires et antifongiques) tend à les rendre inefficaces car il favorise une sélection aboutissant à une résistance. Un même antibiotique est parfois utilisé chez l'homme, l'animal et des espèces végétales et les bactéries résistantes peuvent se propager de l'animal à l'homme et dans l'environnement.

Une étroite collaboration intersectorielle est donc essentielle pour coordonner les politiques concernant l'homme, l'animal, les végétaux et l'environnement afin de prévenir la résistance aux antimicrobiens et de combattre la menace qu'elle représente pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle et la réalisation des objectifs de développement durable.

En mai 2018, les organisations de la collaboration tripartite « Un monde, une santé » – l'OMS, la FAO et l'OIE – ont signé un mémorandum d'accord pour intensifier leur action conjointe dans ce domaine. Un des importants axes initiaux de cet accord consistait à revoir les mesures au niveau des pays en vue de la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, notamment en protégeant les antibiotiques essentiels pour la santé humaine.



LA COLLABORATION TRIPARTITE « UN MONDE, UNE SANTÉ » BAT SON PLEIN

La collaboration tripartite « Un monde, une santé » entre l'OMS, la FAO et l'OIE a débouché sur :

- un cadre multisectoriel de suivi et d'évaluation propre à guider les pays dans l'établissement de systèmes pour élaborer, surveiller et notifier les progrès en matière de suivi des données concernant les plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens ;
- une enquête tripartite d'autoévaluation des pays sur la résistance aux antimicrobiens visant à suivre la mise en œuvre des plans d'action nationaux, à laquelle ont participé 159 pays (regroupant 91 % de la population mondiale) en 2019 ;
- un appui en faveur de la réalisation du mandat du Groupe de coordination interinstitutions des Nations Unies sur la résistance aux antimicrobiens et de la présentation d'un rapport exhaustif au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies en 2019 ;
- la mise en place d'un secrétariat tripartite commun sur la résistance aux antimicrobiens, basé à l'OMS et doté d'agents de liaison à plein temps à la FAO et à l'OIE, chargé de coordonner les activités conjointes et d'aider le Groupe de coordination à exercer son mandat ;
- l'établissement d'un mécanisme de financement, le Fonds d'affectation spéciale pluripartenaires pour combattre la résistance aux antimicrobiens, chargé de faciliter et d'accélérer l'action au niveau national – 12 pays ayant déjà été retenus en vue d'une intensification de l'impact et des résultats au niveau national ;
- le renforcement par l'OMS de sa fonction normative en matière de résistance aux antimicrobiens ;
- la publication d'un cadre mondial de suivi et d'évaluation relatif au Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens (à utiliser aux niveaux national et international), accompagné d'une liste d'indicateurs recommandés ;
- l'élaboration d'un document d'orientation pour aider les pays à mettre en place un suivi des données pertinentes concernant la résistance aux antimicrobiens ;
- l'élaboration de méthodologies pour un programme mondial de surveillance de la consommation des antimicrobiens, une enquête sur la prévalence ponctuelle de l'usage d'antibiotiques dans les hôpitaux et la publication du premier rapport de l'OMS sur la surveillance de la consommation des antimicrobiens ;
- l'élaboration et la publication par l'OMS d'un cadre de formation des agents de santé à la résistance aux antimicrobiens ;
- l'élaboration de la classification AWaRe des antibiotiques (Access, Watch, Reserve, qui distingue les antibiotiques dont l'accessibilité est essentielle, les antibiotiques à utiliser sélectivement et les antibiotiques de réserve) dans la Liste modèle des médicaments essentiels pour favoriser l'usage optimal de ces produits.

PRIORITÉ AUX PAYS : L'OMS APPORTE SON SOUTIEN À L'ACTION DES PAYS

À ce jour, 135 pays se sont dotés d'un plan d'action national pour combattre la résistance aux antimicrobiens et 50 autres sont en train de finaliser le leur. L'OMS met actuellement au point un outil d'estimation des coûts pour aider à établir les budgets consacrés aux plans multisectoriels, ainsi qu'un document d'orientation pour faciliter la mise en place par les pays d'un cadre de suivi pour leur propre plan d'action national. Un ensemble d'outils pratiques pour les programmes de gestion des antimicrobiens dans les établissements de santé des pays à revenu faible ou intermédiaire a été finalisé et le Réseau mondial en ligne de gestion des antimicrobiens a été mis sur pied.



LE RÔLE DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS **POUR RÉDUIRE LE RECOURS AUX ANTIMICROBIENS** S'APPLIQUE À LA FOIS À L'HOMME ET AUX ANIMAUX



VU LE NOMBRE LIMITÉ DE NOUVEAUX ANTIMICROBIENS MIS AU POINT CES DERNIÈRES DÉCENNIES, **LES INVESTISSEMENTS DANS LA RECHERCHE JOUENT UN RÔLE CRUCIAL**

L'OMS AIDE À OPTIMISER L'USAGE DES ANTIMICROBIENS

La gestion des antimicrobiens permet d'accroître la durée de vie des produits existants en favorisant un usage approprié, en améliorant ainsi la qualité des soins et les résultats sanitaires des patients et en ralentissant l'émergence et la propagation d'une résistance. En 2019, l'OMS a apporté un soutien à 10 pays en vue de la mise en place d'un programme national de gestion des antimicrobiens dans les établissements de santé sous la forme d'une assistance technique aux niveaux régional et national et au moyen d'ateliers de formation qui leur étaient destinés. Elle a également contribué au processus de révision des normes pertinentes du Codex Alimentarius pour réduire la résistance aux antimicrobiens dans la chaîne alimentaire.



LE SOUDAN INTENSIFIE SES EFFORTS CONTRE LA RÉSISTANCE AUX ANTIMICROBIENS

En juillet 2018, avec l'appui de l'OMS, en collaboration avec la FAO, l'OIE et le Programme des Nations Unies pour l'environnement, le Soudan a lancé avec succès un plan d'action national multisectoriel pour combattre la résistance aux antimicrobiens, approuvé par le Ministère de la santé et le Ministère des ressources animales. La priorité a été donnée à la mise en place de systèmes de surveillance de la résistance aux antimicrobiens dans le cadre de l'application du plan. Le Soudan a également adhéré en 2018 au Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et de leur usage (GLASS) et recueilli des données en suivant les orientations de

l'OMS. Il a notifié les profils de tests de pharmacosensibilité aux antibiotiques concernant 32 infections des voies urinaires dues à *Escherichia coli*. En 2019, il a mis en place de nouveaux sites de surveillance et a pu notifier des données concernant 1136 infections, notamment à partir d'échantillons sanguins et pour plusieurs agents pathogènes.

L'OMS a également apporté un appui permettant au Soudan de mener à bien une enquête sur la prévalence ponctuelle de l'usage des antimicrobiens, et cette plateforme servira à mieux évaluer les capacités des hôpitaux et des laboratoires.

RETOUR À L'ESSENTIEL : LUTTE CONTRE LES INFECTIONS

La lutte contre les infections est une des premières mesures à prendre pour empêcher la propagation d'agents pathogènes dans la communauté et dans le cadre des soins de santé. L'application et l'adoption des normes nécessaires peinent pourtant à s'imposer. Le rôle de la lutte contre les infections pour réduire le recours aux antimicrobiens s'applique à la fois à l'homme et aux animaux. Les progrès suivants ont été constatés :

- élaboration des composantes de base pour les établissements de soins et des composantes de base minimales ;
- mise au point d'outils pratiques et d'un appui destinés à 48 pays pour renforcer leur capacité de lutte contre les infections ;
- mise en œuvre des recommandations des lignes directrices pour prévenir l'apparition de bacilles à gram négatif résistant aux carbapénèmes dans les établissements de soins ¹ ;
- deux enquêtes de l'OMS sur la situation dans le monde des programmes de lutte contre les infections à l'échelle nationale et au niveau des établissements, menées dans 88 pays en 2018 et dans 5925 établissements de 141 pays en 2019 ;
- renforcement des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène de base (WASH) dans les établissements de soins et au niveau du traitement des eaux usées et mise en évidence des principaux liens avec la résistance aux antimicrobiens dans la stratégie WASH de l'OMS pour 2018-2025.

Les données du **système GLASS** permettent de surveiller l'ampleur des menaces et des tendances actuelles. Les progrès suivants ont récemment été réalisés dans ce domaine :

- 89 pays ayant adhéré au système, dont 66 fournissent des données sur la résistance aux antimicrobiens recueillies sur plus de 9000 sites de surveillance ;
- approbation récente d'un nouvel indicateur des objectifs de développement durable sur la résistance aux antimicrobiens pour suivre les progrès réalisés dans les pays, sur la base des données recueillies par le système GLASS ;
- GLASS-EAR (notification de la résistance émergente aux antimicrobiens), un dispositif lancé pour appuyer les capacités de détection, d'alerte précoce et d'évaluation des risques ;
- projet pilote de mise au point d'un protocole de surveillance mondiale intégrée de la résistance aux antimicrobiens chez l'homme, dans la chaîne alimentaire et dans l'environnement, étendu ultérieurement à neuf pays et en cours d'application dans quatre autres.

INVESTIR DANS LA RECHERCHE-DÉVELOPPEMENT DE NOUVEAUX ANTIMICROBIENS

Vu le nombre limité de nouveaux antimicrobiens mis au point ces dernières décennies, les investissements dans la recherche jouent un rôle crucial. L'OMS collabore actuellement avec le Partenariat mondial sur la recherche-développement en matière d'antibiotiques concernant l'état septique chez le nouveau-né (sur la base d'une étude menée dans 11 pays) et un nouveau traitement contre la gonorrhée pharmacorésistante (actuellement au stade des essais cliniques de phase III). En outre, les projets antibactériens et antituberculeux au stade préclinique et clinique sont suivis sur une base annuelle et rapprochés de la liste mondiale prioritaire des bactéries pharmacorésistantes les plus menaçantes pour la santé publique appelant des efforts de recherche-développement en vue de la mise au point de nouveaux traitements. L'OMS cherche aussi à encourager un financement innovant pour la recherche-développement, en étroite collaboration avec des partenaires comme la Banque européenne d'investissement.



LES DONNÉES DU **SYSTÈME GLASS** PERMETTENT DE SURVEILLER L'AMPLEUR DES MENACES ET DES TENDANCES ACTUELLES



EN 2019, IL A MIS EN PLACE DE NOUVEAUX SITES DE SURVEILLANCE ET A PU NOTIFIER DES DONNÉES CONCERNANT **1136 INFECTIONS**, NOTAMMENT À PARTIR D'ÉCHANTILLONS SANGUINS ET POUR PLUSIEURS AGENTS PATHOGÈNES

¹ *Enterobacteriaceae, Acinetobacter baumannii et Pseudomonas aeruginosa* résistant aux carbapénèmes.

DÉFIS À RELEVER ET ENSEIGNEMENTS À TIRER

Un des plus importants défis à relever consiste à maintenir l'engagement politique et les ressources au niveau national pour atteindre les cibles concernant les maladies et instaurer la couverture sanitaire universelle. Les investissements en faveur de la prestation de services, des soins de santé primaires et communautaires et des systèmes de santé se sont révélés être des moyens efficaces pour améliorer les résultats sanitaires.

Malgré le recul des nouvelles infections à VIH, les progrès sont insuffisants pour atteindre les cibles de l'élimination fixées pour 2020 et rester en bonne voie d'atteindre celles de 2030. L'introduction d'interventions préventives est trop lente et des lacunes importantes persistent en matière de couverture par le dépistage et le traitement.

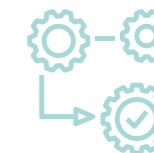
Dans la lutte contre l'hépatite B, les efforts en vue de l'élimination se heurtent à la faible couverture de la vaccination à la naissance, notamment dans la Région africaine ; et l'hépatite C de son côté continue à se propager rapidement dans certaines communautés. Pour ce qui est du traitement de l'hépatite B et C, la couverture est faible et l'accès aux tests de dépistage limité.

Deux cibles essentielles de l'OMS dans la lutte antipaludique – réduction de l'incidence et de la mortalité d'au moins 40 % en 2020 – ne seront pas atteintes. Des lacunes importantes subsistent en matière d'accès aux interventions de base pour la prévention, la détection et le traitement, notamment dans les pays où la charge de morbidité palustre est la plus importante.

En 2019, des flambées de dengue ont été signalées dans plus de 50 pays et l'extension des moustiques Aedes et Culex vers des zones nouvelles vient menacer l'Europe. On observe l'émergence de la leishmaniose et de la lèpre dans des zones de conflit et des camps de réfugiés. De nombreuses maladies tropicales négligées apparaissent dans des situations d'urgence complexes où des médicaments sûrs et de bonne qualité et un financement adéquat font défaut.

L'accès à des moyens de diagnostic et à un traitement de qualité d'un coût abordable contre la tuberculose pharmacorésistante reste limité, notamment dans le cas des groupes les plus marginalisés. Des efforts supplémentaires doivent être consentis pour aider les pays à renforcer leur capacité de détecter et de traiter cette forme de la maladie. La pharmacorésistance entrave aussi les efforts de lutte contre le VIH et le paludisme. La recherche et l'innovation seront essentielles à cet égard.

La lutte contre le phénomène se heurte à l'insuffisance des systèmes et des capacités de générer des données de qualité pour surveiller l'usage des médicaments et l'apparition d'une résistance. Il faut renforcer les cadres réglementaires assurant l'accès à des antimicrobiens sûrs en évitant les produits médicaux de qualité inférieure et falsifiés, et cela tout particulièrement dans les pays où le secteur privé non réglementé joue un rôle prépondérant. Les États Membres doivent aussi renforcer leur engagement politique, les ressources qu'ils apportent et leur capacité de mettre en œuvre des programmes intégrés de gestion des antimicrobiens au niveau national et dans les établissements de soins. Il faut investir davantage pour mettre au point des antibiotiques, vaccins et outils de diagnostic nouveaux et appliquer les mesures de lutte contre les infections dans les établissements de soins, en améliorant notamment l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH).



LES INVESTISSEMENTS EN FAVEUR DE LA PRESTATION DE SERVICES, DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET COMMUNAUTAIRES ET DES SYSTÈMES DE SANTÉ SE SONT RÉVÉLÉS ÊTRE DES MOYENS EFFICACES POUR AMÉLIORER LES RÉSULTATS SANITAIRES



CHIFFRES CLÉS POUR 2018-2019 : MALADIES TRANSMISSIBLES



Budget programme approuvé :
US \$805 millions



Fonds disponibles :
US \$897 millions
(111 % du budget programme)



Dépenses :
US \$800 millions
(99 % du budget programme,
89 % des ressources disponibles)

PROGRAMME SPÉCIAL UNICEF/PNUD/BANQUE MONDIALE/OMS DE RECHERCHE ET DE FORMATION CONCERNANT LES MALADIES TROPICALES



Budget programme approuvé :
US \$50 millions

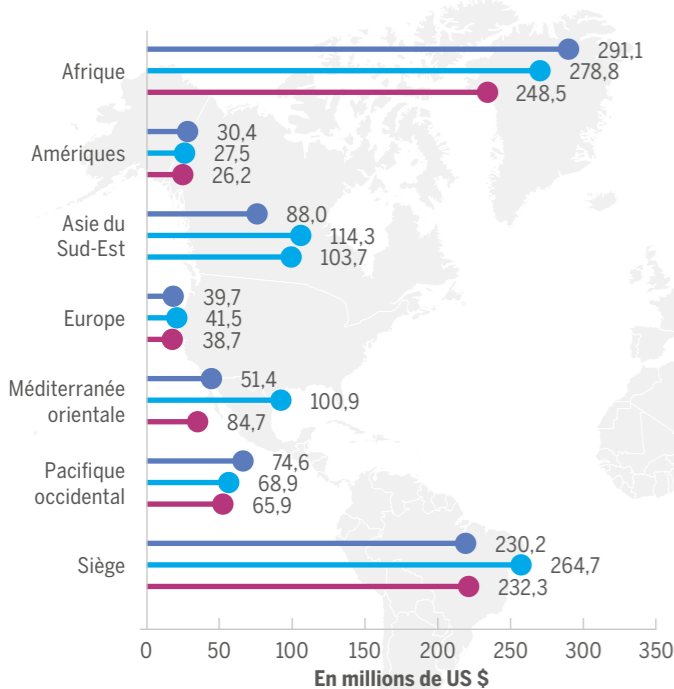


Fonds disponibles :
US \$43,7 millions
(87 % du budget programme)

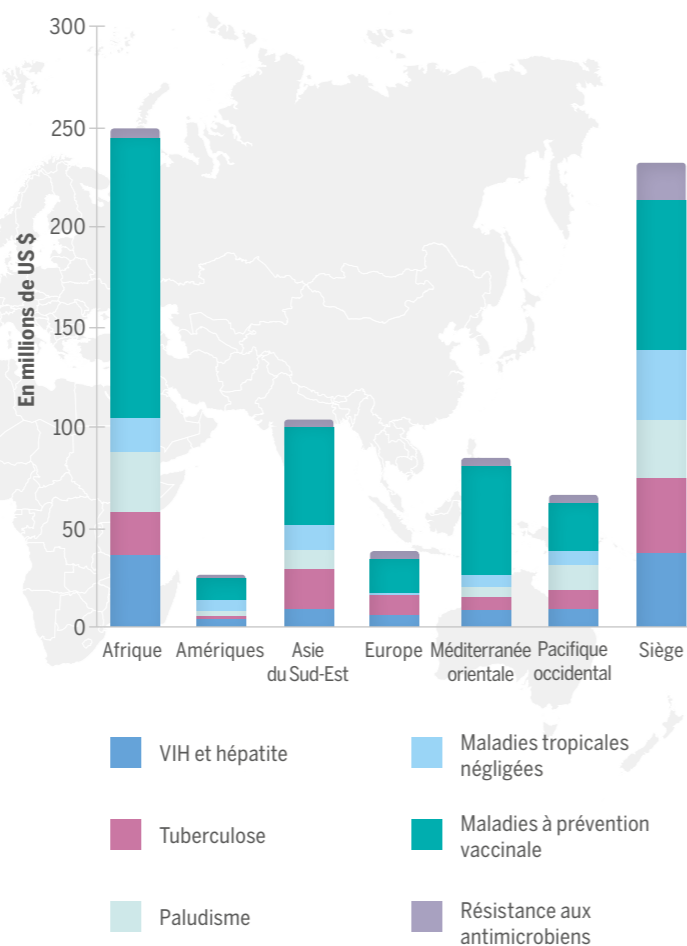


Dépenses :
US \$37 millions
(74 % du budget programme,
85 % des ressources disponibles)

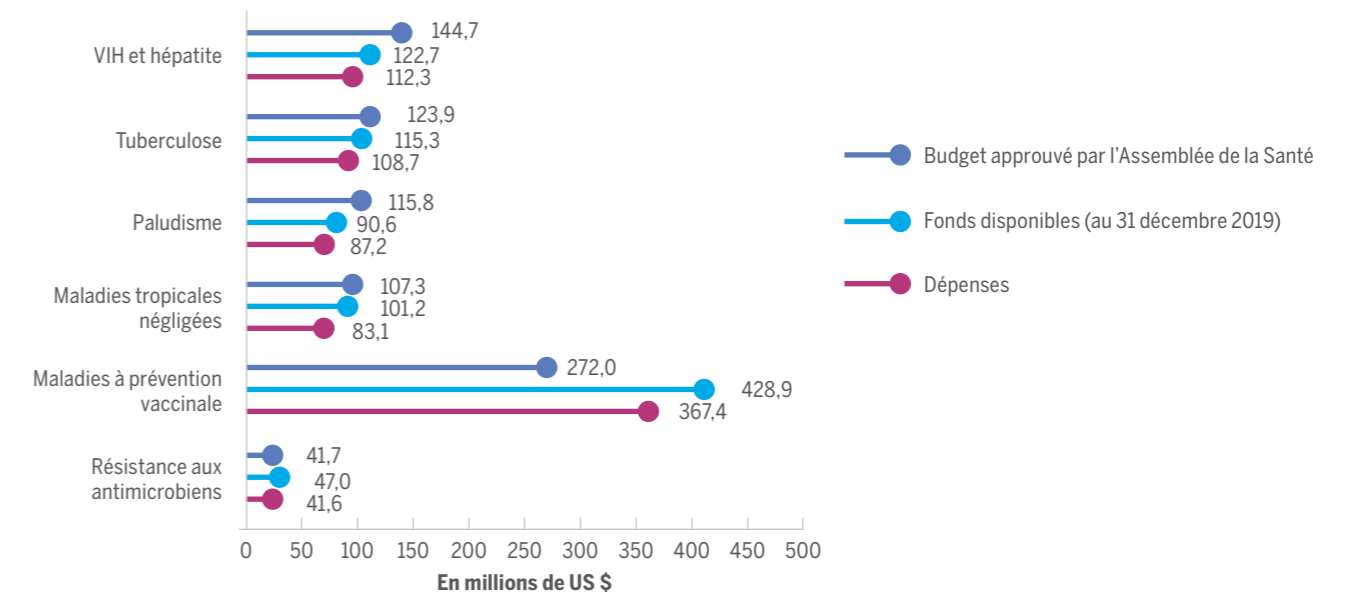
BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR GRAND BUREAU (EN MILLIONS DE US \$)



DÉPENSES AU BUDGET PROGRAMME, PAR GRAND BUREAU ET PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



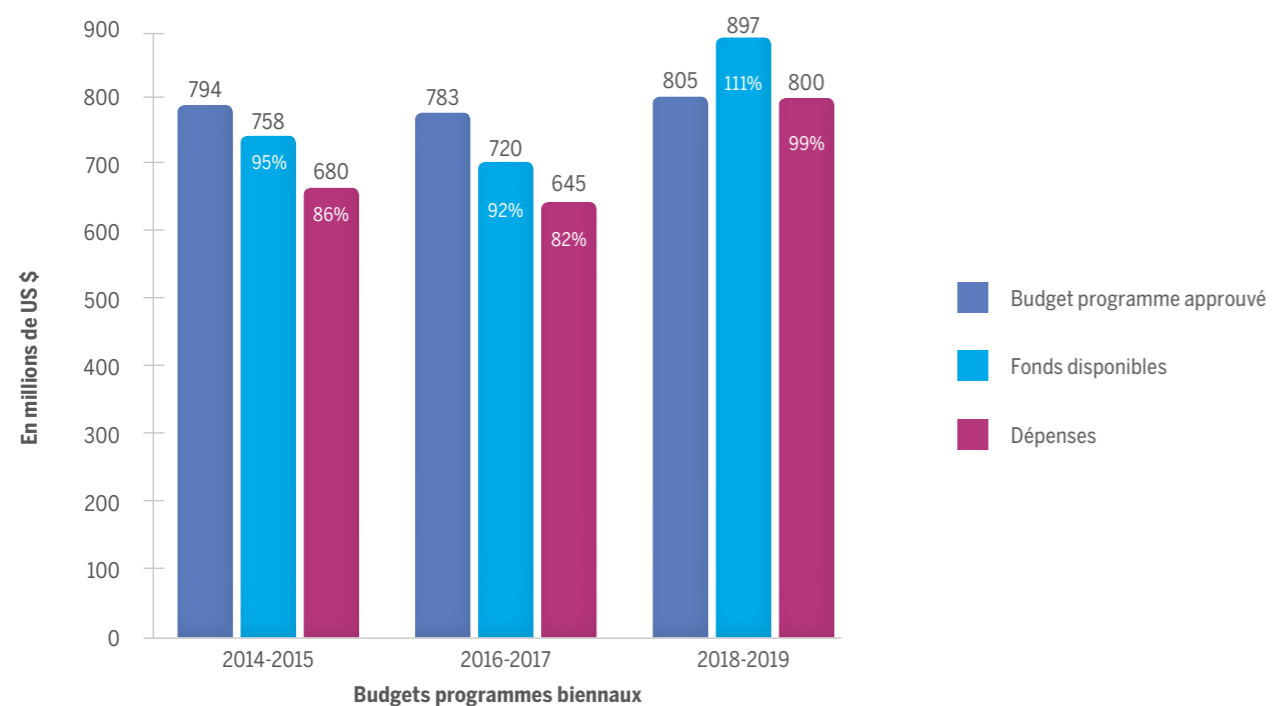
BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



À la fin de l'exercice 2018-2019, la catégorie des maladies transmissibles disposait de 111 % des crédits budgétaires approuvés. Cette augmentation sensible par rapport au budget programme approuvé était due principalement à la reprogrammation du financement de Gavi, l'Alliance du Vaccin, et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, dont une partie était auparavant comptabilisée en dehors du budget de base. Ces fonds ont servi à financer les activités de pays confrontés à des situations d'urgence prolongées, l'Organisation servant dans ce cas d'agent de financement. En raison de facteurs comme la transparence de la gestion de l'OMS et des notifications concernant ces fonds sur le portail Web du budget programme, il a été décidé de les intégrer au budget de base de l'exercice 2018-2019. Le niveau de financement a de ce fait dépassé de 58 % le budget prévu du secteur de programme des maladies à prévention vaccinale, surtout dans les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale. Il est important de noter toutefois que les dépenses biennales de la catégorie des maladies transmissibles restent dans le cadre du budget approuvé par l'Assemblée de la Santé et de la limite des dépenses définie par la résolution portant ouverture de crédit WHA70.5 (2017).

La catégorie des maladies transmissibles est largement tributaire de contributions volontaires à objet étroitement désigné, ce qui restreint la possibilité de réorienter les fonds entre les secteurs de programme et les grands bureaux (c'est-à-dire les Bureaux régionaux et le Siège). Par exemple, alors que les efforts contre la tuberculose et les maladies tropicales négligées sont financés quasiment à hauteur du budget approuvé, les ressources dont on dispose contre le VIH, l'hépatite et le paludisme sont comparativement plus limitées.

COMPARAISON DU BUDGET PROGRAMME DE BASE DES TROIS EXERCICES DU DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL



* Le pourcentage correspond au pourcentage du budget programme approuvé.

On constate néanmoins une amélioration globale du financement de l'ensemble des grands bureaux et secteurs de programme qui est également mieux harmonisé comparativement à l'exercice 2016-2017, ce qui a permis l'exécution à 99 % du budget programme approuvé pour la catégorie des maladies transmissibles. Dans tous les grands bureaux, le secteur de programme des maladies à prévention vaccinale dispose des crédits budgétaires les plus importants de la catégorie ; il est doté de ressources importantes dans tous les bureaux (100 % ou plus) et le taux d'exécution dépasse 100 %. L'adéquation du niveau budgétaire de ce secteur de programme dans tous les grands bureaux devra faire l'objet d'une étude tenant compte de l'inclusion dans le budget de base des recettes précédemment comptabilisées en dehors du budget programme.

Le secteur de programme de la résistance aux antimicrobiens a été ajouté au budget programme 2018-2019 en tant que secteur à part entière, conformément à la résolution WHA70.5. Même si des incertitudes persistaient quant à la capacité de l'OMS à le doter rapidement de ressources assez conséquentes, ce secteur de programme a fini par clôturer l'exercice biennal avec un excédent budgétaire de 13 % et une exécution complète du budget approuvé, illustrant ainsi l'importance que revêt une direction politique avisée dans un secteur aussi transversal.

Dans la perspective du douzième programme général de travail, l'exercice 2018-2019 disposait du plus important budget approuvé pour la catégorie des maladies transmissibles à cause de l'inclusion du secteur de programme de la résistance aux antimicrobiens. Des fonds supplémentaires étaient également disponibles en 2018-2019 du fait de l'intégration de fonds en dehors du budget de base et de l'exécution complète du budget approuvé. L'OMS continuera à répondre aux problèmes des secteurs dotés d'un financement moins important au sein de la catégorie des maladies non transmissibles dans tous les grands bureaux et aux trois niveaux de l'Organisation, et à améliorer la qualité des fonds à objet strictement désigné qui entravent l'harmonisation complète des résultats et des ressources programmatiques.

Pour plus de précisions sur le financement du budget programme, l'exécution dans cette catégorie et les réalisations par secteur de programme, y compris les indicateurs, se référer au portail consacré aux budgets programmes de l'OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/01/about/programme-outcomes> et <http://open.who.int/2018-19/home>).

MALADIES NON TRANSMISSIBLES

MNT

La **PROBABILITÉ DE DÉCÉDER** entre 30 et 70 ans **DE L'UNE DES QUATRE PRINCIPALES MALADIES NON TRANSMISSIBLES** (une maladie cardiovasculaire, le cancer, le diabète ou une affection respiratoire chronique) continue de reculer, passant de 22 % en 2000 à 18 % en 2016



La prévalence du **TABAGISME CHEZ LES ADULTES** de plus de 15 ans a décliné, pour passer de 27 % en 2010 à 24 % en 2018

Le nombre **D'ENFANTS** de moins de 5 ans **PRÉSENTANT UN RETARD DE CROISSANCE** a été ramené à 149 millions en 2018, contre 166 millions en 2012



Il n'y a pas eu de progrès dans la réduction de la **CONSOMMATION** totale **D'ALCOOL PAR HABITANT** (chez les adultes de 15 ans et plus)



La prévalence standardisée selon l'âge du **DIABÈTE** a presque doublé dans le monde depuis 1980, passant de 5 % à 9 % dans la population adulte en 2018 ; 1 personne atteinte de diabète sur 2 n'est pas diagnostiquée



Entre 2012 et 2018, **LES CAS DE CANCER ET LES DÉCÈS IMPUTABLES AU CANCER** ont augmenté, respectivement, de 28 % et 16 %, pour atteindre 18 millions de nouveaux cas diagnostiqués et 10 millions de décès en 2018



La prévalence du **MANQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ L'ADULTE** a progressé, passant de 23 % en 2010 à 28 % en 2016



La part des **DÉPENSES PUBLIQUES NATIONALES** consacrées aux maladies non transmissibles dans l'ensemble des dépenses publiques nationales consacrées à la santé est restée inchangée entre 2015 et 2017, les pays à faible revenu dépensant proportionnellement moins que les pays à revenu élevé



La prévalence de **L'EXCÈS PONDÉRAL ET DE L'OBÉSITÉ CHEZ L'ADULTE** est passée de 36 % en 2010 à 39 % en 2016

CIBLE 3.4 DES ODD

La diminution du risque de décéder de l'une des quatre principales maladies non transmissibles entre 30 et 70 ans progresse actuellement à un rythme insuffisant pour atteindre la **CIBLE 3.4 DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE**



« Nous devons admettre que les plus grandes menaces pour la santé publique viennent souvent de décisions prises dans d'autres secteurs, par exemple dans le cadre des politiques économiques, éducatives et sociales... Pour relever ces défis, nous devons recourir à d'autres disciplines et compétences pour compléter l'approche biomédicale. »

D^r HANS KLUGE
Directeur régional de l'OMS pour l'Europe



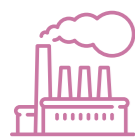
Budget programme approuvé :
US \$351 millions



Fonds disponibles :
US \$293 millions
(83 % du budget programme)



Dépenses :
US \$268 millions
(76 % du budget programme,
92 % des ressources disponibles)



LA POLLUTION DE L'AIR EST RESPONSABLE DE 7 MILLIONS DE DÉCÈS PRÉMATURÉS ; 9 PERSONNES SUR 10 RESPIRENT UN AIR CONTENANT DES NIVEAUX ÉLEVÉS DE POLLUANTS. LA POLLUTION DE L'AIR (AMBIANT ET INTRADOMICILIAIRE) EST LA DEUXIÈME CAUSE DE MALADIES NON TRANSMISSIBLES

Les maladies non transmissibles (**infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, cancers, diabète et affections respiratoires chroniques**) sont responsables de près de 70 % des décès dans le monde. La majorité de ces décès surviennent prématurément et dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, où les soins de santé primaires et les systèmes d'orientation entre les soins primaires et les autres niveaux de soins ne sont pas en mesure de répondre à la demande de diagnostic précoce, de dépistage et de traitement approprié des maladies non transmissibles. Cinq grands facteurs de risque sont à l'origine des maladies non transmissibles : le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, une activité physique insuffisante, la pollution de l'air et l'usage nocif de l'alcool.

Si l'on veut apporter une réponse globale aux maladies non transmissibles, il convient de tenir également compte de la santé mentale, du handicap, de la violence, des traumatismes, de la consommation de substances psychoactives, de la sécurité sanitaire des aliments et des zoonoses. La présence de ces facteurs influence aussi la riposte aux maladies non transmissibles. Ensemble, ces maladies comptent parmi les défis de santé publique les plus graves et les plus sous-financés qu'il faudra relever dans le cadre du développement durable au XXI^e siècle.

De nombreux décès prématurés peuvent être évités grâce à des interventions simples, peu coûteuses et à fort impact. Or, dans la majorité des pays, ces interventions ne sont pas mises en œuvre et étendues suffisamment pour permettre de parvenir aux objectifs de développement durable.

LA NOUVELLE APPROCHE ADOPTÉE PAR LE BHOUTAN POUR COMBATTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES



Le Bhoutan a adopté dès 2015 l'ensemble des interventions essentielles de lutte contre les maladies non transmissibles proposé par l'OMS. Les maladies non transmissibles étaient responsables de près de 70 % des décès en 2016. Une étude STEPS menée en 2014 a montré qu'un quart de la population était en surpoids, que plus d'un tiers souffrait d'hypertension artérielle et que plus des trois quarts ne faisaient aucune activité physique soutenue.

En 2019, l'OMS a collaboré avec le Bhoutan pour introduire l'ensemble des interventions essentielles novatrices et rentables contre les maladies cardiovasculaires. Un module de formation a été mis au point pour le dépistage des maladies non transmissibles. Cette formation a d'abord été suivie par des formateurs qui ont formé à leur tour des soignants dans deux districts, Tsirang et Punakh. Des services centrés sur la personne ont été mis en place et la gestion de l'information a été améliorée, ce qui a eu un impact positif sur la communauté. Le modèle de soins sera évalué au bout d'un an. Le Gouvernement est déterminé à étendre cette approche à l'ensemble de la nation.

PRINCIPALES RÉALISATIONS

Aujourd'hui, la majorité des pays cherchent des moyens de mettre en œuvre les « **meilleurs choix** » de l'OMS et d'autres interventions recommandées pour relever les défis complexes et interconnectés que posent les maladies non transmissibles, la santé mentale, le handicap, la violence, les traumatismes, l'abus de substances psychoactives, la sécurité sanitaire des aliments et les zoonoses. Au cours de la période 2018-2019, l'OMS a élaboré des réponses intégrées à ces questions par le biais de 10 **solutions** multisectorielles **adaptées aux pays** (modules techniques), qui s'appuient sur les connaissances scientifiques actuelles et les données factuelles disponibles. Chaque solution est fondée sur une théorie du changement et ses interventions sont axées sur les principales cibles des objectifs de développement durable, sur la base des « meilleurs choix ».

Les progrès réalisés dans la mise en œuvre des **solutions adaptées aux pays** (modules techniques) de l'OMS présentant un bon rapport coût/efficacité sont les suivants :

- **12 pays** ont mis en œuvre au moins une intervention incluse dans REPLACE (pour éliminer les acides gras trans de l'alimentation) ;
- **20 pays** ont mis en œuvre HEARTS (pour ↓ l'hypertension) ;
- **25 pays** ont mis en œuvre PEN (pour ↑ le diagnostic et le traitement des maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires et universels) ;
- **136 pays** ont mis en œuvre une ou plusieurs interventions incluses dans MPOWER (pour ↓ le tabagisme) ;
- **100 pays** ont mis en œuvre au moins une intervention incluse dans ACTIVE (pour ↑ l'activité physique).

En réponse aux demandes émanant des gouvernements, plus de 100 pays ont bénéficié de l'assistance technique de l'OMS pour affiner et mettre en œuvre ces solutions adaptées, avec des approches différenciées pour chaque pays.

DE NOUVELLES INITIATIVES MONDIALES MULTIPARTITES

Afin d'améliorer les partenariats multipartites qui renforcent la collaboration avec les gouvernements, ainsi qu'avec la société civile et le secteur privé, le Directeur général de l'OMS a lancé un certain nombre d'initiatives mondiales spéciales en 2018 et 2019. Ces initiatives renforcent un ensemble de modalités de conseils sur les politiques, d'assistance technique, de financement et de mise en œuvre de programmes, en étroite collaboration avec les parties prenantes, telles que :

- l'initiative spéciale pour la santé mentale ;
- l'initiative Global Hearts ;
- l'initiative mondiale pour l'élimination du cancer du col de l'utérus ;
- l'initiative mondiale de lutte contre le cancer de l'enfant ;
- l'initiative mondiale pour l'élimination des acides gras trans produits industriellement de l'alimentation partout dans le monde.

MISE EN ŒUVRE DANS TOUS LES PAYS DE LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC

La Stratégie mondiale pour accélérer la lutte antitabac 2019-2025 a été adoptée par la Conférence des Parties à la Convention à sa huitième session. Elle alimentera la dynamique et favorisera un engagement plus fort des différentes parties prenantes pour mettre en œuvre la Convention.



LES ACCIDENTS DE LA ROUTE SONT LA DIXIÈME CAUSE DE DÉCÈS DANS LE MONDE ET SONT RESPONSABLES D'ENVIRON **1,3 MILLION DE MORTS** CHAQUE ANNÉE. ILS CONSTITUENT LA PREMIÈRE CAUSE DE DÉCÈS DES 15-34 ANS DANS LES PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE

PROPOSER DES MESURES BUDGÉTAIRES REPOSANT SUR DES BASES FACTUELLES

Les mesures budgétaires réduisent la demande, ce qui a pour effet de faire baisser le coût des soins de santé tout en augmentant les recettes de l'État. L'OMS a suivi les connaissances scientifiques et les bases factuelles disponibles et a examiné l'expérience internationale concernant les mesures budgétaires. Elle a fait part de ses dernières conclusions à l'Assemblée de la Santé en mai 2019. En particulier :

- 73 pays appliquent désormais une taxe sur les boissons sucrées ;
- entre 2016 et 2018, 94 pays ont relevé leurs droits d'accise sur les produits du tabac ;
- depuis 2010, 114 pays ont instauré un droit d'accise sur l'alcool ou l'ont relevé.

La mobilisation politique s'est accélérée au cours de l'exercice à la suite de la troisième **réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles**, qui s'est tenue en septembre 2018 et au cours de laquelle les dirigeants mondiaux (dont une vingtaine de chefs d'État et de gouvernement ainsi que 55 ministres) se sont engagés à mettre en œuvre un ensemble de politiques recommandées par l'OMS.

Lors de la **réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la couverture sanitaire universelle**, qui s'est tenue en septembre 2019, l'engagement a été pris d'étendre progressivement, d'ici à 2023, à un milliard de personnes supplémentaires l'accès à des services de santé et à des médicaments essentiels pour la détection précoce, le dépistage et le traitement approprié des maladies non transmissibles et des affections mentales, en tant que composante essentielle de la couverture sanitaire universelle.

Afin de tirer parti de leur leadership et de leur expertise en matière de politiques, l'OMS a réuni 28 présidents, ministres et défenseurs de la santé mondiale au sein de la **Commission indépendante de haut niveau de l'OMS sur les maladies non transmissibles** pour proposer des solutions innovantes qui accélèrent les interventions contre les maladies non transmissibles et exercent un effet multiplicateur sur les objectifs de développement durable.

Pour la première fois, l'OMS a pu placer dans ses bureaux de pays un personnel entièrement dédié à la lutte antitabac, à la prise en charge de l'hypertension, au traitement du cancer chez l'enfant et à la sécurité routière.

PUBLICATION DE BIENS DE SANTÉ PUBLIQUE MONDIAUX

- Le **Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique 2018-2030** propose des mesures politiques reposant sur des bases factuelles en vue d'une action multisectorielle, qui expliquent comment les pays peuvent réduire de 15 % d'ici à 2030 la sédentarité chez les adultes et les adolescents.
- Les **lignes directrices de l'OMS sur l'activité physique, les comportements sédentaires et le sommeil de l'enfant de moins de 5 ans** présentent les avantages de l'activité physique et des recommandations sur sa contribution à la croissance et au développement physique, moteur et cognitif de l'enfant ainsi qu'à un départ dans la vie en bonne santé.
- Les **lignes directrices pour réduire le risque de démence et de déclin cognitif** expliquent comment réduire le risque de démence en faisant régulièrement de l'exercice, en ne fumant pas, en évitant l'usage nocif de l'alcool, en contrôlant son poids, en consommant des aliments sains et en maintenant une tension artérielle, une glycémie et un taux de cholestérol adéquats.
- Les **orientations pour promouvoir l'allaitement maternel dans les établissements de santé** donnent des conseils sur les services de maternité et les services aux nouveau-nés.
- L'**argumentaire mondial en faveur de l'investissement dans la prévention et le traitement** des maladies non transmissibles montre que les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure peuvent dégager US \$350 milliards d'ici à 2030 s'ils augmentent leurs investissements dans la prévention et le traitement des maladies non transmissibles, qui coûtent US \$1,27 de plus par personne et par an. De telles actions permettraient de sauver plus de 8 millions de vies sur la même période.

- La **Classification OMS du diabète sucré de 2019** a été publiée.
- Les **notes d'orientation** sur ce que les ministères autres que celui de la santé doivent savoir sur les maladies non transmissibles ont été élaborées sous les auspices de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, sous la conduite de l'OMS.
- La **politique type**, à l'intention des institutions du système des Nations Unies, visant à prévenir l'ingérence de l'industrie du tabac a été élaborée sous les auspices de l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, sous la conduite de l'OMS.
- Au total, **12 médicaments contre le cancer** ont été placés sur la **Liste OMS des médicaments essentiels, 2019**, pour cinq traitements du cancer et un ensemble complet de tests de dépistage du cancer a été ajouté à la **Liste OMS 2019 des dispositifs de diagnostic essentiels**.

NOUVEAUX RÉSULTATS ESSENTIELS

- Les études montrent que les **aliments pour nourrissons présentent une forte teneur en sucre** et sont commercialisés de façon inappropriée pour les nourrissons.
- Selon des données récentes, le nombre de personnes exposées au risque de **trachome** est passé de 1,5 milliard en 2002 à 142 millions en 2019, soit une réduction de 91 %.
- Des données récentes font apparaître que les trois quarts des personnes atteintes d'**épilepsie** dans les pays à faible revenu ne reçoivent pas le traitement dont elles ont besoin, ce qui les expose davantage au risque de mourir prématurément et condamne nombre d'entre elles à être stigmatisées durant toute leur vie.

UNE APPROCHE COMMUNE DE LA RÉGLEMENTATION DE LA SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS EN ASIE DU SUD

La FAO et l'OMS ont créé le Fonds fiduciaire du Codex pour aider les États Membres à se doter, au niveau national, de moyens solides, stables et pérennes pour participer au Codex Alimentarius. Ce fonds financera un projet visant à mettre au point une approche commune de la réglementation de la sécurité sanitaire des aliments et à faciliter le commerce transfrontières, dirigé par l'**Inde** et auquel participent également le **Bhoutan** et le **Népal**. Ce projet renforcera encore les activités nationales relatives au Codex dans les pays participants grâce à la collaboration entre les pays et à des positions communes sur le processus de définition de normes du Codex. Le **Myanmar** a collaboré avec le **Cambodge** et la **République démocratique populaire lao** pour mettre au point un projet similaire suivant ce modèle.



L'OUTIL « **BE HEALTHY, BE MOBILE** » DE L'OMS VISANT À SOUTENIR LA PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUE AU NIVEAU DE LA POPULATION **COMPREND DE NOUVEAUX MODULES RELATIFS AUX CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT**



L'APPLICATION HEARWHO POUR SMARTPHONE, QUI PERMET DE TESTER L'AUDITION, PEUT ÊTRE TÉLÉCHARGÉE GRATUITEMENT. À CE JOUR, ELLE A ÉTÉ TÉLÉCHARGÉE 130 000 FOIS

DE L'ÉCRAN DE FUMÉE À UN MONDE SANS FUMÉE : LA CONVENTION CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC A 15 ANS

À une certaine époque, même les enfants n'étaient pas protégés des méfaits du tabac. Les cigarettiers ciblaient les jeunes dans leurs publicités et parrainaient des manifestations sportives. Dans certains pays, les mineurs pouvaient acheter des cigarettes. Les stars de cinéma fumaient à l'écran, offrant ainsi une publicité gratuite à l'industrie. Le grand public ne connaissait pas clairement les effets mortels du tabac et du tabagisme passif.

Aujourd'hui, le contexte du tabac et de la lutte antitabac a complètement changé. La lutte antitabac a énormément progressé ces 15 dernières années, depuis l'entrée en vigueur de la **Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac** en février 2005. Il est désormais interdit de fumer dans la quasi-totalité des lieux publics, y compris les lieux de travail intérieurs, les restaurants et les bars, le prix des cigarettes a considérablement augmenté et, dans de nombreux pays, des mises en garde sanitaires illustrées figurent de manière bien visible sur les paquets de cigarettes et la vente de tabac aux mineurs est interdite.

Les données des pays, tous niveaux de revenu confondus, montrent que l'augmentation du prix des cigarettes permet de réduire très efficacement la demande. L'augmentation des prix encourage les gens à arrêter de fumer ou les dissuade de commencer ou de recommencer à le faire, et permet de réduire la consommation des fumeurs. En moyenne, une augmentation de 10 % du prix du paquet

de cigarettes devrait réduire la demande d'environ 4 % dans les pays à revenu élevé et d'environ 5 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où la population est généralement plus sensible à l'évolution des prix car ses revenus sont plus bas. Les enfants et les adolescents sont également plus sensibles que les adultes aux augmentations de prix et les interventions sur les prix ont donc un impact important dans ce groupe d'âge.

UNE CONVENTION PEU CONVENTIONNELLE

Dès le départ, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac était unique et historique. Premier traité international négocié sous les auspices de l'OMS, elle compte aujourd'hui 181 Parties (des États Membres de l'OMS et l'Union européenne). Elle représentait également une nouvelle approche et une référence juridique dans le domaine de la santé publique.

L'idée de cette convention est née dans les années 1990. L'OMS a constaté qu'il fallait faire quelque chose pour lutter contre la recrudescence des maladies liées au tabac. Après trois ans de négociations, la Convention a été adoptée par l'Assemblée de la Santé dans sa résolution WHA56.1 du 21 mai 2003 et elle est entrée en vigueur en 2005. C'est aujourd'hui l'un des traités les plus largement et les plus rapidement ratifiés de l'histoire des Nations Unies.

Les Parties à la Convention-cadre ont aussi mis au point et adopté un deuxième traité international fondé sur l'article 15 (Commerce illicite des produits du tabac) de la Convention. Le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac, entré en vigueur en septembre 2018, compte actuellement 58 Parties.

L'OMS collabore étroitement avec le Secrétariat de la Convention-cadre et du Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac en vue d'aider les États Membres dans la lutte antitabac.

BRÉSIL : LE RENFORCEMENT DE LA LUTTE ANTITABAC AMÉLIORE LES RÉSULTATS SANITAIRES

L'Assemblée mondiale de la Santé adopte à l'unanimité la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

La Convention entre en vigueur et le Brésil est l'un des 40 pays signataires. On compte aujourd'hui 181 Parties

Lancement de **MPOWER** : 6 mesures de lutte antitabac pour orienter l'action des pouvoirs publics

Monitor – Surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention
Protect – Protéger la population contre la fumée du tabac
Offer – Offrir une aide à ceux qui veulent arrêter le tabac
Warn – Mettre en garde contre les méfaits du tabagisme
Enforce – Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage
Raise – Augmenter les taxes sur le tabac

Une étude indique une ↓ de 5,2 % de la mortalité infantile et une ↓ de 3,4 % de la mortalité néonatale depuis l'interdiction complète de la consommation de tabac dans les lieux publics au Brésil

2003

Les fumeurs représentent 21,8 % de la population

W

La mention « il n'existe pas de niveau de consommation de ces substances qui soit sans risque » figure au dos de 100 % des paquets de cigarettes (2001)

2004

O

La couverture du sevrage tabagique par le système de santé est étendue aux soins de santé primaires

2005

2008

2014

P

La législation est renforcée de sorte à interdire complètement la consommation de tabac dans les lieux publics, au travail et dans les transports publics

E

La législation est renforcée pour interdire toute publicité en faveur du tabac ainsi que toute promotion et tout parrainage du tabac

2015

M

Surveillance régulière de la consommation de tabac, au moyen d'échantillons représentatifs et de données récentes, chez les adultes et chez les jeunes

2018

Les fumeurs représentent 13,4 % de la population

R

Les taxes représentent 83 % du prix de détail de la marque la plus vendue, soit le taux le plus élevé de la Région

2019

M P O W E R

Il ressort du dernier rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme pour 2016-2018 que :

mpower



36 pays ont instauré une ou plusieurs mesures **MPOWER** au plus haut niveau pendant cette période

la **moitié de la population mondiale** bénéficie désormais de mises en garde illustrées de grande taille apposées sur les paquets, qui reprennent toutes les recommandations **MPOWER** ; c'est la mesure qui a la plus grande portée dans la population

un **tiers de la population mondiale** a accès à des services de sevrage tabagique dont le niveau correspond aux meilleures pratiques (**23 pays** disposent de programmes de sevrage complets)



62 pays disposent de lois complètes sur les environnements sans tabac, tandis que **70 pays disposent de lois d'un niveau minimal à modéré** qui n'interdisent pas de fumer dans tous les lieux publics et les lieux de travail

la **prévalence du tabagisme a baissé dans la plupart des pays** mais les fumeurs sont encore nombreux – **1,1 milliard** – et vivent pour la plupart dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

le **tabac tue plus de 8 millions de personnes par an**, dont 1,2 million de fumeurs passifs. En outre, **65 000 personnes meurent chaque année** de maladies attribuables à la fumée passive



CINQ MILLIARDS DE PERSONNES – SOIT LES DEUX TIERS ENVIRON DE LA POPULATION MONDIALE – SONT DÉSORMAIS COUVERTES PAR AU MOINS L'UNE DES MESURES **MPOWER**

En 2007, l'OMS a lancé l'initiative « MPOWER » afin d'inciter les gouvernements à agir en prenant six mesures de lutte antitabac conformes à la Convention-cadre. Les mesures MPOWER, dont l'application va croissant, ont permis d'éviter des millions de décès prématurés et d'économiser des milliards de dollars.

Malgré les progrès accomplis ces 15 dernières années, beaucoup reste à faire : deux pays seulement, le Brésil et la Turquie, appliquent toutes les mesures MPOWER. De plus, les progrès accomplis restent fragiles, car ils sont constamment remis en cause par l'industrie du tabac qui continue, chaque année, à dépenser des dizaines de milliards de dollars pour la publicité, la promotion et le parrainage.

« La baisse de la consommation de tabac chez les hommes représente un tournant dans la lutte antitabac », dit le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS. « Nous avons assisté pendant des années à une augmentation régulière du nombre d'hommes consommant des produits du tabac mortels. Mais aujourd'hui, nous constatons pour la première fois que la consommation baisse chez les hommes, car les pouvoirs publics sont plus durs avec l'industrie du tabac. L'OMS continuera à collaborer étroitement avec les pays pour que cette tendance se poursuive », a-t-il ajouté.

Selon le rapport mondial de l'OMS sur l'évolution de la prévalence de la consommation de tabac 2000-2025 (troisième édition), le nombre de consommateurs de tabac dans le monde est passé de 1,397 milliard en 2000 à 1,337 milliard en 2018, ce qui représente une baisse d'environ 60 millions. Le rapport montre que le nombre d'hommes qui consomment du tabac a cessé d'augmenter et devrait baisser, par rapport aux niveaux de 2018, de plus d'un million d'ici à 2020 (pour atteindre 1,091 milliard) et de 5 millions d'ici à 2025 (pour atteindre 1,087 milliard).

En outre, d'après le rapport, le nombre de consommateurs de tabac, hommes et femmes, devrait baisser, par rapport aux niveaux de 2018, de 10 millions d'ici à 2020 et de 27 millions supplémentaires d'ici à 2025 (pour atteindre 1,299 milliard). La consommation de tabac a baissé dans environ 60 % des pays depuis 2010. « La baisse de la consommation mondiale de tabac montre que quand les gouvernements instaurent et renforcent des mesures complètes reposant sur des bases factuelles, ils peuvent préserver le bien-être de leurs citoyens et de leurs communautés », dit le Dr Rüdiger Krech, Directeur du Département OMS Promotion de la santé.

LE NOMBRE D'ENFANTS SOUFFRANT D'UN RETARD DE CROISSANCE A DIMINUÉ DE 17 MILLIONS EN 6 ANS



Le retard de croissance est le résultat d'une mauvaise alimentation. Il a des conséquences dévastatrices sur les enfants qui partent dans la vie avec un handicap susceptible de les empêcher de réaliser leur plein potentiel. Plus de la moitié des enfants souffrant d'un retard de croissance dans le monde vivent en Asie et un tiers en Afrique.

Le nombre d'enfants souffrant d'un retard de croissance a diminué, passant de 166 millions en 2012 à 149 millions en 2018. Ces améliorations spectaculaires soulignent l'effet positif des réformes politiques qui ont intégré la nutrition dans les stratégies de protection sociale.

LE NOMBRE D'ENFANTS SOUFFRANT D'UN RETARD DE CROISSANCE A DIMINUÉ, PASSANT DE 166 MILLIONS EN 2012 À 149 MILLIONS EN 2018

AMÉLIORER LE TAUX DE SURVIE DES ENFANTS ATTEINTS DE CANCER

Avec le soutien de l'OMS, 15 gouvernements nationaux ont renforcé les services de lutte contre les cancers de l'enfant dans le cadre de programmes nationaux de lutte contre le cancer, dans le but d'atteindre un taux de survie d'au moins 60 % à l'horizon 2030.

L'initiative mondiale OMS de lutte contre le cancer de l'enfant, lancée en septembre 2018, a pour objectif de doubler le taux de survie des enfants atteints de cancer et de soulager les souffrances de tous les enfants à l'horizon 2030. Le cancer est l'une des principales causes de décès chez l'enfant.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les enfants atteints d'un cancer ont environ quatre fois plus de risques de mourir de la maladie que ceux vivant dans un pays à revenu élevé.

DES PROGRÈS AU PÉROU DANS LE DOMAINE DU CANCER DE L'ENFANT

Le Pérou, qui a également pris un engagement ferme en faveur de la couverture sanitaire universelle, offre des services essentiels dans le domaine des soins primaires, qui atteignent les enfants des zones rurales. L'exemple du Pérou montre ce que le leadership politique et les engagements fermes des partenaires de plusieurs secteurs permettent de faire pour les enfants atteints de cancer.

Chaque année au Pérou, un cancer est diagnostiqué chez près de 1800 enfants et adolescents. Plus de 50 % d'entre eux décèdent du fait des retards dans le diagnostic, qui rendent le traitement plus difficile.

En 2019, le Pérou a demandé le soutien de l'initiative mondiale OMS de lutte contre le cancer de l'enfant afin de porter à au moins 70 % le taux de survie des enfants atteints de cancer.

Avec le soutien de l'OMS, quatre objectifs principaux ont été formulés pour le plan national de lutte contre le cancer pédiatrique : l'amélioration du diagnostic précoce, la baisse du taux d'abandon des traitements, la mise en place d'un registre national des cas de cancer de l'enfant et l'amélioration de la qualité des services dans les unités d'oncologie pédiatrique. Six cancers – dont la leucémie et les tumeurs cérébrales – ont été retenus comme indicateurs pour suivre les progrès.



LE LIBAN AMÉLIORE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE



THURUYA ZREIK A ÉTÉ HOSPITALISÉE À TROIS REPRISES DANS UN HÔPITAL PSYCHIATRIQUE AU LIBAN POUR LE TRAITEMENT DE TROUBLES BIPOLAIRES. LE SOUTIEN QU'ELLE A REÇU LORS DE SON TROISIÈME SÉJOUR, AU COURS DUQUEL L'HÔPITAL A COMMENCÉ À METTRE EN ŒUVRE LE PROGRAMME QUALITYRIGHTS, CONTRASTAIT FORTEMENT AVEC SES HOSPITALISATIONS PRÉCÉDENTES. ELLE EST AUJOURD'HUI

RESPONSABLE SUR LE TERRAIN DU **PROGRAMME QUALITYRIGHTS** DANS LE PAYS

Au Liban, 250 personnes souffrant de problèmes de santé mentale par an ont accès à de meilleurs services de santé mentale.

En février 2019, l'hôpital psychiatrique al-Fanar a fermé ses portes à la suite d'allégations de violations des droits humains : conditions de vie inadéquates, manque d'hygiène et traitements inappropriés (coercition et négligence). L'OMS et le programme national de santé mentale du pays ont

contribué à défendre les droits des bénéficiaires et à préconiser le recours au « QualityRights toolkit » de l'OMS afin d'évaluer et d'améliorer la qualité et le respect des droits de l'homme dans les services de santé mentale. Une équipe d'évaluateurs nationaux a été formée à l'utilisation du Toolkit.

Dans le cadre d'une réforme globale du système de santé mentale, il existe désormais une équipe de plus de 30 évaluateurs des services de santé mentale, comprenant des professionnels de la santé mentale, des travailleurs sociaux, des avocats et des usagers. Toutes ces améliorations sont menées dans le cadre du programme QualityRights de l'OMS.

EN FÉDÉRATION DE RUSSIE, L'ESPÉRANCE DE VIE PROGRESSE GRÂCE AUX MESURES DE LUTTE CONTRE L'ALCOOL



EN 2019, UN RAPPORT DE L'OMS A CONSTATÉ QUE LA CONSOMMATION D'ALCOOL PAR HABITANT AVAIT DIMINUÉ DE 43 % AU COURS DES 15 DERNIÈRES ANNÉES

En 2005, la Fédération de Russie était en retard sur de nombreux indicateurs de santé. L'espérance de vie moyenne n'était que de 66 ans, soit 14 ans de moins qu'en France et 8 ans de moins qu'en Pologne. La même année, selon un rapport conjoint de l'OMS et de la Banque mondiale sur la mortalité prématurée et les maladies non transmissibles dans la Fédération de Russie, l'usage nocif de l'alcool était un facteur de risque majeur. Les conséquences sur l'offre de main-d'œuvre étaient notamment un avancement de l'âge prévu de la retraite anticipée ou la perte d'emploi

et la nécessité de toucher une pension plus tôt.

Avec le soutien de l'OMS, la Fédération de Russie a mis en œuvre une série de politiques axées sur les « meilleurs choix » au cours des années suivantes dans le but : de relever les droits d'accise sur les boissons alcoolisées ; de fixer un prix minimum pour la vodka et les autres boissons alcoolisées ; d'introduire un système de suivi en temps réel de la production et de la vente d'alcool ; de restreindre la disponibilité de l'alcool dans les points de vente ; d'interdire la consommation d'alcool dans certains lieux publics ; de limiter la promotion des boissons alcoolisées qui ciblent les jeunes ; et de réduire la consommation d'alcool non recensée (alcool de fabrication artisanale, de contrebande ou produit illégalement) moyennant l'application de mesures spécifiques telles que la mise au point du système de suivi EGAIS. C'est ainsi qu'en 2019, grâce aux mesures de lutte contre l'alcool, l'espérance de vie a augmenté dans ce pays. La

Fédération de Russie met en place ces interventions dans le cadre d'une politique d'État sur la réduction de l'abus d'alcool et la prévention de l'alcoolisme dans la population allant jusqu'à fin 2020.

Les résultats de ces efforts sont présentés dans le rapport de 2019 du Bureau régional OMS de l'Europe intitulé *WHO European Office Alcohol policy impact case study: The effects of alcohol control measures on mortality and life expectancy in the Russian Federation*. Ce rapport a constaté que la consommation d'alcool par habitant avait diminué de 43 % au cours des 15 dernières années. Cette tendance s'est accompagnée d'une baisse de la mortalité toutes causes confondues pendant cette période, la plus forte diminution étant celle des décès liés à l'alcool. L'ensemble de mesures adopté en Fédération de Russie est aligné sur les « meilleurs choix » recommandés par l'OMS. Cet exemple montre que des mesures reposant sur des bases factuelles aident à sauver des vies.

AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS ET LE RESPECT DES DROITS DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX

Le « QualityRights toolkit » de l'OMS fournit aux pays des informations et des outils permettant d'évaluer et d'améliorer la qualité des soins et le respect des droits de l'homme dans les services sociaux et les établissements psychiatriques.

Le « QualityRights toolkit » est en cours d'introduction ou d'expansion dans 31 pays, et il est renforcé en **Arménie**, en **Bosnie-Herzégovine**, en **Croatie**, en **Estonie**, au **Ghana**, au **Kenya**, au **Liban**, en **Lituanie**, aux **Philippines**, en **République tchèque**, en **Roumanie**, en **Slovaquie** et en **Turquie**.

Le respect des droits des personnes qui demandent de l'aide et la prise en compte de leurs préférences, plutôt que l'imposition d'un traitement coercitif, font partie des principes essentiels.

LES POLITIQUES EN MATIÈRE D'ALCOOL POURRAIENT CHANGER LA DONNE EN VUE D'ATTEINDRE LES CIBLES DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE LIÉES À LA SANTÉ

En 2016, plus d'un décès sur 20 dans le monde (soit 3 millions de décès, principalement d'hommes) était dû à l'usage nocif de l'alcool. La consommation d'alcool fait partie des causes de plus de 200 maladies et traumatismes.

Les progrès mondiaux sont insuffisants et inégaux. L'alcool est profondément ancré dans le paysage social de certaines sociétés ; en outre, la consommation est appelée à augmenter dans certaines régions.

Aucun progrès n'a été réalisé au cours de la dernière décennie pour réduire la consommation totale d'alcool par habitant dans le monde.

La prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool chez l'adolescent a reculé de 2 % (15-19 ans) entre 2010 et 2016. Une baisse analogue a été constatée chez l'adulte (plus de 15 ans) sur la même période.

Les interventions politiques reposant sur des bases factuelles, qui se sont révélées très fructueuses dans certains pays, sont à même de réduire la charge de morbidité et de mortalité due aux maladies non transmissibles et pourraient changer la donne en vue d'atteindre les cibles 3.4, 3.5 et 3.8 des objectifs de développement durable.

Pour redynamiser l'action, l'OMS a introduit le **module technique SAFER** en 2018, qui décrit cinq actions stratégiques à fort impact qui ont fait leurs preuves, depuis les restrictions sur l'accessibilité de l'alcool et la publicité jusqu'aux politiques de tarification.

RENFORCER LA PRÉVENTION ET LE TRAITEMENT DES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE DROGUES

L'OMS et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime ont apporté un soutien conjoint à quatre pays dans leurs efforts de prévention et de gestion des décès par overdose d'opioïdes. La deuxième édition actualisée des normes internationales en matière de prévention de la consommation de drogues avait pour objectif d'améliorer la qualité des programmes de prévention. Neuf pays ont procédé à des tests de terrain des normes internationales relatives au traitement des troubles liés à la consommation de drogues et ont utilisé les résultats ainsi obtenus pour améliorer la qualité de leurs programmes de traitement.



AUCUN PROGRÈS N'A ÉTÉ RÉALISÉ AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE POUR RÉDUIRE LA **CONSOMMATION TOTALE D'ALCOOL** PAR HABITANT DANS LE MONDE



LE **VIET NAM** A ADOPTÉ UNE LOI SUR L'ALCOOL QUI TIENT COMPTE DES « MEILLEURS CHOIX » DE L'OMS ET COMPREND **UNE MESURE QUI PROTÈGE LES FEMMES CONTRE LA VIOLENCE CAUSÉE PAR DES MEMBRES DE LA FAMILLE EN ÉTAT D'ÉBRIÉTÉ**



L'OMS A AIDÉ LE **TIMOR-LESTE** À ÉLABORER SA PREMIÈRE POLITIQUE NATIONALE DE **LUTTE CONTRE L'ALCOOL** ET LE **BHOUTAN** À CONCEVOIR DES MESURES DE **TAXATION DE L'ALCOOL**

COLLABORER AVEC D'AUTRES SECTEURS POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE À ADDIS-ABEBA



LES CAMPAGNES CONJOINTES DE RÉPRESSION ET DE SENSIBILISATION DANS LES MÉDIAS ONT PERMIS DE **FAIRE RECULER DE 50 % LA CONDUITE EN ÉTAT D'ÉBRIÉTÉ**

Avec le soutien de l'OMS et d'autres partenaires financiers, le bureau des transports de la ville d'Addis-Abeba a mis au point sa première initiative sur la sécurité routière.

L'Éthiopie enregistre l'un des taux de mortalité routière les plus élevés au monde – une moyenne de 400 décès par an.

Un conseil pour la sécurité routière, réunissant plusieurs agences et présidé par l'adjoint au maire, a été créé pour imprimer une direction stratégique à 11 institutions gouvernementales.

Cette initiative, d'un montant de US \$22 millions, comporte cinq grands axes : changer les

comportements, notamment en renforçant le port de la ceinture de sécurité et du casque, et en luttant contre la vitesse et la conduite en état d'ébriété ; améliorer l'infrastructure routière ; promouvoir des solutions de transport urbain durable ; renforcer les politiques de sécurité routière ; et plaider en faveur d'une amélioration des normes de sécurité des véhicules.

L'OMS collabore également avec la police locale afin d'intensifier la collecte de statistiques sur les accidents de la route et avec le Ministère de la santé en vue d'améliorer le système de surveillance des traumatismes dans les hôpitaux.

PLUS DE LA MOITIÉ DU CHEMIN PARCOURU VERS LE « ZÉRO ACCIDENT DE LA ROUTE » EN SUÈDE



LA « **VISION ZÉRO** » DE **LA SUÈDE** A INSPIRÉ DES ENGAGEMENTS POLITIQUES SIMILAIRES DANS DE NOMBREUX AUTRES PAYS

À la suite de la mise en œuvre du module technique de l'OMS sur la sécurité routière, le nombre de décès sur les routes suédoises a été divisé par plus de deux, alors même que le volume du trafic a augmenté de façon spectaculaire. En 1997, la Suède a adopté un nouveau choix politique audacieux pour la sécurité routière, connu sous le nom de « Vision Zéro ».

L'objectif était que personne ne soit tué ou gravement blessé dans un accident de la route.

EN ROUTE POUR SAUVER DES VIES

Avec le soutien de l'OMS, entre 2014 et 2019, 22 pays supplémentaires ont modifié leurs lois sur la vitesse, la conduite en état d'ébriété et la non-utilisation de casques pour les motocyclistes, de ceintures de sécurité et de dispositifs de retenue pour les enfants afin de prévenir les décès dus aux accidents de la route. Ces lois couvrent désormais un milliard de personnes supplémentaires, soit 14 % de la population mondiale.

L'OMS et ses partenaires ont aidé les autorités des différents pays à revoir leur législation en matière de sécurité routière et à proposer des recommandations en vue de la renforcer, par exemple en rendant obligatoire pour tous les occupants de véhicules le port de la ceinture de sécurité ou la présence d'un dispositif de retenue pour enfants adapté à l'âge.



LA **THAÏLANDE A CONSIDÉRABLEMENT AMÉLIORÉ LA QUALITÉ DE SES NOTIFICATIONS SUR LA CIRCULATION ROUTIÈRE**, GRÂCE À UN NOUVEAU SYSTÈME QUI COLLECTE DES DONNÉES PROVENANT DE LA POLICE, DES ASSURANCES ET DES DOSSIERS MÉDICAUX

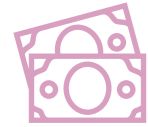


LE NOMBRE DES **DÉCÈS DUS AUX ACCIDENTS DE LA ROUTE** CONTINUE D'AUGMENTER, PASSANT DE 1,25 MILLION EN 2013 À 1,35 MILLION EN 2018



L'**AFRIQUE** COMPTE **2 % DES AUTOMOBILES DE LA PLANÈTE**, MAIS ENREGISTRE **16 % DES DÉCÈS SUR LES ROUTES**, SOIT PLUS DE 300 000 PAR AN. IL EXISTE TOUTEFOIS DES EXEMPLES ENCOURAGEANTS. AU **RWANDA**, LES EFFORTS NATIONAUX CONCERTÉS EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ ROUTIÈRE ONT PERMIS DE RÉDUIRE D'UN TIERS LE NOMBRE DE MORTS ET DE BLESSÉS, ET ONT REÇU LES ÉLOGES DE LA COMMUNAUTÉ INTERNATIONALE





DANS LA PLUPART DES PAYS, **LES INVESTISSEMENTS SONT INSUFFISANTS** POUR ATTEINDRE PLUS VITE LES CIBLES DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE LIÉES AUX **MALADIES NON TRANSMISSIBLES**

DÉFIS À RELEVER ET ENSEIGNEMENTS À TIRER

Dans tous les pays, les progrès ont été très inégaux. Certains pays ont fait des progrès remarquables mais, dans la plupart des pays, les investissements sont insuffisants pour atteindre plus vite les cibles des objectifs de développement durable liées aux maladies non transmissibles. Compte tenu de la complexité des maladies non transmissibles et des problèmes que ces affections posent, de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire ont encore beaucoup de difficultés à mettre en œuvre les interventions recommandées par l'OMS.

Ces difficultés tiennent notamment au manque de capacités, de mécanismes et de mandats au niveau national qui permettraient aux autorités compétentes de faciliter et de garantir l'application de mesures dans plusieurs secteurs relevant des pouvoirs publics pour :

- rechercher la cohérence des politiques et trouver effectivement un équilibre entre les objectifs économiques, commerciaux et de santé publique, d'une part, et les intérêts dans l'action nationale en faveur des objectifs de développement durable, d'autre part ;
- intégrer les interventions recommandées par l'OMS concernant les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires et les prestations entrant dans la couverture sanitaire universelle ;
- mettre au point une législation en vue d'appliquer des mesures fiscales concernant les produits du tabac, les boissons alcoolisées et les boissons sucrées ;
- inviter l'industrie alimentaire et des boissons, l'industrie de l'alcool et l'industrie pharmaceutique à renforcer leur engagement et leur contribution à des « demandes » spécifiques qui favorisent de façon significative et efficace l'application de mesures nationales de lutte contre les maladies non transmissibles ;
- élaborer des projets pouvant être présentés à des institutions internationales de financement ;
- éviter l'ingérence de multinationales ayant des intérêts particuliers dans l'élaboration des politiques sanitaires.

CHIFFRES CLÉS POUR 2018-2019 : MALADIES NON TRANSMISSIBLES



Budget programme approuvé :
US \$351 millions

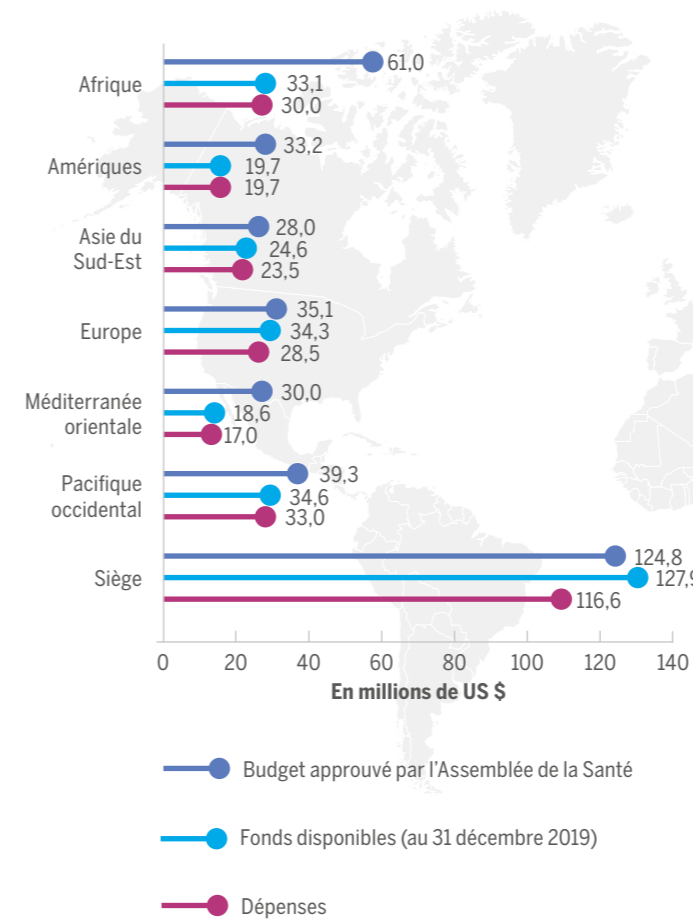


Fonds disponibles :
US \$293 millions
(83 % du budget programme)

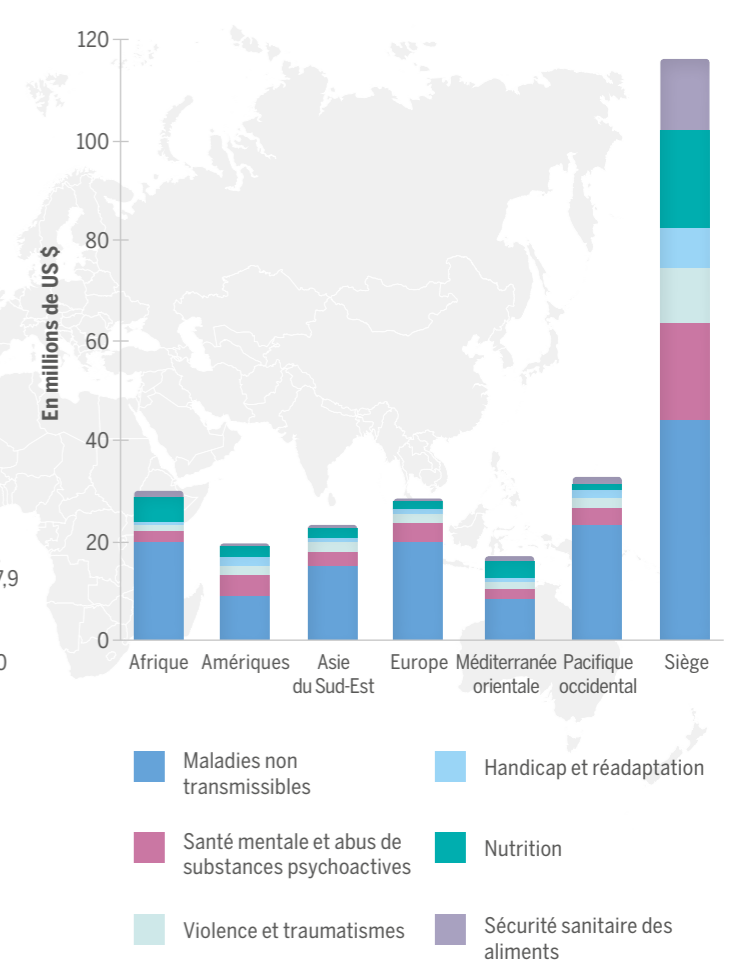


Dépenses :
US \$268 millions
(76 % du budget programme,
92 % des ressources disponibles)

BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR GRAND BUREAU (EN MILLIONS DE US \$)

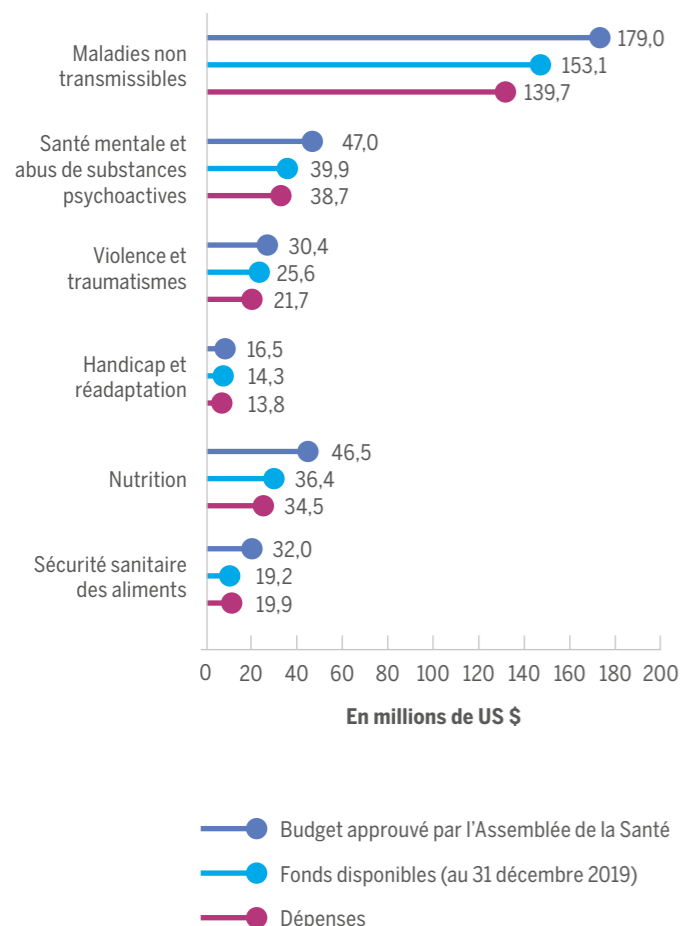


DÉPENSES AU BUDGET PROGRAMME, PAR GRAND BUREAU ET PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)

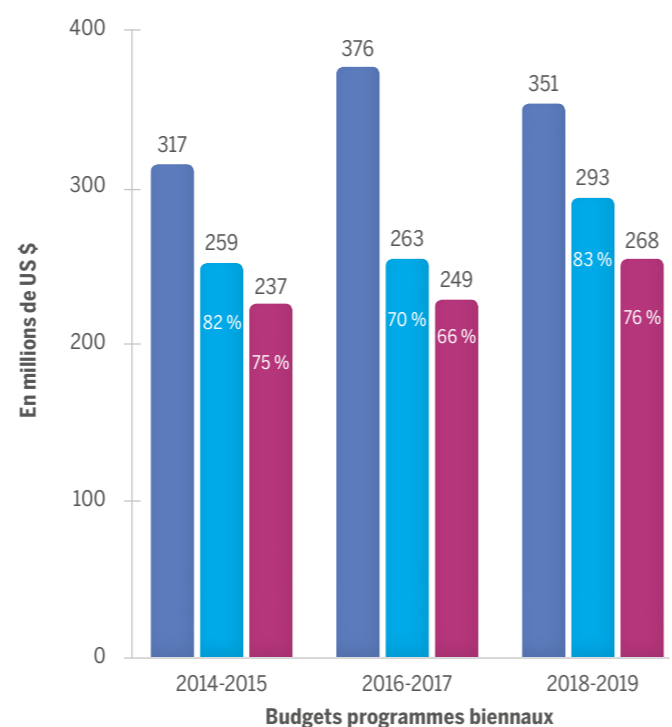


Au cours de l'exercice 2018-2019, les fonds disponibles, les dépenses et l'alignement ont atteint des niveaux sans précédent dans la catégorie Maladies non transmissibles en raison d'une prise de conscience croissante des conséquences des maladies non transmissibles sur la santé dans le monde. Le niveau du budget programme approuvé pour l'exercice 2018-2019 était comparable à celui des exercices précédents. Cependant, si les budgets antérieurs avaient été considérés comme quelque peu ambitieux, en 2018-2019, le financement a atteint 83 %, l'exécution du budget approuvé 76 % et l'utilisation des fonds disponibles 92 %.

BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



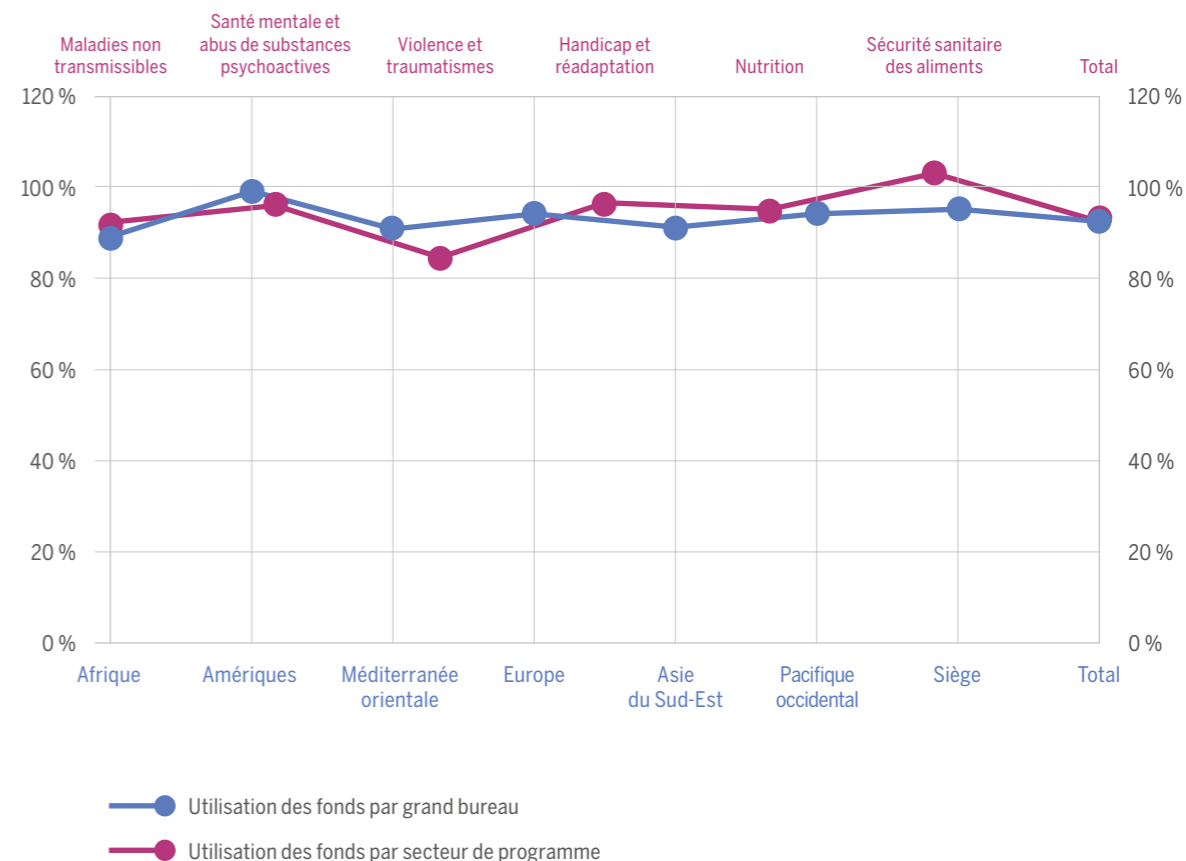
COMPARAISON DES TROIS BUDGETS PROGRAMMES DE BASE BIENNAUX COUVERTS PAR LE DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL



* Le pourcentage correspond au pourcentage du budget programme approuvé

■ Budget programme approuvé ■ Fonds disponibles ■ Dépenses

UTILISATION DES FONDS, PAR SECTEUR DE PROGRAMME ET PAR GRAND BUREAU, 2018-2019 (EN POURCENTAGE)



En termes absolus, l'OMS a accru les investissements et l'exécution de 13 % dans la catégorie Maladies non transmissibles au cours de l'exercice 2018-2019 par rapport à 2014-2015. Cette augmentation du niveau de ressources a aussi permis un meilleur alignement entre les grands bureaux et les secteurs de programme.

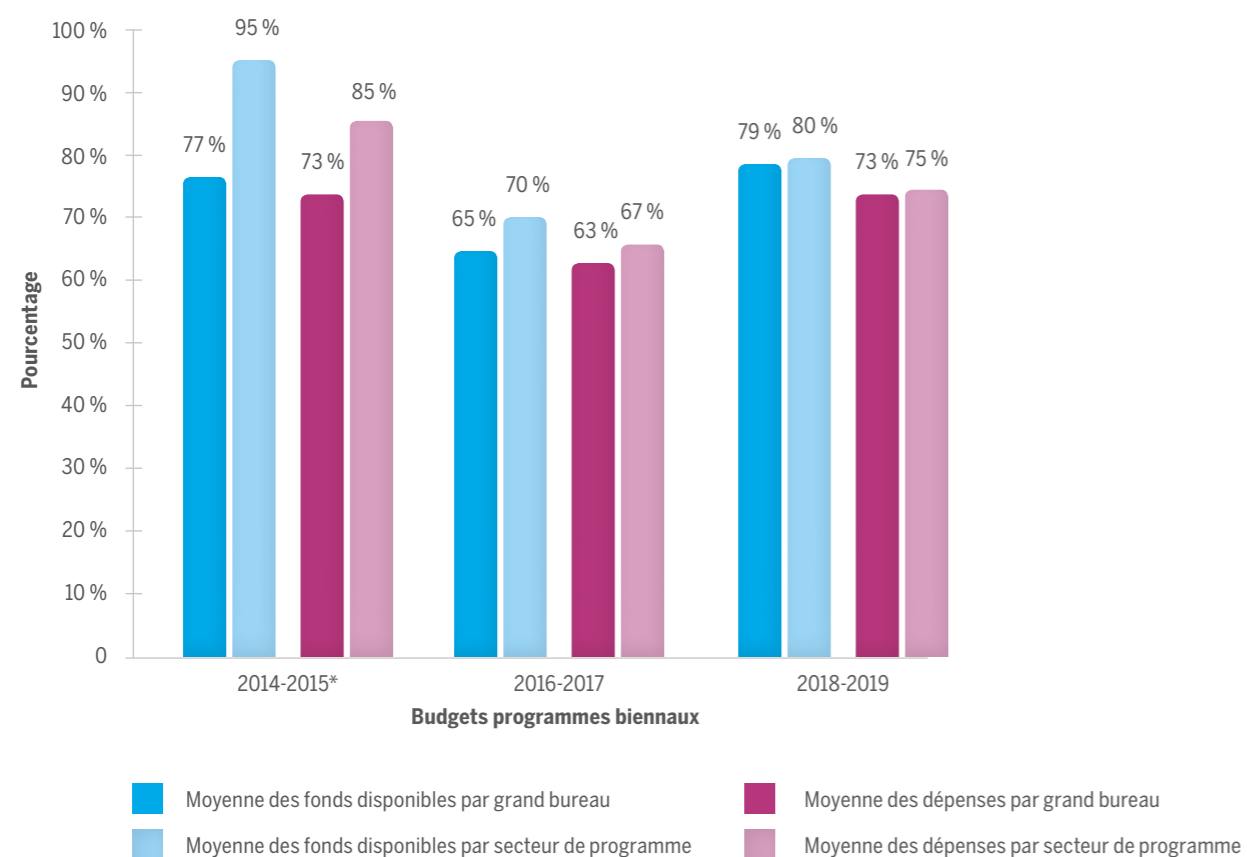
Les niveaux globaux de ressources disponibles et d'exécution tiennent toujours en grande partie à la situation du secteur de programme Maladies non transmissibles, mais on a constaté, par rapport aux exercices précédents, un meilleur équilibre entre les niveaux budgétisés dans presque tous les secteurs de programme en 2018-2019. Le niveau élevé de la moyenne des fonds disponibles et des dépenses moyennes dans la catégorie Maladies non transmissibles en 2014-2015 était dû à des dons ponctuels dans les secteurs de programme Handicap et réadaptation et Nutrition, ce qui a également entraîné de plus grandes variations entre les secteurs de programme. Au cours de l'exercice 2018-2019, les niveaux relatifs de financement et de dépense ont été meilleurs qu'en 2014-2015 alors que le budget approuvé était bien supérieur.

Cette amélioration correspond à des évolutions récentes et en cours dans la catégorie Maladies non transmissibles. La baisse des fonds disponibles et des dépenses par rapport au budget programme approuvé pour 2016-2017 était due en partie à une diminution importante des contributions volontaires disponibles en 2014-2015 dans la Région africaine et au transfert du secteur de programme Sécurité sanitaire des aliments dans la catégorie Maladies non transmissibles en 2017, ce qui a permis de mieux aligner les secteurs de programme liés aux maladies non transmissibles et de créer des synergies programmatiques pour ces secteurs en 2018-2019.

Les niveaux plus élevés de financement et d'exécution obtenus au cours de l'exercice 2018-2019 dans la plus grande partie de la catégorie Maladies non transmissibles ont montré que l'Organisation tenait absolument à ce que des activités précieuses soient menées pendant cet exercice. Il a notamment été décidé de privilégier la catégorie Maladies non transmissibles en termes de financement souple : 48 % du financement de cette catégorie provenaient de fonds souples. C'est le plus haut niveau de financement souple parmi les catégories techniques (voir la Figure 5 dans la synthèse de l'exécution du budget). Ce financement souple a fonctionné comme un « financement d'amorçage » attirant davantage de financements grâce aux résultats probants qu'il a permis d'obtenir. Ce processus, qui s'étend, a déjà attiré, au cours de l'exercice, des investissements supplémentaires sous la forme de fonds thématiques semi-souples (fonds à objet désigné à un haut niveau destinés à des domaines prioritaires, à l'intérieur desquels la marge de manœuvre pour l'allocation des fonds selon les besoins est toutefois considérable). Ces investissements permettent de susciter l'intérêt de nouveaux donateurs et les besoins en termes d'investissements dans la catégorie essentielle Maladies non transmissibles commencent à être satisfaits.

Dans la catégorie Maladies non transmissibles, plus de 90 % des fonds ont été utilisés dans l'ensemble des bureaux et des secteurs de programme, ce qui montre que l'Organisation est capable de tenir ses engagements.

COMPARAISON DES TROIS BUDGETS PROGRAMMES DE BASE BIENNAUX COUVERTS PAR LE DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL



* Le secteur de programme Sécurité sanitaire des aliments ne figurait pas dans le budget programme 2014-2015, car il a été transféré dans la catégorie Maladies non transmissibles en 2016-2017.

Aux niveaux mondial et régional, il faut veiller à ce que les ressources soient suffisantes pour faire face aux problèmes posés par les maladies non transmissibles, notamment en Afrique et dans la Méditerranée orientale. Au cours du prochain exercice, il conviendra de mieux gérer le niveau de ressources non dépensées. Ceci dépendra avant tout de la prévisibilité du débloqué des fonds et d'une meilleure gestion de la filière de financement.

Pour plus de précisions sur le financement du budget programme, l'exécution dans cette catégorie et les réalisations par secteur de programme, y compris les indicateurs, se référer au portail consacré aux budgets programmes de l'OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/02/about/programme-outcomes> et <http://open.who.int/2018-19/home>).

PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE



38 % DE DÉCÈS MATERNELS EN MOINS en 2017 par rapport à 2000



RÉDUCTION DE 45 % DU TAUX DE MORTALITÉ des enfants de moins de 5 ans en 2018 par rapport à 2000

42 %

42 % DE DÉCÈS DE NOUVEAU-NÉS EN MOINS en 2018 par rapport à 2000



L'INSALUBRITÉ DE L'EAU, L'ASSAINISSEMENT INSUFFISANT ET LE MANQUE D'HYGIÈNE sont responsables chaque année de quelque **830 000** décès par diarrhée



50 PAYS (REPRÉSENTANT 1 MILLIARD DE PERSONNES) se sont engagés à atteindre les valeurs préconisées par les lignes directrices OMS relatives à la qualité de l'air



NEUF PERSONNES SUR DIX RESPIRENT UN AIR POLLUÉ qui est à l'origine de plus de sept millions de décès annuels prématurés



76 SITES (PRINCIPALEMENT DES VILLES) ont rejoint le réseau BreatheLife



104 PAYS ont adopté une stratégie pour un vieillissement en bonne santé

2,5 MILLIONS

En 2018, **2,5 MILLIONS DE NOURRISSONS SONT MORTS AU COURS DE LEUR PREMIER MOIS DE VIE**, un tiers de ces décès survenant le jour de la naissance



« Nous devons associer les communautés et les particuliers à notre action, et collaborer avec les organisations de la société civile. Il ne faut pas simplement demander : « Que pouvez-vous faire pour nous concernant la santé ? », mais « Que peut-faire la santé pour vous ? »

D^{RE} CARISSA F. ETIENNE
Directrice régionale de l'OMS pour les Amériques



Budget programme approuvé :
US \$384 millions



Fonds disponibles :
US \$319 millions
(83 % du budget programme)



Dépenses :
US \$292 millions
(76 % du budget programme,
92 % des ressources disponibles)



L'APPROCHE QUI TIENT COMPTE DE TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE **COUVRE LES PROBLÈMES DE SANTÉ RENCONTRÉS À DIFFÉRENTS STADES DE LA VIE ET À DIFFÉRENTS ÂGES** : DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT, SANTÉ DES FEMMES PENDANT ET APRÈS LA GROSSESSE, ADOLESCENCE ET VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ, QUI EST AUJOURD'HUI LE STADE DE LA VIE OÙ LA CROISSANCE EST LA PLUS RAPIDE. LES FACTEURS SOCIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX ONT ÉGALEMENT UN IMPACT SUR LA SANTÉ. **LA PRISE EN COMPTE DE CES FACTEURS PEUT CONTRIBUER À L'ÉQUITÉ EN SANTÉ, AUX DROITS HUMAINS ET À L'ÉGALITÉ DES SEXES.**



PRINCIPALES RÉALISATIONS

DIMINUTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE, MAIS PERSISTANCE DES PROBLÈMES

Pendant des décennies, la réduction de la mortalité des mères et des nouveau-nés est restée un immense défi, en particulier dans les milieux à faibles revenus. Les jeunes filles en situation de fragilité étaient plus particulièrement menacées. Toutefois, au cours de la dernière décennie, des progrès spectaculaires ont été réalisés, grâce notamment à une volonté politique accrue, à une amélioration de la collecte des données et à un plus grand nombre de naissances dans les établissements de santé.

En 2017, le risque pour une jeune fille de 15 ans de mourir d'une cause liée à la maternité (environ 1 sur 190) était inférieur de près de 50 % à ce qu'il était en 2000.

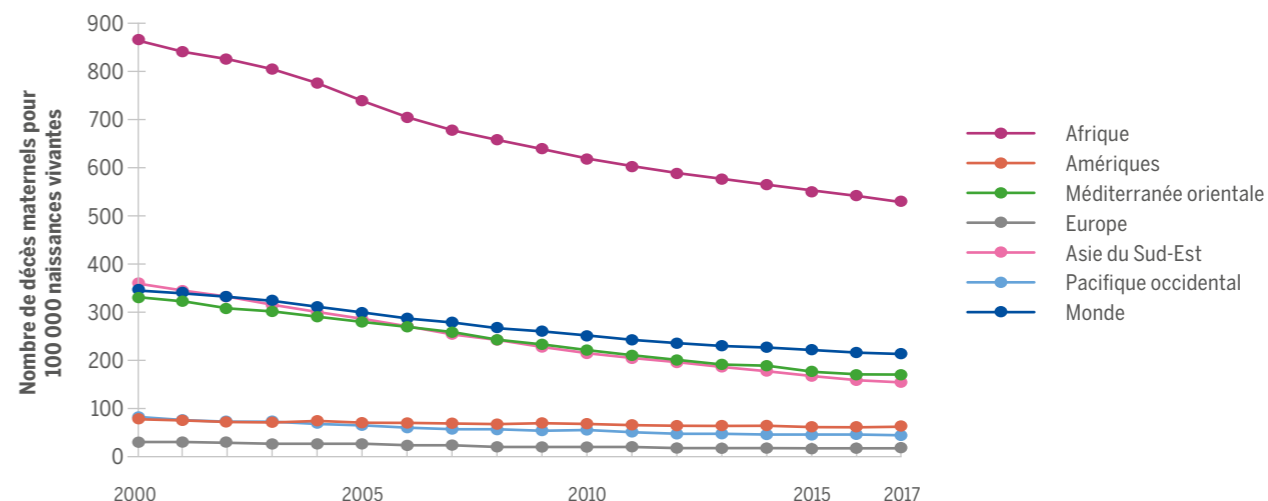
Pourtant, de nombreux problèmes persistent, notamment des faiblesses dans les systèmes de santé et dans l'acquisition de données précises. De nombreux pays ne disposent toujours pas de systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil qui fonctionnent bien et, lorsqu'ils existent, les erreurs de notification (erreurs de classement des données sur les décès, par exemple) posent problème.

Au cours de l'exercice 2018-2019, tous les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est ont continué à réaliser des progrès significatifs dans la réduction de la mortalité maternelle et sont en bonne voie pour atteindre les cibles de développement durable. La couverture, reposant sur des données factuelles, des interventions essentielles a augmenté dans la Région, avec 78 % des mères accouchant dans des structures médicales, 76 % bénéficiant de soins prénatals et 63 % de soins postnatals.

La **Région des Amériques** a également enregistré des progrès au cours de l'exercice, avec une diminution marquée des inégalités sociales en valeur absolue et relative concernant la mortalité infantile et la mortalité maternelle. Dans la Région africaine, tous les pays sauf deux sont désormais dotés de **systèmes de surveillance des décès maternels et de mesures destinées à les prévenir.**

Les progrès réalisés dans la Région de la Méditerranée orientale ont subi le contrecoup des crises humanitaires qui ont affecté l'exécution des programmes. Des plans stratégiques et des modes opératoires normalisés spécifiques ont été mis au point pour y remédier.

TAUX DE MORTALITÉ MATERNELLE PAR RÉGION DE L'OMS, 2000-2017



Source : Trends in maternal mortality: 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2019.



EN 2017, **PLUS DE 800 FEMMES SONT DÉCÉDÉES** CHAQUE JOUR DE CAUSES ÉVITABLES LIÉES À LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT



ENTRE 2000 ET 2017, LA SOUS-RÉGION DE **L'ASIE DU SUD** A ENREGISTRÉ LA PLUS FORTE RÉDUCTION GLOBALE EN POURCENTAGE DU TAUX DE **MORTALITÉ MATERNELLE (PRÈS DE 60 %)**



DEPUIS QUE LA STRATÉGIE A ÉTÉ MISE EN ŒUVRE ON A DÉNOMBRÉ **0 DÉCÈS MATERNEL DÛ À UNE HÉMORRAGIE EN 2018 ET SEULEMENT 1 EN 2019**

UN ÉTAT BRÉSILIEN FAIT RECULER LA MORTALITÉ MATERNELLE

Si Karolene Gomes ne s'était pas rendue à l'hôpital régional de Balsas, dans l'État du Maranhao, au Brésil, où on lui a diagnostiqué une grave hémorragie du post-partum, elle serait morte. Les infirmières de cet hôpital avaient suivi une formation dispensée dans le cadre d'un atelier sur l'initiative « zéro décès maternel par hémorragie » (ZMDH) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

L'initiative ZMDH forme les professionnels de la santé aux protocoles à suivre en cas d'urgence obstétrique majeure et traite des cadres juridiques, des systèmes d'information sanitaire et des goulets d'étranglement qui empêchent de dispenser les soins.

Pendant plus de 20 ans, le Maranhao a connu le taux de mortalité maternelle le plus élevé du Brésil. Depuis que la stratégie a

été mise en œuvre, les résultats sont prometteurs. Dans l'aire sanitaire régionale de Balsas, qui couvre 14 villes, on a dénombré 0 décès maternel dû à une hémorragie en 2018 et seulement 1 en 2019.

La Région des Amériques avait proposé de développer l'initiative ZMDH, notamment a) en formant des équipes nationales et locales à la prise en charge des hémorragies obstétricales ; b) en développant et en formant des équipes nationales à la validation de l'outil relatif aux conditions essentielles des services maternels et périnataux ; c) en concevant des plans d'amélioration locaux ; et d) en contrôlant les résultats.



La satisfaction des besoins de planification familiale, une intervention à fort impact, essentielle pour réduire la mortalité maternelle et permettre aux femmes et aux couples de concrétiser leurs intentions en matière de fécondité, est passée de 75 % en 2000 à 78 % en 2017 chez les femmes mariées ou en union libre. De toutes les Régions, c'est en Afrique que le besoin de planification familiale par des méthodes modernes est le moins satisfait (56 % en 2017).¹ Entre 2015 et 2018, l'OMS a mis en œuvre, le projet « Umbrella » dans le but de réduire les besoins non satisfaits en matière de contraception dans le cadre duquel 47 pays ont élaboré des lignes directrices et des stratégies de mise en œuvre nationales afin de garantir que des normes rigoureuses fondées sur des données factuelles guident les politiques et les programmes nationaux.

UNE ÉTUDE RÉVÈLE QUE LE CONTRACEPTIF INJECTABLE « DEPO » NE PRÉSENTE AUCUN DANGER

Une vaste étude de recherche clinique menée dans quatre pays africains par un consortium de recherche international, comprenant le programme relatif à la reproduction humaine du Secrétariat, n'a pas constaté de différence significative concernant le risque d'infection à VIH chez les femmes utilisant l'une des trois méthodes contraceptives réversibles et extrêmement efficaces. Publiée dans *The Lancet*,² l'étude a montré que chaque méthode présentait un niveau élevé de sécurité et d'efficacité pour prévenir une grossesse, toutes les méthodes étant bien acceptées par les femmes qui les utilisent. En combinant ces informations avec d'autres données disponibles, l'OMS a publié des recommandations actualisées sur l'utilisation de la contraception par les femmes exposées à un risque élevé d'infection à VIH.

UNE CIBLE AMBITIEUSE POUR ÉLIMINER LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Le cancer du col de l'utérus est une maladie à prévention vaccinale et dont on peut guérir si elle est détectée à temps et traitée de manière adéquate. En mai 2018, le Directeur général de l'OMS a lancé un appel à l'action préconisant un renforcement de la volonté politique pour éliminer le cancer du col de l'utérus. Une stratégie mondiale a été mise au point en vue de l'élimination du cancer du col de l'utérus comme problème de santé publique d'ici à 2030, avec trois cibles ambitieuses.

RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE AU MAROC

L'engagement politique à un niveau élevé en faveur de la santé maternelle a contribué à faire baisser la mortalité maternelle de 77 % en 25 ans, en la ramenant à 73 pour 100 000 naissances vivantes en 2017. Une stratégie nationale a mis l'accent sur des interventions à fort impact et sur l'extension de la couverture. Des dispensaires mobiles et la gratuité des services de santé reproductive ont permis de réduire les inégalités entre milieux urbain et rural. L'orientation a été améliorée avec le recours à des ambulances, voire à des hélicoptères dans les zones montagneuses et l'on a fait appel à des technologies mobiles pour les soins de suivi. Un système de surveillance des décès maternels et la santé numérique ont contribué à améliorer les audits et la responsabilisation.



RENFORCEMENT DE LA VOLONTÉ POLITIQUE POUR **ÉLIMINER LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS**



LA **CARBÉTOCINE THERMOSTABLE** A OBTENU L'AUTORISATION DE FIGURER SUR LA LISTE MODÈLE OMS DES **MÉDICAMENTS ESSENTIELS**. ELLE EST AUSSI **SÛRE ET EFFICACE** QUE **L'OCYTOCINE** POUR PRÉVENIR LES HÉMORRAGIES DU POST-PARTUM

¹ Organisation des Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, World Fertility and Family Planning 2020.

² HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomised, multicentre, open-label trial. Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes (ECHO) Trial Consortium. *Lancet* 2019, 394: 303–13.



92 % DES NOUVEAU-NÉS NON PRÉMATURÉS BÉNÉFICIENT DÉSORMAIS D'UN CONTACT PEAU CONTRE PEAU DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ QUI ONT INTRODUIT LES INTERVENTIONS PRÉCOCES DE SOINS AUX NOUVEAU-NÉS

BAISSE DE LA MORTALITÉ NÉONATALE EN MONGOLIE

En Mongolie, 92 % des nouveau-nés non prématurés bénéficient désormais d'un contact peau contre peau dans les établissements de santé qui ont introduit les interventions précoces de soins aux nouveau-nés, tandis que 82 % des nourrissons dans ces établissements restent en contact jusqu'au premier allaitement au sein. En 2018, la mortalité néonatale est tombée à 8,7 pour 1000 naissances vivantes.

Il peut sembler évident que la place naturelle d'un nouveau-né est sur la poitrine de sa mère, étant donné les bienfaits considérables du contact peau contre peau. Pourtant, cette « première étreinte » immédiatement après la naissance n'est pas toujours

la norme. Ainsi, en 2014, ce n'était pas une pratique courante dans les hôpitaux mongols.

L'OMS a contribué à l'introduction et au déploiement à grande échelle d'interventions reposant sur des bases factuelles. Les interventions précoces de soins aux nouveau-nés ont été mises en œuvre dans 25 hôpitaux qui prennent en charge la plupart des accouchements dans le pays. Ces hôpitaux ont également instauré des mécanismes d'amélioration de la qualité afin de préserver la qualité des soins et des bilans de la mise en œuvre ont été effectués par le Ministère de la santé.

RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE DES MALFORMATIONS CONGÉNITALES DANS LA RÉGION DES AMÉRIQUES

La coopération avec les pays, la formation et la sensibilisation ont permis de renforcer la surveillance des malformations congénitales. L'émergence du virus Zika a contribué à la mise en place de systèmes de surveillance nationaux. Intitulé Present and Future of Birth Defects Surveillance

in the Americas, un document de sensibilisation a été lancé, qui présente la situation de la Région et les défis auxquels elle est confrontée. Quelque 13 pays instaurent une surveillance des malformations congénitales au niveau national.

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DU NOUVEAU-NÉ DANS LES ZONES DE CONFLIT

En 2017, l'OMS et le Ministère de la santé de la République arabe syrienne ont lancé une nouvelle initiative qui prévoit de former les agents de santé communautaires chargés d'effectuer des visites à domicile pour conseiller les mères dans des zones où l'accès aux soins

de santé est très limité. Au bout de deux ans, plus de 12 000 visites ont été effectuées dans des familles vivant dans des zones de conflit et 300 nouveau-nés ont été identifiés pour être orientés vers des services de santé.

LA RECHERCHE COORDONNÉE PAR L'OMS PERMET D'INTENSIFIER LES INTERVENTIONS

Pas moins de 80 % des décès néonataux concernent des bébés prématurés ou de faible poids à la naissance. La **méthode kangourou** est considérée depuis plus de deux décennies comme une intervention efficace, qui a permis de réduire de 40 % les décès de nourrissons de moins de deux kilos. Pourtant, la couverture mondiale de cette intervention reste très faible, à moins de 5 %.

L'OMS a coordonné la recherche sur la mise en œuvre dans sept sites en **Éthiopie** et en **Inde**, couvrant 8 millions de personnes, afin de développer et d'évaluer des modèles de mise à l'échelle. L'intervention visait à recueillir et à utiliser des données qualitatives, quantitatives et de qualité pour améliorer la mise en œuvre. L'évaluation du modèle final a montré que la couverture ressortait à 60-80 % et la qualité était atteinte. Ce modèle a par conséquent été étendu.

EXTENSION DE LA MÉTHODE KANGOUROU

On estime que, depuis 2013, la mortalité néonatale dans la Région du **Pacifique occidental** a diminué de 8 à 39 % dans neuf pays à forte charge de morbidité. Les données d'enquête ou de surveillance nationale attestent d'une amélioration, dans quatre pays, des tendances en matière de mise en route de l'allaitement maternel ou de l'allaitement maternel exclusif au cours du premier mois de vie.

Des efforts considérables ont été déployés pour améliorer la qualité des **interventions précoces de soins aux nouveau-nés**. Environ 35 000 agents ont été formés à ce type d'interventions et près de 6000 établissements les mettent actuellement en œuvre (hausse d'environ 80 % depuis 2017).

À la demande des pays, la méthode kangourou a été introduite dans les neuf pays et étendue à 278 hôpitaux – soit près des deux tiers des hôpitaux nationaux, régionaux et provinciaux des neuf pays, à l'exclusion de la Chine. Environ 68 % des personnels hospitaliers fournissant des services de maternité et de soins aux nouveau-nés ont été formés à cette méthode dans les hôpitaux disposant de données. Aujourd'hui, 91 % des bébés sont mis en contact peau contre peau dans les établissements de santé ayant introduit cette méthode, ce qui constitue une amélioration par rapport à 2017.

L'OMS a fourni une assistance technique aux pays afin qu'ils réalisent cette expansion. Elle a élaboré des guides pour l'établissement de programmes et a aidé les pays à mettre en place, pour les agents de santé, des formations aux interventions précoces de soins aux nouveau-nés et à l'approche kangourou, à instaurer des approches d'amélioration de la qualité et à effectuer un suivi régulier afin d'informer les programmes. Les pays ont aussi bénéficié d'une aide pour élaborer des politiques et des protocoles nationaux alignés sur les données mondiales et pour mobiliser un engagement politique et un financement national.



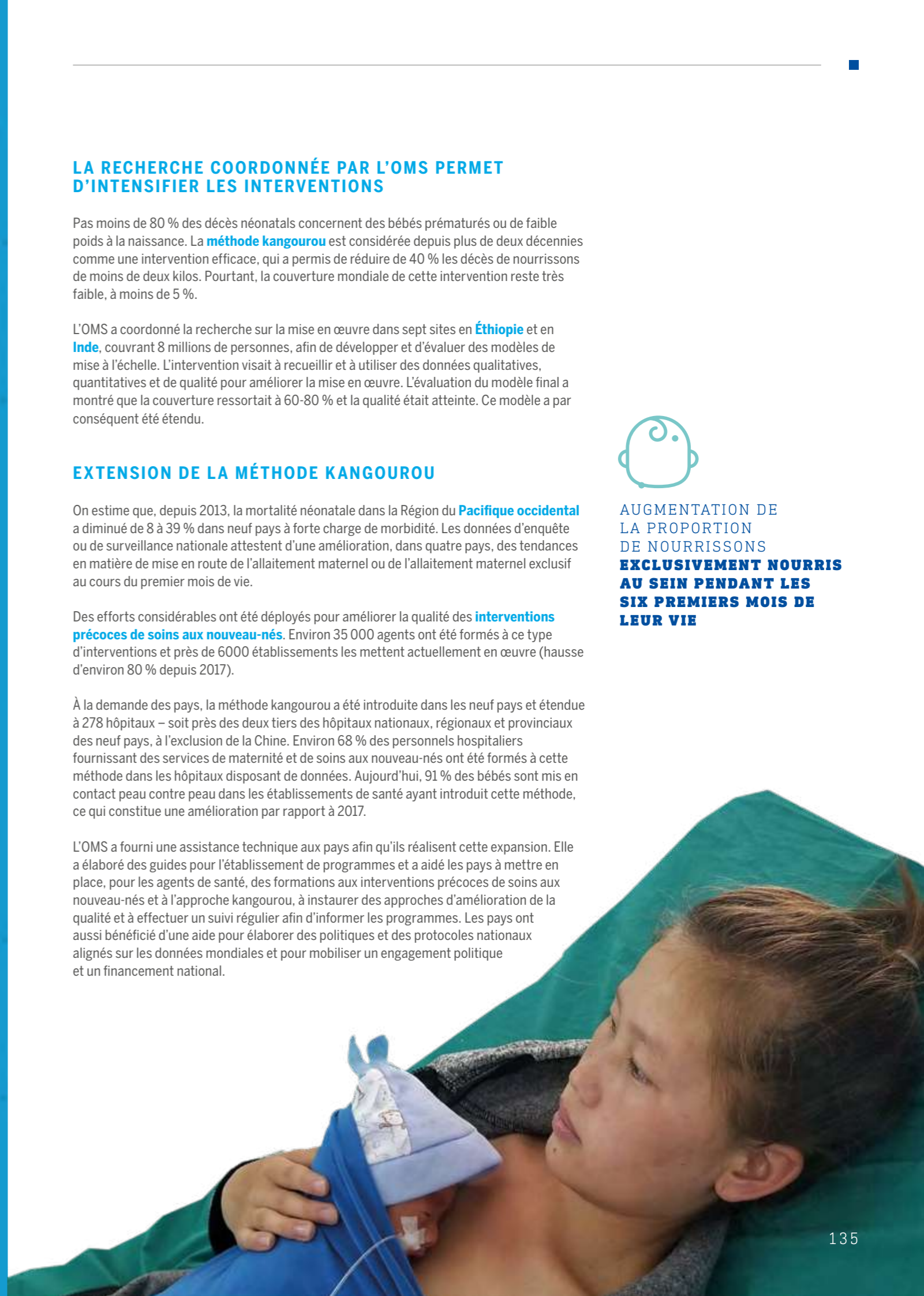
AUGMENTATION DE LA PROPORTION DE NOURRISSONS EXCLUSIVEMENT NOURRIS AU SEIN PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS DE LEUR VIE



QUELQUE 13 PAYS INSTAURENT UNE SURVEILLANCE DES MALFORMATIONS CONGÉNITALES AU NIVEAU NATIONAL



AU BOUT DE DEUX ANS, PLUS DE 12 000 VISITES ONT ÉTÉ EFFECTUÉES DANS DES FAMILLES VIVANT DANS DES ZONES DE CONFLIT



LA MORTALITÉ DES MOINS DE 5 ANS A ÉTÉ DIVISÉE PAR DEUX EN AFGHANISTAN

Entre 2000 et 2018, la mortalité des enfants de moins de 5 ans a été réduite de 52 % en Afghanistan. Les principaux facteurs d'amélioration ont été une solide gestion nationale, une politique nationale de santé ciblée reposant sur les soins de santé primaires, l'externalisation pour la mise en œuvre de l'ensemble des services de santé de base et des services hospitaliers essentiels, et le financement international. Le Ministère de la santé publique contrôlait la qualité des services de santé et une gestion des performances reposant sur des mesures incitatives a été introduite pour les organisations non gouvernementales prestataires de services.

L'OMS a apporté son soutien à l'élaboration de politiques fondées sur des données factuelles, de lignes directrices pour les services cliniques, de programmes de formation et de renforcement des capacités des prestataires. Elle a également soutenu la vaccination annuelle de 12 millions d'enfants et le traitement de 52 000 enfants malnutris.



LA MORTALITÉ DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS A ÉTÉ RÉDUITE DE 52 % EN AFGHANISTAN



PARTAGER DES CONNAISSANCES SUR LES SOINS POUR LES MÈRES ET LES NOUVEAU-NÉS

Le Réseau pour l'amélioration de la qualité des soins en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant est un partenariat réunissant des gouvernements, des partenaires et des organismes de financement, dont l'objectif est de réduire de moitié les décès maternels et néonataux et les mortinaissances dans les établissements de santé participants d'ici à la fin de 2022, grâce à des soins de qualité et centrés sur la personne. Les 11 pays membres du réseau – **Bangladesh, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Malawi, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Sierra Leone** – prennent des mesures pour améliorer la qualité des soins et effectuent un suivi des données.

L'OMS fait office de secrétariat et fournit un appui technique aux pays. Pour recueillir et partager les enseignements tirés, l'OMS a mis en place un réseau mondial d'apprentissage composé de 900 praticiens et décideurs du secteur de la santé. Le site Web du réseau offre une plateforme de partage des ressources, du savoir-faire et des meilleures pratiques qui comprend une bibliothèque de connaissances, une série de webinaires et de podcasts et un forum pour la communauté de pratique permettant de discuter des problèmes et de les résoudre.

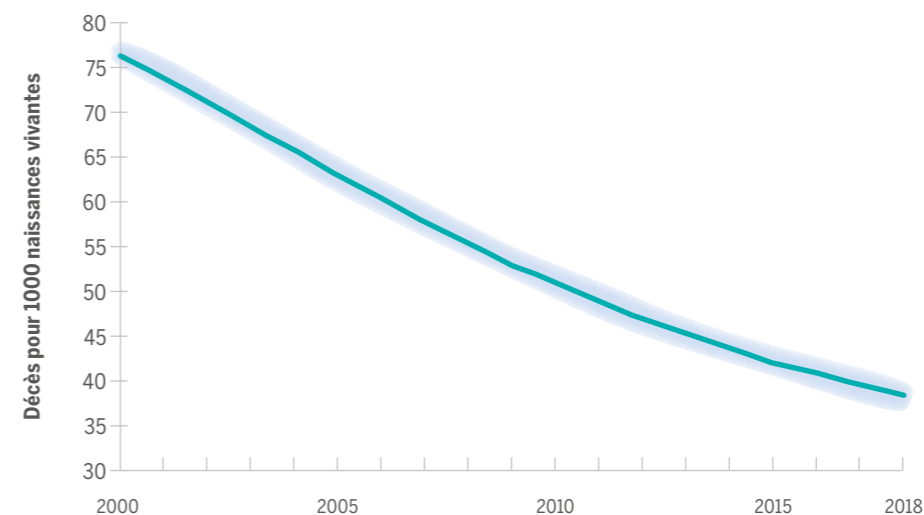
RECUIL DES TAUX DE MORTALITÉ DE L'ENFANT

Depuis 2000, les taux de mortalité de l'enfant ont baissé de près de moitié, principalement grâce à un meilleur accès à des services de santé abordables et de qualité. Le risque de décès le plus élevé pour les enfants se situe au stade néonatal, pour lequel la mortalité mondiale a diminué, bien que plus lentement que pour l'ensemble des enfants et des enfants âgés de 1 à 59 mois. En 2018, on a enregistré pas moins de 2,5 millions de décès de nouveau-nés.



DEPUIS 2000, LES TAUX DE MORTALITÉ DE L'ENFANT ONT BAISSÉ DE PRÈS DE MOITIÉ

TAUX DE MORTALITÉ DES MOINS DE 5 ANS



Taux de mortalité des moins de 5 ans

Les zones ombrées représentent les fourchettes entre les limites inférieures et supérieures.

Source : *Levels & Trends in Child Mortality: Report 2019-Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2019.



AU MOINS 30 PAYS ONT ORGANISÉ DES ACTIVITÉS POUR METTRE EN ŒUVRE LE CADRE DES « SOINS ATTENTIFS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE »

PROMOTION DU DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT EN AFRIQUE

À la suite du lancement en 2018 du cadre des « Soins attentifs pour le développement de la petite enfance » (Nurturing Care Framework), 30 pays ont organisé des activités pour renforcer leurs stratégies nationales conformément aux actions stratégiques proposées. Un apprentissage rapide a lieu dans le domaine du renforcement des systèmes de santé pour soutenir les soins attentifs en Afrique de l'Est et en Afrique australe, où les travaux sont soigneusement documentés dans des pays tels que l'**Éthiopie**, le **Kenya**, le **Mozambique** et la **Zambie**. L'OMS travaille avec ses partenaires pour traduire les expériences en orientations pratiques qui pourront être utilisées dans d'autres pays.

AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR LES ADOLESCENTS AFRICAINS

Trois ans après le lancement de l'**Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!)**, 36 pays de la Région africaine l'utilisent pour planifier, mettre en œuvre et améliorer l'accès à des services de qualité pour les adolescents.

En collaboration avec ses partenaires, l'OMS soutient une approche novatrice visant à renforcer les systèmes de santé de district, à améliorer la performance des prestataires et à garantir un meilleur accès des adolescents aux services de santé en **Éthiopie** et en **République démocratique du Congo**. Au **Zimbabwe**, l'évaluation des établissements de santé utilisant les normes de l'OMS a permis d'accréditer 309 établissements de santé comme étant adaptés aux besoins des adolescents.

L'OMS est également le fer de lance de l'innovation en matière de collecte et d'analyse de données sur les services de soins de santé de qualité pour les adolescents via une plateforme en ligne introduite en **Colombie** et au **Ghana**, qui font partie des premiers pays à avoir adopté ces normes.

IMPORTANCE CROISSANTE DU VIEILLISSEMENT EN BONNE SANTÉ

L'engagement politique en faveur du vieillissement en bonne santé a augmenté de manière spectaculaire dans toutes les Régions. Des études de cas menées au **Chili**, en **Chine**, en **Finlande**, au **Ghana**, en **Inde**, au **Qatar**, à **Singapour** et en **Thaïlande** témoignent de l'influence des données et des bases factuelles sur les politiques et les programmes destinés aux personnes âgées. Le **Pakistan** lève des fonds pour un projet national de protection des droits des personnes âgées handicapées pour les réfugiés afghans.

L'OMS a lancé un ensemble d'outils reposant sur des bases factuelles intitulé Integrated Care For Older People (ICOPE) destiné à faciliter la mise en œuvre d'un modèle de soins centré sur la personne concernant les soins intégrés aux personnes âgées. Les États Membres de la **Région africaine**, de la **Région des Amériques**, de la **Région de l'Asie du Sud-Est** et de la **Région du Pacifique occidental** ont commencé à adapter les outils ICOPE, en mettant en place des programmes de formation pour les professionnels de la santé afin d'identifier, d'enrayer ou de ralentir le déclin des capacités physiques et cognitives des personnes âgées et en soutenant les objectifs centrés sur la personne.

Le Réseau mondial OMS des villes et des communautés amies des aînés, qui aide les dirigeants locaux à identifier et à éliminer les obstacles à la santé et au bien-être des personnes âgées, s'est étendu à 1000 villes et communautés dans 42 pays. L'OMS a introduit un cours de formation en ligne destiné aux fonctionnaires et à la société civile intitulé « Healthy Ageing for Impact in the 21st Century » (Un vieillissement en bonne santé pour des effets au XXI^e siècle).



INFUENCE DES DONNÉES ET DES BASES FACTUELLES SUR LES POLITIQUES ET LES PROGRAMMES DESTINÉS AUX PERSONNES ÂGÉES

VERS UN SYSTÈME DE SOINS DE LONGUE DURÉE POUR LES PERSONNES ÂGÉES SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE DE LA FÉDÉRATION DE RUSSIE

En 2018, la Fédération de Russie a lancé un projet pilote en plusieurs étapes pour mettre en place un système de soins de longue durée pour les personnes âgées, en suivant une stratégie nationale. Le nombre des personnes âgées ayant besoin de ces services est estimé à 1,8 million.

En 2020, le système couvrira 18 territoires et l'objectif est de parvenir à une couverture nationale d'ici à 2024.

Pour étudier les problèmes posés par la fourniture d'une assistance aux personnes âgées dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie, un groupe de travail interministériel a été créé en 2017 avec la participation de représentants du Ministère de la santé, du Ministère du travail et de la protection sociale

et de parties prenantes d'autres autorités fédérales.

Afin de favoriser le développement des soins de longue durée pour les personnes âgées, l'OMS fournit une expertise technique et organise des réunions avec les principaux partenaires nationaux et internationaux dans le but de discuter d'innovations dans ce domaine et de mettre en commun des données d'expérience.



EN 2020, LE SYSTÈME COUVRIRA 18 TERRITOIRES ET L'OBJECTIF EST DE PARVENIR À UNE COUVERTURE NATIONALE D'ICI À 2024





NEUF PERSONNES SUR DIX RESPIRENT UN AIR POLLUÉ QUI EST À L'ORIGINE DE PLUS DE SEPT MILLIONS DE DÉCÈS ANNUELS PRÉMATURÉS

NOUVELLE STRATÉGIE EN MATIÈRE DE SANTÉ, D'ENVIRONNEMENT ET DE CHANGEMENT CLIMATIQUE

La Stratégie mondiale OMS sur la santé, l'environnement et les changements climatiques de 2019 offre une vision et une voie à suivre pour répondre aux risques sanitaires liés à l'environnement. Elle a pour objectif d'assurer des environnements sûrs, favorables et équitables en faveur de la santé et de servir de cadre d'orientation général pour les initiatives à mener.

Un nouveau plan d'action sur le changement climatique et la santé dans les petits États insulaires en développement suscite un engagement politique, rassemble des données factuelles et permet de mobiliser des fonds pour renforcer la résilience climatique des systèmes de santé desservant les populations parmi les plus vulnérables et les plus isolées du monde.

LES PAYS S'ENGAGENT POUR LA PURETÉ DE L'AIR

Le rôle moteur joué par l'OMS a été crucial pour faire avancer divers engagements environnementaux au cours de l'exercice. Lors du **Sommet Action Climat 2019 des Nations Unies**, 50 pays, totalisant plus d'un milliard d'habitants, ont répondu à l'appel de l'OMS pour donner à leurs citoyens un air pur d'ici à 2030 et se sont engagés à atteindre les valeurs indiquées par **les lignes directrices de l'OMS relatives à la qualité de l'air**. Cela vient conforter les engagements de la première **Conférence mondiale sur la pollution de l'air et la santé**, organisée en 2018, à l'occasion de laquelle 26 pays se sont engagés à respecter les lignes directrices de l'OMS en matière de qualité de l'air par des interventions telles que l'intensification de la surveillance de la qualité de l'air et la réalisation de recherches connexes.

LE RÉSEAU BREATHELIFE S'AGRANDIT

La campagne **BreatheLife** « Respire la vie » – qui sensibilise à la pollution atmosphérique, à ses effets sur la santé et aux interventions efficaces – a continué à se développer, atteignant 76 sites (principalement des villes) et touchant près de 300 millions de personnes. La campagne allie une expertise en matière de santé publique et de changement climatique à des conseils sur la mise en œuvre de solutions à la pollution de l'air, y compris des approches intersectorielles.

L'OMS coordonne la campagne BreatheLife avec trois partenaires – la Coalition pour le climat et la qualité de l'air, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et la Banque mondiale – et collabore avec eux pour faire progresser la mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS sur la qualité de l'air en partageant les meilleures pratiques, en développant les efforts de surveillance, en tenant les citoyens informés grâce à un soutien technique et en fournissant des ressources pour sensibiliser tout en mobilisant les communautés pour qu'elles agissent au niveau local.



LA CAMPAGNE ALLIE UNE EXPERTISE EN **MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE CHANGEMENT CLIMATIQUE** À DES CONSEILS SUR LA MISE EN ŒUVRE DE SOLUTIONS À LA POLLUTION DE L'AIR, Y COMPRIS DES APPROCHES INTERSECTORIELLES

LE SOUTIEN DE L'OMS PERMET À UNE PREMIÈRE VILLE AFRICAINE DE REJOINDRE BREATHELIFE

L'OMS estime que chaque année, plus de 28 000 personnes, dont plus de 4000 enfants de moins de 5 ans, meurent de la pollution atmosphérique au Ghana. L'utilisation de combustibles polluants pour cuisiner et pour les transports et l'incinération des déchets non évacués, y compris les déchets d'équipements électroniques, aggravent le problème de la pollution.

Au travers de l'initiative de l'OMS pour la santé en milieu urbain, qui a pour but de lutter contre les effets de la pollution de l'air sur la santé par des interventions de politique sectorielle, Accra est devenue la première ville africaine à rejoindre le réseau BreatheLife. La campagne a permis de sensibiliser la communauté et de renforcer la capacité à exiger des autorités municipales des interventions sur les sources locales de pollution

de l'air. Elle a attiré l'attention des médias locaux. Les usines et les décharges qui étaient de gros pollueurs ont été fermées à la suite d'une action communautaire. La surveillance de la qualité de l'air est passée de 15 à 32 sites.

L'OMS a élaboré trois documents stratégiques et des lignes directrices en s'appuyant sur des évaluations sanitaires et économiques des interventions de politique sectorielle : la stratégie de résilience d'Accra ; un plan d'action sur le changement climatique pour lutter contre le problème persistant des inondations et l'impact du changement climatique ; et un nouveau plan de gestion de la qualité de l'air pour la région métropolitaine du Grand Accra.



LA SURVEILLANCE DE LA **QUALITÉ DE L'AIR** EST PASSÉE DE 15 À 32 SITES





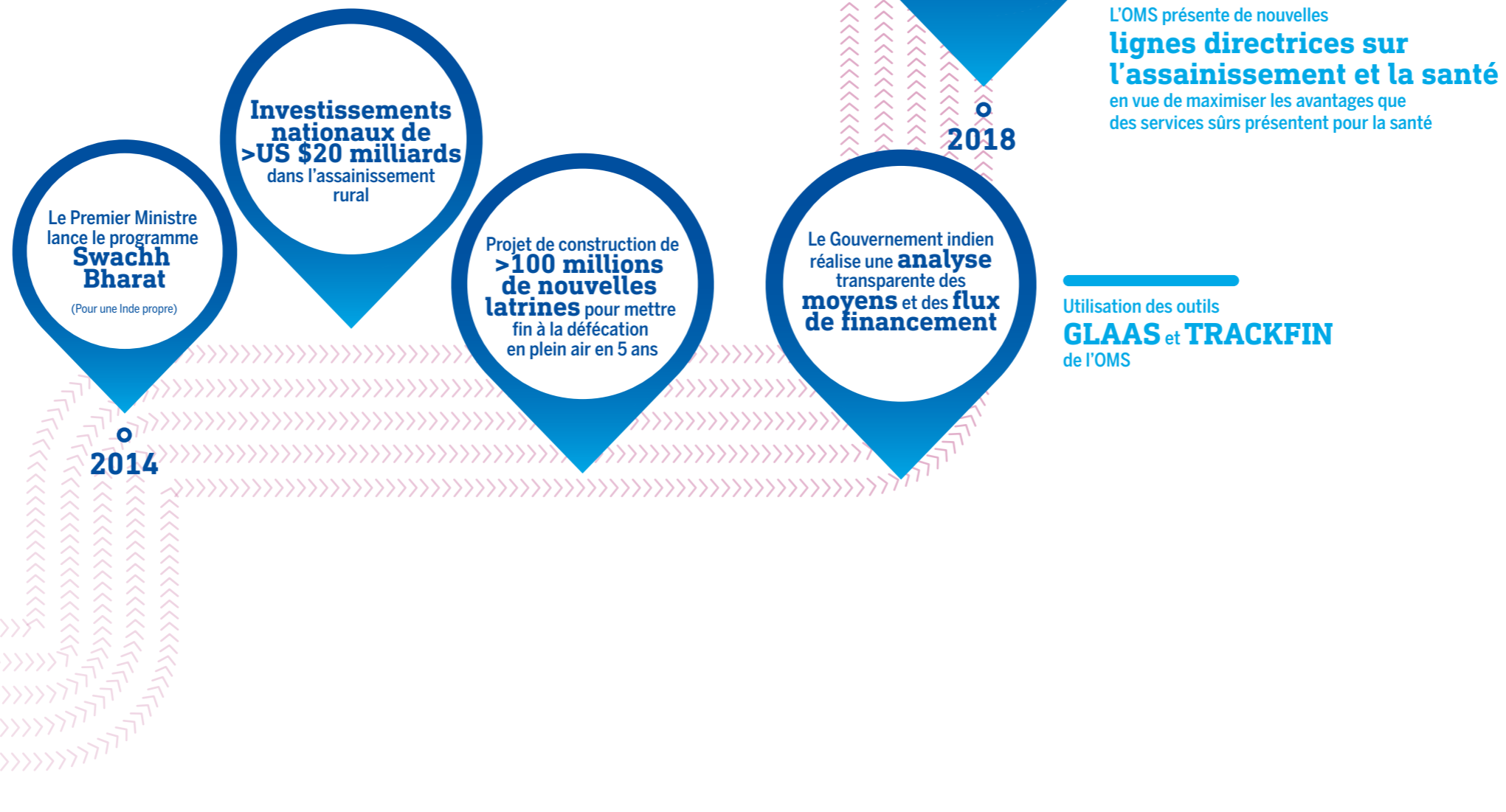
100 ENGAGEMENTS DE TOUS LES GROUPES DE PARTIES PRENANTES POUR **AMÉLIORER** LES SERVICES WASH DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

AMÉLIORER LES SERVICES CONCERNANT L'APPROVISIONNEMENT EN EAU, L'ASSAINISSEMENT ET L'HYGIÈNE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA72.7 (2019) visant à améliorer les services d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène (WASH) dans les établissements de santé du monde entier, en notant que ces services sont essentiels pour prévenir les infections. Actuellement, 1 établissement de santé sur 4 ne dispose pas de services d'eau de base et 1 sur 5 n'a pas de services d'assainissement. À ce jour, l'OMS a reçu plus de 100 engagements de tous les groupes de parties prenantes pour améliorer les services WASH dans les établissements de santé, y compris de 30 pays qui ont déjà enregistré des progrès significatifs dans la mise en œuvre de leurs engagements. Les efforts visant à soutenir les engagements existants se sont également poursuivis au niveau régional.

INDE : DES SYSTÈMES D'ASSAINISSEMENT SÛRS PERMETTENT DE PRÉVENIR LES MALADIES ET DE SAUVER DES VIES

>50 % du total des personnes qui **défèquent en plein air** vivent en Inde – cela représente 437 millions de personnes, soit un tiers de l'ensemble des Indiens
(rapport OMS/UNICEF, 2014)



L'élimination de la défécation en plein air en **Inde** aurait permis d'**éviter >300 000 décès** et **>14 millions de pertes d'années de vie ajustées sur l'incapacité**
(estimations de l'OMS sur la charge de morbidité)

Et des **services gérés en toute sécurité** permettront des progrès encore plus importants



48 PAYS SE SONT ENGAGÉS À LÉGIFÉRER OU À RENFORCER LES CONTRÔLES JURIDIQUES SUR LA PEINTURE AU PLOMB

RENFORCER LES LIENS AVEC LES PARTENAIRES

Quelque 48 pays se sont engagés à légiférer ou à renforcer les contrôles juridiques sur la peinture au plomb dans le cadre d'un projet financé par le Fonds pour l'environnement mondial ainsi que par l'OMS, le PNUF et d'autres partenaires, qui s'emploient à rédiger ou à réviser des règlements, des lois ou des normes obligatoires.

L'OMS et d'autres membres de la famille des Nations Unies ont lancé le **Programme d'action pour la santé et l'énergie en 2019**. Cette initiative renforcera la coopération politique et technique entre les secteurs de la santé et de l'énergie afin d'accélérer la transition vers l'énergie propre, en mettant l'accent sur les méthodes de cuisson non polluantes et l'électrification des établissements de soins.

INSISTER DAVANTAGE SUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

La Région européenne a accompli un important travail dans le domaine de l'équité. Les pays se sont engagés à intensifier l'action visant à réduire les inégalités entre les secteurs de gouvernement et à renforcer les mesures prises par le secteur de la santé. La mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles chez les hommes dans la Région européenne a été l'un des principaux éléments déclencheurs de la **stratégie de l'OMS pour la santé et le bien-être des hommes dans la Région européenne**.

Enfin, l'**Atlas régional européen de l'OMS sur l'équité en santé** a été créé afin de saisir les tendances et la situation des pays dans le domaine de l'équité en santé, les déterminants et les tendances en matière d'investissement, ainsi que l'adoption et les retombées de 53 politiques.

Dans la Région africaine, 21 équipes de pays ont désormais amélioré leurs compétences en matière d'évaluation des obstacles des programmes de santé des adolescents afin d'identifier les adolescents défavorisés. Des actions visant à améliorer la couverture des services dans cette population ont été soutenues en **Éthiopie**, au **Nigéria** et en **République-Unie de Tanzanie**.

DÉFIS À RELEVER ET ENSEIGNEMENTS À TIRER

Si d'importants progrès ont été réalisés en matière de réduction des taux de mortalité de la mère et du nouveau-né, ils restent pourtant insuffisants en vue des cibles mondiales des objectifs de développement durable. D'anciens problèmes subsistent, comme la pneumonie et la diarrhée qui restent des causes majeures de décès de l'enfant ou les avortements non sécurisés à l'origine de 5 % à 13 % des décès maternels, la plupart en Afrique subsaharienne.

En outre, femmes, enfants et adolescents sont confrontés de plus en plus à des problèmes complexes comme la charge de morbidité croissante des maladies non transmissibles ainsi qu'aux défis liés aux inégalités et aux changements d'ordre démographique et épidémiologique. Les situations de conflit peuvent aggraver les inégalités en santé. Les troubles mentaux constituent aussi une forte charge de morbidité et de handicap ; le sexe est un déterminant crucial de la santé mentale, la dépression unipolaire touchant par exemple deux fois plus de femmes que d'hommes.

Il est significatif que la surmortalité est davantage liée à des soins de piètre qualité qu'à des problèmes d'accès aux services de santé. Ainsi, il faut donc tout particulièrement chercher à l'améliorer la couverture et la qualité effective des soins dispensés à la femme, à l'enfant et à l'adolescent.



21 ÉQUIPES DE PAYS ONT DÉSORMAIS AMÉLIORÉ LEURS COMPÉTENCES EN MATIÈRE D'ÉVALUATION DES OBSTACLES DES PROGRAMMES DE SANTÉ DES ADOLESCENTS AFIN D'IDENTIFIER LES ADOLESCENTS DÉFAVORISÉS

CHIFFRES CLÉS POUR 2018-2019 : PROMOUVOIR LA SANTÉ À TOUTES LES ÉTAPES DE LA VIE



Budget programme approuvé : US \$384 millions



Fonds disponibles : US \$319 millions
(83 % du budget programme)



Dépenses : US \$292 millions
(76 % du budget programme, 92 % des ressources disponibles)

PROGRAMME SPÉCIAL PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/BANQUE MONDIALE DE RECHERCHE, DE DÉVELOPPEMENT ET DE FORMATION À LA RECHERCHE EN REPRODUCTION HUMAINE



Budget programme approuvé : US \$68,4 millions

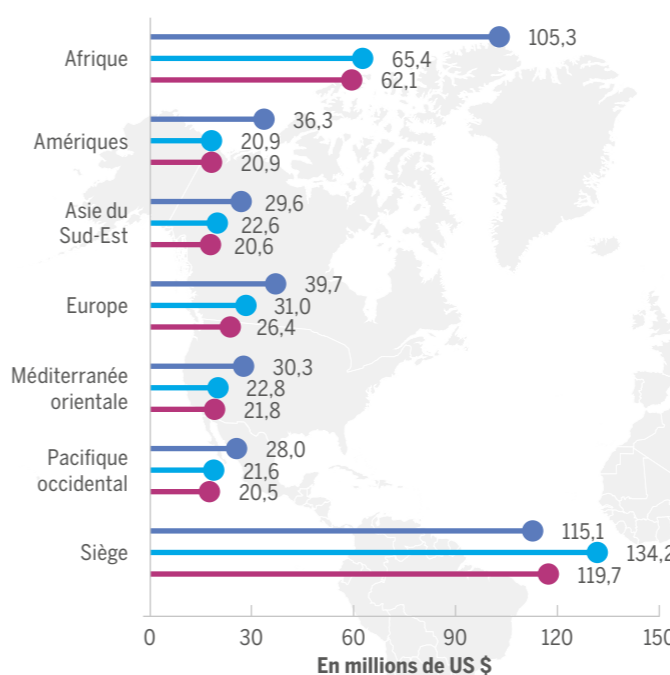


Fonds disponibles : US \$89,5 millions
(131 % du budget programme)



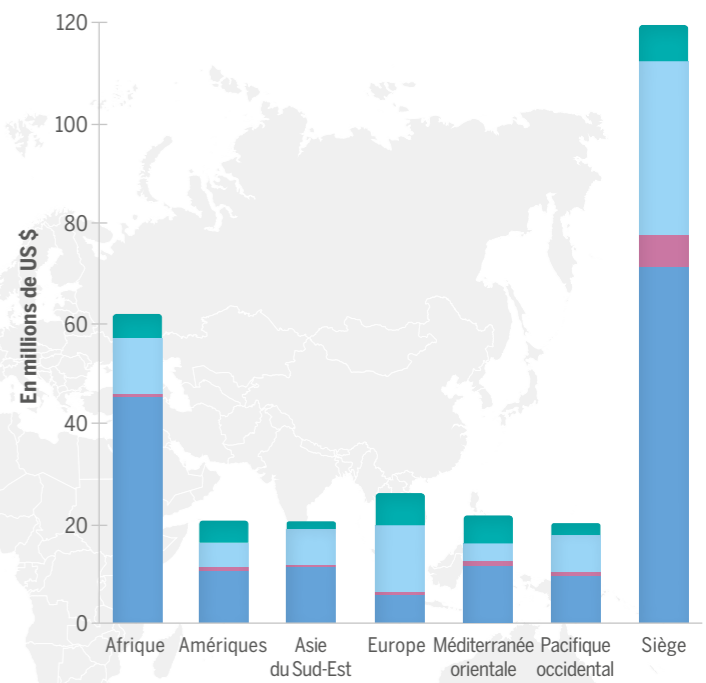
Dépenses : US \$68,3 millions
(100 % du budget programme, 76 % des ressources disponibles)

BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR GRAND BUREAU (EN MILLIONS DE US \$)



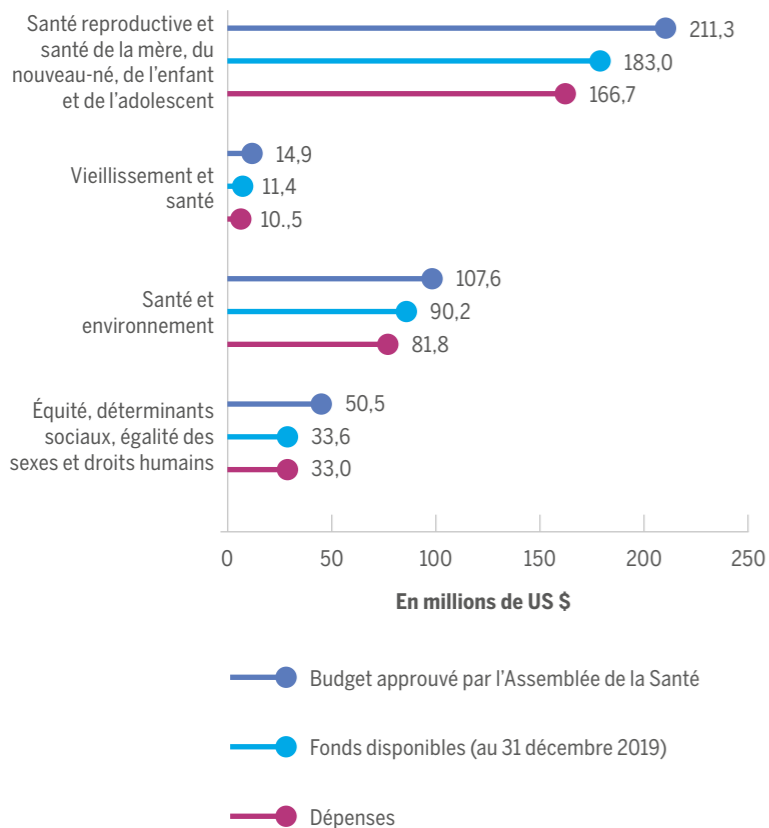
● Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé
● Fonds disponibles (au 31 décembre 2019)
● Dépenses

DÉPENSES AU BUDGET PROGRAMME, PAR GRAND BUREAU ET PAR SECTEUR DE PROGRAMME, 2018-2019 (EN MILLIONS DE US \$)

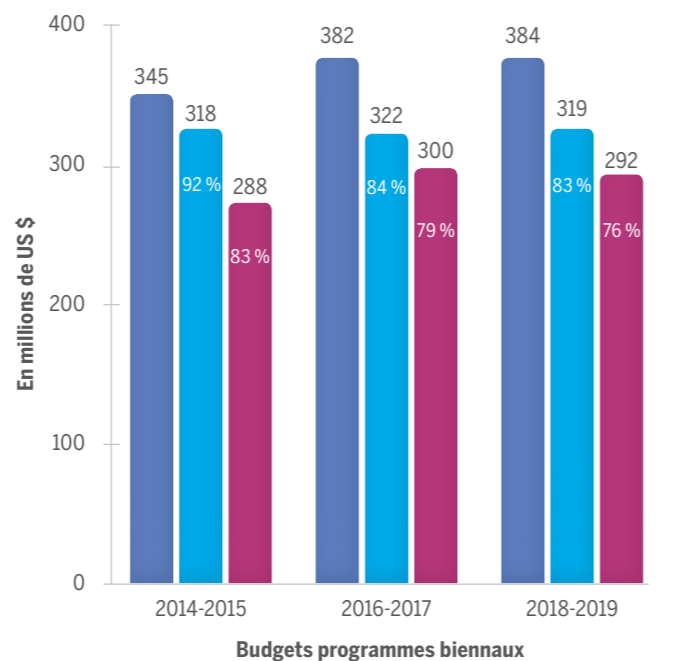


■ Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
■ Santé et environnement
■ Vieillesse et santé
■ Équité, déterminants sociaux, égalité des sexes et droits humains

BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



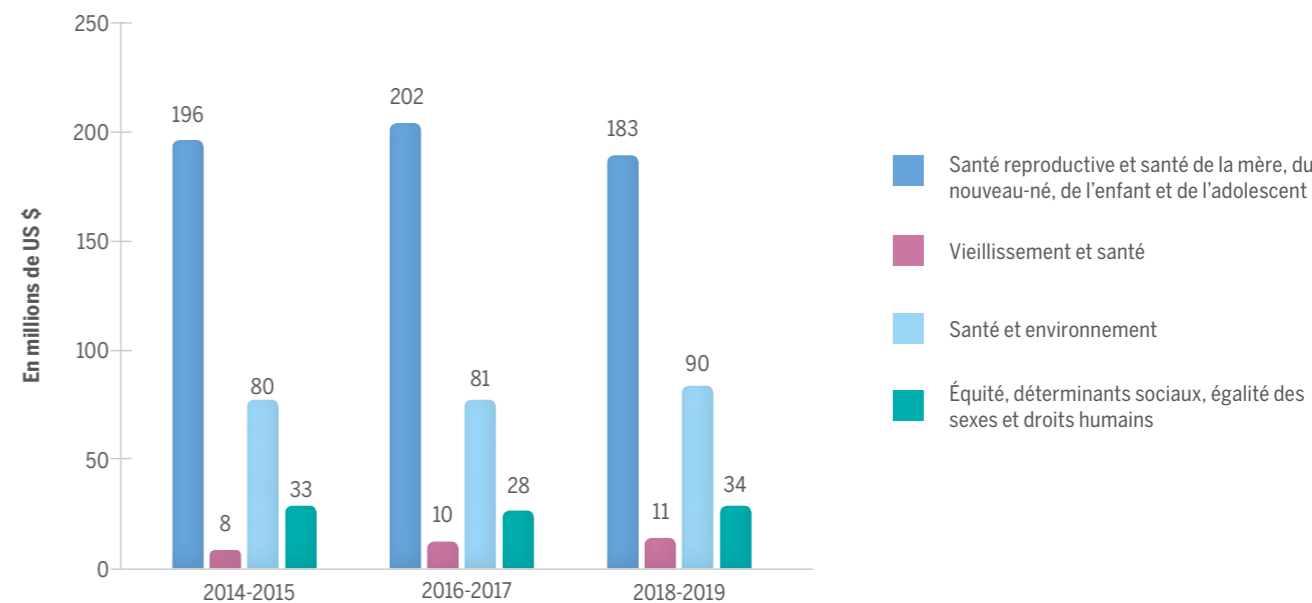
COMPARAISON DES TROIS BUDGETS PROGRAMMES DE BASE BIENNAUX COUVERTS PAR LE DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL (EN MILLIONS DE US \$)



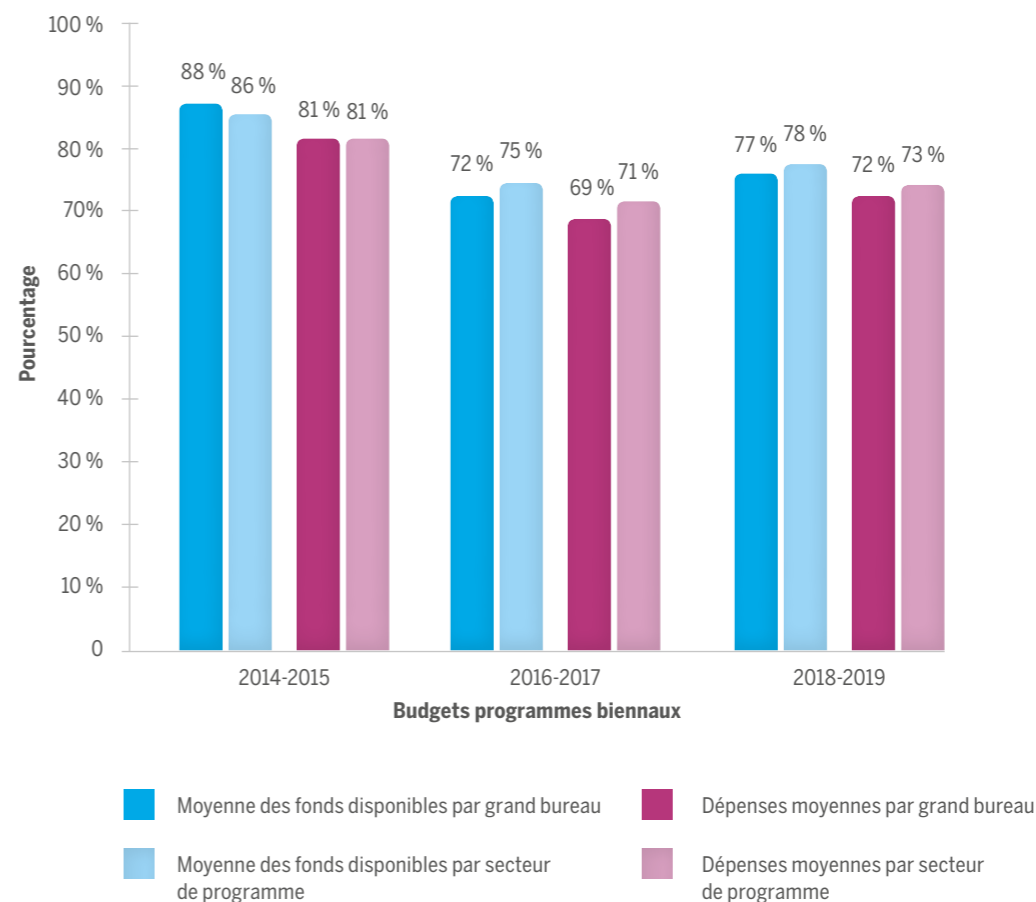
* Le pourcentage correspond au pourcentage du budget programme approuvé.

■ Budget programme approuvé ■ Fonds disponibles
■ Dépenses

FONDS DISPONIBLES AU BUDGET PROGRAMME DE BASE DES TROIS EXERCICES BIENNAUX DU DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL, PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



COMPARAISON DES TROIS BUDGETS PROGRAMMES DE BASE BIENNAUX COUVERTS PAR LE DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL



Au cours de l'exercice 2018-2019, le niveau de financement de la catégorie Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie était de 83 % du budget approuvé, qui s'élevait à US \$384 millions. Avec les catégories Maladies non transmissibles et Situations d'urgence sanitaire, c'était la catégorie la moins bien financée du budget programme de base.

Le niveau de financement relativement faible s'expliquait en partie par le fait que l'augmentation du niveau du budget de cette catégorie ne se soit pas accompagnée d'une augmentation des engagements des donateurs. En effet, bien que le budget ait augmenté de 11 % entre les exercices 2014-2015 et 2018-2019, le niveau de financement est resté le même en termes absolus dans la catégorie.

Plus précisément, le niveau de financement de la plupart des secteurs de programme est resté le même au cours des trois derniers exercices biennaux, sauf pour le secteur de programme Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, dont le financement a considérablement baissé de 2016-2017 à 2018-2019, car une importante subvention de US \$25 millions destinée à plusieurs pays de la Région africaine n'a pas été reconduite. Cela montre une fois encore que l'OMS est vulnérable, car elle dépend d'un petit nombre de donateurs seulement.

Afin de compenser le financement volontaire insuffisant de la catégorie, le Secrétariat a privilégié la catégorie Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie lors de la répartition du financement souple en y allouant la deuxième plus grande part de fonds souples parmi les catégories techniques. Le niveau des fonds souples et thématiques a augmenté de plus 7 % en 2018-2019 par rapport à 2016-2017, ce qui a permis de maintenir le financement de cette catégorie au même niveau en termes absolus.

Malgré les efforts déployés pour destiner une plus grande part de fonds souples à la catégorie Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie, la question de la répartition inégale du financement dans cette catégorie n'a pas été totalement réglée. Au cours de l'exercice 2018-2019, le niveau de financement était de 117 % au Siège et oscillait entre 60 % et 78 % dans les bureaux régionaux. Cette disparité tenait en partie à la portée des activités, qui était différente au Siège et dans les bureaux régionaux. Le budget du Siège dans cette catégorie comportait un élément important concernant la recherche dans le secteur de programme Santé reproductive et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, qui était bien financé et qui relevait uniquement du Siège. En effet, ce secteur de programme, qui représentait 40 % des fonds disponibles et des dépenses, constituait le principal poste de dépenses au Siège. Il faut poursuivre les efforts pour financer suffisamment tous les secteurs de la catégorie Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie, en prêtant une attention particulière au niveau régional et des pays. Il est impossible d'y parvenir seulement avec des fonds institutionnels souples.

Toutefois, il est encourageant de constater que si le financement des bureaux régionaux était faible, il était mieux aligné entre les bureaux régionaux en 2018-2019 qu'au cours des exercices précédents couverts par le douzième programme général de travail. Le financement était également mieux aligné entre les secteurs de programme. Le niveau d'exécution du budget programme 2018-2019 approuvé était similaire pour tous les bureaux régionaux et l'utilisation du financement disponible était supérieur à 90 % pour l'ensemble des bureaux.

Pour plus de précisions sur le financement du budget programme, l'exécution dans cette catégorie et les réalisations par secteur de programme, y compris les indicateurs, se référer au portail consacré aux budgets programmes de l'OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/03/about/programme-outcomes> et <http://open.who.int/2018-19/home>).

LEADERSHIP ET FONCTIONS D'APPUI



12 ORGANISMES MULTILATÉRAUX œuvrant dans les domaines de la santé, du développement et de l'action humanitaire ont signé le **PLAN D'ACTION MONDIAL POUR PERMETTRE À TOUS DE VIVRE EN BONNE SANTÉ ET PROMOUVOIR LE BIEN-ÊTRE DE TOUS** afin d'accélérer la mise en œuvre des objectifs de développement durable liés à la santé



19 MILLIONS DE PERSONNES ont bénéficié, grâce à l'OMS, d'un ensemble de médicaments essentiels pour traiter, au niveau des soins de santé primaires, les maladies les plus fréquentes dans les situations d'urgence en 2018-2019



15 MILLIONS DE PERSONNES ont reçu de l'OMS des kits pour les maladies non transmissibles pour la prise en charge, au niveau des soins de santé primaires, des MNT les plus souvent rencontrées dans les situations d'urgence en 2018-2019



Le pourcentage de **FEMMES DE LA CATÉGORIE PROFESSIONNELLE** recrutées sur le plan international et titulaires d'engagements de longue durée est passé de **40 %** en 2010 à **46 %** en 2019



L'ensemble des **193 ÉTATS MEMBRES DES NATIONS UNIES** sont réunis autour d'un objectif commun global qui est l'obtention de la couverture sanitaire universelle



35 MILLIONS DE PERSONNES ont reçu de l'OMS des médicaments essentiels et des fournitures médicales dans des établissements hospitaliers en 2018-2019



Le **BUDGET ALLOUÉ** par l'OMS **AU NIVEAU DES PAYS** est passé de 39 % en 2018-2019 à 44 % au cours de l'exercice 2020-2021



Selon les rapports d'évaluation du **MOPAN**, les capacités ne sont pas homogènes d'un pays à l'autre et ne sont pas toujours appropriées pour répondre aux besoins



L'OMS doit mobiliser **US \$14,1 MILLIARDS** au cours de la période 2019-2023 pour financer la mise en œuvre du treizième PGT



En 2018-2019, 80 % des contributions totales à l'OMS provenaient de **20 DONATEURS SEULEMENT**. L'OMS doit élargir la base des donateurs



En 2018-2019, **PLUS DE 70 %** des contributions totales à l'OMS étaient à objet désigné. L'OMS doit augmenter la souplesse de son financement



« Je veux un monde où chacun peut mener une vie saine et productive, quelle que soit son identité ou son lieu de vie. Pour que cette vision se réalise, il faut faire de l'OMS une organisation forte et efficace – adaptée au XXI^e siècle – appartenant à tous de manière équitable. Nous avons besoin d'une OMS gérée de manière efficace, dotée de ressources adéquates et axée sur les résultats. »

D^r TEDROS ADHANOM GHEBREYESUS
Directeur général de l'OMS



Budget programme approuvé :
US \$716 millions



Fonds disponibles :
US \$712 millions
(99,5 % du budget programme)



Dépenses :
US \$691 millions
(97 % du budget programme,
97 % des ressources disponibles)



L'OMS A **FAIT ENTENDRE UNE VOIX PLUS FORTE**, PRÉCONISANT UNE ACCÉLÉRATION DES PROGRÈS SUR DES QUESTIONS DE SANTÉ MAJEURES

UN TOUT NOUVEAU LEADERSHIP

Sous l'impulsion du nouveau leadership exercé par le Directeur général, et avec l'appui des Directeurs régionaux, l'OMS a fait entendre une voix plus forte, préconisant une accélération des progrès sur des questions de santé majeures, dont la couverture sanitaire universelle, la sécurité sanitaire mondiale, la mise en œuvre de l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et la résistance aux antimicrobiens, entres autres. L'OMS a exercé sa diplomatie de la santé dans les plus hautes sphères gouvernementales au niveau des pays, au niveau mondial et dans les organes politiques régionaux, tels que le G20, le G7 et l'Union africaine, obtenant ainsi des engagements concrets permettant de promouvoir les priorités sanitaires au sein du secteur de la santé et au-delà.



LE LEADERSHIP DE L'OMS EN ACTION

LORS DE L'**ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES NATIONS UNIES** EN SEPTEMBRE, LES DIRIGEANTS MONDIAUX ONT ADOPTÉ UNE DÉCLARATION POLITIQUE HISTORIQUE SUR LA **COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE**

2019 a été une année marquante pour la priorité majeure que constitue pour l'OMS la couverture sanitaire universelle. Lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre, les dirigeants mondiaux ont adopté une déclaration politique historique sur la couverture sanitaire universelle, appelant les pays à accélérer leurs efforts pour remplir leurs engagements en vue de réaliser la couverture sanitaire universelle et les autres cibles liées à la santé des objectifs de développement durable. Pour la première fois, les 193 États membres des Nations Unies sont réunis autour d'un engagement commun global.

Le leadership exercé par l'OMS a joué un rôle majeur lors de l'Assemblée de l'Union interparlementaire en 2019, au cours de laquelle les législateurs de 140 pays ont adopté une résolution globale sur les soins de santé universels. Ils ont promis de tirer parti de leur pouvoir de parlementaires pour que cet engagement politique se traduise en textes législatifs, en politiques, en programmes et résultats.

Faisant la démonstration de son action diplomatique, l'OMS a été en mesure de porter la santé au premier rang des priorités mondiales lors du sommet du G20 qui s'est tenu au Japon en juin 2019. Lors de la récente présidence japonaise du G20, le Japon a organisé la première réunion conjointe entre ministres de la santé et ministres des finances du Groupe. Le partenariat pour la santé et le développement du G20 a lancé un appel à l'action, recommandant aux pays d'investir dans l'innovation sanitaire et de mettre en œuvre l'objectif 3 de développement durable et la couverture sanitaire universelle d'ici à 2030 moyennant une collaboration renforcée entre les ministres de la santé et des finances du G20. Il a souligné la nécessité d'unir la richesse et la santé des nations pour parvenir à une croissance économique qui ne laisse personne de côté et à l'équité sociale au sein des pays du G20.

L'OMS a élargi la portée de son rôle directeur au cours des deux dernières années. Tout en continuant à renforcer ses partenariats avec les ministères de la santé, elle a renforcé son engagement auprès d'autres secteurs, tels que l'agriculture, le développement, les affaires étrangères et les finances. Elle a adopté une approche mobilisant l'ensemble des secteurs gouvernementaux et l'ensemble de la société pour que la santé occupe l'une des premières places dans l'ordre des priorités.

LA NOUVELLE STRATÉGIE POUR OBTENIR UN IMPACT AUPRÈS DES POPULATIONS

Le nouveau plan stratégique de l'OMS, le **treizième programme général de travail (PGT), 2019-2023**, a été approuvé par l'Assemblée de la Santé en mai 2018.

Le treizième programme général de travail structure clairement la mission de l'OMS qui est de promouvoir la santé, de préserver la sécurité mondiale et de servir les populations vulnérables. Il s'articule autour de trois priorités stratégiques interconnectées pour 2019-2023 : l'instauration de la couverture sanitaire universelle, l'intervention dans les situations d'urgence sanitaire et la promotion de la santé des populations. Ces priorités sont liées aux cibles du triple milliard et s'accompagnent de trois réorientations stratégiques consistant à accroître le leadership de l'OMS, à améliorer l'impact sur la santé publique dans tous les pays et à axer les biens publics mondiaux sur l'impact. Le treizième PGT présente aussi les réorientations institutionnelles qui sont nécessaires pour garantir que l'OMS soit adaptée à son objectif pour atteindre les cibles ambitieuses du triple milliard.

COMMUNICATION ET LEADERSHIP VONT DE PAIR

Une communication efficace va de pair avec un leadership efficace. L'OMS a consenti de gros investissements pour répondre aux besoins croissants d'information, de conseils et d'orientations de la part de ses principaux publics, et elle renforce sa voix sur la scène publique, pour défendre son action et rendre compte de la réalisation de sa mission.

Le **cadre stratégique de l'OMS pour une communication efficace** décrit une approche visant à instaurer une communication efficace, intégrée et coordonnée afin que l'information, les conseils et les orientations de l'OMS soient partagés sur de nombreuses questions sanitaires. Les activités de communication de l'OMS ont été renforcées pour garantir que les messages de santé publique fondés sur des données factuelles – à l'intention des responsables politiques, des personnels de santé, des prestataires de soins et du grand public – soient accessibles, pertinents, diffusés en temps utile et compréhensibles.

DE NOUVELLES PLATEFORMES POUR ATTEINDRE UN PUBLIC PLUS VASTE

La présence de l'OMS sur les médias sociaux – Twitter, Facebook and LinkedIn – a considérablement progressé au cours de l'exercice, avec près de 6 millions de « followers » à la fois sur Twitter et sur Facebook, et désormais presque un demi-million sur une nouvelle plateforme, TikTok. Les experts en santé publique de l'OMS s'adressent fréquemment à leurs publics par l'intermédiaire d'interviews et de séances d'information sur Facebook Live, tandis que le Directeur général communiquait personnellement avec plus d'un million de « followers » sur Twitter, @Dr Tedros. Le site Web de l'OMS, qui offre un accès universel aux biens de santé publique mondiaux et aux produits d'information de l'OMS, a reçu plus de 600 millions de visiteurs au cours de l'exercice.

LES CIBLES AUDACIEUSES DU TRIPLE MILLIARD QUE S'EST FIXÉE L'OMS

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



PRÈS DE **6 MILLIONS DE « FOLLOWERS »** À LA FOIS SUR TWITTER ET SUR FACEBOOK, ET DÉSORMAIS PRESQUE UN DEMI-MILLION SUR UNE NOUVELLE PLATEFORME, TIKTOK

DES PARTENARIATS POUR OBTENIR UN IMPACT

La force de l'OMS repose sur la mobilisation des capacités des différents partenaires et leur union pour obtenir des résultats dans le domaine de la santé. Au cours de l'exercice, l'OMS a utilisé des moyens novateurs de forger des partenariats.

Une collaboration plus solide, une meilleure santé : Le Plan d'action mondial pour permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous a été lancé le 24 septembre 2019 lors de l'Assemblée générale des Nations Unies. L'élaboration de ce plan d'action mondial a été coordonnée par l'OMS pour apporter un soutien plus efficace aux pays au cours des 10 prochaines années et accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle et la mise en œuvre des objectifs de développement durable liés à la santé. Répondant à un appel lancé par l'Allemagne, le Ghana et la Norvège, avec le soutien du Secrétaire général des Nations Unies, l'OMS a réuni 12 organismes multilatéraux œuvrant dans les domaines de la santé, du développement et de l'action humanitaire qui ont signé conjointement le Plan d'action mondial.

L'OMS continue à construire une dynamique mondiale pour lutter contre la **résistance aux antimicrobiens**. Parmi les mesures importantes adoptées figurent un plan de travail tripartite conjoint, une feuille de route alignée et un memorandum d'accord signé par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, l'Organisation mondiale de la santé animale et l'OMS. En outre, un mécanisme de financement, le Fonds multipartite de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, a été établi pour jouer un rôle de catalyseur des actions qui seront entreprises d'ici à 2024 au niveau national.

Des partenariats novateurs dans le domaine de la santé sont souvent nécessaires pour élargir la portée de l'action de l'OMS et de son influence. Le partenariat engagé avec la FIFA, instance dirigeante du football au niveau mondial, en est un exemple. Annoncée en octobre 2019, l'association des deux organes mondiaux portera sur des projets ciblant les enfants et les jeunes adultes afin de leur donner les moyens de mener une vie active en bonne santé.

L'OMS donne un nouveau retentissement aux normes et critères grâce aux nouvelles technologies. **Google Fit**, une application permettant de suivre son activité physique individuelle, a été mise au point conjointement par l'OMS et Google pour intégrer deux objectifs reposant sur les recommandations de l'OMS en matière d'activité physique – mesurer l'activité physique (pas par minute) et évaluer votre forme physique (points cardio).

L'OMS promeut activement la collaboration, mobilise des partenariats et encourage les efforts de différents acteurs de la santé pour relever les défis sanitaires nationaux et mondiaux. Ces engagements sont poursuivis pour soutenir les efforts des États Membres et remplir la mission de l'Organisation. Ils ont été revus et mis en œuvre conformément aux politiques et règles de l'OMS, notamment le **Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques**. Il s'agit là d'une base solide pour renforcer les engagements et contribuer à trouver un équilibre entre risques et bénéfices escomptés, tout en protégeant et en préservant l'intégrité, la réputation et la mission de santé publique de l'OMS.

G20 OSAKA SUMMIT
2019





LES QUATRE PILIERS DE LA STRATÉGIE

- **EMPLOYER DES APPROCHES ADAPTÉES POUR AUGMENTER, DIVERSIFIER ET MAINTENIR LE FINANCEMENT PROVENANT DE DONATEURS GOUVERNEMENTAUX**
- **CONSTRUIRE DES PARTENARIATS EFFICACES ET ACCROÎTRE LE FINANCEMENT PROVENANT DE DONATEURS PHILANTHROPIQUES**
- **MAINTENIR ET ACCROÎTRE LE FINANCEMENT PROVENANT DE FONDS, DE BANQUES ET DE DONATEURS MULTILATÉRAUX**
- **Étudier et exploiter le potentiel de financement des activités productrices de revenus**

UN FINANCEMENT PLUS IMPORTANT, PLUS SOUPLE ET PLUS PRÉVISIBLE POUR LE TREIZIÈME PGT

La mise en œuvre de la nouvelle vision du treizième PGT requiert des moyens novateurs pour faire participer les contributeurs et mobiliser un financement. Le Secrétariat a fait d'importants efforts pour revoir les processus de participation des contributeurs et de mobilisation des ressources afin qu'ils soient en harmonie avec la nouvelle vision, la nouvelle stratégie et les réorientations institutionnelles.

De nombreuses améliorations ont été apportées en s'appuyant sur les examens menés, notamment s'agissant des équipes de collaboration avec les partenaires, la collaboration étant adaptée aux profils des contributeurs en matière de financement ; sur des plans intégrés de collaboration avec les contributeurs ; et sur les possibilités offertes aux contributeurs de fournir un financement direct.

En conséquence, l'OMS a constaté un niveau de souplesse plus élevé dans le financement et une meilleure prévisibilité.

Le nouveau **cadre stratégique de mobilisation des ressources pour 2019-2023** a été mis au point en 2019 pour être présenté au Conseil exécutif en février 2020. La stratégie vise à l'innovation dans les modalités de mobilisation des ressources par l'OMS.

Le Secrétariat investit aussi dans le système de **gestion de la mobilisation des contributeurs** afin de mieux gérer le processus de mobilisation des ressources et de gestion des subventions de bout en bout. Le nouveau système devrait commencer à être utilisé d'ici la fin de 2020.

JOUER UN RÔLE MOTEUR POUR AMÉLIORER L'IMPACT DANS TOUS LES PAYS

Tous les efforts déployés pour accroître le leadership, innover dans le cadre des partenariats et redéfinir les procédures ont pour moteur l'amélioration de l'impact dans les pays. L'élaboration du budget programme 2020-2021 a immédiatement mis en pratique le principe selon lequel l'impact dans le pays est prioritaire. Le processus de planification de l'OMS a été remodelé pour atteindre cet objectif. Des innovations ont été introduites dans les procédures, y compris les plans de soutien aux pays intégrés, qui ont permis de consolider le soutien à tous les niveaux de l'Organisation avec un but – aider les pays à obtenir les résultats sanitaires prioritaires qu'ils se sont fixés. L'autre innovation majeure est la priorité accordée aux biens de santé publique mondiaux. Les **plans de soutien aux pays** ont fourni des informations utiles pour élaborer la première liste OMS de biens de santé publique mondiaux à mettre au point au cours de l'exercice pour répondre aux besoins des États Membres.

RENFORCER LES CAPACITÉS DE L'OMS À OBTENIR DES RÉSULTATS AU NIVEAU DES PAYS

Le test décisif pour une stratégie d'appui aux pays est de savoir si l'Organisation est dotée des capacités appropriées sur le terrain pour identifier efficacement les besoins, fournir un appui et faire le meilleur usage possible des ressources disponibles pour obtenir des résultats au niveau des pays.

L'une des premières étapes pour atteindre cet objectif a consisté, pour les bureaux régionaux de l'OMS, à lancer des **examens fonctionnels** – une méthodologie structurée pour évaluer comment faire en sorte que le personnel de l'OMS au niveau des pays soit au mieux en phase avec la situation sanitaire, les besoins, les priorités et l'orientation stratégique.

Des examens fonctionnels ont été menés à bien dans 47 bureaux de pays dans la Région africaine et 17 bureaux de pays dans la Région de la Méditerranée orientale, tandis que la Région de l'Asie du Sud-Est a achevé les examens programmatiques et administratifs dans l'ensemble de ses 11 bureaux de pays. La Région européenne et la Région du Pacifique occidental ont mené à bien des examens des fonctions de gestion, d'administration et des fonctions relatives aux programmes dans le cadre d'un processus d'amélioration continue. Ces examens ont été utiles pour planifier le renforcement des bureaux de pays, moyennant des adaptations aux priorités et aux besoins des États Membres hôtes et de la communauté des partenaires.

Les examens fonctionnels ont mis en lumière la nécessité cruciale de restructurer les capacités des bureaux de pays et ont permis de fixer le cap pour mettre en œuvre le treizième PGT et donner effet aux rôles normatif et directeur de l'OMS. Ils ont aussi conduit au réalignement des effectifs et à l'identification de lacunes concrètes dans les ressources.



RÉGION AFRICAINE
ensemble des
47 bureaux de pays
Examens fonctionnels



RÉGION DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE
17 bureaux de pays
Examens fonctionnels



RÉGION EUROPÉENNE
6 bureaux de pays
Examens de la gestion et de l'administration



RÉGION DE L'ASIE DU SUD-EST
ensemble des 11 bureaux de pays
Examens des programmes et de l'administration



RÉGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL
15 bureaux de pays
Examens de la gestion et de l'administration

« L'ATELIER DE DEUX SEMAINES SUR LES EXAMENS FONCTIONNELS A ÉTÉ UNE EXCELLENTE OCCASION DE **RENFORCER LE SYSTÈME DE GESTION INTERNE**, DE RÉFLÉCHIR AUX POINTS FORTS INTERNES DES BUREAUX DE PAYS DE L'OMS ET DE RÉPONDRE AUX PRÉOCCUPATIONS ET AUX RECOMMANDATIONS DES DONATEURS ET DES PARTENAIRES DE LA SANTÉ DANS LE PAYS. NOUS SOMMES PARVENUS À ÉLABORER UN ARGUMENTAIRE D'INVESTISSEMENT ET À REPOSITIONNER L'OMS POUR UNE **MEILLEURE COMMUNICATION**. »

Représentant de l'OMS,
République-Unie de Tanzanie



DANS SON ÉVALUATION, QUI A ÉTÉ ACHEVÉE EN 2019, **LE MOPAN A CONCLU À DES RÉSULTATS TRÈS SATISFAISANTS OU SATISFAISANTS POUR L'ENSEMBLE DES 12 INDICATEURS DE PERFORMANCE CLÉS.** PARMIS LES PRINCIPAUX POINTS FORTS DE L'OMS FIGURENT : UNE VISION À LONG TERME CLAIRE QUI EST ALIGNÉE SUR LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT MONDIAUX ; SON RÔLE UNIQUE QUI CONSISTE À FOURNIR DES ORIENTATIONS NORMATIVES OUTRE SES COMPÉTENCES ET SON ENGAGEMENT TECHNIQUES ; ET SA CAPACITÉ À RAPPROCHER LA PRISE DE DÉCISIONS DES PAYS

TRANSFORMER L'OMS POUR DE MEILLEURS RÉSULTATS

L'OMS a entrepris un ambitieux processus de transformation. Au cours de l'exercice, l'initiative de transformation a été axée sur le fonctionnement interne du Secrétariat en vue d'atteindre les cibles du triple milliard. Les objectifs de la transformation ont consisté à : i) optimiser et harmoniser les processus essentiels de l'OMS ; ii) concevoir et mettre en œuvre un nouveau modèle de fonctionnement à l'échelle de l'OMS ; iii) établir une nouvelle approche des partenariats ; et iv) promouvoir une culture de collaboration et de souplesse, axée sur l'impact.

Éléments clés de la transformation pour 2018-2019 :

- **Treizième PGT** – une nouvelle stratégie de l'OMS avec une mission claire.
- **Budget programme 2020-2021** – il s'appuie en premier lieu sur les plans de soutien aux pays, conçus à leur initiative, qui permettent de mettre toute l'action de l'OMS au service de l'impact dans les pays ; il donne la priorité aux biens de santé publique mondiaux ; et incite l'Organisation à adopter un cadre de résultats intégré.
- **13 processus essentiels reconfigurés** – harmonisés, aux trois niveaux de l'Organisation, ils englobent : i) les six fonctions techniques (critères et normes, recherche, dialogue politique, données, innovation et coopération technique) ; ii) les trois fonctions concernant les relations extérieures (mobilisation des ressources, communications externes et communications internes) ; et iii) les quatre fonctions institutionnelles (planification et budget, chaîne d'approvisionnement, recrutement et gestion des compétences).
- **Nouveau modèle de fonctionnement à l'échelle de l'Organisation** – il concrétise la vision d'un travail cohérent pour mettre en œuvre le treizième PGT et aligner l'ensemble des grands bureaux sur les quatre piliers communs (programmes, situations d'urgence, opérations institutionnelles et relations extérieures).
- **Nouvelle structure alignée pour les grands bureaux** – des examens fonctionnels ont été menés dans 75 bureaux de pays de l'OMS (dans les Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale).

La mise en œuvre récente du **cadre de résultats intégré et du système de mesure** contribue à renforcer les systèmes d'information et les données dans les pays pour orienter les décisions, résoudre les problèmes et mieux appuyer l'OMS pour obtenir un impact dans les pays. Le tableau de bord des produits du treizième PGT, une innovation majeure dans le suivi, permet à chaque bureau de suivre les performances.

FOURNIR LES PRODUITS NORMATIFS ET LES DONNÉES DONT LE MONDE A BESOIN

La définition structurée de priorités dans les biens de santé publique mondiaux a conduit pour la première fois à l'identification de 329 produits normatifs et éléments de données que l'OMS mettra à disposition pour obtenir un impact en matière de santé.

L'objectif est de fournir des biens de santé publique mondiaux en se fondant sur les meilleures données probantes disponibles et selon des modalités qui permettront de parvenir à un impact pour améliorer la santé des populations. L'initiative consiste à :

- instaurer un processus rigoureux pour établir des priorités dans les normes et critères et les données à produire par l'OMS, la définition des priorités reposant sur des besoins clairement définis dans les pays, les mandats issus des résolutions de l'Assemblée de la Santé et les besoins stratégiques émergents ;
- mettre en place un mécanisme d'assurance de la qualité pour garantir que les produits sont fournis en se fondant sur les meilleures données disponibles et les ressources requises ;
- aligner la mise à disposition des normes et critères et des produits aux trois niveaux de l'Organisation conformément aux rôles et responsabilités pour éviter les doubles emplois.

TABLEAU DE BORD DES PRODUITS : L'INNOVATION DANS LA MESURE DES PERFORMANCES

Le Secrétariat entreprend un changement ambitieux pour mesurer ses responsabilités en matière de résultats. Au lieu de ne mesurer qu'une seule dimension en utilisant l'ensemble d'indicateurs habituels, le tableau de bord des produits du treizième PGT mesurera les performances en évaluant six dimensions : 1) la prestation efficace d'un leadership en santé ; 2) la mise à disposition efficace des biens de santé publique mondiaux ; 3) la mise à disposition efficace du soutien technique aux pays ; 4) l'intégration des questions liées au genre, à l'équité et aux droits humains ; 5) l'optimisation financière ; et 6) l'obtention de résultats de façon à obtenir un impact.

La mesure des résultats pour ces six dimensions globales permettra à l'OMS de procéder à une évaluation plus synthétique de ses performances. Le processus sera appliqué à l'évaluation des performances à la fin de 2020.

Le tableau de bord sera utilisé par différents bureaux et équipes pour suivre les progrès et recenser les problèmes en amont, ce qui permettra de prendre des décisions en temps voulu pour améliorer les résultats.



LA DÉFINITION DE PRIORITÉS DANS LES BIENS DE SANTÉ PUBLIQUE MONDIAUX A CONDUIT POUR LA PREMIÈRE FOIS À L'IDENTIFICATION DE 329 PRODUITS NORMATIFS ET ÉLÉMENTS DE DONNÉES QUE L'OMS METTRA À DISPOSITION POUR OBTENIR UN IMPACT EN MATIÈRE DE SANTÉ



DES EFFORTS ONT ÉTÉ FAITS POUR LUTTER CONTRE L'EXPLOITATION SEXUELLE ET LES ABUS. UNE NOUVELLE **POLITIQUE SUR LE HARCÈLEMENT SEXUEL** EST EN COURS D'ÉLABORATION ET UNE STRATÉGIE DE COMMUNICATION A ÉTÉ MISE AU POINT EN 2018 POUR SUSCITER UNE PRISE DE CONSCIENCE CHEZ LES MEMBRES DU PERSONNEL, LES COLLABORATEURS, LES DONATEURS ET LES POPULATIONS BÉNÉFICIAIRES

OBTENIR DES RÉSULTATS MOYENNANT UN NIVEAU ÉLEVÉ DE RESPONSABILISATION ET D'INTÉGRITÉ

Au cours des dernières années, des avancées importantes ont été faites pour améliorer la responsabilisation au sein de l'Organisation. Le rapport 2017-2018 du Réseau d'évaluation de la performance des organisations multilatérales (MOPAN) sur l'OMS a reconnu ces avancées. Les structures, les mécanismes, les modes opératoires normalisés, les politiques et les plans rigoureux qui ont été mis en place ont contribué à ces avancées. Ces améliorations garantissent non seulement que les travaux de l'Organisation sont davantage axés sur les cibles fixées mais aussi que celle-ci a les moyens de contrôler et d'évaluer si les cibles sont pleinement conformes aux règles, règlements, politiques et paramètres juridiques qui régissent son fonctionnement. Les systèmes visant à assurer les fonctions d'évaluation, de conformité et de vérification, ainsi que les fonctions d'enquête et les fonctions juridiques, sont bien établis et dotés d'une indépendance opérationnelle. Le rôle de l'Ombudsman et les fonctions exercées en matière d'éthique et d'enquête visent à garantir que la direction et le personnel de l'OMS mènent à bien leur action dans le respect des plus hautes normes en matière de comportement professionnel et d'éthique.

L'adoption d'un processus visant à instaurer un apprentissage institutionnel, en tenant compte des constatations et des recommandations synthétisées issues de différents exercices de vérification, d'évaluation et d'examen, a été une étape majeure pour l'Organisation.

Ces fonctions s'allient pour que tous les aspects de la responsabilisation soient pris en compte – responsabilité à l'égard des résultats ; responsabilité à l'égard des ressources ; responsabilité de l'adhésion aux divers critères normatifs qui définissent les travaux de l'Organisation en vue de l'obtention des résultats ; et pour finir responsabilité à l'égard des populations du monde. Elles permettent à l'OMS d'axer ses travaux non seulement sur le fait d'obtenir des résultats mais aussi sur leur obtention moyennant le respect de ses **valeurs fondamentales**.

GÉRER LES RISQUES POUR OBTENIR DES RÉSULTATS

Pour mettre en œuvre avec succès le treizième PGT, une approche de la gestion des risques adaptée est nécessaire. L'OMS a entrepris de définir une approche de la **gestion des risques institutionnels** améliorée et plus ambitieuse. En 2019, une note de synthèse a été élaborée qui vise à renforcer la culture du risque de l'Organisation tout en garantissant que la gestion des risques est efficacement intégrée aux mécanismes de responsabilisation pour l'obtention des résultats.



Organisation
mondiale de la Santé

Charte des valeurs de l'OMS

Nos valeurs
Notre ADN



Des personnes chargées de servir la santé publique en toutes circonstances



Des professionnels visant l'excellence dans le domaine de la santé



Des personnes intègres



Des collègues et des partenaires œuvrant en collaboration



Des personnes soucieuses des autres

ÉVOLUER, HABILITER, SIMPLIFIER : NOUVELLE ORIENTATION DE LA GESTION ET DE L'ADMINISTRATION

La gestion et l'administration ont aussi pour but la réalisation de la mission de l'OMS et des cibles du triple milliard en veillant à ce que l'Organisation soit aussi efficace et efficiente que possible pour mener à bien ses principaux mandats.

Un nombre important d'améliorations et d'innovations ont été réalisées en 2018-2019, sur la base des évaluations et des examens et vérifications menés régulièrement, des efforts constants d'amélioration et des initiatives de transformation dans le domaine de la gestion et de l'administration. Au cours de l'exercice, les améliorations dans le domaine de la gestion et de l'administration ont été guidées par l'accent mis par l'Organisation sur la nécessité d'évoluer, d'habiliter et de simplifier afin de renforcer ses capacités pour de meilleurs résultats.

LE PÔLE DE DUBAÏ PERMET D'ACHEMINER LES BONS PRODUITS, AU BON ENDROIT ET AU BON MOMENT

29 cargaisons livrées à 9 pays

Médicaments, dispositifs médicaux, articles de papeterie et lignes directrices, dont le **kit sanitaire d'urgence interinstitutions**

268 tonnes

US \$3 millions



En 2015

- fermeture imprévisible de ports, voies et entrepôts
- gestion de financements à courte durée de validité

125 cargaisons livrées à 21 pays

Autres articles pour la lutte contre les maladies cardiovasculaires et pour la santé mentale

1 177 tonnes

US \$14,5 millions



En 2016-2017

- nécessité d'un stockage à température contrôlée pour les produits médicaux périssables
- environnement complexe avec par exemple 125 postes de contrôle entre la frontière d'Oman et le Yémen

FAIRE DE L'OMS UNE ORGANISATION OPÉRATIONNELLE EFFICACE DANS LES SITUATIONS D'URGENCE

Achats et logistique dans des situations très difficiles

Les services d'achat de l'OMS ont été confrontés à un nouvel exercice difficile, au cours duquel le volume des demandes mondiales a augmenté de 18 % du fait d'une hausse des demandes liées aux situations d'urgence. Le montant total des marchandises achetées a été estimé à US \$502 millions, correspondant à 22 697 ordres d'achat. Le montant total des services a été estimé à US \$1,57 milliard, correspondant à 61 537 ordres d'achat et 7392 expéditions mondiales. La charge de travail a été multipliée par trois au cours du dernier trimestre de l'exercice. Malgré ces défis à relever, le personnel dévoué de l'unité Achats et logistique au niveau mondial s'est mobilisé pour faire face à ce surcroît de travail. L'absence de ruptures de stocks lors de la riposte à la flambée de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo malgré les conditions difficiles sur le terrain en est un exemple éloquent.

179 cargaisons livrées à 26 pays

Éléments supplémentaires : ambulances, centres de santé mobiles, groupes électrogènes et vaccins récemment préqualifiés contre la maladie à virus Ebola

2 918 tonnes

US \$18,2 millions



En 2018-2019

- standardisation mondiale des documents relatifs aux normes de stabilité et aux modalités d'expédition
- réduction des coûts en remplaçant le transport aérien par un acheminement terrestre appliquant la chaîne du froid avec suivi en temps réel de la température et système GPS (jusqu'à -80 °C pour le vaccin contre Ebola)
- le renforcement des capacités permet la rotation des stocks entre les situations d'urgence afin de reconditionner les kits essentiels et de réduire les délais de livraison

Action face aux situations d'urgence, notamment :



Sécheresses en Afghanistan et au Pakistan



Cyclones au Mozambique, au Malawi et au Zimbabwe



Épidémie de choléra au Yémen



Urgence humanitaire en République bolivarienne du Venezuela

DES ACHATS D'URGENCE COMPLEXES POUR LE YÉMEN

La situation au Yémen a nécessité la plus importante et la plus complexe opération d'achats en situation d'urgence dans une zone de conflit. Confrontée aux obstacles que constituaient les conflits internes, la fragmentation de l'autorité gouvernementale, les clôtures inopinées et les détournements visant les ports, les routes et les entrepôts, ainsi que les financements limités dans la durée, l'OMS a dû surmonter un nombre écrasant de difficultés pour ses achats.

En 2019, l'unité Achats et logistique au niveau mondial a travaillé en étroite collaboration avec les bureaux régionaux et les bureaux de pays pour normaliser les critères de durée de conservation et les documents de livraison. Des réunions hebdomadaires sur les lignes de ravitaillement ont eu lieu avec le Bureau de pays de l'OMS au Yémen. Un outil de suivi spécifique a été mis en place pour améliorer la visibilité des lignes de ravitaillement. En août 2019, un groupe de travail sur la chaîne d'approvisionnement

a été créé à Dubaï pour coordonner les efforts visant à utiliser de façon optimale la plateforme de Dubaï. Cela a finalement permis de livrer au Yémen 1005 expéditions confirmées, disposant d'une durée de conservation acceptable et utile, en réponse à 1138 ordres d'achat pour un montant s'élevant à US \$113,7 millions.

Ce montant représente 22,6 % de la valeur totale des marchandises achetées par l'OMS au cours de l'exercice.

DÉPLOYER DU PERSONNEL SUR LE TERRAIN

La flambée de maladie à virus Ebola qui a débuté en République démocratique du Congo en août 2018 a représenté l'une des flambées épidémiques les plus complexes et les plus dangereuses. Malgré les graves menaces pesant sur leur sécurité, des centaines de personnels ont été déployés par l'OMS sur le terrain pour intervenir en première ligne et assurer la formation d'autres intervenants face à la flambée de maladie à virus Ebola.

Des experts du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas

d'épidémie et des équipes médicales d'urgence ont travaillé en étroite collaboration avec les Gouvernements de la République démocratique du Congo et des pays voisins pour renforcer leur préparation pratique afin de détecter les cas importés et d'y répondre. L'OMS a été en mesure de maintenir un nombre suffisant d'intervenants – venant

non seulement de l'Organisation mais aussi des services publics gouvernementaux, des partenaires et de la population locale – et de mobiliser et de préserver la sécurité de 630 membres du personnel fournissant un travail d'excellente qualité pour appuyer la riposte à la flambée de maladie à virus Ebola.

Les technologies de l'information au service de la préparation et de la riposte

Le paysage numérique du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire a connu des améliorations constantes au cours des trois dernières années. Travaillant en étroite collaboration avec une équipe dévouée au sein de l'**équipe de gestion des incidents**, le Programme a mis au point un portefeuille stratégique d'outils de gestion numérique efficaces.

Go.Data est un outil d'investigation sur les flambées pour la collecte de données sur le terrain au cours des situations d'urgence de santé publique. L'outil, qui peut être adapté à une vaste gamme de scénarios de flambées, comprend des fonctions d'investigation sur les cas, de suivi des contacts et de visualisation des chaînes de transmission. Il est géré par le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et est utilisé par les intervenants lors des flambées pour enquêter sur les maladies à transmission interhumaine telles que la maladie à virus Ebola, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la COVID-19. L'**Albanie**, le **Bangladesh**, la **France**, l'**Ouganda** et la **République démocratique du Congo** utilisent l'outil Go.Data.

L'outil **e-SPAR** offre aux États Parties un moyen facile et normalisé de procéder à des autoévaluations et de présenter les rapports annuels requis au titre du Règlement sanitaire international (2005). Les informations reçues par son intermédiaire permettent aux parties prenantes de procéder à des évaluations des risques reposant sur des données factuelles au cours des situations d'urgence sanitaire. Lancé en juin 2019, il a permis d'atteindre le taux le plus élevé de rapports sur les autoévaluations (93 %) – 183 rapports transmis par les États Parties (sur 196).

EMS2 est un système qui fournit un flux d'informations ininterrompu, en temps voulu et exploitable à l'ensemble des différents acteurs intervenant dans le cycle de gestion des situations d'urgence sanitaire. L'une de ses caractéristiques remarquables est sa capacité à perfectionner et à intégrer les systèmes de gestion des situations d'urgence existants.

La santé et le bien-être du personnel : une préoccupation essentielle

En s'appuyant sur les enseignements tirés de la flambée de maladie à virus Ebola de 2014, le **Service de santé au travail** a mis son professionnalisme au service du terrain afin de protéger et de promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être de ceux qui interviennent dans le cadre de la riposte à la maladie à virus Ebola. Le personnel du Service de santé au travail du Siège et de la Région africaine a été déployé en **République démocratique du Congo** pour installer une clinique chargée des vaccinations, mener des évaluations des risques sanitaires, visiter et évaluer des établissements de soins et assurer des formations. Parmi ses actions figurent :

- 1412 vaccinations contre la rage ; la fièvre typhoïde ; les hépatites A et B ; la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) ; la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) ; la fièvre jaune ; et la méningite ;
- 22 évacuations médicales concernant des cas non-Ebola et deux concernant des cas Ebola ;
- 2239 consultations de soins de santé primaires et 2648 consultations psychosociales ;
- la distribution de plus de 500 kits médicaux de voyage et 390 moustiquaires aux membres du personnel.



« **LE PERSONNEL EST LE PLUS GRAND ATOUT DE L'ORGANISATION** »

D^r Tedros Adhanom Gebreyesus,
Directeur général



LE POURCENTAGE DE FEMMES TITULAIRES D'ENGAGEMENTS DE LONGUE DURÉE DANS LES CATÉGORIES PROFESSIONNELLE ET DE RANG SUPÉRIEUR A AUGMENTÉ, PASSANT DE **44,4 % EN 2017 À 45,4 % EN 2018**

DES PERSONNELS MOTIVÉS ET ADAPTÉS AUX TÂCHES À ACCOMPLIR

L'engagement de constituer des effectifs motivés et adaptés aux tâches à accomplir s'est traduit par l'introduction de nouvelles possibilités de carrière et d'évolution pour le personnel et par la création d'un **Département Gestion des ressources humaines et des talents** nouveau et de plus grande envergure.

Une organisation – Un personnel

Les **missions de perfectionnement de courte durée**, une politique que l'OMS a commencé à mettre en œuvre en 2018, visent à offrir la possibilité d'échanges entre membres du personnel au sein de l'OMS. Cette politique permet un partage des personnels au sein de l'Organisation en soutenant les unités et les équipes confrontées à un manque temporaire de personnel ou à un soudain surcroît de travail. Elle offre l'occasion aux membres du personnel de se former en assumant des fonctions à un niveau, au sein d'une équipe ou dans un bureau différent. C'est un mécanisme efficace de perfectionnement du personnel qui encourage le dynamisme des effectifs par l'apprentissage continu et l'échange d'idées. Après à peine plus d'une année de mise en œuvre, environ 125 membres du personnel ont été déployés grâce à ce mécanisme.

La diversité fait la force

L'une des priorités stratégiques de l'Organisation en matière de ressources humaines est de renforcer les capacités des femmes membres du personnel occupant des postes de niveau moins élevé pour qu'elles puissent aspirer à des postes de plus haute responsabilité. Des initiatives de sensibilisation ont été mises en œuvre en collaboration avec les États

Membres, notamment dans les Régions de l'Afrique et du Pacifique occidental. Des efforts sont également consentis dans le cadre de programmes d'orientation professionnelle, de mentorat et d'appui au leadership.

La mise en œuvre du programme **EMERGE** dans 13 des institutions des Nations Unies basées à Genève est une initiative novatrice visant à tirer parti du potentiel des femmes membres du personnel au sein du système des Nations Unies en œuvrant à une meilleure compréhension des liens existants entre sexe, genre, culture et leadership. Le programme permet aux femmes d'utiliser les réseaux et de cultiver des liens solides avec leurs pairs au sein du système des Nations Unies afin de les aider à relever les défis auxquels elles sont confrontées dans leurs fonctions et leur évolution de carrière.



LE NOMBRE DE FEMMES TITULAIRES DE POSTES DE HAUT NIVEAU AU SIÈGE EST PASSÉ **DE 37 % EN 2017 À 41 % EN 2018**

DÉFIS À RELEVER ET ENSEIGNEMENTS À TIRER

Pour mettre en œuvre le treizième PGT et atteindre les objectifs de développement durable liés à la santé, l'OMS doit devenir une organisation qui puisse répondre aux attentes du XXI^e siècle et qui exerce ses fonctions de manière cohérente d'un programme à l'autre, d'un bureau principal à l'autre et aux trois niveaux de l'Organisation, et qui obtienne des améliorations mesurables dans le domaine de la santé de toutes les populations. L'OMS doit offrir une excellence technique qui se traduise par des améliorations dans le domaine de la santé afin d'aider tout un chacun, quel qu'il soit et où qu'il vive, à mener une vie productive et en bonne santé. Le monde a besoin d'une OMS qui se concentre sans relâche sur l'obtention d'un impact dans chaque pays.

Pour atteindre cet objectif, l'OMS poursuit sa transformation en procédant à des changements fondamentaux visant à repositionner et reconfigurer l'Organisation et à la doter de nouvelles capacités. Dans le cadre plus large de la réforme des Nations Unies, cela signifie qu'elle doit notamment veiller à ce que ses travaux normatifs et techniques soient d'une qualité encore plus grande, axés plus précisément sur les besoins, les demandes et les mesures attendues des États Membres, et se traduisent directement par des résultats au niveau des pays.

Même si l'OMS doit toujours relever de nombreux défis, elle dispose aussi de mécanismes qui lui permettent de tirer les enseignements de l'expérience acquise. L'OMS change, mais elle doit se montrer encore plus ambitieuse dans cette transformation. À l'échelle mondiale et dans de nombreux pays, l'OMS améliore ses fonctions de leadership et ses partenariats pour la santé. Toutefois, ses collaborations extérieures doivent progresser encore vers une approche plus intégrée et stratégique, y compris moyennant des stratégies de collaboration spécifiques avec les acteurs non étatiques. Malgré des efforts considérables pour modifier son modèle de financement, l'OMS reste tributaire d'un petit nombre de donateurs. L'Organisation doit continuer à élargir le dialogue avec les donateurs pour mobiliser des ressources de meilleure qualité qui puissent être utilisées avec une plus grande souplesse pour parvenir aux résultats escomptés et s'adapter aux changements dans les besoins et les situations. Pour cela, il convient de renforcer la confiance.

Des budgets plus importants sont alloués au niveau des pays, mais cela doit encore se traduire par des augmentations durables du financement et des capacités à ce niveau. Dans son récent rapport d'évaluation, le MOPAN souligne que les capacités varient d'un niveau de l'Organisation à l'autre et ne sont pas toujours appropriées pour répondre aux besoins et aux attentes.

Certains changements fondamentaux ont été apportés à la structure institutionnelle, mais les changements dans les méthodes de travail doivent encore être intégrés aux opérations quotidiennes. Des changements significatifs ont été introduits afin de disposer d'un personnel motivé et adapté aux tâches à accomplir, mais il convient de faire davantage pour atteindre l'objectif final d'effectifs plus souples et mobiles, dont la responsabilisation au service des résultats sera renforcée.

INVESTIR DANS LES FUTURS LEADERS DE LA SANTÉ

Académie de l'OMS

L'Académie de l'OMS, un pôle d'apprentissage virtuel unique, est basée à Lyon. Elle est en cours de création pour répondre aux besoins d'apprentissage et de formation du personnel de l'OMS et des acteurs de la santé en vue de progresser vers l'objectif du « triple milliard » que s'est fixé l'Organisation. L'Académie vise à atteindre 10 millions de personnes d'ici 2023 par l'intermédiaire d'une plateforme d'apprentissage numérique de pointe intégrée pour les six Régions de l'OMS. Elle offrira un milieu d'apprentissage de haute technologie, un centre de simulation des urgences sanitaires des plus performants et des espaces de collaboration

pour la conception en commun, la recherche et l'innovation en matière d'apprentissage.

Programme mondial de stages

Le programme mondial de stages de l'OMS contribue à former les futurs leaders de la santé publique grâce aux possibilités de formation professionnelle et de renforcement des capacités qu'il offre dans l'ensemble de l'Organisation.

Soutenue par l'Assemblée de la Santé moyennant la résolution WHA71.13 du 26 mai 2018, l'Organisation a modifié son approche des stages. Elle a instauré une procédure centralisée et transparente visant à sélectionner les candidats stagiaires les plus

méritants, quel que soit leur pays d'origine, et à promouvoir l'équité entre les sexes. Le processus de sélection a ainsi été revu et un soutien financier prévu. Les stagiaires bénéficient désormais d'une assurance-maladie, de tickets-restaurants dans les lieux d'affectation où le coût de la vie est élevé et, à partir de 2020, d'une allocation si nécessaire.

Le pourcentage de stagiaires en provenance de pays à revenu faible ou intermédiaire a augmenté de près de 30 % en 2019 globalement, avec un nombre plus important de stagiaires au Siège qui font que le pourcentage y est encore plus élevé.



DANS SON RÉCENT RAPPORT D'ÉVALUATION, LE **MOPAN** SOULIGNE QUE LES CAPACITÉS VARIENT D'UN NIVEAU DE L'ORGANISATION À L'AUTRE ET NE SONT PAS TOUJOURS APPROPRIÉES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS ET AUX ATTENTES

L'Organisation est parvenue à orienter plus précisément ses travaux sur l'impact, en particulier au niveau des pays ; toutefois, des obstacles techniques aux évaluations subsistent et l'intégration de la culture des résultats reste à accomplir.

Parallèlement à l'évolution des fonctions, à la simplification des opérations et à l'optimisation financière, la gestion et l'administration doivent faciliter l'exécution cohérente des travaux techniques. Au cours de la pandémie de COVID-19, le leadership et les fonctions d'appui de l'OMS ont été soumis à rude épreuve. L'action de l'OMS est très variée et va bien au-delà de la lutte contre les épidémies. Ses activités visant à diminuer la mortalité de la mère et de l'enfant, à mettre fin aux maladies transmissibles, à éradiquer la poliomyélite, à rendre les systèmes de santé dans les pays plus résilients, à fournir des services de santé aux personnes déplacées et à réduire les facteurs de risque pour les maladies non transmissibles n'ont pas cessé. Les fonctions d'appui sont fortement sollicitées dans le cadre de services de gestion et d'administration qui permettent de mener à bien les travaux techniques tout en répondant aux demandes accrues de logistique et d'achats liées à la COVID-19 pour le déploiement immédiat et à grande échelle de ressources humaines afin de soutenir les opérations dans les pays.

Les mécanismes de responsabilisation continuent à garantir que les transactions, les activités, les processus et les procédures sont menés à bien aussi efficacement que possible et dans le respect des plus hautes normes de professionnalisme et de déontologie. Plus que jamais auparavant, l'Organisation doit renforcer encore ces fonctions aux trois niveaux de l'Organisation. Par conséquent, dans le cadre du processus de transformation actuelle, le Directeur général a entrepris d'examiner et de renforcer davantage ces fonctions, lorsque cela s'avère nécessaire, afin de garantir qu'elles soient à la fois individuellement de grande qualité et qu'elles concourent collectivement à l'exécution par l'OMS du treizième programme général de travail et des engagements au titre des objectifs de développement durable. En 2019, la fonction d'enquête a été la première pour laquelle un examen en ce sens a été mené, à l'issue duquel des recommandations ont été formulées quant au renforcement à la fois des fonctions relatives aux structures et aux ressources.



CHIFFRES CLÉS POUR 2018-2019 : LEADERSHIP ET FONCTIONS D'APPUI



Budget programme approuvé :
US \$716 millions

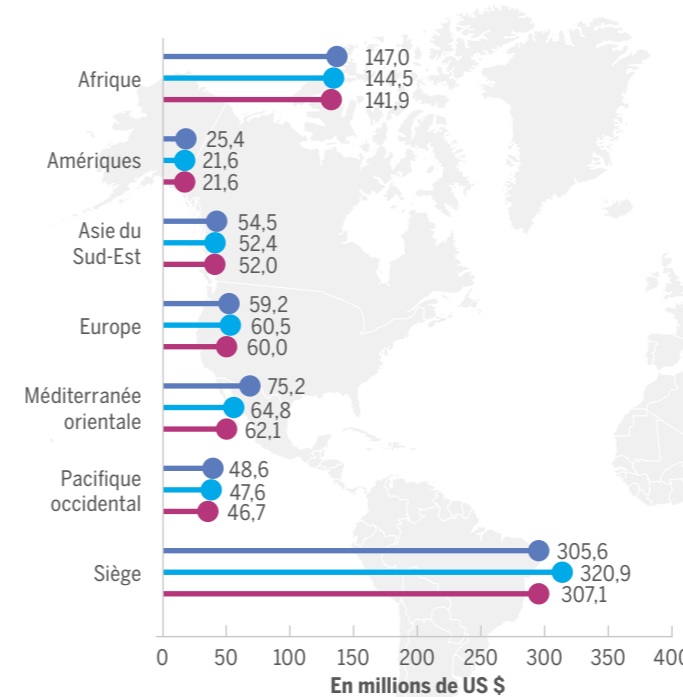


Fonds disponibles :
US \$712 millions
(99,5 % du budget programme)

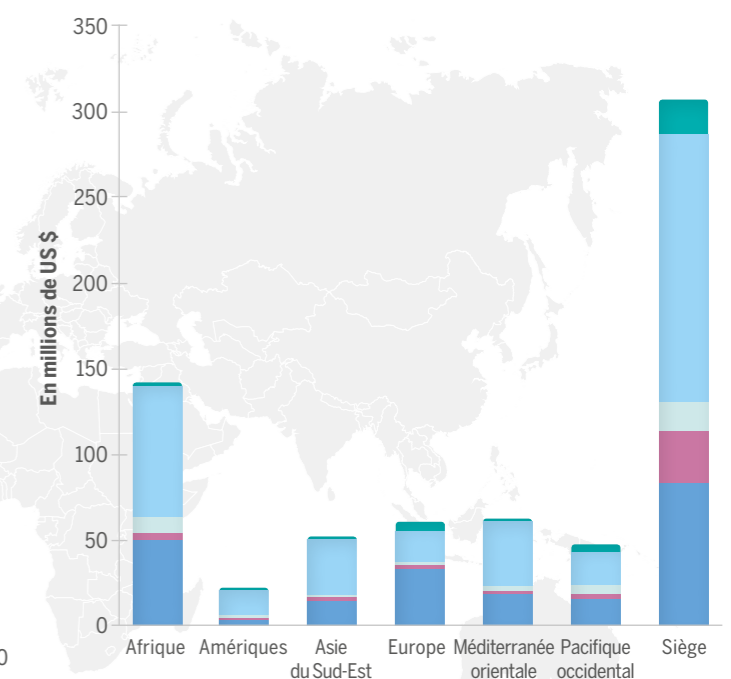


Dépenses :
US \$691 millions
(97 % du budget programme,
97 % des ressources disponibles)

BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR GRAND BUREAU (EN MILLIONS DE US \$)



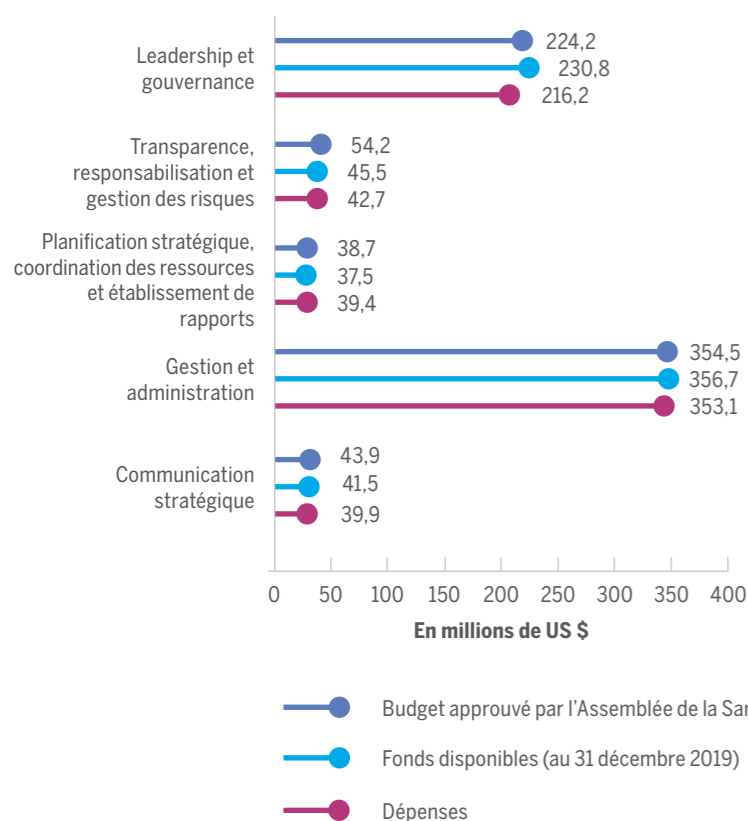
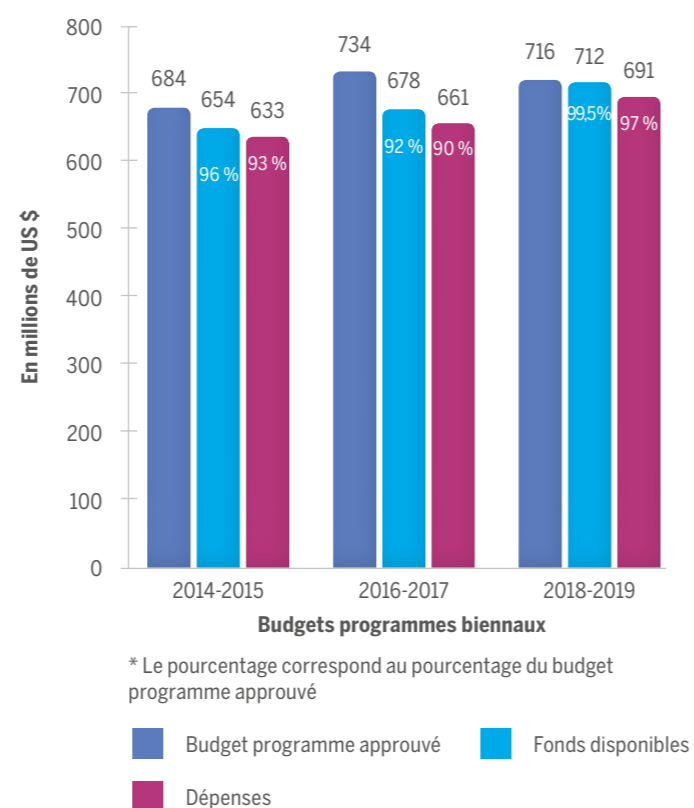
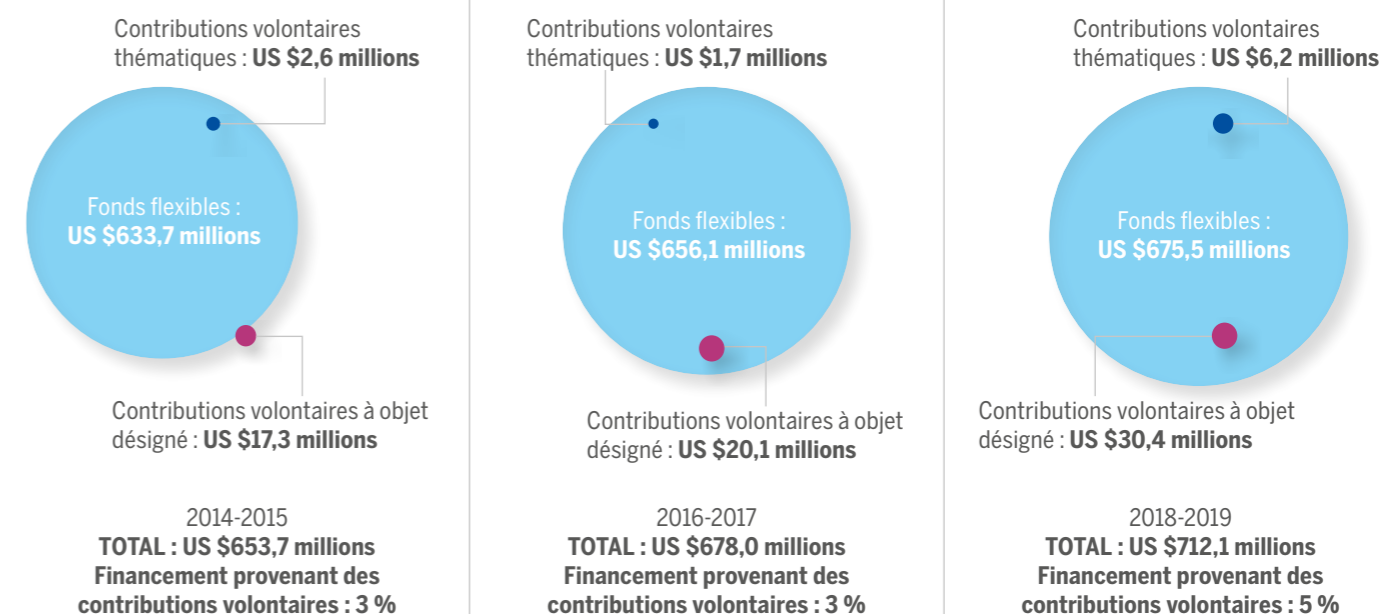
DÉPENSES AU BUDGET PROGRAMME, PAR GRAND BUREAU ET PAR SECTEUR DE PROGRAMME (EN MILLIONS DE US \$)



● Budget approuvé par l'Assemblée de la Santé
● Fonds disponibles (au 31 décembre 2019)
● Dépenses

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

L'élément clé du panorama financier de la catégorie Leadership et fonctions d'appui au cours de l'exercice 2018-2019 a été l'étroit alignement avec les niveaux budgétaires approuvés à la fois pour le financement et les dépenses pour tous les secteurs de programme et grands bureaux. Cet alignement illustre l'engagement pris par l'Assemblée mondiale de la Santé de réaffirmer que les fonctions d'appui doivent être suffisamment financées à tous les niveaux et pouvoir fournir un service cohérent de bonne qualité dans toute l'Organisation.

BUDGET DE BASE, FONDS DISPONIBLES ET DÉPENSES, PAR GRAND BUREAU (EN MILLIONS DE US \$)

COMPARAISON DES TROIS BUDGETS PROGRAMMES DE BASE BIENNAUX COUVERTS PAR LE DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL (EN MILLIONS DE US \$)

FINANCEMENT GLOBAL AU TITRE DU DOUZIÈME PROGRAMME GÉNÉRAL DE TRAVAIL, PAR TYPE DE FONDS (EN MILLIONS DE US \$)


Les niveaux les plus élevés, et de loin, dans les budgets, financements et dépenses pour la catégorie Leadership et fonctions d'appui ont été constatés au Siège. Ils découlent des coûts importants des fonctions de gouvernance qui sont exercées au Siège (secteur de programme Leadership et gouvernance) et de plusieurs fonctions centralisées gérées par le Siège au service du reste de l'Organisation, notamment le Centre mondial de services de Kuala Lumpur ; les services comptables ; de nombreuses plateformes informatiques, en particulier le Système mondial de gestion (GSM) (secteur de programme Gestion et administration) ; l'élaboration des politiques (secteur de programme Leadership et gouvernance) ; la coordination de la planification et de la budgétisation mondiales ; les fonctions juridiques et de vérification ; et de nombreuses autres fonctions. Celles-ci ont été complétées dans de nombreux cas moyennant des réseaux fonctionnels mondiaux qui englobaient l'ensemble des grands bureaux. Cette approche a permis à l'OMS d'assurer un ensemble essentiel de fonctions d'appui qui épaulent ses travaux techniques dans le monde entier.

Si on examine le financement et la mise en œuvre de la catégorie Leadership et fonctions d'appui à la lumière de la tendance générale observée au cours de la période couverte par le douzième programme général de travail 2014-2019, une amélioration significative est constatée en 2018-2019 en termes de niveaux absolus de financement et de mise en œuvre, tandis que les moyennes par secteur de programme et grand bureau ont été les plus élevées des trois exercices.

Au cours des trois exercices relevant du douzième programme général de travail, l'Organisation a engagé un niveau important de ressources flexibles pour la catégorie Leadership et fonctions d'appui (de 97 % du financement total en 2014-2015 à 95 % en 2018-2019). Cela s'explique par l'absence relative d'intérêt manifesté par les donateurs traditionnels pour le financement de cette catégorie. Toutefois, en 2018-2019, les contributions volontaires pour cette catégorie ont progressé de près de 70 % par comparaison à la période 2016-2017, passant de US \$21,8 millions à US \$36,6 millions. Cette tendance s'est poursuivie en 2018-2019 du fait de la création de la catégorie du financement thématique, qui a notablement progressé. Les donateurs ont montré

activement leur intérêt pour les activités relevant du leadership de l'OMS dans la réalisation de l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge) et visant à assurer la transparence, la responsabilisation, la conformité et l'évaluation. Même si les montants absolus n'étaient pas excessivement élevés par comparaison avec ceux reçus dans d'autres catégories, on peut supposer que le soutien fourni servira d'amorce, et entraînera ensuite un investissement et un engagement accrus de la part d'un plus grand nombre de donateurs et de partenaires.

Parmi les bureaux régionaux, le Bureau de la Région africaine a consacré un niveau budgétaire beaucoup plus élevé que ceux des autres Régions à la catégorie Leadership et fonctions d'appui. Cela s'explique en partie par des exigences opérationnelles plus importantes dans cette Région, qui sont liées à la réforme de la gestion, entre autres, et notamment aux examens fonctionnels menés dans les bureaux de pays. Environ 30 % du total des contributions volontaires disponibles en 2018-2019 ont été utilisés pour financer les activités dans la Région africaine, dont une subvention importante des donateurs en faveur de la réforme et des examens fonctionnels. La Région de la Méditerranée orientale a été la moins bien dotée mais elle a cependant été financée à 87 %, les dépenses se situant à 83 % du niveau budgétaire approuvé. Au Siège, bien qu'il ait été indiqué que davantage de fonds seraient nécessaires par comparaison au budget programme approuvé (US \$321 millions contre US \$306 millions), les dépenses ont été maintenues au niveau du budget approuvé moyennant une gestion prudente du budget et des ressources.

Une mise en œuvre proche de 100 % pour la catégorie Leadership et fonctions d'appui du budget programme en 2018-2019 dans la plupart des grands bureaux montre que la principale difficulté posée par cette catégorie est non seulement un financement approprié et une mise en œuvre efficace des fonds mais aussi des niveaux budgétaires adaptés dans tous les grands bureaux de sorte qu'un niveau de service constant et de bonne qualité puisse être assuré dans toute l'Organisation.

Pour plus de précisions sur le financement du budget programme, l'exécution dans cette catégorie et les réalisations par secteur de programme, y compris les indicateurs, se référer au portail consacré aux budgets programmes de l'OMS (<http://open.who.int/2018-19/our-work/category/06/about/programme-outcomes> et <http://open.who.int/2018-19>).



**Organisation
mondiale de la Santé**



Rapport sur les résultats de l'OMS
Budget programme 2018-2019

Jouer un rôle moteur pour améliorer l'impact dans tous les pays