



**Organisation
mondiale de la Santé**

**SOIXANTE-CINQUIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
Point 16.1 de l'ordre du jour provisoire**

**A65/28
11 mai 2012**

Budget programme 2010-2011 : appréciation de l'exécution

Rapport récapitulatif

AVANT-PROPOS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

1. Le présent document fournit une appréciation systématique de l'exécution du budget programme de l'OMS pour l'exercice 2010-2011 par rapport à chacun des 13 objectifs stratégiques de l'Organisation pour cette période. Il s'inscrit dans la ligne d'une gestion axée sur les résultats allant de pair avec l'obligation de rendre compte de l'utilisation des ressources, principes auxquels je suis personnellement attachée et qui visent à améliorer la performance de l'Organisation.

2. Comme je l'ai fréquemment souligné, l'obtention de meilleurs résultats sanitaires dans les pays, en particulier pour les femmes et les peuples d'Afrique, est le meilleur indicateur de la performance globale de l'OMS. Le présent rapport fait état d'avancées en la matière mais aussi de progrès au sein des pays en ce qui concerne le renforcement des capacités et le respect des normes et critères élaborés par l'OMS. Les retombées de cette action normative sont particulièrement évidentes pour l'objectif stratégique 11, qui vise à élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et à en améliorer la qualité et l'utilisation, mais apparaissent aussi dans de nombreux autres programmes et activités de l'OMS. Normes et critères contribuent à l'équité. Chaque être humain mérite d'avoir la certitude que sa santé ne va pas se dégrader à cause de l'air qu'il respire, de l'eau qu'il boit, des aliments qu'il consomme ou des produits chimiques présents dans son environnement. La plupart des professionnels de la santé savent que la mortalité des jeunes enfants dans le monde a fortement diminué depuis le début du siècle, mais peut-être sont-ils peu nombreux à savoir que 64 % des nourrissons dans le monde sont désormais vaccinés avec des vaccins présélectionnés par l'OMS.

3. Le présent rapport est publié à un moment où l'OMS entreprend des réformes globales concernant les programmes, la gestion et l'administration, et tire parti des enseignements susceptibles de guider ce processus. Les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé continuent de faire valoir l'intérêt de centrer la coopération sanitaire internationale sur un nombre limité de buts à atteindre dans un délai déterminé. Certains résultats exposés dans le présent document sont particulièrement remarquables. En 2010, la mortalité des jeunes enfants a chuté à un niveau sans précédent et la tendance à la baisse se poursuit. Bien que toujours trop élevée, la mortalité maternelle commence également à reculer. Près de 50 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont mis au monde des enfants exempts du virus grâce à un traitement antirétroviral approprié. Le nombre de personnes contractant la tuberculose a diminué de façon régulière, poursuivant la tendance amorcée en 2006. En ce qui concerne le paludisme, le nombre de cas et de décès est en recul d'au moins 50 %, par rapport à 2000, dans 43 pays. On estime que, sur une année de la période biennale, 800 millions de personnes ont bénéficié d'une chimioprophylaxie pour au moins l'une des maladies tropicales négligées. L'investissement dans le développement sanitaire porte ses fruits, mais nous devons garder à l'esprit la fragilité de ces progrès, surtout en ces temps d'austérité financière générale.

4. L'évolution la plus importante de la période biennale a été la reconnaissance politique au plus haut niveau des dangers multiples qu'entraîne le développement des maladies chroniques non transmissibles pour les personnes comme pour l'économie. Ainsi est notamment apparue la nécessité d'une collaboration entre de multiples secteurs gouvernementaux et de multiples organismes, bien au-delà du domaine de la santé. Les progrès dans l'établissement de protocoles d'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ont montré qu'une coopération totale, au nom de la santé, avec les ministres des finances, du commerce, du travail et de l'agriculture, ainsi qu'avec les services chargés de faire respecter la loi, est tout à fait possible et particulièrement fructueuse.

5. En cette période de bouleversement financier mondial, il est impératif d'économiser les ressources disponibles si l'on veut entretenir le formidable élan pour une meilleure santé dont le début

du siècle a été témoin. Les concepteurs de programmes sanitaires nationaux ou internationaux doivent développer une soif d'efficacité et ne tolérer aucun gaspillage. Étant donné l'intérêt actuel marqué pour l'amélioration de la performance des systèmes de santé, le *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*, qui concerne le financement des systèmes de santé, et plus particulièrement le passage à une couverture universelle, a été publié au bon moment. Le monde a récemment pris conscience des effets déstabilisateurs des inégalités sociales. Une couverture universelle est un puissant facteur d'égalité, contribuant à la cohésion et à la stabilité sociales. J'ai été très encouragée par le nombre de pays qui se sont engagés sur le chemin vers la couverture universelle. Beaucoup d'entre eux utilisent le *Rapport sur la santé dans le monde* comme source d'inspiration et d'aide pratique.

6. Selon moi, les réponses à la quête d'efficacité accrue se trouvent en partie du côté de l'innovation. Au cours de la période biennale, la santé a bénéficié, dans les pays et à l'échelle internationale, de plusieurs innovations sous forme de produits médicaux et d'instruments conçus pour améliorer la gouvernance mondiale de l'action sanitaire. Le nouveau vaccin conjugué contre la méningite, mis au point dans le cadre d'un projet coordonné par l'OMS et PATH, et lancé en 2010, a été administré à 33 millions de personnes, avec pour conséquence le plus petit nombre de cas confirmés de méningite A jamais enregistré pendant une saison épidémique dans la ceinture africaine de la méningite. Avec l'appui de l'OMS, 25 pays africains ont engagé une procédure accélérée pour l'enregistrement et l'homologation du nouveau vaccin. Un nouveau test moléculaire pour un diagnostic rapide et plus précis de la tuberculose a été présenté, assorti de recommandations de l'OMS et proposé à un prix largement réduit à la suite de l'approbation de l'Organisation. Le nombre de pays ayant introduit de nouveaux vaccins antipneumococciques et antirotavirus, qui offrent une protection contre les deux causes majeures de mortalité infanto-juvénile, a continué de progresser.

7. La Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant a adopté une approche novatrice en termes de gouvernance mondiale de l'action sanitaire. Sa stratégie de renforcement des capacités en matière d'information de base au sein des pays, élément central de la responsabilité, a servi de modèle pour définir des cibles et des indicateurs pour le suivi des progrès dans la lutte contre les maladies non transmissibles. Après des années d'intenses négociations, les États Membres ont adopté un cadre qui définit des obligations pour le partage des virus grippaux et l'échange des avantages comme les vaccins et les médicaments, au cours d'une pandémie de grippe. Un Comité d'examen, établi au titre du Règlement sanitaire international (2005), a évalué l'efficacité de l'OMS durant la pandémie de grippe de 2009 et formulé des recommandations visant à améliorer la riposte mondiale face aux futurs événements de ce type. Autre instrument pour améliorer la performance et la responsabilité, un comité de suivi indépendant a été créé pour superviser les progrès dans l'éradication de la poliomyélite. Ses évaluations semestrielles, franches et critiques, ont été prises très au sérieux par les pays, ainsi que par l'OMS et ses partenaires de l'Initiative pour l'éradication de la poliomyélite.

8. Comme j'aime à le dire, ce qui peut être mesuré peut être accompli. Tandis que le processus de réforme se poursuit, les États Membres cherchent des moyens de mesurer avec plus de précision les résultats des travaux de l'OMS et s'efforcent en même temps de simplifier, de réorganiser et de rationaliser les procédures pour l'établissement des priorités. Les prochaines appréciations des résultats obtenus par l'OMS s'appuieront sans nul doute sur ces réformes particulièrement attendues.

PROCESSUS D'APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION

9. L'appréciation de l'exécution du budget programme 2010-2011 est la deuxième à être effectuée dans le cadre du plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Le présent document vise à analyser les résultats obtenus par rapport aux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et aux indicateurs

fixés dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, approuvé par la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé. L'exercice a consisté à évaluer la contribution du Secrétariat à la réalisation, par les États Membres, des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation.

10. Comme pour les précédents exercices biennaux, l'appréciation s'est fondée sur une auto-évaluation. Chacun des bureaux (bureaux de pays, bureaux régionaux et Siège) a évalué ses résultats, en les comparant à ceux escomptés à son niveau, et ses indicateurs en ce qui concerne la prestation de services et la fourniture de produits. Des précisions écrites sur les réalisations, sur les enseignements tirés et sur les perspectives ont été communiquées. Chaque grand bureau a fourni une évaluation des contributions des Régions et du Siège à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. Les conclusions respectives ont ensuite été réunies pour établir des rapports d'appréciation à l'échelle de l'Organisation. L'exercice a été coordonné par les équipes chargées des objectifs stratégiques. L'un des principaux impératifs a été de disposer de données concernant les indicateurs de l'exécution convenus. Une attention particulière a été accordée aux réalisations dans les pays.

11. Afin d'améliorer la cohérence et la fiabilité du rapport d'appréciation, des mécanismes d'assurance de la qualité ont été mis en place. Les projets de rapports d'appréciation à l'échelle de l'Organisation ont été examinés par les équipes régionales et les équipes chargées des objectifs stratégiques à l'échelle de l'Organisation, ainsi que par un groupe d'examen collégial constitué de représentants des unités techniques et de l'équipe chargée de la planification et de l'appréciation des résultats. Les rapports sur les objectifs stratégiques ont été examinés de très près pour garantir l'exactitude de la contribution du Secrétariat et la réalisation globale par les États Membres des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. Les informations en retour sur le processus d'examen ont été intégrées aux rapports finals d'appréciation à l'échelle de l'Organisation, qui ont servi de base pour le présent document récapitulatif et pour le rapport intégral, disponible sur demande.

APERÇU DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION

12. Le Tableau 1 vise à présenter la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation par objectif stratégique. Sur 85 résultats escomptés au total à l'échelle de l'Organisation pour l'exercice 2010-2011, 46 ont été jugés « pleinement atteints » et 39 « partiellement atteints ».

13. La réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation a été appréciée essentiellement en se fondant sur la réalisation des indicateurs. Lors de l'appréciation, les valeurs de référence (base) et les valeurs cibles ont été ajustées pour refléter les réalisations obtenues en 2008-2009, notifiées dans l'appréciation de l'exécution du budget programme 2008-2009. Dans certains cas, les données de référence et les cibles ont également été actualisées pour tenir compte de nouvelles précisions apportées aux définitions et aux critères de mesure des différents indicateurs.

14. Fondés sur les données de référence et les cibles actualisées, les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été évalués comme suit :

- Pleinement atteint : toutes les cibles des indicateurs pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été atteintes ou dépassées.
- Partiellement atteint : une ou plusieurs des cibles des indicateurs pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation n'ont pas été atteintes.
- Non atteint : aucune des cibles des indicateurs pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation n'a été atteinte.

15. De plus, la contribution de chaque grand bureau a été prise en considération. Pour qu'un résultat escompté soit évalué comme « pleinement atteint », il a fallu qu'au moins six des sept grands bureaux aient fait figurer leur contribution dans cette catégorie. Si deux ou plus des sept grands bureaux ont indiqué une réalisation partielle de leurs résultats escomptés en raison de certains obstacles ou difficultés rencontrés pendant la période faisant l'objet du rapport, les résultats ont été globalement jugés « partiellement atteints ».

Tableau 1. Budget programme 2010-2011, réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, par objectif stratégique

Objectif stratégique	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation		
	Pleinement atteint	Partiellement atteint	Total
1. Maladies transmissibles	4	5	9
2. VIH/sida, tuberculose et paludisme	1	5	6
3. Affections chroniques non transmissibles	3	3	6
4. Santé de l'enfant et de l'adolescent, santé maternelle, santé sexuelle et génésique et vieillissement	6	2	8
5. Situations d'urgence et catastrophes	3	4	7
6. Facteurs de risque pour la santé	5	1	6
7. Déterminants sociaux et économiques de la santé	2	3	5
8. Environnement plus sain	4	2	6
9. Nutrition et sécurité sanitaire des aliments	3	3	6
10. Systèmes et services de santé	7	6	13
11. Technologies et produits médicaux	2	1	3
12. Direction de l'OMS, gouvernance et partenariats	4	0	4
13. Fonctions de facilitation et d'appui	2	4	6
Total	46	39	85

RÉSUMÉ DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE

16. L'exercice 2010-2011 a présenté des difficultés : les contributions volontaires ont été d'un montant inférieur à celui escompté, en particulier pour le segment Programmes de base du budget, alors que certains bureaux étaient confrontés à une hausse des coûts inattendue, imputable à d'importantes fluctuations monétaires. L'association de ces deux facteurs a engendré des contraintes financières et a eu pour conséquence que certains domaines budgétaires, notamment dans les Régions, n'ont pas été aussi bien financés que prévu, d'où une incapacité à atteindre les cibles fixées, alors que dans le même temps les coûts augmentaient au Siège de façon disproportionnée.

17. Les taux de change ont eu un impact particulièrement marqué en Suisse, où la valeur du franc suisse, à son maximum en 2011, dépassait les valeurs moyennes de 2009 de plus de 40 %, causant au Siège une hausse équivalente du coût des salaires et de certains programmes et coûts de fonctionnement pendant le mois concerné. Malgré de sérieux efforts de réduction des coûts et une diminution des effectifs, les dépenses globales au Siège, par rapport aux autres bureaux, sont restées plus élevées que prévu.

18. Le Secrétariat a réagi à l'évolution de la situation financière de diverses façons : un budget programme 2012-2013 réaliste a été établi sur la base des prévisions de recettes et de dépenses ; le Siège a fait l'objet d'un examen stratégique financier et programmatique à l'issue duquel les effectifs ont été revus à la baisse ; certaines fonctions administratives à volume élevé basées à Genève ont été réaffectées à Kuala Lumpur ; certains effectifs ont également été diminués dans d'autres bureaux, en particulier dans la Région africaine ; de nombreux efforts de réduction des coûts, notamment des modifications dans les politiques en matière de voyages, ont été réalisés ; et le programme de réforme, y compris en ce qui concerne la gestion et les finances, a été placé au cœur des préoccupations. Par ailleurs, au niveau des programmes, il y a eu en 2011 une hiérarchisation et une mise en œuvre sélective des activités, dont il est question dans de nombreuses synthèses concernant les objectifs stratégiques. Les tableaux qui suivent montrent comment le budget programme 2010-2011 a été financé et exécuté au 31 décembre 2011, par segment du budget, par objectif stratégique et par bureau.

Tableau 2. Budget programme 2010-2011, exécution financière, par segment du budget (en US \$ millions, au 31 décembre 2011)

Segment	Budget programme approuvé 2010-2011	Fonds disponibles au 31 décembre 2011			Fonds disponibles en % du budget programme approuvé	Dépenses au 31 décembre 2011	Dépenses en % du budget programme approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
		Contributions fixées	Contributions volontaires	Total				
Programmes de base	3 368	934	1 537	2 472	73 %	2 221	66 %	90 %
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration	822	4	1 312	1 315	160 %	1 108	135 %	84 %
Interventions en cas d'épidémies ou de crises	350	1	456	457	131 %	388	111 %	85 %
Total*	4 540	939	3 305	4 244	93 %	3 717	82 %	88 %
Charges						149		
Utilisation du budget						3 866		

* Note : Le total de US \$3717 millions dans la colonne des dépenses au 31 décembre 2011 ne comprend pas les US \$483 millions de contributions de biens et services en nature au budget programme 2010-2011. Si l'on inclut ces contributions, les dépenses ont été de US \$4199 millions (comme le montre le Tableau 2 du Rapport financier vérifié). En plus des dépenses indiquées ci-dessus, il a été imputé US \$149 millions de charges financières, équivalant à des engagements fermes auprès des fournisseurs. Charges financières comprises, l'utilisation du budget a été de US \$3866 millions au total (avant l'ajout des dépenses au titre de biens et services en nature).

19. Le budget programme approuvé de l'OMS pour 2010-2011 était de US \$4540 millions, dont US \$944 millions devaient être financés à partir des contributions fixées, le solde de 3600 millions étant financé par les contributions volontaires.

20. Les fonds disponibles prévus pour la période biennale s'élevaient au total à US \$4240 millions, soit 93 % du budget approuvé. Ils étaient composés des US \$2800 millions de recettes perçues en 2010-2011 correspondant aux contributions fixées et volontaires (les contributions en nature n'étant pas prises en compte) ; des US \$457 millions de recettes de l'exercice 2008-2009 prévues pour 2010-2011 ; et des US \$943 millions de fonds reportés de l'exercice 2008-2009.

Tableau 3. Financement des budgets programmes approuvés 2010-2011 et 2012-2013 (en US \$ millions)

	Budget programme 2010-2011	Budget programme 2012-2013
Recettes non utilisées en 2008-2009	943	
Recettes perçues en 2008-2009 et prévues pour 2010-2011	457	
Recettes perçues en 2010-2011 (US \$3,8 milliards)	2 844	1 000
Total	4 244	

21. Les dépenses totales ont été de US \$3,72 milliards, soit 82 % du budget programme approuvé (les contributions en nature n'étant pas prises en compte). Les dépenses ont représenté 88 % des fonds disponibles. En outre, il a été imputé US \$149 millions de charges financières, équivalant à des engagements fermes auprès des fournisseurs de biens et de services. Charges financières comprises, l'utilisation du budget a été de US \$3,86 milliards.

22. Si le niveau de financement du budget total a presque atteint la cible budgétaire, les fonds n'ont pas été répartis équitablement entre tous les segments du budget, avec des répercussions sur le niveau d'exécution par bureau, par objectif stratégique et par segment du budget.

23. Les dépenses en nature (y compris sous forme de services), engagées pour l'exercice 2010-2011, se sont élevées à US \$483 millions. Plus de 80 % des dépenses en nature, correspondant à la réception et à la distribution de vaccins contre la grippe A(H1N1), ont été enregistrées dans les dépenses au titre du segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises, et ont été engagées presque entièrement au Siège. Ce niveau inhabituellement élevé de contributions en nature a eu pour effet d'augmenter artificiellement le financement de l'objectif stratégique 1 (pour l'essentiel), Interventions en cas d'épidémies ou de crises, au Siège. Les contributions volontaires en nature étant comptabilisées, pour les mêmes montants, comme recettes et dépenses, la présente analyse ne les prend pas en compte dans le profil de financement.¹

24. Les US \$4540 millions au total du budget programme approuvé de l'OMS pour 2010-2011 ont été divisés en segments, soit US \$3368 millions (74 % du budget programme) pour les programmes de base, US \$822 millions (18 % du budget programme) pour les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, et US \$350 millions (8 % du budget programme) pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises.

25. En 2010-2011, l'OMS a amélioré son suivi du financement et des dépenses conformément aux trois segments du budget, et les tableaux du présent document fournissent une analyse de la gestion du budget selon cette perspective. Les trois segments offrent un éclairage utile pour examiner le budget, notamment pour comprendre pourquoi des niveaux de financement différents sont attribués aux divers domaines du budget approuvé. Il existe également une importante collaboration d'un domaine du budget à l'autre, le financement des programmes spéciaux et dispositifs de collaboration permettant à l'occasion de soutenir des activités au titre des programmes de base, et le financement des interventions en cas d'épidémies ou de crises servant parfois à appuyer des activités qui relèvent autant de l'intervention en cas de crises que de la préparation aux crises.

¹ Voir également le document A65/29, paragraphe 10.

26. Les fonds disponibles pour le segment Programmes de base du budget étaient de US \$2,5 milliards, soit 73 % des crédits budgétaires nécessaires. Le segment Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration a été financé à hauteur de 160 % du budget approuvé, et le segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises à hauteur de 131 %. La différence entre le niveau de financement des trois domaines du budget s'explique par les différences entre leurs sources et moteurs de financement.

27. Le financement du segment Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration est fréquemment influencé par le travail réalisé avec des partenaires au sein de divers types de dispositifs de collaboration, pour des activités qui répondent aux objectifs de l'OMS mais sont déterminées par des facteurs hors du contrôle immédiat de l'Organisation. Le financement au-delà du budget approuvé pour le segment Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration s'observe principalement dans deux domaines : au titre de l'objectif stratégique 1 pour l'éradication de la poliomyélite et, dans une moindre mesure, dans le cadre du soutien de l'Alliance GAVI ; et, au titre de l'objectif stratégique 2, depuis la reconnaissance du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme comme dispositif de collaboration au début de l'année 2011. Par ailleurs, en ce qui concerne l'objectif stratégique 11, la reconnaissance des travaux de l'OMS sur la présélection des médicaments et des vaccins comme dispositif de collaboration pendant l'exercice 2010-2011 a permis d'augmenter les niveaux de financement et d'attirer de nouvelles sources de financement pour le budget.

28. Le financement du segment Interventions en cas d'épidémies ou de crises du budget est essentiellement motivé par les situations d'urgence et les épidémies, qui sont par nature imprévisibles. Pour ces domaines, le budget est approuvé à un niveau minimum au début de l'exercice, puis le financement est octroyé en fonction des circonstances. Le financement reçu au-delà du budget approuvé pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises était surtout en rapport avec la pandémie de grippe A(H1N1) et inscrit au titre de l'objectif stratégique 1, bien que, dans la Région de la Méditerranée orientale, des augmentations importantes du financement aient aussi été comptabilisées au titre de l'objectif stratégique 5 pour des activités liées aux troubles civils du « printemps arabe » en Égypte, en Libye, en République arabe syrienne et au Yémen, et aux inondations au Pakistan. Dans la Région des Amériques et dans la Région du Pacifique occidental, les augmentations du financement des interventions en cas d'épidémies ou de crises au titre de l'objectif stratégique 5 résultent principalement des interventions de l'OMS à la suite du tremblement de terre à Haïti et des inondations aux Philippines, respectivement.

Tableau 4. Budget programme 2010-2011, exécution financière, par objectif stratégique, tous segments confondus (en US \$ millions, au 31 décembre 2011)

Objectif stratégique	Budget programme approuvé 2010-2011	Fonds disponibles au 31 décembre 2011			Fonds disponibles en % du budget programme approuvé	Dépenses au 31 décembre 2011	Dépenses en % du budget programme approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
		Contributions fixées	Contributions volontaires	Total				
OS 1	1 268	72	1 400	1 472	116 %	1 290	102 %	88 %
OS 2	634	42	494	535	84 %	446	70 %	83 %
OS 3	146	38	74	112	77 %	98	67 %	87 %
OS 4	333	50	172	222	67 %	190	57 %	86 %
OS 5	364	16	377	393	108 %	312	86 %	80 %
OS 6	162	31	78	109	67 %	94	58 %	86 %
OS 7	63	16	26	42	67 %	37	59 %	88 %
OS 8	114	31	63	94	82 %	83	73 %	88 %
OS 9	120	18	51	70	58 %	62	52 %	89 %
OS 10	474	125	223	348	73 %	298	63 %	86 %
OS 11	115	27	131	158	137 %	137	119 %	87 %
OS 12	223	198	71	269	121 %	264	119 %	98 %
OS 13	524	276	144	420	80 %	405	77 %	97 %
Total	4 540	939	3 305	4 244	93 %	3 717	82 %	88 %

Tableau 5. Budget programme 2010-2011, exécution financière, par objectif stratégique, programmes de base (en US \$ millions, au 31 décembre 2011)

Objectif stratégique	Budget programme approuvé 2010-2011	Fonds disponibles au 31 décembre 2011			Fonds disponibles en % du budget programme approuvé	Dépenses au 31 décembre 2011	Dépenses en % du budget programme approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
		Contributions fixées	Contributions volontaires	Total				
OS 1	542	70	310	380	70 %	355	66 %	93 %
OS 2	556	40	314	354	64 %	294	53 %	83 %
OS 3	146	38	73	111	76 %	96	66 %	86 %
OS 4	292	49	124	172	59 %	149	51 %	86 %
OS 5	109	15	50	65	59 %	47	43 %	72 %
OS 6	149	31	63	94	63 %	81	54 %	86 %
OS 7	63	16	26	42	66 %	37	58 %	88 %
OS 8	113	31	62	93	82 %	82	73 %	88 %
OS 9	116	18	46	64	55 %	58	49 %	90 %
OS 10	420	125	161	286	68 %	250	59 %	87 %
OS 11	115	27	94	121	105 %	103	90 %	86 %
OS 12	223	198	71	269	121 %	264	119 %	98 %
OS 13	524	276	144	420	80 %	405	77 %	97 %
Total	3 368	934	1 537	2 472	73 %	2 221	66 %	90 %

29. Le financement en deçà du budget approuvé pour les programmes de base a été observé pour tous les objectifs stratégiques, notamment les objectifs 2, 4, 5, 9 et 10. La majorité de ces objectifs particuliers sont aussi des domaines du budget qui ont un poids stratégique dans les Régions et, dans la plupart des cas, le niveau de financement n'a pas été à la hauteur des attentes. Les dépenses en relation avec le budget approuvé ont été faibles dans ces domaines, tandis que les dépenses en relation avec le financement ont été beaucoup plus élevées, représentant généralement entre 85 % et 90 % des fonds disponibles.

30. L'objectif stratégique 11 a connu le plus haut niveau d'exécution, soit 120 % par rapport au budget approuvé, en raison du développement des activités de présélection des médicaments, reconnues comme dispositif de collaboration pour le segment Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration du budget, après l'approbation de celui-ci.

31. Pendant l'exercice 2010-2011, il a été procédé à plusieurs ajustements au titre des objectifs stratégiques 12 et 13 en vue d'une meilleure harmonisation avec la planification des dépenses dans les bureaux de pays. En conséquence, on constate un niveau d'exécution inférieur aux prévisions du budget approuvé pour l'objectif stratégique 13 et un niveau d'exécution supérieur pour l'objectif stratégique 12. Cela dit, l'exécution de ces objectifs pris ensemble a représenté 91 % du budget approuvé. Ce résultat nettement inférieur aux prévisions est en partie dû aux réductions budgétaires dont l'objectif stratégique 13 a été l'objet, aux fins d'un transfert hors du budget programme, des fonds étant mis à disposition par le biais du prélèvement en rapport avec l'occupation des postes (voir Tableau récapitulatif 6, page 84 du budget programme 2010-2011). Par ce mécanisme de prélèvement, tous les objectifs stratégiques du budget programme ont contribué à financer les coûts directs de

l'administration des programmes, pour un montant de US \$139 millions supplémentaires, affectés à l'administration des contrats, à la sécurité, à l'infrastructure des technologies de l'information et au développement du personnel, venant s'ajouter aux dépenses inscrites au budget programme au titre de l'objectif stratégique 13.

32. Au titre de l'objectif stratégique 1, l'exécution par rapport au budget approuvé a été de 102 % en raison de niveaux élevés de mise en œuvre pour certaines composantes des interventions en cas d'épidémies ou de crises (principalement la vaccination contre la grippe A(H1N1)) et des programmes spéciaux et dispositifs de collaboration (essentiellement l'éradication de la poliomyélite et le soutien de l'Alliance GAVI). Pour les programmes de base, l'exécution a représenté 68 % du budget approuvé ou 91 % des fonds disponibles. Par ailleurs, au Siège, l'objectif stratégique 1 a été à l'origine de la plupart des dépenses en nature sous forme de vaccins contre la grippe A(H1N1), comptabilisées pour un montant de US \$400 millions.

33. Pour tous les segments, les niveaux les plus faibles de mise en œuvre ont été enregistrés au titre des objectifs stratégiques 4, 6, 7 et 9, pour lesquels l'exécution par rapport au budget approuvé a été de 60 % ou moins, en raison d'un financement inférieur aux niveaux budgétisés. Le budget des programmes de base en 2010-2011 a été augmenté pour refléter le niveau de priorité élevé de ces quatre objectifs. Mais le financement n'a pas été suffisant pour supporter l'augmentation du budget et seul l'objectif stratégique 9 a connu un niveau d'exécution nettement plus élevé que durant l'exercice 2008-2009.

Tableau 6. Budget programme 2010-2011, exécution financière par grand bureau, tous segments confondus (en US \$ millions, au 31 décembre 2011)

Lieu	Budget programme approuvé 2010-2011	Fonds disponibles au 31 décembre 2011			Fonds disponibles en % du budget programme approuvé	Dépenses au 31 décembre 2011	Dépenses en % du budget programme approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
		Contributions fixées	Contributions volontaires	Total				
Région africaine	1 263	209	931	1 139	90 %	1 026	81 %	90 %
Région des Amériques	256	80	78	158	62 %	154	60 %	97 %
Région de l'Asie du Sud-Est	545	102	267	369	68 %	314	58 %	85 %
Région européenne	262	62	161	223	85 %	199	76 %	89 %
Région de la Méditerranée orientale	515	90	477	567	110 %	449	87 %	79 %
Région du Pacifique occidental	310	78	194	272	88 %	251	81 %	92 %
Siège	1 389	318	1 179	1 498	108 %	1 324	95 %	88 %
Total	4 540	939	3 305	4 244*	93 %	3 717	82 %	88 %

* Dont US \$19 millions de contributions volontaires non encore distribuées aux grands bureaux.

Tableau 7. Budget programme 2010-2011, exécution financière par grand bureau, programmes de base (en US \$ millions, au 31 décembre 2011)

Lieu	Budget programme approuvé 2010-2011	Fonds disponibles au 31 décembre 2011			Fonds disponibles en % du budget programme approuvé	Dépenses au 31 décembre 2011	Dépenses en % du budget programme approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
		Contributions fixées	Contributions volontaires	Total				
Région africaine	926	209	316	524	57 %	478	52 %	91 %
Région des Amériques	245	80	40	121	49 %	118	48 %	98 %
Région de l'Asie du Sud-Est	394	101	143	244	62 %	210	53 %	86 %
Région européenne	239	62	128	190	80 %	170	71 %	90 %
Région de la Méditerranée orientale	391	90	139	229	58 %	176	45 %	77 %
Région du Pacifique occidental	293	78	166	244	83 %	224	77 %	92 %
Siège	881	315	604	919	104 %	844	96 %	92 %
Total	3 368	934	1 537	2 471*	73 %	2 221	66 %	90 %

* Dont US \$1 million de contributions volontaires non encore distribuées aux grands bureaux.

34. Le financement par grand bureau a varié en fonction du segment du budget et a également été influencé par les répercussions de la baisse du dollar sur les différents bureaux. Conséquence de la hausse du franc suisse, les augmentations les plus importantes de coûts ont eu lieu au Siège ; elles apparaissent dans le segment Programmes de base, qui supporte l'essentiel des coûts salariaux. Pour les programmes de base, l'exécution au Siège a représenté 96 % du budget approuvé, du fait de l'augmentation des coûts salariaux, tandis que, dans toutes les autres Régions, où elle dépendait principalement des niveaux de financement, l'exécution a varié entre 45 % et 77 % du budget approuvé. Le budget programme 2010-2011 prévoyait une importante augmentation de l'exécution dans toutes les Régions, en particulier dans la Région africaine et la Région des Amériques. Les niveaux de financement n'ont pas été à la hauteur des attentes.

35. Pour les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, les dépenses dans les Régions ont varié entre 86 % et 382 % du budget approuvé, essentiellement en raison de l'intensification des efforts d'éradication de la poliomyélite ; en comparaison, au Siège, l'exécution du budget pour les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration n'a représenté que 108 % du budget. Le financement reçu au-delà du budget approuvé a été affecté comme suit : 94 % pour les Régions et 6 % pour le Siège. La majeure partie du financement reçu au-delà du budget approuvé pour les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration a été utilisée pour appuyer les activités d'éradication de la poliomyélite et de vaccination dans le cadre de l'Alliance GAVI, au titre de l'objectif stratégique 1 ; et pour soutenir le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, au titre de l'objectif stratégique 2.

36. En ce qui concerne les interventions en cas d'épidémies ou de crises, la hausse du financement peut également être attribuée principalement à l'exécution dans les Régions, qui ont été à l'origine de 64 % du financement au-delà du niveau du budget programme.

RÉALISATION DES OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION

37. Le reste du présent rapport vise à présenter pour chaque objectif stratégique une évaluation succincte concernant :

- les progrès généraux accomplis par les États Membres vers la réalisation des résultats visés pour l'objectif en question ;
- les principales contributions du Secrétariat de l'OMS ;
- les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, y compris les raisons pour lesquelles des résultats ont été « partiellement atteints ».

38. Ces rapports récapitulatifs ont été établis sur la base des rapports complets présentés par les 13 équipes chargées des objectifs stratégiques. Un rapport intégral est également disponible ; il fournit des renseignements plus détaillés, notamment en ce qui concerne les résultats atteints au niveau des pays, les principaux produits et les domaines prioritaires sélectionnés pour la fourniture d'un appui technique au cours de l'exercice, mais surtout il décrit comment les travaux se rapportent aux indicateurs figurant dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1

Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles

39. Les maladies transmissibles sont l'un des principaux obstacles potentiels à l'instauration de la santé dans le monde car, sans compter le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, elles sont responsables de 20 % des décès dans toutes les classes d'âge, de 50 % des décès d'enfants et de 33 % des décès dans les pays les moins avancés. Alors que l'on continue de faire des progrès en ce qui concerne la prévention et la surveillance des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies, il demeure d'importants enjeux posés par la mise en œuvre de la surveillance et des interventions, le renforcement des capacités de recherche, et l'élaboration, la validation et la mise à disposition de connaissances, de stratégies et d'outils d'intervention nouveaux.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 1.1

Fourniture aux États Membres d'un appui technique et stratégique pour accroître au maximum l'accès équitable de tous à des vaccins de qualité garantie, nouveaux produits et technologies de vaccination compris, et intégrer d'autres interventions essentielles de santé des enfants dans la vaccination.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
1.1.1	Nombre d'États Membres ayant réalisé une couverture vaccinale d'au moins 90 % au niveau national (DTC3)	126	135	130
1.1.2	Nombre d'États Membres qui ont introduit le vaccin anti- <i>Haemophilus influenzae</i> type b dans leur programme national de vaccination	136	160	169

40. L'élargissement de la couverture vaccinale à un nombre croissant d'enfants a été une réalisation prioritaire pendant la période biennale. On estime à 109,4 millions le nombre d'enfants de moins d'un an auxquels il a été administré trois doses du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux, contre 106 millions en 2008. Le nombre de pays dont le taux de couverture vaccinale atteint 90 % ou plus pour ce vaccin est passé à 130, contre 120 au cours de l'exercice précédent. On a pu administrer davantage de vaccins nouveaux et de vaccins sous-utilisés. Les vaccins antipneumococciques et antirotavirus ont été introduits dans 55 et 28 pays, respectivement. Pris ensemble, les pneumocoques et les rotavirus sont responsables, chez les enfants de moins de cinq ans, de la moitié des décès dus aux maladies évitables par la vaccination, et les progrès actuels et futurs devraient beaucoup contribuer à réduire la mortalité infantile globalement. À la fin de 2010, le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b (Hib) avait été introduit dans 169 pays, contre 136 en 2008.

41. Au cours de l'année 2011 a été introduit le premier vaccin conjugué contre le méningocoque A conçu spécifiquement pour les pays de la ceinture africaine de la méningite. Les campagnes ont permis la vaccination de plus de 54 millions de personnes. Six mois après l'introduction du nouveau vaccin, les pays concernés ont notifié le plus petit nombre de cas confirmés de méningite A jamais enregistré pendant une saison épidémique.

42. Le Secrétariat de l'OMS a continué de soutenir les États Membres en convoquant les spécialistes de la vaccination au sein des ministères de la santé et d'autres partenaires, afin de trouver des moyens novateurs de renforcer les services de vaccination, par le biais de plusieurs plates-formes, y compris les réunions mondiales consacrées à la lutte contre la rougeole et aux nouveaux vaccins, qui se tiennent annuellement.

43. En dépit d'un bilan satisfaisant, ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été évalué comme partiellement atteint du fait que seuls 130 États Membres sur les 135 visés ont notifié un taux de couverture nationale d'au moins 90 % en ce qui concerne la vaccination antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheuse. Ces résultats reflètent la fragilité des infrastructures sanitaires, le manque d'appropriation par la communauté des programmes de vaccination, la difficulté à élargir la couverture de vaccination systématique dans les grands pays, et les conditions de sécurité dans plusieurs pays, en particulier dans la Région africaine, la Région de la Méditerranée orientale et la Région de l'Asie du Sud-Est.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 1.2

Bonne coordination et appui aux États Membres pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, et la destruction, ou le confinement approprié, des poliovirus, conduisant à l'arrêt simultané partout dans le monde de la vaccination antipoliomyélitique orale.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
1.2.1	Pourcentage de rapports finals attestant de l'arrêt de la transmission du poliovirus sauvage et du confinement des stocks de poliovirus sauvage acceptés par la commission régionale compétente pour la certification de l'éradication de la poliomyélite	87 % pour l'arrêt de la transmission ; 81 % pour le confinement	90 %	80 %
1.2.2	Pourcentage d'États Membres utilisant le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent qui disposent d'un calendrier et d'une stratégie pour mettre un terme le moment venu à son utilisation dans le cadre des programmes de vaccination systématique	0 %	50 %	0 %

44. La période biennale visée a été particulièrement difficile en ce qui concerne la mise en œuvre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite. Vers la fin de 2011, parmi les quatre pays qui restent confrontés à une transmission endémique du poliovirus sauvage, à savoir l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan, seule l'Inde était en passe d'atteindre la grande étape de l'arrêt de la circulation du virus à fin 2011. Le Nigéria a vu le nombre de cas tripler en 2011 par rapport à 2010. Entre 2010 et 2011, l'Afghanistan et le Pakistan ont connu une augmentation du nombre de cas de 135 % et de 22 %, respectivement. Cependant, des progrès ont été réalisés vers l'éradication de la poliomyélite. En 2011, on a observé une réduction de 98 % du nombre de cas notifiés en Inde (un cas seulement) par rapport à 2010 (41 cas), et une diminution de plus de 52 % du nombre de cas dans le monde.

45. L'OMS a coordonné la mise sur le marché et la diffusion à l'échelle mondiale du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, qui a permis d'arrêter la transmission du virus en Inde. L'Organisation, qui est l'un des principaux acteurs de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, a également soutenu un programme de recherche complet visant à accélérer l'éradication, à éliminer les cas de poliovirus dérivant d'une souche vaccinale et à préserver l'éradication. Le Secrétariat a également rempli son rôle en matière d'analyse et de distribution des informations sur la situation mondiale concernant la poliomyélite.

46. Ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation n'a été que partiellement atteint malgré les progrès significatifs en Inde, la réduction du nombre de cas dans le monde en 2011, et la rapidité et l'efficacité des interventions face aux nouvelles flambées. La transmission qui se poursuit dans les pays prioritaires, en particulier le Nigéria et le Pakistan, continue de menacer l'éradication mondiale. Seuls 80 % (au lieu des 90 % visés) des rapports finals des pays font état de l'arrêt de la transmission du poliovirus sauvage et de l'acceptation du confinement des stocks de poliovirus sauvage par la commission régionale compétente pour la certification de l'éradication de la poliomyélite.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 1.3

Bonne coordination et fourniture d'un appui aux États Membres pour assurer l'accès de toutes les populations aux interventions de prévention, de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées, y compris les zoonoses.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
1.3.1	Nombre d'États Membres ayant certifié l'éradication de la dracunculose	175	179	180
1.3.2	Nombre d'États Membres ayant éliminé la lèpre au niveau infranational	78	95	Non disponible
1.3.3	Nombre de cas notifiés de trypanosomiase humaine africaine pour l'ensemble des pays d'endémie	9 503	8 500	8 000
1.3.4	Nombre d'États Membres ayant atteint la couverture cible recommandée dans la population à risque pour la filariose lymphatique, la schistosomiase et les géohelminthiases moyennant une chimiothérapie anthelminthique préventive régulière	15	20	23

47. Maîtriser les maladies tropicales négligées, les éliminer et les éradiquer est un dessein qui a suscité un important élan au cours des dernières années. L'OMS a produit des données factuelles démontrant que la charge que représentent bon nombre de ces 17 maladies qui touchent plus d'un milliard de personnes dans le monde peut effectivement être maîtrisée et, dans de nombreux cas, éliminée voire éradiquée.

48. En 2010, l'OMS a publié son premier rapport sur les maladies tropicales négligées, intitulé *Agir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées*. Le rapport, qui est un document important de plaidoyer et de stratégie, a facilité le soutien extérieur et l'action régionale pour accélérer la couverture par la chimiothérapie préventive afin de lutter contre les maladies tropicales négligées dans les pays ciblés, et a suscité un plus grand engagement en vue d'améliorer l'accès aux médicaments, y compris par l'intermédiaire d'une augmentation des dons pharmaceutiques. La plupart des pays visés ont mis au point des plans directeurs contre les maladies tropicales négligées, qui amélioreront leurs capacités à mobiliser et à intégrer les ressources requises et renforceront leurs capacités dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées. D'ici la fin de 2011, 180 États Membres ont certifié l'éradication de la dracunculose et 23 États Membres ont atteint la couverture cible recommandée dans la population à risque pour la filariose lymphatique, la schistosomiase et les géohelminthiases, moyennant une chimiothérapie anthelminthique préventive régulière.

49. Malgré des progrès considérables, ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme partiellement atteint étant donné que les notifications relatives à l'élimination de la lèpre au niveau infranational étaient incomplètes au moment de l'établissement du rapport.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 1.4

Fourniture d'un soutien technique et stratégique aux États Membres pour renforcer leur capacité à assurer la surveillance et le suivi de toutes les maladies transmissibles importantes pour la santé publique.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
1.4.1	Nombre d'États Membres dotés de systèmes de surveillance et de formation pour toutes les maladies transmissibles importantes pour la santé publique dans le pays	85	150	150
1.4.2	Nombre d'États Membres pour lesquels des formulaires de déclaration communs OMS/UNICEF sur la surveillance et le suivi de la vaccination ont été reçus au niveau mondial dans les délais fixés	148	150	151

50. Il y a eu une amélioration dans la surveillance et le suivi des maladies transmissibles, 150 États Membres notifiant les maladies transmissibles importantes pour la santé publique. Une amélioration a également été constatée dans la notification de la vaccination annuelle, 190 (99 %) États Membres ayant notifié des données en 2011. L'OMS et l'UNICEF ont examiné conjointement toutes les informations disponibles et ont produit des estimations de la couverture par la vaccination pour l'ensemble des 193 États Membres. Dans le cadre de cette analyse, une méthode élaborée a été utilisée pour mettre au point les estimations de couverture et les rendre à la fois plus transparentes et plus aisément reproductibles. En outre, tous les niveaux de l'Organisation ont contribué au renforcement des réseaux de surveillance au niveau national moyennant l'élaboration d'outils, de lignes directrices et de programmes de formation.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 1.5

Mise au point et validation de connaissances, d'instruments et de stratégies d'intervention nouveaux répondant aux besoins prioritaires pour la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles, et augmentation du nombre des scientifiques de pays en développement à la tête de ces recherches.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
1.5.1	Nombre d'instruments nouveaux ou améliorés ou de stratégies de mise en œuvre, mis au point moyennant une importante contribution de l'OMS, adoptés par le secteur public dans au moins un pays en développement	6	9	17
1.5.2	Pourcentage des publications à comité de lecture basées sur des recherches soutenues par l'OMS dont l'auteur principal vient d'un établissement situé dans un pays en développement	>55 %	55 %	71 %

51. Des progrès ont été réalisés dans les Régions et les pays pour divers nouveaux instruments et stratégies d'intervention, de nouvelles connaissances étant diffusées par les institutions dans les pays en développement, par l'intermédiaire d'un soutien durable de la part du Secrétariat de l'OMS. Par exemple, un document-cadre d'orientation sur les meilleures pratiques a été mis au point, appuyé et testé dans les pays afin de soutenir la prise de décisions dans les pays sur les essais et l'utilisation de moustiques génétiquement modifiés ; des instruments tels que la PCR quantitative en tant que biomarqueur de guérison pour la maladie de Chagas ont été normalisés et validés ; et un système simplifié pour la classification des cas de dengue a été mis au point et évalué dans 18 pays, puis adopté et largement utilisé en Amérique latine et, de plus en plus fréquemment, en Asie. Un vaccin conjugué contre le méningocoque A, visant à lutter contre les épidémies de méningite en Afrique, a fait l'objet d'une licence et a été présélectionné par l'OMS. Le vaccin a été mis au point par le Projet de vaccins contre la méningite (Meningitis Vaccine Project), un partenariat entre l'OMS et PATH, et a été introduit avec succès dans plusieurs pays de la ceinture de la méningite (Burkina Faso, Mali, Niger), permettant d'atteindre des niveaux élevés de couverture. En collaboration avec les partenaires, des stratégies d'introduction du vaccin contre la typhoïde ont également été élaborées.

52. Le renforcement des capacités moyennant l'encouragement à une prise en mains par les pays en développement de la lutte contre les maladies négligées de la pauvreté et de la mise au point de vaccins s'est poursuivi. De 2010 à 2011, un certain nombre de petites subventions ont soutenu les travaux de recherche dans les pays, certains de ces travaux étant publiés dans des revues à comité de lecture. Une majorité d'établissements dont viennent les auteurs principaux de publications sont situés dans les pays en développement. Parmi les progrès réalisés dans le renforcement des capacités des pays figurent l'instauration d'une plate-forme de formation et de transfert de technologie pour les adjuvants vaccinaux et la fourniture de formation et de technologie à deux pays en développement. Des centres de formation régionaux pour la formation des chercheurs et des directeurs de recherche locaux aux bonnes pratiques en matière de recherche ont été établis dans des établissements de quatre Régions de l'OMS, avec le soutien du Siège de l'Organisation. La création du Réseau africain pour l'innovation dans le domaine des médicaments et des produits diagnostiques (ANDI), qui est devenu une entité juridique en octobre 2010, représente une approche novatrice pour favoriser l'innovation dans le domaine des médicaments et des produits diagnostiques.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 1.6

Soutien fourni aux États Membres pour les aider à se doter des capacités de base minimales requises aux termes du Règlement sanitaire international (2005) pour l'établissement et le renforcement des systèmes d'alerte et d'action à utiliser en cas d'épidémie ou d'autres urgences de santé publique de portée internationale.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
1.6.1	Nombre d'États Membres ayant achevé l'évaluation et mis au point un plan d'action national pour obtenir les capacités essentielles de surveillance et d'action, conformément aux obligations que leur impose le Règlement sanitaire international (2005)	Au moins 95	115 ^a	129
1.6.2	Nombre d'États Membres dont le système de laboratoire national travaille sur au moins un programme externe de contrôle de la qualité pour les maladies transmissibles potentiellement épidémiques	140	120 ^b	121

^a La cible 2011 pour l'indicateur 1.6.1 a été révisée pour refléter les dernières estimations, conformément au nouveau système de suivi introduit en 2010.

^b La cible 2011 pour l'indicateur 1.6.2 a été révisée pour refléter les dernières estimations, conformément au nouveau système de suivi introduit en 2010.

53. L'un des principaux défis auxquels l'OMS s'est trouvée confrontée au cours de cet exercice a consisté à aider les États Membres à se doter des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) pour l'établissement et le renforcement des systèmes d'alerte et d'action en cas d'épidémie ou d'autres urgences de santé publique de portée internationale. Une comparaison de l'état d'avancement des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (2005) dans les pays ayant présenté des notifications en 2010 et 2011 montre d'une manière générale des progrès dans l'ensemble des principales capacités. Les avancées les plus notables ont été constatées dans les domaines de la surveillance et de la préparation. Les données factuelles attestent également que les pays ont utilisé les différentes phases de la grippe pandémique A(H1N1) 2009 pour évaluer le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005), ainsi que pour renforcer leurs capacités techniques, y compris en ce qui concerne les laboratoires. Les capacités en matière de ressources humaines aux points d'entrée désignés et pour le dépistage des événements chimiques et la riposte face à ceux-ci restent faibles.

54. Un nouveau système de suivi a été introduit en 2010 qui est actuellement utilisé par les États Membres. Il montre que les chiffres de base 2010 étaient surestimés. Les cibles pour 2011 ont été révisées pour refléter la situation réelle à l'échelle mondiale. Les données individuelles des pays transmises par l'intermédiaire du système sont confidentielles.

55. Pour ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation, bien que les deux indicateurs aient été atteints, la Région des Amériques, la Région européenne et la Région de l'Asie du Sud-Est n'ont pu qu'atteindre partiellement les résultats, du fait des difficultés rencontrées dans l'évaluation et l'amélioration des capacités essentielles requises au niveau national en vertu du Règlement sanitaire international (2005).

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 1.7

Les États Membres et la communauté internationale sont équipés pour détecter, évaluer et combattre les grandes maladies épidémiques et potentiellement pandémiques (grippe, méningite, fièvre jaune, fièvres hémorragiques, peste et variole, notamment) moyennant la conception et la mise en œuvre d'instruments, de méthodes, de pratiques, de réseaux et de partenariats pour la prévention, la détection, la préparation et l'intervention.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
1.7.1	Nombre d'États Membres ayant mis en place des plans de préparation et des modes opératoires normalisés nationaux pour la préparation et l'action face aux principales maladies potentiellement épidémiques	139	165	158
1.7.2	Nombre de mécanismes de coordination internationaux pour fournir les vaccins, les médicaments et le matériel essentiels à utiliser pour les interventions de masse contre les principales maladies épidémiques et maladies potentiellement pandémiques	8	8	8
1.7.3	Nombre de maladies graves émergentes et réémergentes pour lesquelles des stratégies de prévention, de surveillance et de lutte ont été élaborées	8	8	8

56. L'OMS a soutenu les examens en cours et les révisions des plans de préparation et des modes opératoires normalisés reposant sur les enseignements tirés des pandémies. L'OMS a également continué à soutenir les réseaux spécialisés aux niveaux international et régional, notamment le Réseau mondial OMS de surveillance de la grippe, les réseaux pour lutter contre les infections et le Réseau de laboratoires des agents pathogènes émergents et dangereux. En outre, des équipes d'intervention d'urgence ont été mises en place aux niveaux national et infrarégional. L'OMS a publié de nouvelles lignes directrices techniques, notamment pour la surveillance et la riposte face aux maladies respiratoires, la surveillance de la grippe et la prise en charge clinique des cas de dengue.

57. Bien que ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation fût en bonne voie à mi-chemin de l'exercice, il n'a été que partiellement atteint à la fin de l'exercice, étant donné que seuls 158 des 165 États Membres visés avaient mis en place des plans de préparation et des modes opératoires normalisés nationaux pour la préparation et l'action face aux principales maladies potentiellement épidémiques. Parmi les obstacles à l'obtention des résultats, il convient de noter les capacités limitées des États Membres pour une collaboration internationale ou intersectorielle en temps voulu, et dans certains cas le manque d'engagement politique à cet égard, ainsi que l'insuffisance des ressources humaines, financières et logistiques pour mettre en œuvre les stratégies, en particulier pour la lutte intégrée contre les vecteurs.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 1.8

Coordination et mise à disposition rapide des États Membres des capacités régionales et mondiales de détection, de vérification, d'évaluation des risques et d'action en cas d'épidémie et d'autres urgences de santé publique de portée internationale.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
1.8.1	Nombre de sites de l'OMS où le système mondial de gestion des événements est en place pour aider à coordonner l'évaluation des risques, la communication et les opérations de terrain pour le Siège, les bureaux régionaux et de pays	74	90	129

58. Les six bureaux régionaux de l'OMS utilisent désormais le système de gestion des événements de l'OMS¹ dans 129 sites géographiques, avec la participation de 169 équipes et 597 utilisateurs. L'OMS a répondu à toutes les demandes de soutien d'urgence aux termes du Règlement sanitaire international (2005) émanant des États Membres, moyennant les ressources techniques du Siège, divers réseaux de spécialistes et le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Parmi les interventions de l'OMS sur le terrain afin de répondre à des événements et flambées majeurs, il convient de citer les flambées de choléra en Haïti et au Pakistan, et les missions de terrain déployées après les inondations au Pakistan, qui ont entraîné des flambées de maladies vectorielles, telles que la fièvre hémorragique de Crimée-Congo et la dengue. Des bilans opérationnels des missions du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie ont été menés à bien pour les flambées de dengue au Pakistan et pour la flambée de choléra en Haïti.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 1.9

Interventions et action efficaces des États Membres et de la communauté internationale face aux situations d'urgence déclarées dues à des maladies épidémiques ou potentiellement pandémiques.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
1.9.1	Proportion de demandes d'assistance formulées par les États Membres, ayant donné lieu à des interventions mises en œuvre efficacement et en temps voulu par l'OMS moyennant une approche de l'Équipe mondiale pour prévenir, endiguer et combattre les urgences épidémiques et autres urgences de santé publique	Non disponible	99 %	99 %

¹ L'OMS a mis au point un « système de gestion des événements » complet afin de gérer les informations essentielles sur les flambées et de veiller à des communications précises et en temps voulu entre les professionnels de santé publique clés au niveau international, y compris les bureaux régionaux de l'OMS, les bureaux de pays, les centres collaborateurs et les partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie.

59. L'OMS a continué à apporter un soutien au Comité d'urgence jusqu'à ce que la grippe pandémique A(H1N1) 2009 soit déclarée terminée. Elle a également fourni matériel et données factuelles pour l'évaluation par le Comité d'examen du fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la grippe pandémique A (H1N1) 2009. Le rapport final du Comité a été présenté à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé.¹ L'une des conclusions du rapport était que les pays devraient s'efforcer d'améliorer la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005).

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2

Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

60. Les progrès dans la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme sont essentiels pour la réalisation des objectifs 4, 5 et 6 du Millénaire pour le développement. Au cours de l'exercice, des avancées ont été obtenues dans l'adoption de politiques efficaces et dans l'élargissement de l'accès aux interventions, mais des défis importants subsistent pour toutes les maladies, notamment en ce qui concerne la demande de soutien technique pour l'adoption de nouvelles politiques, et la transposition de celles-ci à plus grande échelle, de manière sûre et efficace.

61. Les progrès se sont poursuivis dans l'extension des services liés au VIH. L'incidence mondiale de l'infection à VIH s'est stabilisée et a commencé à diminuer dans de nombreux pays où l'épidémie était généralisée, et le nombre de vies sauvées depuis 1995 est estimé à 2,5 millions. Le nombre de cas de tuberculose-maladie a diminué depuis 2006 et la mortalité par tuberculose a chuté de 40 % depuis 1990 ; on estime à 7 millions le nombre de vies supplémentaires sauvées depuis 1995. Il y a eu des avancées remarquables dans la mise en œuvre à plus grande échelle des mesures de lutte contre le paludisme. Dans la Région africaine, au cours des années 2010 et 2011, environ 220 millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées et 78 millions de personnes ont été protégées grâce à la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations.

62. Malgré des progrès significatifs, la réalisation des cibles mondiales pour la prévention, le traitement, et les soins concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme est en danger. Au cours de l'exercice, la progression des taux d'infection par le VIH en Europe orientale et en Asie centrale a été un sujet d'inquiétude particulier, de même que la lenteur constatée dans le rythme d'extension du traitement de la tuberculose multirésistante à l'échelle mondiale et dans la baisse de la mortalité par tuberculose en Afrique. La couverture des mesures essentielles de prévention et de traitement du paludisme reste inférieure à la cible dans la plupart des pays où la charge de morbidité est élevée, et la résistance aux insecticides et aux agents antipaludiques est un sujet de préoccupation majeur.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 2.1

Élaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/sida, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.

¹ Document A64/10.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
2.1.1	Nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire ayant atteint une couverture de 80 % pour a) le traitement antirétroviral et b) les services de prévention de la transmission mère-enfant	Non disponible	a) 15 et b) 20	a) 8 et b) 13
2.1.2	Proportion de pays d'endémie ayant atteint leurs objectifs nationaux liés aux interventions pour le paludisme	35 %	60 %	50 %
2.1.3	Nombre d'États Membres étant parvenus à dépister au moins 70 % des cas de tuberculose et à en traiter avec succès au moins 85 %	42	46	45
2.1.4	Nombre de pays parmi les 27 pays prioritaires ayant une charge de tuberculose polypharmacorésistante élevée qui ont diagnostiqué la maladie et commencé un traitement, conformément à la prise en charge dans le cadre de programmes recommandée par l'OMS, pour au moins 70 % des cas estimés de tuberculose polypharmacorésistante	2	4	5
2.1.5	Proportion d'États Membres à forte charge de morbidité étant parvenus à diagnostiquer, à traiter et à conseiller sur le lieu des soins 70 % des personnes présentant des infections sexuellement transmissibles	Non disponible	70 %	Non disponible

63. Au cours de l'exercice, 10 pays sont parvenus à l'accès universel au traitement antirétroviral (c'est-à-dire à la couverture d'au moins 80 % de la population en ayant besoin), et 13 pays sont parvenus à l'accès universel aux interventions pour la prévention de la transmission mère-enfant. Le nombre de personnes bénéficiant d'un traitement antirétroviral a augmenté pour atteindre 6,65 millions, ce qui représente 47 % des 14,2 millions de personnes qui remplissent les critères pour bénéficier d'un traitement. Près de 50 % des femmes enceintes vivant avec le VIH ont reçu un traitement antirétroviral efficace afin de prévenir la transmission mère-enfant, et 17 pays ont indiqué effectuer un dépistage de la syphilis chez plus de 90 % des femmes enceintes.

64. La Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida, 2011-2015 a été approuvée par la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé et diffusée au cours de l'exercice. Des stratégies régionales ont ensuite été adoptées. En outre, de nouvelles orientations ont été élaborées, notamment sur le traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez les adultes et les enfants, la prévention de la transmission mère-enfant et l'alimentation du nourrisson ; et les principes directeurs pour la lutte contre la tuberculose et le VIH ont été actualisés. Des stratégies régionales pour l'élimination conjointe de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis ont été lancées ou approuvées par les États Membres dans trois Régions.

65. Globalement, 46 millions de personnes ont été traitées avec succès contre la tuberculose depuis 1995, par l'intermédiaire de l'approche DOTS et de la Stratégie Halte à la tuberculose. En outre, on estime à 910 000 le nombre de vies sauvées entre 2006 et 2010 grâce aux interventions conjointes de lutte contre la tuberculose/le VIH recommandées par l'OMS.

66. L'Organisation a fourni des orientations stratégiques pour l'utilisation d'un test moléculaire rapide pour la tuberculose et la tuberculose multirésistante. À la fin de 2011, 47 pays utilisaient cette technique. Au cours de l'exercice, l'OMS a piloté l'actualisation du Plan mondial Halte à la tuberculose, 2011-2015 et la mise au point de stratégies régionales ; publié de nouvelles lignes directrices pour le traitement de la tuberculose multirésistante, des rapports spéciaux sur la riposte face à la tuberculose multirésistante et un plan régional de lutte contre la tuberculose multirésistante en Europe, où se trouve la majorité des pays les plus touchés ; elle a aussi supervisé des enquêtes de prévalence de la tuberculose basées sur la population dans les pays où la charge de morbidité est élevée.

67. Pour le paludisme, 43 pays au total ont signalé une réduction de 50 % voire plus dans le nombre de cas et de décès depuis 2000, et trois pays, l'Arménie, le Maroc et le Turkménistan, ont été certifiés exempts de paludisme au cours de 2010 et de 2011.

68. Le Programme mondial de lutte antipaludique de l'OMS a défini sa stratégie quinquennale sur la base de quatre fonctions essentielles et publié de nouvelles lignes directrices sur le traitement du paludisme et les bonnes pratiques d'achat pour les antipaludéens à base d'artémisinine et les tests de diagnostic rapide. L'OMS a également mis au point, avec 100 parties prenantes, un plan mondial pour endiguer la résistance aux artémisinines et établi un rapport majeur sur l'état de la résistance aux médicaments. En 2010, une nouvelle recommandation stratégique sur le dépistage universel des cas suspectés de paludisme avant le traitement au moyen d'une microscopie de qualité ou d'un test de diagnostic rapide a été publiée.

69. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 2.1 a trait à la mise en œuvre des politiques de l'OMS et non seulement à leur élaboration et adoption. D'une manière générale, l'OMS a rempli les objectifs pour ce qui est de son travail normatif et stratégique au niveau mondial et dans la plupart des Régions ; toutefois, les pays ont continué à rencontrer des difficultés pour élargir la mise en œuvre sur la base des politiques recommandées du fait de contraintes en matière de ressources et de capacités, notamment pour le traitement de la tuberculose multirésistante, le démarrage en temps voulu du traitement antirétroviral, l'adoption de certaines mesures de prévention du paludisme dans les pays à forte charge de morbidité, et pour l'évaluation du traitement des infections sexuellement transmissibles.

70. La Région africaine, la Région de la Méditerranée orientale, la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région des Amériques ont indiqué que, pour leur part, les résultats étaient partiellement obtenus. En outre, les données relatives à l'indicateur sur la « proportion d'États Membres à forte charge de morbidité étant parvenus à diagnostiquer, à traiter et à conseiller sur le lieu des soins 70 % des personnes présentant des infections sexuellement transmissibles » ne sont disponibles que pour la Région européenne, la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région du Pacifique occidental, mais ne le sont pas pour les autres Régions, du fait des contraintes en matière de ressources pour la surveillance des infections sexuellement transmissibles dans les Régions et les pays. Les critères et les définitions pour l'évaluation de cet indicateur ainsi que les capacités correspondantes feront l'objet de nouvelles discussions en 2012-2013.

71. Compte tenu des raisons susmentionnées, l'appréciation générale pour ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation est « partiellement atteint ».

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 2.2

Fourniture d'un soutien stratégique et technique aux pays pour étendre la mise en œuvre des interventions en matière de prévention, de traitement et de soins concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, y compris l'intégration de la formation et de la prestation des services ; l'élargissement des réseaux de prestataires de services ; et le renforcement des moyens de laboratoire et l'amélioration des liens avec d'autres services de santé, tels que les services de santé sexuelle et génésique, de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, de nutrition, de traitement des toxicomanies, de soins aux personnes présentant des affections respiratoires, de lutte contre les maladies négligées et de salubrité de l'environnement.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
2.2.1	Nombre d'États Membres cibles ayant élaboré des politiques et des plans à moyen terme complets contre le VIH, la tuberculose et le paludisme	VIH : 103/131 Tuberculose : 90/95 Paludisme : 70/70	VIH : 115/131 Tuberculose : 118/118 Paludisme : 70/70	VIH : 158 Tuberculose : 119 Paludisme : 92
2.2.2	Proportion de pays à forte charge de morbidité contrôlant le dépistage du VIH et le conseil à l'initiative des prestataires dans les services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et dans les services de planification familiale	55 %	60 %	Non disponible
2.2.3	Nombre de pays parmi les 63 pays où la charge du VIH/sida et de la tuberculose est élevée qui mettent en œuvre la politique en 12 points de l'OMS pour les activités conjointes de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose	18	30	43

72. Le nombre des États Membres disposant de plans à moyen terme pour les trois maladies a continué à progresser, mais ceux-ci devront être mis à jour pour refléter les nouvelles politiques de l'OMS en matière de diagnostic et de traitement, bien que l'adoption des orientations stratégiques soit relativement rapide. L'OMS a travaillé étroitement avec d'autres institutions, dont le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'ONUSIDA, le Partenariat Faire reculer le paludisme, le Partenariat Halte à la tuberculose et les institutions bilatérales, pour soutenir l'élaboration de plans spécifiques aux maladies et leur intégration dans les stratégies et plans de santé au niveau national, et pour coordonner l'appui technique fourni aux États Membres. Au cours de cette période, de nombreux pays ont entrepris d'adopter des plans pour la période 2010-2015 et ont utilisé les plans et stratégies élaborés au niveau mondial pour les trois maladies.

73. Pour ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation, des progrès notables ont été constatés dans le soutien technique et la coopération qui ont été intensifiés conformément aux demandes des mécanismes de financement et afin d'accélérer la mise en œuvre et la mesure de l'impact. Néanmoins, le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme partiellement atteint, du fait

que les données pour l'indicateur 2.2.2 sur la « proportion de pays à forte charge de morbidité contrôlant le dépistage du VIH et le conseil à l'initiative des prestataires dans les services de prise en charge des infections sexuellement transmissibles et dans les services de planification familiale » ne sont disponibles qu'en provenance de la Région des Amériques, de la Région européenne, de la Région de l'Asie du Sud-Est et de la Région du Pacifique occidental, principalement du fait de l'insuffisance des ressources pour la surveillance des infections sexuellement transmissibles à l'échelon national, régional et mondial. En outre, la Région de la Méditerranée orientale a été confrontée à des difficultés au cours de la deuxième moitié de la période, compte tenu des problèmes en matière de sécurité notamment.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 2.3

Fourniture d'un soutien technique et de conseils à l'échelle mondiale concernant les politiques et les programmes destinés à promouvoir un accès équitable à des médicaments essentiels, des outils diagnostiques et des technologies de qualité garantie pour la prévention et le traitement du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme, et leur utilisation rationnelle par les prescripteurs et les consommateurs ; et à assurer un approvisionnement ininterrompu en produits diagnostiques, sang et produits sanguins sécurisés, matériel d'injection, et autres technologies et biens essentiels.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
2.3.1	Nombre de normes mondiales de qualité applicables aux médicaments et aux produits diagnostiques pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme mises au point ou actualisées	25	40	41
2.3.2	Nombre de médicaments et outils diagnostiques prioritaires pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme évalués et présélectionnés pour les systèmes d'achat des Nations Unies	226	300	300
2.3.3	Nombre de pays cibles bénéficiant d'un soutien pour accroître l'accès à des médicaments essentiels d'un prix abordable contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, pour lesquels l'approvisionnement est intégré dans le système pharmaceutique national (le nombre de pays cibles est déterminé pour la période de six ans)	VIH : 35 Tuberculose : 107 Paludisme : 43	VIH : 38 Tuberculose : 107 Paludisme : 77	VIH : 73 Tuberculose : 111 Paludisme : 64
2.3.4	Nombre d'États Membres mettant en œuvre un dépistage du VIH/sida de qualité pour tous les dons de sang	93	105	109
2.3.5	Nombre d'États Membres administrant toutes les injections médicales à l'aide de seringues stériles à usage unique	183	180	180

74. Compte tenu de la large panoplie de nouveaux médicaments et produits diagnostiques mis à disposition pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, l'OMS a produit un nombre important de nouvelles lignes directrices pour favoriser l'adoption rapide et sans risque de ces

nouveaux outils importants, permettant un dépistage précoce et un traitement plus efficace. L'OMS a continué à répondre de manière satisfaisante au nombre croissant de demandes de soutien en vue de l'évaluation, de la présélection des médicaments et des outils diagnostiques, et de l'accès à ceux-ci, en collaboration avec le Service de médicaments et de moyens diagnostiques concernant le sida, le Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose, l'Initiative mondiale pour les laboratoires (secrétariat à l'OMS), l'Opération Médicaments antipaludiques, le Partenariat Faire reculer le paludisme, la Fondation pour des Outils de Diagnostic nouveaux et novateurs et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

75. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été partiellement atteint et, bien qu'il y ait toujours une activité intense pour l'approbation et la présélection des médicaments et des outils diagnostiques de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, un soutien solide en faveur des systèmes d'approvisionnement dans la plupart des Régions et une très large utilisation des seringues jetables pour les injections, la Région africaine et la Région du Pacifique occidental ont indiqué que l'objectif était partiellement atteint du fait des obstacles persistants dans le domaine des capacités permettant d'accéder à ces outils et d'offrir les systèmes de soutien nécessaires.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 2.4

Renforcement et extension des systèmes mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance, d'évaluation et de suivi pour contrôler les progrès sur la voie de la réalisation des cibles et les ressources allouées aux activités de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, et pour déterminer les effets des activités de lutte et l'évolution de la pharmacorésistance.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
2.4.1	Nombre d'États Membres qui communiquent à l'OMS des données annuelles sur la surveillance, le suivi ou les allocations financières à inclure dans les rapports mondiaux annuels sur la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme et la réalisation de ces objectifs	VIH : 109 Tuberculose : 198 Paludisme : 107	VIH : 120 Tuberculose : 198 Paludisme : 107	VIH : 157 Tuberculose : 208 ^a Paludisme : 105
2.4.2	Nombre d'États Membres qui communiquent à l'OMS des données sur la surveillance de la résistance aux médicaments contre le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme	VIH : 54 Tuberculose : 114 Paludisme : 81	VIH : 65 Tuberculose : 125 Paludisme : 107	VIH : 61 Tuberculose : 127 Paludisme : 73

^a Depuis que cet indicateur a commencé à être mesuré, le chiffre atteint pour la tuberculose fait référence aux États Membres et aux autres pays et territoires.

76. Outre les rapports mondiaux publiés en 2010 sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, il convient de signaler en 2011 la publication du rapport de situation 2011 sur la riposte mondiale au VIH/sida qui présente les progrès réalisés jusqu'à la fin de 2010 en matière d'accès aux interventions de santé pour prévenir le VIH, traiter et prendre en charge les personnes VIH-positives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; le rapport 2011 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde : il

s'agit du seizième rapport mondial sur la tuberculose publié par l'OMS, dans le cadre d'une série qui a commencé en 1997, et il fournit une évaluation complète et actualisée de l'épidémie de tuberculose et des progrès accomplis dans la mise en œuvre et le financement de la prévention, des soins et de la lutte contre la tuberculose aux niveaux national, régional et mondial, en utilisant les données notifiées par 198 pays qui représentent plus de 99 % des cas de tuberculose dans le monde ; en outre, le rapport 2011 sur le paludisme dans le monde résume les informations reçues de 106 pays d'endémie palustre et de diverses autres sources. Ce dernier analyse les mesures de prévention et de lutte en fonction d'un ensemble complet d'indicateurs et met en lumière les progrès constants accomplis pour atteindre les objectifs mondiaux dans le domaine de la lutte contre le paludisme.

77. D'une manière générale, dans le cadre de ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation, une amélioration de la notification des mesures épidémiologiques et des mesures relatives à l'exécution des programmes a été constatée dans les États Membres. Toutefois, il n'a été que partiellement atteint étant donné que l'élargissement de la couverture dans certains domaines de surveillance de la résistance aux médicaments a été moins rapide qu'il n'était escompté, notamment selon les rapports transmis par les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 2.5

Maintien de l'engagement politique et mobilisation des ressources assurée par des activités de sensibilisation et l'entretien de partenariats pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme aux niveaux national, régional et mondial ; fourniture d'un appui aux pays, le cas échéant, pour élaborer/renforcer et mettre en œuvre des mécanismes pour la mobilisation et l'utilisation des ressources et accroître la capacité d'absorption des ressources disponibles ; et accroissement de la participation des communautés et des personnes touchées pour étendre au maximum la couverture et les résultats de la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
2.5.1	Nombre d'États Membres disposant de mécanismes de coordination fonctionnels pour la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	VIH : 108 Tuberculose : 95 Paludisme : 77	VIH : 118 Tuberculose : 110 Paludisme : 70	VIH : 152 Tuberculose : 122 Paludisme : 72
2.5.2	Nombre d'États Membres qui ont associé les communautés, les personnes touchées par les maladies, les organisations de la société civile et le secteur privé à la planification, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	VIH : au moins 99 Tuberculose : 87 Paludisme : 77	VIH : 120 Tuberculose : 87 Paludisme : 70	VIH : 147 Tuberculose : 100 Paludisme : 76

78. L'OMS héberge le Partenariat Halte à la tuberculose, la Facilité internationale pour l'achat de médicaments (UNITAID) et le Partenariat Faire reculer le paludisme ; l'Organisation coparraine l'ONUSIDA et est membre du Conseil d'administration du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Elle a également renforcé son rôle dans d'autres accords de collaboration,

dans le cadre desquels elle pouvait, ce faisant, améliorer le soutien aux États Membres pour atteindre les cibles fixées dans le plan stratégique à moyen terme 2008-2013, ainsi que les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. L'OMS a continué à renforcer les capacités des entités demandant des subventions du Fonds mondial, y compris les programmes nationaux de lutte contre les maladies. En conséquence, des fonds ont été mis à disposition pour accroître l'accès universel aux services, ainsi que pour la surveillance, le suivi, l'évaluation et la mesure de l'impact. Une réduction des ressources financières et humaines au cours de la deuxième partie de l'exercice a conduit l'OMS à ajuster ses priorités s'agissant des partenariats. Au niveau national, les États Membres et l'OMS ont continué à s'engager auprès d'un large éventail de personnes touchées, de communautés, de la société civile et des partenaires du secteur privé.

79. Ce résultat à l'échelle de l'Organisation a été pleinement atteint dans la mesure où les travaux sur le renforcement des partenariats et les capacités de mobilisation des ressources aux niveaux national, régional et mondial ont correspondu aux attentes et ont été renforcés conformément aux nouvelles possibilités majeures offertes aux niveaux national et mondial.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 2.6

Mise au point et validation de nouvelles connaissances, de nouveaux outils d'intervention et de nouvelles stratégies qui répondent aux besoins prioritaires en matière de prévention et de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, les scientifiques des pays en développement étant de plus en plus nombreux à conduire ces recherches.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
2.6.1	Nombre de stratégies de mise en œuvre ou d'outils nouveaux et améliorés pour la prévention et la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme qui ont été mis en place par le secteur public dans au moins un pays en développement	1	6	17
2.6.2	Proportion des publications à comité de lecture issues de recherches qui bénéficient du soutien de l'OMS sur le VIH/sida, la tuberculose ou le paludisme, et dont l'auteur principal travaille dans un établissement situé dans un pays en développement	71 %	55 %	61 %

80. En général, le soutien accru à la gestion de la recherche et des connaissances a conduit à l'élaboration et à l'adoption de nouvelles stratégies de prévention et de lutte contre les maladies, et le nombre d'outils novateurs ou améliorés mis en œuvre a dépassé les cibles initiales. L'OMS et le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, dont les partenaires sont nombreux, ont publié les résultats reposant sur des données factuelles de travaux de recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle basés dans les pays.

81. Ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a contribué à l'adoption de nouvelles politiques et stratégies au cours de l'exercice ; toutefois, la Région africaine et la Région de l'Asie du Sud-Est ont fait état de contraintes importantes pesant sur les capacités de recherche dans les pays.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3

Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle

82. Les maladies non transmissibles – essentiellement les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète – sont la principale cause de décès dans le monde. Chaque année, elles sont responsables de plus de 36 millions de décès (63 % de l'ensemble des décès), dont neuf millions de décès prématurés avant l'âge de 60 ans. Si l'on ajoute les troubles mentaux, la violence et les traumatismes, ces causes combinées sont responsables de 75 % de tous les décès – un chiffre qui devrait augmenter au cours des 10 prochaines années. En outre, 15 % de la population mondiale souffre d'une incapacité qui l'empêche de participer pleinement à la vie en société. Ce fardeau croissant sera essentiellement supporté par les pays à revenu faible ou intermédiaire.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 3.1

Sensibilisation et soutien visant à accroître l'engagement politique, financier et technique dans les États Membres afin de traiter le problème des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
3.1.1	Nombre d'États Membres dont le ministère de la santé est doté d'un point focal ou d'une unité chargé de la prévention des traumatismes et de la violence possédant son propre budget	156	162	164
3.1.2	Publication et présentation du <i>Rapport mondial sur les incapacités et la réadaptation</i> en application de la résolution WHA58.23	Projet de rapport élaboré	Rapport publié en six langues	Rapport publié en six langues
3.1.3	Nombre d'États Membres dont le budget consacré à la santé mentale représente plus de 1 % du budget total de la santé	90	100	100
3.1.4	Nombre d'États Membres dont le ministère de la santé, ou l'autorité sanitaire nationale équivalente, est doté d'une unité dont le personnel et le budget sont réservés à la prévention des maladies chroniques non transmissibles	75	122	165

83. Soutenue par de multiples partenaires, l'OMS a préconisé d'accroître l'engagement et d'intensifier l'action pour lutter contre les maladies non transmissibles. Cela s'est traduit par plusieurs accords au niveau mondial au cours de l'exercice, notamment la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (résolution 66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies). L'engagement des

États Membres a également été confirmé par plusieurs autres résolutions de haut niveau, notamment la résolution WHA63.13 sur la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et la résolution 64/255 de l'Assemblée générale des Nations Unies proclamant la décennie 2011-2020 Décennie d'action pour la sécurité routière. Une plus grande prise de conscience est également manifeste au niveau national compte tenu de l'augmentation, de 122 à 165, du nombre des États Membres disposant d'unités administratives dont les travaux sont axés sur la prévention des maladies non transmissibles et la lutte contre celles-ci.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 3.2

Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour l'élaboration et la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de réglementations applicables aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et neurologiques, à la violence, aux traumatismes et aux incapacités, ainsi qu'à la déficience visuelle, y compris la cécité.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
3.2.1	Nombre d'États Membres qui disposent de plans nationaux pour prévenir les traumatismes involontaires ou la violence	83	88	133
3.2.2	Nombre d'États Membres ayant commencé à élaborer une politique ou une loi de santé mentale	51	56	56
3.2.3	Nombre d'États Membres ayant adopté une politique nationale multisectorielle sur les maladies chroniques non transmissibles	75	90	121
3.2.4	Nombre d'États Membres qui mettent en œuvre des plans nationaux complets de prévention des déficiences auditives ou visuelles	88	100	59

84. L'OMS continue à jouer un rôle essentiel dans la fourniture d'orientations sur l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques et des programmes pour la prévention, la prise en charge et la rééducation dans le domaine des maladies non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes et des incapacités. Dans tous les domaines techniques, il y a eu une augmentation notable du nombre de pays disposant de politiques, d'une législation, de plans d'action et de budgets nationaux adaptés jetant les bases pour que soient mises en œuvre et appliquées ultérieurement à plus grande échelle les interventions efficaces. Le nombre d'États Membres disposant de plans nationaux pour prévenir les traumatismes involontaires ou la violence s'est accru, passant de 83 à 133. Des avancées continuent à être enregistrées dans le domaine des maladies non transmissibles, le nombre d'États Membres ayant adopté une politique nationale multisectorielle sur les maladies chroniques étant passé de 75 à 121. Le nombre de pays qui disposent de politiques, de plans et de législations ayant trait à la santé mentale est en hausse, de 51 à 56. Il convient aussi de noter que la qualité des plans d'action dans tous les domaines techniques s'est considérablement améliorée. Une difficulté manifeste tient au fait qu'étant donné la nature de ces domaines techniques, une réponse de vaste portée, mise en œuvre par divers secteurs, est nécessaire.

85. Au niveau régional, les bureaux régionaux et les bureaux de pays ont renforcé leurs capacités en vue de fournir un soutien technique direct aux États Membres afin de leur permettre d'adapter et d'adopter des lignes directrices stratégiques et les meilleures pratiques reposant sur les données factuelles. Toutefois, ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme « partiellement atteint » du fait que le nombre d'États Membres qui mettent en œuvre des plans nationaux complets de prévention des déficiences auditives ou visuelles ne correspondait pas à la cible escomptée. La raison tient essentiellement au renforcement des critères de mesure utilisés pour évaluer cet indicateur.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 3.3

Amélioration de la capacité des États Membres à recueillir, analyser, diffuser et utiliser des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des maladies chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et neurologiques, de la violence, des traumatismes et des incapacités, ainsi que de la déficience visuelle, y compris la cécité.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
3.3.1	Nombre d'États Membres qui ont présenté à l'OMS, pendant l'exercice, une évaluation complète de leur situation dans le domaine de la prévention des traumatismes dus aux accidents de la route	175	175	175
3.3.2	Nombre d'États Membres qui ont publié un document contenant des données nationales sur la prévalence et l'incidence des incapacités	158	163	193
3.3.3	Nombre d'États Membres à revenu faible ou intermédiaire qui présentent chaque année des indicateurs de santé mentale de base	98	110	110
3.3.4	Nombre d'États Membres dotés d'un système national de notification sanitaire et présentant des rapports annuels comportant des indicateurs sur les quatre principales maladies chroniques non transmissibles	116	136	101
3.3.5	Nombre d'États Membres attestant, sur la base d'enquêtes en population, de la charge des déficiences auditives ou visuelles	34	38	47

86. La collecte, l'analyse et l'utilisation des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des maladies non transmissibles sont vitales pour cibler et prévenir les maladies et évaluer les progrès accomplis. Globalement, les États Membres ont continué à améliorer leur capacité à recueillir et à analyser les informations dans les domaines de la santé mentale, de la prévention des accidents de la circulation et de la charge des déficiences auditives ou visuelles. En particulier, le nombre des États Membres qui ont publié un document contenant des données nationales sur la prévalence et l'incidence des incapacités est passé de 158 à 193. Cela représente l'ensemble le plus complet d'estimations de prévalence des incapacités au niveau national actuellement disponible, et ces données ont été utilisées pour des rapports majeurs publiés au cours de l'exercice, notamment le *Rapport*

mondial sur le handicap et le rapport sur la santé mentale et le développement, qui vise à cibler les personnes atteintes de troubles de la santé mentale en tant que groupe vulnérable. En outre, plusieurs rapports essentiels suivant les progrès accomplis dans le monde entier, tels que le premier *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010*, le *Mental health atlas 2011 (atlas 2011 de la santé mentale)* et le *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde*, ont aussi été publiés.

87. Même si des progrès notables ont été réalisés dans la plupart des domaines, ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été jugé « partiellement atteint » étant donné que le nombre d'États Membres dotés d'un système national de notification sanitaire et présentant des rapports annuels comportant des indicateurs sur les quatre principales maladies non transmissibles n'a pas atteint le nombre cible escompté de 136. La raison tient essentiellement à de nouvelles précisions dans les critères et méthodes utilisés pour mesurer cet indicateur, exigeant des États Membres qu'ils présentent des données relatives à ces indicateurs au cours des cinq dernières années. Même si un certain nombre de pays ont inclus les indicateurs requis dans leur système de notification systématique, les rapports datant de moins de cinq ans n'étaient pas toujours disponibles ; en conséquence, le nombre d'États Membres considérés comme satisfaisant aux critères plus rigoureux a été réduit et la cible initiale n'a pas été atteinte.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 3.4

Amélioration des données factuelles réunies par l'OMS sur la rentabilité des interventions visant à prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux, neurologiques et dus à l'usage de substances, la violence, les traumatismes et les incapacités, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
3.4.1	Existence d'orientations factuelles sur l'efficacité des interventions pour la prise en charge de certains troubles mentaux, comportementaux ou neurologiques et des troubles dus à l'usage de substances psychoactives	Publiées et diffusées pour 8 interventions	Publiées et diffusées pour 12 interventions	Publiées et diffusées pour 12 interventions
3.4.2	Existence d'orientations ou de lignes directrices factuelles sur l'efficacité ou la rentabilité des interventions pour la prévention et la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles	Publiées et diffusées pour 4 interventions	Publiées et diffusées pour 5 interventions	Publiées et diffusées pour 6 interventions

88. Le Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées a été lancé au cours de l'exercice. Reposant sur un examen complet des données factuelles existantes, il fournit des recommandations afin de faciliter la prestation de soins de grande qualité dans les établissements de premier et deuxième niveaux par des agents de santé non spécialisés. Le Guide est rapidement devenu un instrument renommé et fréquemment utilisé. À ce jour, il a été mis en œuvre dans huit pays, y compris des pays à forte population, tels que l'Inde et la Thaïlande. Un nombre significatif d'organisations non gouvernementales et d'organisations privées appuient leurs interventions sur ces

recommandations. Il a été diffusé dans les six langues officielles de l'OMS et a, en outre, été traduit en hindi, portugais et thaï.

89. Des orientations reposant sur des données factuelles ont été mises au point pour un certain nombre d'interventions essentielles pour les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires dans les lieux où les ressources sont limitées. En tirant parti des recommandations mises au point antérieurement sur les interventions applicables et faisables, l'accent a été placé au cours du présent exercice sur les interventions d'un bon rapport coût/efficacité – les plus avantageuses – qui sont susceptibles de produire un fort impact, et qui sont dans le même temps adaptées à une transposition rapide à plus grande échelle dans les lieux où les ressources sont faibles.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 3.5

Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour la préparation et la mise en œuvre de programmes multisectoriels à l'échelle de la population pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
3.5.1	Nombre de lignes directrices applicables aux interventions multisectorielles pour prévenir la violence et les traumatismes involontaires publiées et largement diffusées	10	14	15
3.5.2	Nombre d'États Membres qui ont lancé, au cours de l'exercice, des projets communautaires destinés à faire baisser le nombre de suicides	17	21	21
3.5.3	Nombre d'États Membres mettant en œuvre les stratégies recommandées par l'OMS pour la prévention des déficiences auditives ou visuelles	88	100	78

90. Le nombre cible de 14 lignes directrices pour prévenir la violence et les traumatismes publiées et largement diffusées a été pleinement atteint. Le Secrétariat a publié 15 lignes directrices, dont six sur la prévention des accidents de la circulation, cinq sur la prévention de la violence, deux sur des sujets transversaux, une sur la prévention des traumatismes chez l'enfant et une autre sur la prévention des brûlures. Parmi les nouveaux guides publiés et largement diffusés figurent notamment la publication sur la prévention de la violence exercée par le partenaire intime et de la violence sexuelle à l'égard des femmes qui vise à l'adoption de mesures et à la production de données factuelles (*Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence*), la publication sur la prévention des brûlures intitulée *Burns prevention: success stories and lessons learned* et la publication sur l'utilisation des téléphones mobiles au volant (*Mobile phone use: a growing problem of driver distraction*). Outre le soutien direct aux pays, le lancement d'une série de séminaires interactifs sur le Web et du projet TEACH-VIP a également contribué au renforcement des capacités pour la prévention de la violence et des traumatismes : il s'agit d'un programme complet de formation en ligne que chacun peut adapter à son propre rythme et gérer soi-même. Des projets communautaires visant à prévenir le suicide ont été entrepris dans 21 États Membres.

91. Bien que des progrès aient été réalisés dans la plupart des domaines, ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été évalué comme « partiellement atteint » étant donné que le nombre d'États Membres mettant en œuvre les stratégies recommandées par l'OMS pour la prévention des déficiences auditives ou visuelles ne correspond pas à la cible escomptée. Un examen détaillé mené en 2011 a montré que la cible initiale était trop ambitieuse, aussi la base comme la cible ont été réduites d'environ 30 %. La raison tient essentiellement à de nouvelles précisions apportées dans les critères et méthodes utilisés pour mesurer cet indicateur conduisant à considérer un nombre réduit d'États Membres comme satisfaisant aux critères les plus rigoureux, et la cible initiale n'a pas été atteinte.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 3.6

Fourniture de conseils et d'un soutien aux États Membres pour améliorer les capacités de leurs systèmes de santé et systèmes sociaux à prévenir et prendre en charge les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence, les traumatismes et les incapacités, ainsi que la déficience visuelle, y compris la cécité.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
3.6.1	Nombre d'États Membres qui ont intégré dans leur système de soins des services de traumatologie pour les victimes de traumatismes ou de violence, en suivant les lignes directrices de l'OMS sur les soins de traumatologie	22	27	70
3.6.2	Nombre d'États Membres mettant en œuvre des programmes communautaires de réadaptation	29	34	34
3.6.3	Nombre d'États Membres à revenu faible ou intermédiaire qui ont mené à bien une évaluation de leurs systèmes de santé mentale en utilisant l'Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS (OMS IESM)	72	80	80
3.6.4	Nombre d'États Membres à revenu faible ou intermédiaire mettant en œuvre des stratégies de soins de santé primaires pour le dépistage du risque cardio-vasculaire et la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles, en utilisant les lignes directrices de l'OMS	51	26 ^a	36
3.6.5	Nombre d'États Membres ayant intégré l'aide au sevrage tabagique dans les soins de santé primaires	55	40	65

^a La base initiale de 51 a été atteinte avant que les données d'enquête soient disponibles. Compte tenu de l'enquête d'évaluation des capacités mondiales, qui a fourni des données plus fiables, la cible a été revue à 26.

92. Des services de soins préhospitaliers ou hospitaliers pour les victimes de traumatismes ont été intégrés dans 70 États Membres, un fait qui peut être largement attribué aux efforts de l'OMS visant à la mise au point de lignes directrices sur les soins de traumatologie. Ces efforts ont été entrepris pour répondre à la charge que représentent les victimes de traumatismes dans les pays et souvent également dans le cadre de projets plus vastes de renforcement des systèmes de santé. Le *Guide de réadaptation*

à base communautaire (RBC) a été élaboré en collaboration avec un grand nombre d'États Membres, et a fait l'objet d'essais sur le terrain dans 29 pays, qui ont été suivis deancements régionaux en Asie, en Europe et en Amérique latine. Le Secrétariat a fourni un soutien spécifique aux programmes de réadaptation à base communautaire dans 34 pays et établi des réseaux de réadaptation régionaux couvrant 86 pays dans trois Régions. Huit pays supplémentaires ont achevé une évaluation de leurs systèmes de santé mentale au cours de l'exercice écoulé, 78 rapports nationaux étant désormais disponibles sur le site Web de l'OMS consacré aux données factuelles et à la recherche en matière de santé mentale.

93. Trente-six pays de toutes les Régions adoptent des stratégies de soins de santé primaires pour le dépistage du risque cardio-vasculaire et la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles en utilisant les lignes directrices de l'OMS. Un petit nombre de ces pays ont mis au point des plans pour un élargissement à l'échelle nationale de ces plans. Certains pays ont commencé à inclure les interventions essentielles concernant les maladies non transmissibles dans les soins essentiels et à étudier des mécanismes novateurs pour les financer. Il y a eu des progrès majeurs dans l'aide au sevrage tabagique dans le cadre des soins de santé primaires dans les pays au cours de l'exercice. Selon le *Rapport OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2011*, 65 États Membres offrent une aide au sevrage tabagique dans le cadre des soins de santé primaires et prennent en charge au moins une partie du coût du traitement de la dépendance tabagique.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4

<p>Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé</p>
--

94. Dans l'arène politique, l'action s'est considérablement accélérée en vue de la réalisation des objectifs 4 (Réduire la mortalité de l'enfant) et 5 (Améliorer la santé maternelle) du Millénaire pour le développement. Le lancement de la Stratégie mondiale du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant en 2010 et de la Commission apparentée sur l'Information et la Redevabilité en 2011 a souligné l'engagement politique au plus haut niveau et créé un élan supplémentaire en faveur de la réalisation de ces objectifs. Le compte à rebours vers 2015 suit également les progrès accomplis en vue d'atteindre ces deux objectifs du Millénaire pour le développement, et l'OMS est membre de son comité de coordination.

95. Bien qu'il y ait eu une réduction importante des décès maternels, le rythme de réduction est inférieur de moitié à ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif 5 du Millénaire pour le développement. Près de 50 % de tous les décès d'enfants se produisent dans la Région africaine, qui a aussi le taux de mortalité maternelle le plus élevé au monde. À l'échelle mondiale, la plupart des décès chez les enfants de moins de cinq ans sont toujours dus à la pneumonie, à la diarrhée, au paludisme, à la malnutrition et aux affections néonatales. La mortalité du nouveau-né a diminué plus lentement que la mortalité de l'enfant et les progrès sont très irréguliers d'une Région à l'autre.

96. Tout au long de l'exercice, l'accent a davantage été mis sur les partenariats. Les engagements pris par les pays du G8 lors de la réunion de 2010 qui s'est tenue à Muskoka (Canada) se sont traduits par des engagements financiers notables pour l'ensemble des travaux menés par les partenaires des Nations Unies dont l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, la Banque mondiale, l'ONUSIDA et ONU-Femmes.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 4.1

Appui aux États Membres pour les aider à élaborer une politique, un plan et une stratégie complets en vue d'accélérer l'instauration de l'accès universel à des interventions efficaces en collaboration avec d'autres programmes, en prêtant particulièrement attention aux inégalités entre les sexes et aux inégalités en matière de santé, en assurant la continuité des soins tout au long de la vie, en intégrant la prestation de services aux différents niveaux du système de santé et en améliorant la coordination avec la société civile et le secteur privé.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
4.1.1	Nombre d'États Membres cibles dotés d'une politique intégrée visant à instaurer l'accès universel à des interventions efficaces pour améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	20	40	72
4.1.2	Nombre d'États Membres qui ont élaboré, avec le soutien de l'OMS, une politique visant à instaurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique	30	40	63

97. L'accès universel aux services de santé génésique et de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'aux services visant à promouvoir et à soutenir un vieillissement en bonne santé, reste un défi majeur, et l'élaboration de politiques intégrées est une étape essentielle. L'importance des politiques intégrées est de plus en plus largement reconnue, les données factuelles confirmant toujours plus nettement les liens étroits existant entre la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents qui seront ensuite eux-mêmes parents. Cette intégration est aussi manifestement importante du point de vue de la programmation et de l'utilisation des ressources.

98. Bien que les politiques et les stratégies sanitaires nationales progressent sur la voie de l'intégration, moyennant le soutien technique fourni par l'OMS lorsque les pays le demandent, la transposition de cette intégration au niveau de la prestation des services est complexe et contraignante. Conformément à la Stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant lancée en 2010, l'OMS a axé en particulier ses travaux sur le soutien des politiques visant à la prestation de services intégrés tout au long de la vie ; des approches visant à supprimer les obstacles à l'accès à de tels services ; et des méthodes permettant de préserver ou d'améliorer la qualité des soins dispensés. Soixante-douze États Membres ont indiqué être dotés de politiques intégrées pour l'accès à la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et 63 pour l'accès à la santé sexuelle et génésique. La majorité de ces politiques ont été mises au point avec la contribution et le soutien de l'OMS.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 4.2

Renforcement des capacités de recherche nationales selon les besoins et mise à disposition de données factuelles, de produits, de technologies, d'interventions et de méthodes d'exécution nouveaux présentant un intérêt aux niveaux national et/ou mondial afin d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, de permettre aux gens de vieillir en restant actifs et en bonne santé, et d'améliorer la santé sexuelle et génésique.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
4.2.1	Nombre de centres de recherche qui ont bénéficié d'une première subvention pour un appui et un développement institutionnels complets	8	8	12
4.2.2	Nombre d'études achevées et soutenues par l'OMS portant sur des questions prioritaires	16	28	60
4.2.3	Nombre d'études systématiques nouvelles ou actualisées portant sur les meilleures pratiques, les politiques et les normes de soins, destinées à améliorer la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, à favoriser le vieillissement actif et en bonne santé ou à améliorer la santé sexuelle et génésique	20	40	89

99. L'appui et le développement institutionnels complets obtenus notamment moyennant des subventions ont contribué au renforcement des centres de recherche ; à la fin de l'exercice, 12 centres de recherche avaient reçu des subventions de ce type.

100. Pour définir les priorités en matière de recherche dans le domaine de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, l'OMS et l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé ont organisé 11 ateliers dans la Région africaine, la Région du Pacifique occidental et la Région de l'Asie du Sud-Est. Un résultat significatif a été la plus grande importance désormais accordée à la recherche opérationnelle, au lieu de la recherche clinique, afin d'améliorer les mécanismes de prestation des interventions efficaces et de résoudre les obstacles à l'accès à celles-ci.

101. L'OMS a également soutenu des projets de recherche visant à répondre aux priorités régionales et nationales en matière de santé génésique. Ces projets portaient sur la violence à l'encontre des femmes, l'avortement médical, les conséquences de l'anémie au cours de la grossesse, mais aussi sur la méthodologie de recherche en matière de santé sexuelle et génésique, l'éthique de la recherche et les analyses de données.

102. Globalement, le nombre d'études systématiques nouvelles ou actualisées portant sur les meilleures pratiques, les politiques et les normes de soins, destinées à améliorer la santé des mères, des nouveau-nés, des enfants et des adolescents, à favoriser le vieillissement actif et en bonne santé, ou à améliorer la santé sexuelle et génésique, a progressé pour passer de 20 au début de l'exercice à 89 à la fin de 2011.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 4.3

Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé maternelle utilisés dans les pays, et notamment fourniture d'un appui technique aux États Membres afin d'intensifier l'action pour faire en sorte que des soins qualifiés soient prodigués à toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés, pendant l'accouchement et les périodes post-partum et postnatale, en particulier pour les populations pauvres et défavorisées, les progrès étant suivis.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
4.3.1	Nombre d'États Membres mettant en œuvre des stratégies visant à accroître la couverture des soins qualifiés à l'accouchement	25	50	66

103. Globalement, selon les estimations, le nombre annuel de décès maternels à l'échelle mondiale a diminué de 34 % entre 1990 et 2008. Le rythme annuel de réduction de 2,3 % des taux de mortalité maternelle estimés au cours des deux dernières décennies (1990-2008) reste nettement inférieur au taux de 5,5 % requis pour que soit atteinte la cible correspondante de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement.

104. En réponse à la Stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant, plus de 60 pays ont formulé des engagements visant à améliorer la santé de la femme et de l'enfant. Le nombre d'États Membres mettant en œuvre des stratégies pour accroître la couverture des soins qualifiés à l'accouchement est passé de 25 en 2010 à 66 à la fin de l'exercice. À l'échelle mondiale, la proportion de naissances en présence de personnel de santé qualifié est passée de 58 % à 68 % entre 1990 et 2008. Dans certains pays, la poursuite des conflits armés continue à contrecarrer les efforts visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles.

105. Le Bureau régional des Amériques, ainsi que le Siège et les partenaires ont mis au point un plan d'action pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et de la morbidité sévère, qui est axé sur l'amélioration de la qualité des soins dans les services de santé et qui a été approuvé à l'unanimité par l'ensemble des ministres de la santé de la Région.

106. Un soutien à l'échelle des pays a été fourni pour améliorer la santé maternelle, notamment par l'introduction de la méthode « au-delà des nombres » pour l'analyse de la mortalité et de la morbidité maternelles, par l'élaboration et la mise à jour de lignes directrices au niveau national en se fondant sur les lignes directrices cliniques de l'OMS sur la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, par la formation, par des analyses de la mortalité maternelle estimant les besoins en matière de ressources et par l'examen des programmes. La campagne visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle a été lancée dans 34 pays africains.

107. Bien que le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 4.3 constitue un domaine prioritaire et que des instruments efficaces soient disponibles, l'absence de ressources, notamment le manque de personnel qualifié et de traduction des outils disponibles, a limité le soutien technique que l'OMS est en mesure de fournir, en particulier pour ce qui est de l'amélioration de la qualité des soins au cours de l'accouchement et de la période postnatale dans la Région africaine et dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 4.4

Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la survie et la santé néonatales appliqués au niveau des pays, et soutien technique fourni aux États Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle, la mise en place d'interventions efficaces et le suivi des progrès.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
4.4.1	Nombre d'États Membres mettant en œuvre des stratégies pour accroître la couverture des interventions concernant la survie et la santé du nouveau-né	40	50	56

108. Les taux de mortalité néonatale diminuent dans toutes les Régions et le nombre des nourrissons qui décèdent dans le monde entier est plus faible que jamais, mais il existe d'importantes variations d'une Région à l'autre et, proportionnellement, les progrès relatifs les plus importants sont réalisés en Europe, en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique occidental. Dans toutes les Régions, à l'exception de l'Afrique, les décès de nouveau-nés représentent plus de 40 % de l'ensemble des décès au cours de la petite enfance. Étant donné les liens étroits qui existent entre la mortalité et la morbidité néonatales et la santé de la mère et les soins qui lui sont prodigués dans la période qui entoure la naissance, les progrès en vue d'augmenter la couverture par la présence de personnel qualifié à la naissance doivent être pris en compte dans ce contexte.

109. Le Secrétariat a fourni un appui technique aux pays afin qu'ils améliorent leurs politiques, la planification et l'élaboration des programmes pour la santé du nouveau-né. Les travaux ont été essentiellement axés sur quatre domaines : 1) une approche intégrée pour renforcer la composante relative à la santé du nouveau-né au sein des programmes pour la santé de la mère et de l'enfant, 2) la mise en œuvre des soins essentiels au nouveau-né dans le cadre des lignes directrices pour la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, 3) la promotion de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et de la composante relative au nourrisson, et 4) la promotion des soins du nouveau-né à domicile.

110. Avec le soutien de l'OMS, le nombre d'États Membres qui mettent en œuvre des stratégies pour améliorer la couverture des interventions concernant la survie et la santé du nouveau-né a augmenté pour passer de 40 en 2010 à 56 à la fin de l'exercice biennal.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 4.5

Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé et le développement de l'enfant appliqués au niveau des pays, et appui technique fourni aux États Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle de la population par des interventions efficaces, et le suivi des progrès, en prenant en considération les normes internationales et normes relatives aux droits de l'homme, notamment les dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
4.5.1	Nombre d'États Membres mettant en œuvre des stratégies visant à accroître la couverture par des interventions de santé et développement de l'enfant	40	40	79
4.5.2	Nombre d'États Membres qui ont élargi la couverture de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant à plus de 75 % des districts cibles	30	45	54

111. La stratégie visant à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance a été élargie pour inclure le nouveau-né et, dans certaines Régions, l'enfant en bonne santé. Elle reste la principale stratégie pour la santé du nourrisson et de l'enfant dans toutes les Régions et a été largement adoptée par les partenaires ; la mortalité de l'enfant est historiquement à son niveau le plus bas : 7,6 millions au cours de l'exercice biennal. La Région africaine a doublé son taux annuel moyen de réduction de la mortalité des moins de cinq ans qui est passé de 1,2 % par an au cours de la période 1990-2000 à 2,4 % par an au cours de la période 2000-2010. Un soutien a été apporté aux pays de toutes les Régions pour l'élaboration ou la révision des stratégies nationales afin d'améliorer les compétences des prestataires de soins dans le domaine des soins au nouveau-né (en utilisant le cours sur les soins essentiels au nouveau-né de l'OMS) et des soins du nouveau-né à domicile.

112. La stratégie a été introduite dans la Région africaine, la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région du Pacifique occidental. En outre, ces Régions ainsi que la Région de la Méditerranée orientale ont introduit les soins intégrés pour les enfants malades au sein de la communauté moyennant la formation d'agents de santé communautaires non spécialisés afin qu'ils soient en mesure d'évaluer, de fournir un traitement lorsque cela est possible, et d'orienter les cas vers des services spécialisés. Au total, 14 pays de la Région européenne ont entrepris d'améliorer de manière systématique leurs services de soins pédiatriques hospitaliers.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 4.6

Fourniture d'un appui technique aux États Membres pour la mise en œuvre de politiques et de stratégies fondées sur des données factuelles en matière de santé et développement de l'adolescent et pour l'extension d'un ensemble d'interventions efficaces en matière de prévention, de traitement et de soins conformément aux normes établies.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
4.6.1	Nombre d'États Membres dotés d'un programme de santé et développement de l'adolescent fonctionnel	40	50	74

113. L'OMS a soutenu les États Membres pour qu'ils mènent à bien des analyses de la situation et un examen des programmes au niveau national et qu'ils élaborent des plans stratégiques. En conséquence, le nombre d'États Membres dotés d'un programme de santé et développement de l'adolescent fonctionnel a augmenté, passant de 40 au début de l'exercice biennal à 74 à la fin de 2011.

114. Un examen systématique de la prévention des grossesses précoces a été achevé, et des lignes directrices sur la prévention des grossesses précoces et des incidences défavorables sur la santé génésique des adolescentes dans les pays en développement ont été produites. Dans le cadre des programmes multisectoriels nationaux, l'OMS a soutenu la définition et le renforcement de la prestation de services de santé aux adolescents moyennant : l'élaboration de normes de qualité à l'échelle nationale pour des services de santé qui soient adaptés aux adolescents ; l'adaptation des instruments de formation et de suivi ; et l'appui à des activités de formation reposant sur les compétences et à des activités visant à l'obtention de normes de qualité au niveau national. Le Bureau régional des Amériques a accordé une attention particulière à ce groupe d'âge aux niveaux régional et national.

115. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 4.6 a été partiellement atteint, selon les rapports établis par la Région africaine, la Région de la Méditerranée orientale et la Région de l'Asie du Sud-Est ainsi qu'au Siège, et a particulièrement souffert dans l'ensemble des grands bureaux de l'absence de ressources financières et humaines pour la prestation d'un soutien technique systématique aux pays, en particulier pour la planification stratégique et la mise en place de services de santé qui soient à l'écoute des adolescents.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 4.7

Mise à disposition de lignes directrices, d'approches et d'outils et fourniture d'un appui technique aux États Membres pour accélérer l'action en vue de la mise en œuvre de la stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique, l'accent étant mis en particulier sur l'instauration d'un accès équitable à des services de santé sexuelle et génésique de qualité, en particulier là où les besoins ne sont pas satisfaits, et dans le respect des droits de l'homme pour ce qui touche à la santé sexuelle et génésique.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
4.7.1	Nombre d'États Membres mettant en œuvre la stratégie de l'OMS pour la santé génésique pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique fixés à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, lors de l'examen quinquennal qui a suivi (CIPD+5), lors du Sommet du Millénaire et à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2007	30	40	60
4.7.2	Nombre d'États Membres cibles ayant passé en revue leurs législations, réglementations ou politiques nationales en matière de santé sexuelle et génésique	8	12	20

116. Des progrès ont été réalisés dans le renforcement des capacités des experts nationaux dans le domaine de la recherche opérationnelle en santé génésique, contribuant ainsi à la mise en œuvre globale de la stratégie pour la santé génésique. La couverture de la planification familiale est essentielle, tout comme la mise en pratique des interventions efficaces, existantes ou novatrices, par l'intermédiaire de la recherche opérationnelle.

117. Le nombre des États Membres qui mettent en œuvre la stratégie de l'OMS pour la santé génésique pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux s'est accru, passant de 30 au début de l'exercice à 60 à la fin de 2011. Le Secrétariat a aidé les pays à incorporer les nouvelles données factuelles dans les politiques et programmes et à mettre en œuvre des interventions reposant sur ces données factuelles. Un soutien a été apporté par l'intermédiaire de l'actualisation des normes et lignes directrices portant sur divers aspects de la santé sexuelle et génésique, parmi lesquels la planification familiale (et plus particulièrement les quatre piliers de la planification familiale), la santé maternelle et périnatale (lignes directrices sur l'hémorragie et l'éclampsie), la prévention du cancer du col de l'utérus et la prévention de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 4.8

Fourniture aux États Membres de lignes directrices, d'approches et d'outils, ainsi que d'une assistance technique afin d'accroître la sensibilisation pour que le vieillissement en bonne santé soit considéré comme une question de santé publique, d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des programmes visant à maintenir une capacité fonctionnelle maximale tout au long de la vie et à former les dispensateurs de soins de santé aux méthodes qui permettent aux gens de vieillir en restant en bonne santé.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
4.8.1	Nombre d'États Membres disposant d'un programme fonctionnel en faveur du vieillissement actif conforme à la résolution WHA58.16 intitulée « Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action »	15	20	33

118. De plus en plus fréquemment, le vieillissement en bonne santé est reconnu comme un important défi à relever à l'échelle mondiale, comme en atteste le nombre en progression constante de pays dotés de programmes opérationnels. Toutefois, étant donné les ressources limitées disponibles dans ce domaine, la coopération avec d'autres parties prenantes, telles que la Commission européenne, est essentielle. Les effets des travaux normatifs de l'Organisation, tels que les lignes directrices et les cadres d'évaluation, sont d'autant plus importants là où existent des initiatives partant de la base. Le Réseau des villes-amies des aînés, dans le cadre duquel le vieillissement en bonne santé est favorisé moyennant l'amélioration des capacités des personnels de santé, en est un exemple.

119. Bien que des avancées progressives aient été enregistrées, le domaine du vieillissement a été évalué comme partiellement atteint dans la Région africaine et dans la Région de l'Asie du Sud-Est où les ressources financières et techniques restent insuffisantes.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques
--

120. Au cours de l'exercice, de nombreux États Membres ont été confrontés à des situations d'urgence humanitaire éprouvantes, à commencer par le tremblement de terre en Haïti en janvier 2010 qui a tué plus de 200 000 personnes et touché plus de trois millions de personnes et a ensuite été suivi d'une flambée de choléra ; le tremblement de terre au Chili ; les inondations au Pakistan qui ont touché plus de 20 millions de personnes ; les inondations aux Philippines ; le tremblement de terre et l'accident nucléaire au Japon ; le tremblement de terre en Turquie ; les troubles civils en Égypte, en Libye, au Yémen et en Syrie, ainsi qu'en Côte d'Ivoire ; la famine et ses conséquences pour la santé dans la Corne de l'Afrique, qui ont touché quelque 10 millions de personnes ; sans compter les nombreuses catastrophes naturelles et événements de santé publique dont l'ampleur et la visibilité ont été moindres.

121. Étant donné la fréquence croissante des situations d'urgence à l'échelle mondiale et leurs conséquences susceptibles de mettre la vie de nombreuses personnes en danger, la complexité des travaux et les demandes croissantes émanant des États Membres, l'OMS a travaillé étroitement avec de nombreux partenaires, notamment les autorités nationales, la société civile, les institutions des Nations Unies, les donateurs existants et nouveaux ainsi que le secteur privé, pour améliorer la préparation aux situations d'urgence et la capacité d'organisation des secours dans le secteur de la santé. Les États Membres ont également défini la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours comme un domaine clé de coopération avec l'OMS ; 119 États Membres ont inclus ce domaine dans leurs stratégies de coopération nationale.

122. Au cours de cet exercice, quatre des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour l'objectif stratégique 5 ont été considérés comme pleinement atteints et trois ont été partiellement atteints. Ces appréciations globales ont été fondées sur le niveau de réalisation des cibles des indicateurs conformément aux mesures et notifications des grands bureaux, les méthodes utilisées se situant dans la ligne des précédents rapports d'exécution biennaux. Toutefois, une analyse qualitative des travaux de l'OMS dans les domaines de la préparation aux situations d'urgence, de l'organisation des secours et du relèvement laisse penser qu'un ensemble plus solide de critères d'exécution à l'échelle de l'Organisation est requis pour mesurer les réalisations de manière plus exacte. En l'absence de tels critères, la plupart de ces résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation devraient être considérés comme seulement partiellement atteints, en particulier compte tenu des défis actuels.

123. Pour répondre aux défis auxquels le Secrétariat et les États Membres se trouvent confrontés dans le cadre de la gestion des risques liés aux situations d'urgence et de la riposte humanitaire, et pour se conformer aux évolutions dans le cadre du processus de réforme de l'OMS et du programme de transformation du Comité permanent interorganisations pour 2011, l'OMS a entrepris un large processus de consultation avec les parties prenantes internes et externes au cours de la deuxième partie de l'exercice biennal. Celui-ci visait à affiner et à restructurer ses travaux dans les situations d'urgence, et il s'est traduit par : 1) la mise au point d'un nouveau cadre d'action d'urgence qui comporte des critères d'exécution mesurables, 2) la restructuration, la redéfinition des finalités et la réduction de 50 % des effectifs du Département chargé des situations d'urgence au Siège, 3) la rationalisation des résultats escomptés pour l'objectif stratégique 5 qui passeront de sept à deux : l'un pour la préparation et l'autre pour la riposte, et 4) un objectif stratégique 5 représentant une composante plus réaliste du budget programme 2012-2013, l'accent étant mis sur le renforcement des capacités aux niveaux

régional et national. Au cours de l'année 2012, le Conseil et l'Assemblée de la Santé discuteront du rôle de l'OMS dans les situations d'urgence, et du cadre d'action d'urgence proposé, et fourniront de nouvelles orientations pour les travaux de l'OMS dans ce domaine.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 5.1

Élaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux États Membres pour la mise au point et le renforcement de plans et de programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
5.1.1	Proportion des États Membres dotés de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence portant sur des risques multiples	60 %	65 %	72 %
5.1.2	Nombre d'États Membres mettant en œuvre des programmes visant à réduire la vulnérabilité des installations sanitaires aux conséquences des catastrophes naturelles	46	50	91

124. L'OMS a aidé les États Membres à réduire la vulnérabilité matérielle et fonctionnelle des systèmes de santé et des communautés afin d'assurer la continuité des services de santé après une catastrophe et d'accroître la préparation du secteur de la santé dans les États Membres.

125. L'OMS a participé à l'instauration d'un dispositif mondial pour la réduction des risques de catastrophe dont l'objectif est d'améliorer la mise en œuvre des mesures de réduction des risques de catastrophe moyennant une meilleure communication et coordination entre les parties prenantes. Les bureaux régionaux ont élaboré des lignes directrices pour la réduction des risques de catastrophe ainsi que des outils pour évaluer les capacités des systèmes de santé à gérer les crises. En outre, un soutien technique a été fourni pour mettre en œuvre les programmes de gestion des risques d'urgence au niveau national et pour prendre des mesures en accord avec la résolution WHA64.1 sur la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005). En conséquence, le pourcentage d'États Membres mettant en œuvre des programmes pour la sécurité des hôpitaux est passé de 23 % à 46 % au cours de l'exercice, et le pourcentage d'États Membres dotés de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence de 60 % à 72 %.

126. Même si les cibles des indicateurs pour ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation ont été atteintes, les Bureaux régionaux de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, ainsi que le Siège ont fait état d'une réalisation partielle de leur contribution à ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation. Les principales raisons tiennent à l'absence d'un cadre institutionnel permettant de préciser et d'orienter le soutien de l'OMS aux États Membres dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence, de l'absence de critères d'exécution clairs et du manque de financement durable.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 5.2

Élaboration de normes et de critères et renforcement des capacités pour permettre aux États Membres d'organiser rapidement des secours en cas de catastrophes associées à des risques naturels et de crises liées à des conflits.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
5.2.1	Dispositifs opérationnels mis en place dans les Régions et au Siège pour permettre l'activation des moyens d'urgence dans les situations d'urgence aiguë	80 %	100 %	100 %
5.2.2	Nombre de programmes de formation régionaux et mondiaux concernant les opérations de santé publique en situation d'urgence	22	35	44

127. Avec le soutien de l'OMS, les États Membres ont continué à renforcer leurs capacités nationales pour organiser des secours en cas de situation d'urgence dans le secteur de la santé au cours de l'exercice. L'OMS a mené les travaux de collaboration au sein du groupe de responsabilité sectorielle Santé, qui est constitué de plus de 30 organisations humanitaires internationales du domaine de la santé, pour l'organisation des secours et le renforcement des capacités de relèvement. Elle a également organisé 44 cours de formation sur le renforcement des capacités d'organisation des secours et de relèvement pour ses homologues au niveau national, le personnel de l'OMS et les partenaires internationaux ; consolidé ses plates-formes opérationnelles pour un déploiement rapide des experts, des fonds et des fournitures au niveau régional et au niveau du Siège ; mis au point des outils indispensables concernant la santé de l'enfant, la santé mentale et l'évaluation des besoins après une catastrophe ; et agi sur la prise de décisions politiques sur la scène humanitaire mondiale moyennant une participation active aux travaux du Comité permanent interorganisations.

128. Bien que ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation ait été évalué comme pleinement atteint, des travaux supplémentaires doivent être menés pour définir des critères minimaux pour la préparation institutionnelle et des systèmes et procédures d'organisation des secours à l'échelle de l'Organisation. Bien que des mécanismes aient été mis en place, ils n'ont pas été en mesure de satisfaire aux demandes de moyens supplémentaires. Cela a été particulièrement manifeste en 2011 lorsque l'Organisation et ses partenaires n'ont pas été en mesure de répondre aux demandes des États Membres et de leurs partenaires pour que soient augmentés les moyens en ressources humaines au cours des principales situations d'urgence humanitaire. Au cours de l'exercice 2012-2013, une attention particulière sera accordée à la résolution de ce problème persistant.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 5.3

Élaboration de normes et de critères et renforcement des capacités pour permettre aux États Membres d'évaluer les besoins et de planifier les interventions pendant les phases de transition et de relèvement après un conflit ou une catastrophe.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
5.3.1	Nombre de plans d'action humanitaire ayant une composante santé élaborés pour les situations d'urgence persistante	26	Dans tous les pays disposant de coordonnateurs humanitaires (39)	Dans tous les pays disposant de coordonnateurs humanitaires (39)
5.3.2	Nombre de pays en situation de transition ayant élaboré une stratégie de relèvement pour le secteur de la santé	12	18	33

129. Dans de nombreux États Membres confrontés à des crises prolongées, des progrès ont été accomplis pour ce qui est du positionnement de la santé au sein du plan d'action humanitaire. Chacun des 39 pays disposant d'un coordonnateur humanitaire a mis au point une composante santé au sein de son plan d'action humanitaire. Trente-trois pays ont élaboré des stratégies de relèvement du secteur de la santé au cours de l'exercice.

130. L'OMS a élaboré une méthode pour l'évaluation des besoins après une catastrophe ou un conflit, en collaboration avec les institutions pertinentes des Nations Unies, la Banque mondiale et l'Union européenne. Plusieurs bureaux régionaux ont participé à la mise au point finale de ces instruments d'évaluation des besoins après un conflit ou une catastrophe pour la planification du relèvement. Le Bureau régional du Pacifique occidental a élaboré un instrument d'évaluation des besoins et des risques sanitaires après une catastrophe afin d'aider à la définition des besoins en matière de santé des populations touchées.

131. Bien que les cibles des indicateurs aient été atteintes pour ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation, la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale, ainsi que le Siège ont fait état d'une réalisation partielle, essentiellement due à l'absence d'une approche et d'orientations institutionnelles cohérentes à l'égard des pays touchés, ainsi que du fait de l'insuffisance du soutien des donateurs dans la période qui suit la crise.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 5.4

Fourniture aux États Membres d'un soutien technique coordonné en matière de lutte contre les maladies transmissibles dans les situations de catastrophes naturelles et de conflits.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
5.4.1	Proportion de catastrophes naturelles aiguës ou de conflits pour lesquels des interventions de lutte contre les maladies transmissibles ont été mises en œuvre, et notamment pour lesquels des systèmes d'alerte rapide et de surveillance des maladies en cas d'urgence ont été activés	100 %	100 %	100 %

132. Les États Membres prennent la direction des efforts visant à surveiller, prévenir et maîtriser les maladies transmissibles au cours des conflits et des catastrophes naturelles dans les Régions de l’OMS.

133. Un groupe de travail sur les situations d’urgence – maladies transmissibles a été établi pour apporter un soutien technique pour la lutte contre les maladies transmissibles dans les situations d’urgence humanitaire aux États Membres, aux bureaux régionaux, aux bureaux de pays et aux partenaires. Six documents pour l’évaluation des risques pour la santé publique ont été produits à la suite du tremblement de terre en Haïti, des crises au Kirghizistan et en Ouzbékistan, des inondations au Pakistan, des troubles civils en Libye, de la famine dans la Corne de l’Afrique et du tremblement de terre en Turquie. En outre, six profils épidémiologiques concernant les maladies transmissibles ont été élaborés pour l’Afghanistan, la Côte d’Ivoire, la République centrafricaine, le Sri Lanka, le Tchad et le Zimbabwe.

134. Les interventions de lutte contre les maladies transmissibles mises en œuvre lors de catastrophes naturelles ou de conflits aigus l’ont été avec succès, et notamment les systèmes d’alerte rapide et de surveillance des maladies en cas d’urgence ont été activés. L’OMS intensifiera ses travaux pour veiller à ce que les plans d’urgence intègrent la gestion des situations de crise dues aux épidémies et prévoient une plus forte collaboration avec les programmes, les laboratoires et les pharmacies travaillant dans le domaine des maladies transmissibles au niveau national à la fois à l’intérieur et à l’extérieur du secteur de la santé. L’évaluation des besoins et des risques en matière de santé en cas de catastrophe et de conflit doit intégrer les risques de maladies transmissibles et tirer plus largement parti des capacités d’évaluation des risques dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005).

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L’ÉCHELLE DE L’ORGANISATION 5.5

Fourniture aux États Membres d’un appui pour le renforcement de la préparation nationale et la mise en place des mécanismes d’alerte et d’action pour les urgences sanitaires liées à l’environnement et à la sécurité sanitaire des aliments.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
5.5.1	Proportion d’États Membres dotés de plans nationaux de préparation, d’alerte et d’intervention en cas d’urgences chimiques, radiologiques et environnementales	60 %	65 %	70 %
5.5.2	Nombre d’États Membres dotés de points focaux pour le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments et pour le réseau des urgences liées à l’environnement	173	Dans tous les États Membres	177

135. La santé environnementale a été un élément clé de bon nombre de crises auxquelles les États Membres ont été confrontés au cours de l’exercice, depuis le tremblement de terre en Haïti jusqu’aux inondations au Pakistan, en passant par l’intoxication massive au plomb au Nigéria.

136. Un soutien technique a été fourni aux États Membres pour le renforcement des mécanismes nationaux de préparation, d’alerte et d’intervention en cas d’urgences chimiques, radiologiques et

environnementales. En conséquence, la proportion d'États Membres dotés de plans nationaux de préparation, d'alerte et d'intervention en cas d'urgences chimiques, radiologiques et environnementales est passée de 60 % à 70 %. En outre, 91 % des États Membres sont dotés de points focaux pour le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments, soit une augmentation de 89 % par rapport à la situation il y a deux ans.

137. Même si les cibles de l'indicateur ont été atteintes pour ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation, la Région africaine, la Région de la Méditerranée orientale, la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région du Pacifique occidental ont fait état d'une réalisation partielle, les obstacles étant essentiellement dus aux préoccupations liées à l'absence d'experts couvrant ce domaine.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 5.6

Établissement d'une communication, de partenariats et d'une coordination efficaces avec les autres organisations du système des Nations Unies, les gouvernements, les organisations non gouvernementales locales et internationales, les universités et les associations professionnelles aux niveaux national, régional et mondial.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
5.6.1	Proportion d'États Membres touchés par des situations d'urgence aiguë et d'États où persiste une situation d'urgence et où est en poste un coordonnateur de l'action humanitaire dans lesquels le Groupe Santé du Comité permanent interorganisations des Nations Unies est opérationnel conformément aux normes dudit Groupe	60 %	80 %	>80 %
5.6.2	Proportion d'États Membres où persiste une situation d'urgence et où est en poste un coordonnateur de l'action humanitaire, qui bénéficie d'une présence technique durable de l'OMS portant sur la préparation aux urgences, l'organisation des secours et le relèvement	60 %	75 %	>75 %

138. En s'appuyant sur les partenariats au niveau mondial et au niveau national, l'OMS a assumé les fonctions d'organisme chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé dans tous les pays mettant en œuvre l'approche par groupe sectoriel. Dans l'ensemble de ces pays, l'OMS a apporté son soutien aux États Membres en coordonnant les travaux de la communauté humanitaire dans le domaine de la santé conformément au plan du secteur de la santé. Toutefois, dans certains pays, les partenaires et les parties prenantes ont exprimé des préoccupations importantes considérant que les fonctions de chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé n'étaient pas pleinement assurées. En l'absence de critères standard pour mesurer le niveau d'exécution dans ce domaine, ces indicateurs sont par conséquent considérés comme n'étant pas pleinement atteints et le résultat escompté seulement partiellement atteint. Parmi les obstacles à la réalisation de ce dernier figurent l'absence d'une approche harmonisée à l'échelle de l'Organisation, le manque de compétences en matière de coordination, de collecte et de gestion des informations et de planification stratégique,

l'absence d'une stratégie pour coordonner le grand nombre de partenaires dans des crises de l'ampleur de celle qui a frappé Haïti, et le manque de financement pour les fonctions de chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 5.7

Mise en œuvre en temps voulu et de manière efficace des interventions dans les situations d'urgence aiguë ou persistante, et des opérations de relèvement.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
5.7.1	Proportion des situations d'urgence aiguë pour lesquelles l'OMS mobilise et coordonne l'action au niveau national et international	80 %	90 %	90 %
5.7.2	Proportion des interventions concernant des situations d'urgence chronique mises en œuvre conformément à la composante santé des plans d'action humanitaire	100 %	100 %	100 %

139. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été pleinement atteint au regard des indicateurs, mais des problèmes importants ont été rencontrés : l'absence d'un cadre d'action général, comportant des critères d'exécution, des capacités et des procédures d'interventions mesurables, et un système solide de suivi et d'évaluation.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 6

Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque

140. Les maladies non transmissibles sont la principale cause de décès dans le monde, puisqu'elles sont responsables de 63 % de tous les décès à l'échelle mondiale. Quatre facteurs de risque comportementaux – le tabagisme, une alimentation déséquilibrée, le manque d'activité physique et l'usage nocif de l'alcool – sont responsables de l'augmentation du risque des maladies chroniques telles que les cardiopathies, le diabète et les cancers. Les principaux risques de mortalité dans le monde sont l'hypertension artérielle (responsable de 13 % des décès à l'échelle mondiale), le tabagisme (9 %), l'hyperglycémie (6 %), la sédentarité (6 %), et le surpoids et l'obésité (5 %). Les rapports sexuels à risque et l'usage nocif de l'alcool figurent aussi parmi les principaux risques de morbidité, mesurés en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) – représentant, d'une manière combinée, 10 % des DALY à l'échelle mondiale. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les pertes économiques cumulées imputables aux maladies non transmissibles sont estimées à US \$500 milliards par an, ce qui équivaut à 4 % de leur production annuelle actuelle.

141. L'une des solutions pour faire face à ces facteurs de risque comportementaux consiste à obtenir l'engagement politique, financier et technique nécessaire pour lutter contre les maladies non transmissibles en tant que problème de santé et de développement. Les États Membres ont fait un important pas en avant dans la manière de prendre en charge les maladies non transmissibles, en particulier en s'attaquant aux principaux facteurs de risque, dans le cadre des accords convenus par l'intermédiaire de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (résolution 66/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies). Cet engagement apparaît aussi clairement dans le soutien constant dont bénéficient la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et d'autres résolutions telles que la résolution WHA57.17 sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé, la résolution WHA63.14 sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants ; et la résolution WHA57.12 sur la santé génésique : stratégie pour accélérer les progrès en vue de la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux. Une action multisectorielle pour la santé est au cœur de toutes ces stratégies.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 6.1

Fourniture aux États Membres d'avis et d'un soutien pour qu'ils puissent renforcer leur capacité de promotion de la santé dans tous les programmes pertinents et établir des collaborations multisectorielles et multidisciplinaires efficaces pour promouvoir la santé et prévenir ou réduire les facteurs de risque majeurs.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
6.1.1	Nombre d'États Membres qui ont fait une évaluation et établi un rapport sur au moins l'un des domaines d'action et des engagements des conférences mondiales sur la promotion de la santé	31	40	120
6.1.2	Nombre de villes qui ont mis en œuvre des programmes pour une urbanisation saine en vue de réduire les inégalités sanitaires	17	22	34

142. À la fin de 2011, 120 États Membres avaient fait une évaluation et établi un rapport sur au moins l'un des domaines d'action et des engagements des conférences mondiales sur la promotion de la santé. L'outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain (Urban HEART) a été appliqué dans 34 villes de 23 pays afin de réduire les inégalités en matière de santé.

143. Bien que ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation ait été « pleinement atteint », il s'est avéré que l'appréciation du nombre d'États Membres qui ont fait une évaluation et établi un rapport sur au moins l'un des domaines d'action et des engagements des conférences mondiales sur la promotion de la santé répondait à une définition trop large. Sont évaluées une vaste gamme d'actions de promotion de la santé telles que l'élaboration de stratégies, de plans et de partenariats, qui doivent être appréciées dans le cadre de la réalisation, mais leur mise en œuvre effective ne fait pas nécessairement l'objet de l'attention nécessaire. Les critères de mesure pour cet indicateur seront revus et renforcés en 2012-2013.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 6.2

Fourniture de conseils et d'un soutien pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque majeurs par l'élaboration, la validation et la diffusion de cadres, d'outils et de méthodes d'exploitation dans les États Membres à forte charge ou à charge croissante de mortalité et d'incapacité imputable à ces facteurs de risque.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
6.2.1	Nombre d'États Membres disposant d'un système national fonctionnel de surveillance des principaux facteurs de risque pour la santé dans la population adulte, fondé sur l'approche STEPwise de l'OMS	80	85	94
6.2.2	Nombre d'États Membres disposant d'un système national fonctionnel de surveillance des principaux facteurs de risque pour la santé chez les jeunes, fondé sur la méthodologie mondiale d'enquête sanitaire en milieu scolaire	52	58	72

144. La collecte, l'analyse et l'utilisation de données sur l'exposition aux facteurs de risque au niveau national sont essentielles pour cibler, prévenir et pour évaluer les progrès. Les États Membres ont fait des progrès dans ce domaine, puisqu'ils sont désormais 94 au total à utiliser l'approche STEPwise de l'OMS pour suivre l'exposition de leurs populations adultes aux principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles, et 72 d'entre eux effectuent une surveillance des comportements à risque chez les jeunes ainsi que des facteurs protecteurs en utilisant la méthodologie mondiale de l'OMS reposant sur les enquêtes sanitaires en milieu scolaire (GSHS).

145. Le nombre d'États Membres menant des enquêtes spécifiques sur les facteurs de risque telles que l'enquête mondiale sur le tabagisme chez l'adulte a également augmenté. Au cours de cet exercice, l'OMS a publié le Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles, qui fournit une évaluation complète de la situation actuelle pour les principaux facteurs de risque relevant de cet objectif stratégique, ainsi qu'un ensemble de lignes directrices pour lutter contre les maladies non transmissibles moyennant des interventions globales et intersectorielles.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 6.3

Élaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et de mortalité associées au tabagisme, afin de renforcer les institutions pour les aider à traiter/prévenir les problèmes de santé publique connexes. Une aide sera également fournie à la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac pour mettre en œuvre les dispositions de la Convention et élaborer des protocoles et des principes directeurs.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
6.3.1	Nombre d'États Membres disposant de données comparables sur la prévalence du tabagisme chez l'adulte, obtenues à partir d'enquêtes représentatives, nationales et récentes, telles que l'enquête mondiale sur le tabagisme chez l'adulte ou STEPS	56	78	78
6.3.2	Nombre d'États Membres ayant instauré une interdiction complète de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail intérieurs	20	29	31
6.3.3	Nombre d'États Membres interdisant la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac	26	20	20

146. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est entrée en vigueur en 2005 ; en 2008, l'OMS a introduit le programme MPOWER de mesures visant à réduire la demande afin d'aider les pays à satisfaire à certaines de leurs obligations au titre de la Convention-cadre. À la fin de 2011, des progrès notables avaient été faits dans l'application des mesures de réduction de la demande : 31 pays ont promulgué des lois prévoyant au niveau national l'interdiction de fumer dans l'ensemble des lieux publics et des lieux de travail ; 26 pays appliquent des taxes sur le tabac d'un montant supérieur au minimum recommandé de 75 % du prix de détail ; 19 pays ont désormais rendu obligatoires les mises en garde sanitaires conformes aux meilleures pratiques sur les paquets de cigarettes ; 20 pays ont mis en place des interdictions complètes de toute publicité, promotion et parrainage pour le tabac. L'OMS a mené des évaluations des capacités, mis au point des modules de formation et fourni un soutien technique à 20 pays pour la mise en œuvre des mesures de réduction de la demande. Elle a également directement contribué à améliorer l'organisation et l'efficacité des systèmes de taxation du tabac dans 12 États Membres en s'engageant directement auprès des ministères des finances sur les questions fiscales et en fournissant une formation spécialisée.

147. Des précisions ont été apportées pour la mesure du nombre d'États Membres disposant d'interdictions sur la publicité du tabac, sa promotion et son parrainage. Une définition plus rigoureuse des activités relatives à ces interdictions a été introduite dans un souci de cohérence avec les définitions figurant dans les directives finales approuvées pour l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. En conséquence, la base 2010, la cible 2011 et les critères de réalisation pour 2011 ont été recalculés.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 6.4

Élaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et mortalité associées à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, afin de renforcer les établissements pour combattre/prévenir les problèmes de santé publique connexes.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
6.4.1	Nombre d'États Membres ayant élaboré, grâce au soutien de l'OMS, des stratégies, des plans et des programmes pour combattre ou prévenir les problèmes de santé publique entraînés par la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives	38	50	57
6.4.2	Nombre de stratégies, de principes directeurs, de normes et d'outils techniques de l'OMS élaborés pour aider les États Membres à prévenir et à réduire les problèmes de santé publique entraînés par la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives	11	14	16

148. La Stratégie mondiale de l'OMS visant à réduire l'usage nocif de l'alcool a été approuvée par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé, incitant un nombre croissant de pays à élaborer ou réviser leurs politiques et plans d'action nationaux dans ce domaine conformément à la Stratégie mondiale. Au total, 57 pays disposent désormais de politiques nationales sur l'alcool et 10 autres de politiques locales dans ce domaine. L'OMS a mis au point plusieurs outils techniques visant à faciliter la mise en œuvre de stratégies politiques efficaces de lutte contre l'usage nocif de l'alcool, notamment le guide sur les dispositions législatives visant à lutter contre l'usage nocif de l'alcool et l'identification et la prise en charge des troubles liés à l'usage de l'alcool dans les établissements de soins.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 6.5

Élaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres à forte charge ou à charge croissante de morbidité et de mortalité associées à une alimentation déséquilibrée et au manque d'exercice physique, afin de renforcer les établissements et de combattre ou prévenir les problèmes de santé publique connexes.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
6.5.1	Nombre d'États Membres qui ont adopté des stratégies et des plans multisectoriels en faveur d'une alimentation saine ou de la pratique d'exercice physique fondés sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'OMS	61	65	79
6.5.2	Nombre d'instruments techniques de l'OMS destinés à aider les États Membres à promouvoir une meilleure alimentation ou l'exercice physique	16	20	22

149. À la fin de 2011, 79 États Membres avaient adopté des stratégies et des plans multisectoriels en faveur d'une alimentation saine ou de la pratique d'exercice physique fondés sur la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé de l'OMS. Au cours de l'exercice, l'OMS a élaboré un guide de mise en œuvre pour aider les États Membres à appliquer les recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées, comme cela avait été convenu dans la résolution WHA63.14. L'OMS a également publié un ensemble de recommandations mondiales sur l'exercice physique pour la santé et a travaillé avec les États Membres pour qu'elles soient mises en œuvre au niveau national.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 6.6

Élaboration de politiques, de stratégies, d'interventions, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux États Membres pour promouvoir une sexualité à moindre risque et renforcer les établissements afin de prendre en charge les conséquences sociales et individuelles des rapports sexuels à risque.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
6.6.1	Nombre d'États Membres produisant des données sur les déterminants et/ou les conséquences des rapports sexuels à risque	8	10	22
6.6.2	Nombre d'États Membres produisant des données comparables sur les indicateurs relatifs aux rapports sexuels à risque, à l'aide des instruments de surveillance STEPS de l'OMS	2	5	5

150. Dans le cadre de la Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé génésique, 22 États Membres ont produit des données factuelles sur les déterminants et/ou les conséquences des rapports sexuels à risque, et des interventions nouvelles et améliorées visant à promouvoir les comportements sexuels à moindre risque ont été mises en œuvre dans plusieurs pays. Toutefois, la réalisation des indicateurs a été différente d'une Région à l'autre.

151. Ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été évalué comme « partiellement atteint » du fait de progrès limités dans certaines Régions, en particulier dans la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale, du fait des obstacles inhérents au financement et aux priorités établies.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 7

Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme

152. Malgré une attention politique accrue au niveau mondial, les inégalités en matière de santé continuent à croître à la fois à l'intérieur d'un même pays et d'un pays à l'autre, et sont aggravées par l'urbanisation rapide, les catastrophes naturelles ou imputables à l'homme, la récession économique et le chômage. S'attaquer aux inégalités en matière de santé est une priorité majeure de la santé publique.

153. Les États Membres cherchent de plus en plus fréquemment des moyens novateurs d'encourager la collaboration intersectorielle sur les déterminants sociaux et économiques de la santé, et sont conscients de la nécessité d'intégrer des approches favorisant l'équité, favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes, et solides d'un point de vue éthique dans les secteurs de la santé et dans leurs politiques et programmes sociaux. Les États Membres ont fait part d'un engagement politique accru en ce sens au cours de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, qui s'est tenue à Rio de Janeiro au Brésil en octobre 2011.¹ En conséquence, la demande de soutien auprès de l'OMS de la part des États Membres a fortement augmenté et 84 États Membres ont demandé un appui technique au cours de la période biennale. Ces approches ont aussi été intégrées dans un certain nombre de programmes spécifiques à certaines maladies dans toute l'Organisation.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 7.1

Importance des déterminants sociaux et économiques de la santé reconnue dans toute l'Organisation et intégrée dans l'action normative de l'OMS et sa collaboration technique avec les États Membres et d'autres partenaires.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
7.1.1	Nombre de Régions OMS dotées d'une stratégie régionale sur les déterminants sociaux et économiques de la santé recensés dans le rapport de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, approuvé par le Directeur général	4	5	5

¹ Les résultats de la Conférence, la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, ont été approuvés dans la résolution EB130.R11 : Résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. La résolution appelle, entre autres, à une meilleure gouvernance aux niveaux local, national, régional et mondial. L'OMS est appelée à veiller à ce que les travaux sur les déterminants sociaux de la santé menés par différentes institutions des Nations Unies soient mieux alignés et harmonisés.

154. La Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé a fourni un forum pour améliorer la visibilité politique de la gouvernance intersectorielle pour l'équité en santé et pour permettre des échanges techniques sur les activités qui fonctionnent. Dans le cadre de la préparation de la réunion, plus de 40 études de cas dans les pays ont été réunies, permettant de comprendre quelles sont les bonnes pratiques au niveau des pays pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé.

155. Le cadre et les conclusions des réseaux de connaissance de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé ont été utilisés pour appuyer l'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les plans de santé et les stratégies de santé publique au niveau national dans neuf pays. Six pays ont bénéficié d'une aide pour renforcer les capacités de direction du ministère de la santé en matière de coordination et de gestion des interventions visant à réduire le fossé existant en matière d'équité en s'attaquant aux déterminants sociaux de la santé.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 7.2

Prise par l'OMS d'une initiative destinée à fournir des possibilités et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international pour traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé, notamment pour comprendre quelles sont les conséquences du commerce et des accords commerciaux sur la santé publique, agir sur celles-ci et pour encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
7.2.1	Nombre de comptes rendus publiés par les pays sur la prise en compte des déterminants sociaux pour l'équité en matière de santé	10	14	28
7.2.2	Nombre d'outils destinés à aider les pays à analyser les conséquences du commerce et des accords commerciaux sur la santé	8	9	9

156. Les pays procèdent à des changements dans leurs pratiques de gouvernance intersectorielle afin d'augmenter leur impact sur l'équité en matière de santé, à la fois aux niveaux national et international. Une nouvelle législation pour la santé publique portant sur l'équité en matière de santé et sur la santé dans toutes les politiques a été introduite dans certains pays. Aux niveaux mondial et régional, l'OMS a favorisé l'obtention d'un consensus international sur les principaux éléments d'une approche visant à l'intégration de la santé dans toutes les politiques, par l'intermédiaire de la Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques et de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé.

157. La mondialisation et le commerce ont une influence majeure sur les résultats en matière de santé. Au cours de la période biennale, l'OMS a continué à soutenir les États Membres dans le renforcement des capacités permettant d'évaluer les échanges et leur impact sur les résultats en matière de santé. Plusieurs publications – manuels, documents d'information ou aide-mémoire – ont été produits au cours de cet exercice. L'OMS a désormais établi une coopération trilatérale active avec l'OMPI et l'OMC au niveau mondial et les trois Organisations ont commencé à organiser une série de

symposiums techniques conjoints sur les questions relevant de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 7.3

Collecte, synthèse et analyse de données économiques et sociales intéressant la santé ventilées par sexe, âge, appartenance ethnique, revenu et état de santé (maladie ou incapacité, par exemple).

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
7.3.1	Nombre de rapports publiés par les pays au cours de l'exercice et contenant des données ventilées et une analyse de l'équité en matière de santé	35	40	46

158. Des progrès ont été accomplis dans toutes les Régions dans l'utilisation de données ventilées pour mesurer les inégalités en matière de santé et leurs déterminants. Le nombre de rapports publiés par les pays au cours de l'exercice et contenant des données ventilées et une analyse de l'équité en matière de santé a augmenté pour passer de 35 à 46. Un nombre plus important de pays ont demandé un soutien, des outils et un renforcement de leurs moyens pour améliorer leurs capacités de mesure. En réponse à cette demande, le Secrétariat a diffusé un modèle à l'intention des Régions pour l'élaboration de rapports portant sur les inégalités en matière de santé au niveau national ; il a fourni un appui technique pour l'utilisation des systèmes d'information sanitaire existants afin de recenser les domaines d'action prioritaires pour ce qui est des déterminants sociaux de la santé, et produit une publication sur l'intégration des approches soucieuses d'équité entre les sexes dans les programmes portant sur les maladies infectieuses émergentes.

159. Même si globalement, la cible du nombre de rapports publiés par les pays au cours de l'exercice et contenant des données ventilées et une analyse de l'équité en matière de santé a été atteinte, ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme partiellement atteint. Cela est dû essentiellement à l'obtention partielle du résultat dans la Région de la Méditerranée orientale, où de nombreux pays n'ont pas encore institutionnalisé la collecte de données ventilées, et au Siège, où le suivi des inégalités en matière de santé et la collecte et l'utilisation de données ventilées ne sont pas suffisamment intégrés au sein des programmes de l'OMS ni consolidés par l'intermédiaire de l'Observatoire mondial de la santé.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 7.4

Promotion d'approches de la santé fondées sur l'éthique et les droits de l'homme à l'OMS et aux niveaux national et mondial.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
7.4.1	Nombre d'outils mis au point à l'intention des États Membres ou du Secrétariat donnant des orientations sur la façon d'utiliser les droits de l'homme pour faire progresser la santé	28	37	37
7.4.2	Nombre d'outils élaborés pour les États Membres ou le Secrétariat donnant des orientations sur la façon d'utiliser l'analyse éthique pour améliorer les politiques de santé	12	16	16

160. L'OMS dispose d'un mandat spécifique pour veiller à ce que l'analyse éthique soit incluse dans les politiques et programmes de santé. Il est impératif d'appliquer des normes éthiques aux essais cliniques et à la recherche en santé. En étroite collaboration avec les comités nationaux d'éthique, l'OMS a encouragé les centres collaborateurs pour la bioéthique et les autres organisations internationales qui sont actives dans ce domaine à soutenir la multiplication des synergies entre différentes initiatives mondiales. À la suite de l'adoption de la résolution WHA63.22 sur la transplantation d'organes et de tissus humains, un groupe de travail des comités nationaux d'éthique a été établi pour travailler à sa mise en œuvre dans les pays. Des orientations sur les aspects éthiques de la lutte contre la tuberculose ont été élaborées et diffusées dans les pays et un soutien technique a été fourni aux États Membres pour leur permettre de renforcer leurs systèmes d'examen éthique, y compris l'enregistrement des essais cliniques. Le nombre d'essais cliniques enregistrés dans la base de données du Système d'enregistrement international des essais cliniques (ICTRP) est passé de 50 557 à un total de 153 092 à la fin de 2011.¹ Il est indispensable que tous les essais cliniques soient enregistrés afin d'accroître la transparence à la fois pour les chercheurs et les utilisateurs.

161. L'OMS a soutenu les pays afin qu'ils revoient leurs plans stratégiques nationaux dans le secteur de la santé à la lumière de leurs obligations et engagements en matière de droits de l'homme liés à la santé, notamment le droit à des services de santé accessibles et abordables, le droit de participer aux processus de prise de décisions et le droit d'obtenir réparation moyennant des mécanismes de responsabilisation.

162. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été partiellement atteint étant donné que la Région européenne et la Région de l'Asie du Sud-Est ont fait part d'une réalisation partielle de leurs contributions. Les principaux obstacles à la réalisation du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation tenaient à l'absence de moyens pour recenser les questions prioritaires émergentes et leur apporter une solution, et pour répondre aux demandes urgentes des pays. En outre, le processus de notification a été nettement entravé par les informations insuffisantes sur les activités en matière d'éthique mises en œuvre par les pays dans certaines Régions.

¹ Le nombre de visites moyennes par mois sur le portail de recherche de l'ICTRP (<http://www.who.int/trialsearch>), qui était de 140 000 en 2009, est passé à 2 100 000 en 2011. En conséquence, l'ICTRP se situe à la troisième place sur la liste des sites de l'OMS les plus visités, après les classifications et le centre des médias.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 7.5

Intégration de l'analyse des sexospécificités et de mesures réactives dans l'action normative de l'OMS et soutien aux États Membres pour l'élaboration de politiques et de programmes tenant compte des différences entre les sexes.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
7.5.1	Nombre d'outils ou de documents OMS élaborés ou actualisés, ou d'activités conjointes entreprises par des unités techniques de l'Organisation afin de promouvoir des mesures sexospécifiques dans l'action de l'OMS	63	85	98
7.5.2	Nombre d'activités visant à intégrer les différences entre les sexes menées dans les États Membres et soutenues par l'OMS	142	170	189

163. Dans le domaine des sexospécificités et de la santé, des progrès importants sur la voie de l'intégration d'une approche soucieuse d'équité entre les sexes au sein des politiques et des interventions sanitaires des pays ont été observés, notamment dans la Région africaine et dans la Région des Amériques, des plans de collaboration pour l'intégration des différences entre les sexes ayant été élaborés dans 10 pays de cette dernière. Le Secrétariat a produit 98 documents et outils d'orientation et mis en œuvre des activités conjointes dans différents domaines techniques parmi lesquels les sexospécificités et le renouveau des soins primaires, et les sexospécificités et les droits de l'homme, tout en produisant, parallèlement, diverses publications sur les liens existant entre les sexospécificités, la violence à l'encontre des femmes et le VIH. Dans le cadre du Réseau genre, femmes et santé, le nombre de points focaux consacrés aux questions hommes-femmes¹ est désormais de 112 pour l'ensemble des Régions de l'OMS.

164. Bien que les objectifs au titre de ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation aient d'une manière générale été atteints, la Région africaine et la Région européenne ont évalué leurs contributions escomptées comme partiellement atteintes. Vers la fin de l'exercice, l'exécution a été entravée par le manque de personnel à la fois au Siège et dans certaines Régions, qui a directement porté atteinte au soutien aux États Membres.

¹ Le système de points focaux, qui a été la principale stratégie reconnue par le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination dans le cadre de la politique menée à l'échelle du système pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, apporte un soutien technique à l'intégration des approches soucieuses d'équité dans les programmes de l'OMS aux niveaux régional et national, et assure le suivi de la mise en œuvre de la stratégie pour l'intégration de l'analyse des sexospécificités et des actions correspondantes dans les travaux de l'OMS.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 8

Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement

165. Les déterminants de la santé dans l'environnement et le milieu de travail sont, selon les estimations, responsables d'environ un quart de la charge mondiale de morbidité et de 13 millions de décès chaque année. Les personnes les plus touchées sont les femmes et les enfants des milieux défavorisés qui vivent et travaillent dans les écosystèmes les plus pollués et les plus fragiles de la planète. Les efforts déployés aux niveaux mondial et régional pour s'attaquer aux déterminants de la santé dans l'environnement et le milieu de travail passent largement par des actions visant à identifier les facteurs de risque spécifiques (tels que les produits chimiques, les rayonnements, la pollution de l'air et le changement climatique) et à y remédier ; la prévention et la prise en charge des risques dans différents cadres (foyers, lieux de travail, établissements de santé) ; et l'intégration des interventions de prévention primaires lors de la conception des politiques, des plans et des projets mis en œuvre dans les secteurs où les risques environnementaux et professionnels sont élevés.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 8.1

Réalisation d'évaluations et élaboration et actualisation de normes et de principes fondés sur des données factuelles concernant les principaux risques pour la santé liés à l'environnement (par exemple qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, qualité de l'eau de boisson et recyclage des eaux usées).

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
8.1.1	Nombre d'États Membres ayant mené des évaluations de menaces spécifiques pour la santé liées à l'environnement ou ayant quantifié la charge de morbidité liée à l'environnement avec l'appui technique de l'OMS au cours de l'exercice	42	44	67
8.1.2	Nombre de normes, principes ou directives OMS nouveaux ou actualisés concernant les risques professionnels ou les risques pour la santé liés à l'environnement publiés au cours de l'exercice	18	20	21

166. Globalement, les connaissances relatives aux facteurs de risque environnementaux pour la santé humaine dans les pays de toutes les Régions de l'OMS ont progressé. Soixante-sept pays ont indiqué avoir mené des évaluations de menaces spécifiques pour la santé liées à l'environnement en utilisant les outils et recommandations de l'OMS sur l'évaluation des risques, alors qu'ils n'étaient que 42 au cours de l'exercice précédent. Dans de nombreux cas, ces mesures résultaient d'engagements politiques intersectoriels. Par exemple, dans la Région africaine, dans le cadre de la Déclaration de Libreville et du processus de suivi, 15 pays ont mené à bien des analyses de la situation sanitaire et

environnementale au niveau national et des évaluations des besoins avec le soutien financier et technique de l'OMS. Un élan identique a vu le jour dans la Région européenne à l'occasion de la Cinquième Conférence ministérielle sur l'environnement et la santé qui s'est tenue en mars 2010 ; dans la Région de l'Asie du Sud-Est lors du Deuxième Forum régional ministériel sur l'environnement et la santé organisé en juillet 2010 ; et dans la Région du Pacifique occidental lors de la Deuxième Conférence ministérielle de l'Asie orientale sur l'assainissement et l'hygiène organisée en janvier 2010.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 8.2

Fourniture d'un soutien et de conseils techniques aux États Membres pour la mise en œuvre d'interventions de prévention primaire destinées à réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, à accroître la sécurité et à promouvoir la santé publique, y compris dans des cadres particuliers (par exemple les lieux de travail, les habitations ou les villes) et dans les groupes de population vulnérables (par exemple les enfants).

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
8.2.1	Nombre d'États Membres mettant en place des interventions de prévention primaire pour réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, avec l'appui technique de l'OMS, dans au moins l'un des cadres suivants : lieux de travail, habitations ou villes	48	52	92

167. Au total, 92 pays ont indiqué avoir davantage recours aux interventions de prévention primaire pour agir sur les déterminants environnementaux et professionnels de la santé. Par exemple, de nombreux pays ont développé les interventions visant au traitement et au stockage sans risque de l'eau dans les foyers afin que les populations bénéficient d'eau potable. Les activités au niveau des pays se sont appuyées sur les *Directives pour la qualité de l'eau de boisson*, mises à jour en 2010, et sur les documents d'information de l'OMS concernant l'utilisation sans risque des eaux usées, des excréta et des eaux grises, révisés en avril 2010. Un autre exemple d'activité menée à bien en collaboration avec l'Alliance GAVI concerne la fourniture d'un soutien technique à 27 pays de la Région africaine et six pays de la Région de la Méditerranée orientale afin d'élaborer et de mettre en œuvre au niveau national des plans pour la prise en charge des déchets de soins.

168. En septembre 2010, l'Alliance mondiale pour des fourneaux améliorés (Global Alliance for Clean Cookstoves), dont l'OMS est membre fondateur, a été lancée dans le but de sauver les vies de 1,9 million de personnes qui, du fait de l'exposition à la pollution de l'air par les combustibles solides, meurent prématurément de diverses maladies ou affections, parmi lesquelles la pneumonie chez l'enfant, les maladies cardio-vasculaires, les pneumopathies chroniques obstructives et le faible poids à la naissance chez les nourrissons. Par l'intermédiaire de l'Alliance mondiale, 100 millions de foyers dans les pays à revenu faible ou intermédiaire bénéficieront de fourneaux améliorés. En septembre 2011, l'OMS a lancé la base de données mondiale sur la pollution de l'air à l'extérieur des habitations qui regroupe des données en provenance de près de 1100 cités dans 91 pays.

169. Même si les cibles des indicateurs ont été atteintes, ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme partiellement atteint, essentiellement du fait que certaines activités liées à la communication relative au risque, par exemple pour la protection contre les rayonnements dans les établissements de soins et contre le radon dans les foyers, ont été reportées à l'exercice suivant du fait des contraintes en matière de ressources et de la mobilisation du personnel existant pour répondre à la situation d'urgence nucléaire de Fukushima. Des contraintes similaires en matière d'effectifs ont été constatées dans la Région de la Méditerranée orientale pour les activités planifiées au titre de ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 8.3

Fourniture d'une assistance technique et d'un soutien aux États Membres pour renforcer au niveau national les systèmes, fonctions et services de gestion des risques pour la santé au travail et de salubrité de l'environnement.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
8.3.1	Nombre d'États Membres ayant mis en œuvre au niveau national des plans ou politiques d'action pour la gestion des risques pour la santé au travail, par exemple en liaison avec le plan d'action mondial de l'OMS pour la santé des travailleurs (2008-2017), avec l'appui du Secrétariat	67	72	88

170. Des cadres, des stratégies ou des plans d'action visant à soutenir la gestion des risques environnementaux et professionnels ont été mis en place dans 89 États Membres.

171. Dans la Région de la Méditerranée orientale, les pays du Conseil de Coopération du Golfe ont adopté officiellement au Caire en janvier 2010 l'Initiative pour des lieux de travail sains. L'OMS a fourni un appui technique pour un plan d'action régional visant à promouvoir les lieux de travail sains et a institutionnalisé les activités apparentées, en commençant par l'Égypte et Oman.

172. Des progrès similaires ont été constatés dans la Région de l'Asie du Sud-Est, où neuf des 11 pays ont mis en œuvre des activités nationales visant à atteindre les objectifs du Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017. Les activités menées au niveau national pour promouvoir et protéger la santé des agents de santé ont également été transposées à plus grande échelle, par exemple à la suite de la diffusion en 2010 de l'instrument OMS/OIT *HealthWISE* qui vise à améliorer les conditions de travail dans le secteur de la santé.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 8.4

Mise en place de principes directeurs, d'outils et d'initiatives destinés à aider le secteur de la santé à infléchir les politiques dans d'autres secteurs afin de permettre la définition et l'adoption de politiques pour améliorer la santé, l'environnement et la sécurité.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
8.4.1	Nombre d'États Membres mettant en œuvre des initiatives soutenues par l'OMS pour recenser et combattre les effets que peuvent avoir sur la santé des activités menées dans l'un ou plusieurs des secteurs suivants : agriculture, énergie et transport	67	72	Non disponible

173. Au cours de la période biennale, il y a eu une augmentation de l'utilisation systématique des outils permettant notamment l'évaluation des effets sur la salubrité de l'environnement. Un projet pilote qui a été un succès dans le secteur pétrolier au Ghana a été présenté à la Deuxième Conférence interministérielle sur la santé et l'environnement en Afrique (Luanda, novembre 2010). Compte tenu du succès de ces projets pilotes, la demande de soutien technique pour des évaluations des effets sur la santé s'accroît, en particulier dans le domaine des industries pétrolières et gazières et des industries minières. Dans d'autres Régions, l'utilisation de l'évaluation des effets sur la santé fait l'objet d'une attention accrue, en particulier parce qu'elle est reconnue comme un outil pour lutter contre les inégalités en matière de santé, et pour obtenir des avantages maximums pour la santé en s'efforçant d'atténuer le changement climatique, de s'adapter à celui-ci et de promouvoir une croissance verte.

174. Dans le secteur du transport, des initiatives favorisant le transport durable du point de vue de l'environnement, notamment les modes de transport urbains sains, ont été lancées. Un soutien technique a également été apporté dans six pays afin d'améliorer la gestion des pesticides dans le secteur de l'agriculture de façon à réduire les risques qu'ils représentent pour la santé publique.

175. L'OMS a coparrainé la Première Conférence internationale sur les rayons ultraviolets (UV) et les cancers de la peau, qui s'est tenue en mai 2011 à Copenhague et a réuni des parties prenantes venant du monde entier. Des travaux sur une brochure rassemblant les interventions stratégiques concernant les cabines de bronzage et une base de données complémentaire sur les politiques dans ce domaine ont été lancés.

176. Bien que des progrès significatifs aient été réalisés, les critères et les méthodes utilisés pour mesurer le nombre d'États Membres qui mettent en œuvre des initiatives soutenues par l'OMS pour recenser et combattre les effets que peuvent avoir sur la santé des activités menées dans l'agriculture, l'énergie et le transport ont été fortement révisés au cours de la période biennale dans le souci d'évaluer de manière plus exacte leur réalisation. Des travaux sont actuellement en cours pour réviser les valeurs de référence (bases) et les cibles en conséquence. Aussi n'a-t-il pas été possible de fournir une valeur pour la réalisation de cet indicateur pour cet exercice. En l'absence de telles données, ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme partiellement atteint, compte tenu des évaluations techniques des Régions et du Siège.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 8.5

Renforcer le rôle mobilisateur du secteur de la santé afin de favoriser un environnement plus sain et d'infléchir les politiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces environnementales pour la santé, y compris en traitant les effets émergents et réémergents du développement sur la salubrité de l'environnement et la modification des modes de consommation et de production, et en réagissant aux conséquences néfastes de l'évolution des technologies.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
8.5.1	Nombre d'études ou de rapports sur les questions nouvelles et réémergentes en matière de santé au travail et de salubrité de l'environnement, publiés ou copubliés par l'OMS	15	17	21
8.5.2	Nombre de rapports publiés par l'OMS ou conjointement avec l'OMS sur les progrès obtenus dans la réalisation des objectifs relatifs à l'eau et à l'assainissement des principaux cadres internationaux de développement, tels que les objectifs du Millénaire pour le développement	8	10	10
8.5.3	Nombre de forums régionaux de haut niveau sur l'environnement et les questions sanitaires organisés ou soutenus techniquement par l'OMS au cours de l'exercice	9	10	11

177. Globalement, la prise de conscience des risques pour la santé associés aux produits chimiques s'est accrue du fait des activités normatives et d'évaluation des risques de l'OMS, notamment la publication de rapports sur les principaux produits chimiques – par exemple sur la pulvérisation à effet rémanent de DDT à l'intérieur des habitations – et d'une série de documents traitant des 10 produits chimiques les plus préoccupants pour la santé publique.

178. S'agissant des problèmes de santé prioritaires liés à l'environnement et au milieu de travail abordés dans les forums et les manifestations de haut niveau, notamment dans le contexte des accords environnementaux internationaux et des processus apparentés, l'OMS a également préconisé l'établissement de liens plus étroits entre les buts et objectifs existants en matière d'environnement et de développement de la santé, par exemple dans le cadre de la Première Conférence internationale de l'OMS sur la prévention primaire du cancer, moyennant des interventions sur l'environnement et le milieu de travail, et dans le cadre de la Déclaration des Asturies en mars 2011.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 8.6

Élaboration de politiques, de stratégies et de recommandations fondées sur des données factuelles, et fourniture d'un appui technique aux États Membres pour définir et prévenir les problèmes de santé publique résultant du changement climatique et y faire face.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
8.6.1	Nombre d'études ou de rapports sur les effets du changement climatique sur la santé publique publiés ou copubliés par l'OMS	Non disponible	30	35
8.6.2	Nombre de pays ayant mis en œuvre des plans pour permettre au secteur de la santé de s'adapter aux effets négatifs du changement climatique sur la santé	Non disponible	30	48

179. Au total, 30 pays dans l'ensemble des Régions de l'OMS ont indiqué avoir mené à bien des évaluations de la vulnérabilité sanitaire et de l'adaptation au changement climatique, dont les conclusions sont utilisées dans 18 projets pilotes importants menés dans 14 pays. L'OMS a poursuivi ses activités de sensibilisation et d'orientation afin d'inciter les initiatives aux niveaux régional et mondial sur l'environnement, le changement climatique et le développement durable à tenir davantage compte de la santé.

180. Un examen systématique des bénéfices sanitaires communs des politiques d'atténuation du changement climatique a été mené dans cinq secteurs (logement, transport, agriculture, santé et énergie dans les foyers). Les résultats ainsi qu'un rapport établi par le Bureau régional des Amériques (*Environmental and Social Determinants of Health*) ont été diffusés lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé en octobre 2011 et lors des seizième et dix-septième sessions de la Conférence des Parties à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques en 2010 et 2011, respectivement.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 9

<p>Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable</p>
--

181. La malnutrition, les carences en vitamines et en minéraux et l'obésité touchent d'importantes parties de la population mondiale. Selon les estimations, la malnutrition est la cause sous-jacente du décès pour 35 % de tous les décès chez les enfants de moins de cinq ans, et le régime alimentaire, notamment un régime alimentaire peu sain, est un facteur de risque majeur pour le diabète, les maladies cardio-vasculaires et le cancer. Les maladies diarrhéiques, causées par divers pathogènes présents dans l'alimentation et l'eau, forment avec la malnutrition un cercle vicieux qui nuit gravement au développement. En 2008, 205 millions d'hommes et 297 millions de femmes de plus de 20 ans étaient obèses.

182. L'OMS travaille avec les autorités sanitaires nationales chargées de la nutrition et de la sécurité alimentaire, ainsi qu'avec les représentants d'autres secteurs gouvernementaux, en particulier l'agriculture. Les principaux partenaires de l'OMS sont les Nations Unies, en particulier la FAO, l'UNICEF et le PAM, ainsi que les organismes internationaux, les institutions de financement bilatérales et multilatérales, la communauté scientifique et les organisations non gouvernementales. Des liens ont été établis avec des institutions régionales, telles que le Secrétariat de la Communauté du Pacifique, l'Organisation ouest-africaine de la Santé, l'Union africaine, le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique, le Comité permanent inter-États de Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel (CILSS) et la Commission européenne.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 9.1

Formation de partenariats et d'alliances, développement du leadership et mise en place d'une coordination et de réseaux avec toutes les parties prenantes aux niveaux mondial, régional et des pays, afin de promouvoir la sensibilisation et la communication, d'encourager l'action intersectorielle, d'accroître les investissements en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires, et d'élaborer et de soutenir un programme de recherche.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
9.1.1	Nombre d'États Membres dotés de mécanismes de coordination fonctionnels et institutionnalisés pour promouvoir l'action et les approches intersectorielles dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité des approvisionnements alimentaires ou de la nutrition	89	125	128
9.1.2	Nombre d'États Membres qui ont fait figurer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires, ainsi qu'un mécanisme en vue de leur financement, dans leurs approches sectorielles ou leurs documents stratégiques de réduction de la pauvreté	28	35	117

183. Dans la plupart des pays, on a constaté une prise de conscience croissante de la part des responsables politiques de l'importance de la sécurité sanitaire des aliments et de la nutrition ainsi qu'une amélioration de la collaboration entre les secteurs de la santé, de l'agriculture et le secteur vétérinaire, de même qu'une meilleure coordination entre les parties prenantes. Ces progrès sont attestés par le fait que le nombre d'États Membres qui sont dotés de mécanismes de coordination fonctionnels et institutionnalisés pour promouvoir l'action et les approches intersectorielles dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité des approvisionnements alimentaires ou de la nutrition a augmenté pour passer de 89 en 2010 à 128 à la fin de la période biennale. Plusieurs États ont établi un mécanisme de coordination pour promouvoir des approches et des actions intersectorielles dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments et de la nutrition. Toutefois, dans certaines Régions, les programmes de sécurité sanitaire des aliments au niveau national restent compartimentés, et la collaboration et la coopération entre les différents secteurs limitées.

184. L'OMS s'est engagée auprès du partenariat REACH des Nations Unies au niveau des pays et dans le Comité permanent de la Nutrition du système des Nations Unies au niveau mondial ; elle a aussi contribué au développement de l'Initiative *Renforcer la nutrition* en dirigeant le Groupe spécial sur le suivi et la surveillance et en mettant au point un plan de mise en œuvre complet sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant.

185. L'OMS a également coordonné les travaux relatifs au Réseau mondial de surveillance des infections d'origine alimentaire (GFN) et au Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN), qui promeuvent respectivement une surveillance intégrée reposant sur les laboratoires, par l'intermédiaire de cours et d'activités de formation dans le monde entier, et l'échange d'informations et des interventions rapides aux flambées de maladies d'origine alimentaire.

186. En outre, l'OMS a accru sa collaboration avec les acteurs internationaux dont les travaux sont axés sur les questions de sécurité alimentaire afin d'encourager une collaboration intersectorielle et d'inclure les questions de sécurité sanitaire des aliments dans les discussions internationales sur la crise alimentaire. Au Siège, le Secrétariat a renforcé les partenariats avec l'Institut international de Recherche sur l'Élevage (ILRI) et l'Institut international de Recherche sur les Politiques alimentaires (IFPRI) dans le cadre du programme de recherche « Agriculture for Improved Nutrition and Health » (l'agriculture pour une meilleure nutrition et une meilleure santé), et a contribué à l'élaboration du

rapport présenté au Conseil des Droits de l'Homme des Nations Unies par le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'alimentation.

187. Ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été partiellement atteint étant donné que les mécanismes de gouvernance au niveau des pays doivent encore être renforcés dans la Région africaine et dans la Région des Amériques.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 9.2

Élaboration et distribution aux États Membres de normes – y compris de références, critères, priorités de recherche, principes directeurs, manuels de formation – pour accroître leur capacité d'évaluer toutes les formes de malnutrition, les maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et y faire face, et promouvoir des habitudes alimentaires saines.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
9.2.1	Nombre de normes, principes directeurs ou manuels de formation nouveaux en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments produits et distribués aux États Membres et dans la communauté internationale	23	43 ^a	88 ^b
9.2.2	Nombre de normes, principes directeurs, outils et matériels de formation nouveaux concernant la prévention et la prise en charge des maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques	14	19	20

^a En outre, le Secrétariat s'est engagé à élaborer 200 nouvelles normes du Codex.

^b En outre, un grand nombre de nouvelles normes du Codex (557) ont été élaborées grâce à une simplification de la procédure d'approbation.

188. Un important pas en avant a été l'établissement d'un mécanisme permettant de donner des conseils scientifiques sur la nutrition, conformément au processus des lignes directrices de l'OMS, ce qui conduit à une amélioration de la prise en charge de la malnutrition et des carences en micronutriments. De même, dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, la principale réalisation a été une compréhension accrue de l'importance des normes de sécurité sanitaire des aliments reposant sur des données scientifiques, telles que les normes du Codex, et leur mise en œuvre pour les produits alimentaires exportés et pour l'approvisionnement local en produits alimentaires.

189. Globalement, l'OMS a produit 65 normes, lignes directrices ou manuels de formation sur la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments et 557 normes du Codex, qui ont été diffusés auprès des États Membres et de la communauté internationale. Parmi celles-ci figurent notamment les lignes directrices du Codex pour l'analyse des risques liés à la résistance aux antimicrobiens. Le Secrétariat a également organisé un grand nombre de réunions d'experts scientifiques afin d'évaluer les risques sanitaires potentiels de certains additifs et contaminants alimentaires, des résidus de médicaments vétérinaires dans les aliments, des risques microbiologiques et des questions émergentes, et fournir ainsi la base factuelle des normes internationales. Le message mondial de l'OMS « Cinq clés pour des

aliments plus sûrs » visant à former les personnes qui manipulent des denrées alimentaires et les consommateurs a également été largement diffusé.

190. Un groupe consultatif d'experts chargé de donner des orientations sur la nutrition a été créé. Quatorze lignes directrices sur la nutrition ont été établies ou mises à jour, en suivant le processus d'élaboration des lignes directrices de l'OMS. Ces lignes directrices sont traduites et diffusées par l'intermédiaire de la bibliothèque électronique OMS de données pour les interventions en matière de nutrition (eLENA). La cible a été dépassée du fait des efforts accrus déployés pour fournir des avis scientifiques, ainsi que d'une plus grande efficacité dans le processus d'élaboration des normes du Codex, qui a conduit à de nouvelles normes en matière de sécurité sanitaire des aliments au niveau international, notamment sur la limitation de la quantité de mélamine autorisée dans les préparations en poudre pour nourrissons, les autres aliments et l'alimentation animale.

191. Les méthodes d'évaluation des risques ont été publiées dans des documents d'orientation généraux, tels que les principes et méthodes pour l'évaluation des risques liés aux produits chimiques dans les denrées alimentaires. La participation effective des pays en développement et des pays dont les économies sont en transition au processus du Codex a été encore renforcée, comme l'illustre le nombre de pays qui s'affranchissent de l'aide du Fonds fiduciaire du Codex mais qui continuent à maintenir leur participation au Codex.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 9.3

Amélioration du suivi et de la surveillance des besoins et évaluation des interventions dans le domaine de la nutrition et des maladies chroniques liées à l'alimentation et amélioration de l'aptitude à recenser les meilleures options politiques dans les situations stables comme dans les situations d'urgence.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
9.3.1	Nombre d'États Membres qui ont adopté et mis en œuvre les normes OMS de croissance de l'enfant	63	85	115
9.3.2	Nombre d'États Membres qui disposent de données de surveillance représentatives au niveau national sur les principales formes de malnutrition	104	125	142

192. Des progrès ont été faits dans le suivi de l'état nutritionnel, des maladies véhiculées par les aliments et de la mise en œuvre des politiques en matière d'alimentation et de nutrition. Le nombre d'États Membres qui ont adopté les normes OMS de croissance de l'enfant a progressé, pour passer de 63 en 2010 à 115 à la fin de l'exercice biennal, tandis que le nombre d'États Membres qui disposent de données de surveillance représentatives au niveau national sur les principales formes de malnutrition est passé de 104 à 142.

193. Une initiative pour la surveillance de l'obésité de l'enfant a vu le jour dans la Région européenne, et un examen mondial des politiques en matière de nutrition portant sur 119 États Membres et quatre territoires a été mené. En outre, les programmes de sécurité sanitaire des aliments ont fait l'objet d'évaluations dans 28 pays. Le Réseau mondial de surveillance des infections d'origine

alimentaire réunit désormais 181 États Membres et le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments relie 177 États Membres, complétant les travaux menés à bien dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005).

194. L'OMS a actualisé et élargi ses bases de données, notamment sur l'anthropométrie de l'enfant, les données relatives à l'indice de masse corporelle (IMC) et les vitamines et minéraux. Les bases de données sont reliées par l'intermédiaire du Système d'information sur la situation nutritionnelle (NLIS). Les résultats de l'examen mondial des politiques en matière de nutrition forment le fondement de la nouvelle base de données mondiale sur la mise en œuvre des interventions en matière de nutrition. Les bases de données sont complétées par d'autres ressources en matière d'information, notamment les définitions des indicateurs et les cadres logiques pour le choix des indicateurs, les outils de méthodologie en matière d'enquête et une cartographie des capacités de laboratoire. Des estimations aux niveaux national, régional et mondial de la malnutrition de l'enfant et des carences en vitamines et minéraux ont également été réalisées et un soutien a été apporté à la mise en œuvre des normes de croissance.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 9.4

Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux États Membres visés pour l'élaboration, le renforcement et la mise en œuvre de plans, de politiques et de programmes destinés à améliorer la nutrition sur toute la durée de la vie, dans les situations stables comme dans les situations d'urgence.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
9.4.1	Nombre d'États Membres qui ont mis en œuvre au moins trois des mesures prioritaires recommandées dans la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	52	97	117
9.4.2	Nombre d'États Membres qui ont mis en œuvre des stratégies pour lutter contre la malnutrition liée à des carences en micronutriments et la prévenir	44	77	119
9.4.3	Nombre d'États Membres qui ont mis en œuvre des stratégies pour promouvoir de bonnes habitudes alimentaires afin de prévenir les maladies chroniques liées à l'alimentation	Au moins 44	80	138
9.4.4	Nombre d'États Membres qui ont intégré la nutrition dans leurs interventions face au VIH/sida	14	59	25
9.4.5	Nombre d'États Membres dotés de plans nationaux de préparation et d'intervention en cas d'urgences nutritionnelles	23	47	41

195. La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA63.23 sur la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, qui a conduit à l'élaboration d'un plan complet de mise en œuvre sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, à la suite de consultations régionales auxquelles ont participé différents secteurs gouvernementaux de 92 États Membres, des organisations du système des Nations Unies, des banques de développement, des donateurs et des

représentants de la société civile. Le nombre des États Membres qui ont mis en œuvre au moins trois des mesures prioritaires recommandées dans la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est passé de 52 en 2010 à 117 à la fin de la période biennale.

196. Des stratégies régionales en matière de nutrition ont également été élaborées dans la Région des Amériques (stratégie et plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique), la Région de la Méditerranée orientale (stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019) et la Région de l'Asie du Sud-Est (stratégie régionale sur la nutrition), et l'OMS a soutenu les États Membres dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et plans. Grâce à ce soutien, le nombre des États Membres qui ont mis en œuvre des stratégies pour lutter contre la malnutrition liée à des carences en micronutriments et la prévenir a augmenté : de 44 au début de la période biennale, il est passé à 119 à la fin de 2011.

197. Plusieurs documents et réunions à l'échelle mondiale traitant de la nutrition du nourrisson, de l'enfant et de la mère et de la prévention des maladies chroniques ont mis l'accent sur une approche reposant sur toute la durée de la vie. Les États Membres sont conscients des questions concernées et une sensibilisation considérable existe chez les responsables politiques et les directeurs de programmes. En conséquence de ce travail, le nombre des États Membres qui ont mis en œuvre des stratégies pour promouvoir de bonnes habitudes alimentaires afin de prévenir les maladies chroniques liées à l'alimentation est passé de 44 en 2010 à 138 à la fin de la période biennale.

198. Malgré des réalisations majeures, ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme partiellement atteint étant donné que les progrès accomplis sont insuffisants dans la Région des Amériques et dans la Région de l'Asie du Sud-Est pour ce qui est de la mise en œuvre des politiques et plans en matière de nutrition. En outre, un nombre significatif de pays ont pris du retard dans l'intégration des interventions liées à la nutrition dans leurs programmes de lutte contre le VIH.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 9.5

Renforcement des systèmes de surveillance, de prévention et de lutte pour les maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques ; création et intégration dans les systèmes nationaux de surveillance existants de programmes de surveillance et d'évaluation des risques alimentaires, les résultats étant diffusés aux principaux intervenants.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
9.5.1	Nombre d'États Membres qui ont établi ou renforcé la collaboration intersectorielle pour les zoonoses d'origine alimentaire : prévention, lutte et surveillance	66	75	105
9.5.2	Nombre d'États Membres qui ont mis en place un plan pour la réduction de l'incidence d'au moins une grande zoonose d'origine alimentaire	68	80	85

199. Plusieurs activités ont été mises en œuvre pour soutenir le renforcement des institutions de sécurité sanitaire des aliments et des systèmes de surveillance des maladies d'origine alimentaire et de la contamination des aliments dans les États Membres. Les activités visaient à promouvoir la

collaboration intersectorielle entre les laboratoires de surveillance des produits alimentaires et de santé publique et les services épidémiologiques. En conséquence, le nombre des États Membres qui ont établi ou renforcé la collaboration intersectorielle pour la prévention des zoonoses d'origine alimentaire, la lutte contre celles-ci et leur surveillance a augmenté pour passer de 66 en 2010 à 105 à la fin de la période biennale. En outre, la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA63.3 sur la promotion d'initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments.

200. L'OMS a apporté un soutien aux pays pour le renforcement des établissements de sécurité sanitaire des aliments et la surveillance des maladies d'origine alimentaire, encouragé les projets de recherche sur l'étiologie, les sources de contamination et les facteurs de risque pour les maladies d'origine alimentaire, et lancé des études pilotes dans les pays pour l'évaluation de la charge de morbidité due aux maladies d'origine alimentaire.

201. En outre, l'OMS a apporté un soutien au suivi des capacités d'analyse des laboratoires de surveillance des produits alimentaires et renforcé ces capacités moyennant l'organisation de cours de formation sur la surveillance des maladies d'origine alimentaire et la promotion d'une collaboration intersectorielle entre les laboratoires de surveillance des produits alimentaires et de santé publique et les services épidémiologiques. S'agissant de cette dernière, les pays de toutes les Régions de l'OMS ont bénéficié d'un soutien moyennant des cours de formation et des ateliers organisés par le Réseau mondial de surveillance des infections d'origine alimentaire, qui a des ramifications dans 181 États Membres.

202. Malgré les réalisations obtenues au cours de cette période biennale, le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été évalué comme partiellement atteint étant donné que le Bureau régional de la Méditerranée orientale, le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et le Bureau régional du Pacifique occidental ont tous déclaré que leurs objectifs de contribution n'étaient que partiellement atteints. Les principaux obstacles tenaient à l'intégration limitée des maladies d'origine alimentaire dans les systèmes de surveillance de la plupart des pays, la complexité de la coordination et de la collaboration entre les parties prenantes, qui est une entrave à un suivi et à une surveillance efficaces de la sécurité des produits alimentaires ; les ressources limitées dont disposent les pays pour appuyer la mise en œuvre d'études globales sur les régimes alimentaires ; et le temps requis pour l'élaboration de protocoles sur la charge de morbidité due aux maladies d'origine alimentaire.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 9.6

Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux États Membres, y compris pour leur participation à l'élaboration de normes internationales afin d'accroître leur capacité d'évaluation des risques dans le domaine des maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et de la sécurité sanitaire des aliments, et pour élaborer et mettre sur pied des systèmes nationaux de contrôle des aliments reliés à des systèmes d'urgence internationaux.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
9.6.1	Nombre d'États Membres sélectionnés recevant un soutien pour participer à des activités normatives internationales liées à l'alimentation, telles que celles de la Commission du Codex Alimentarius	97	85	85
9.6.2	Nombre d'États Membres sélectionnés qui ont mis sur pied des systèmes nationaux de sécurité sanitaire des aliments comportant des liens avec des systèmes d'urgence internationaux	59	70	177

203. Au niveau mondial, une réorientation stratégique des ressources du Fonds fiduciaire du Codex a permis d'augmenter l'aide en faveur de l'amélioration de la qualité de la participation aux activités de formation et de renforcement des capacités du Codex, et de développer les contributions scientifiques et techniques en provenance des pays en développement, qui sont soumises à l'examen du Codex.

204. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, un nombre plus important de représentants des États Membres ont participé à diverses réunions du Codex et d'INFOSAN. Dans la Région européenne, on a pu constater dans de nombreux pays une meilleure connaissance des questions par les responsables et une plus grande collaboration intersectorielle au cours des situations d'urgence en matière de sécurité sanitaire des aliments. Dans la Région des Amériques, 40 pays ont adopté les résolutions du Codex Alimentarius. Dans la Région de la Méditerranée orientale, à l'exception des pays qui se trouvent confrontés à des situations d'urgence complexes, la majorité des pays disposent de laboratoires capables de déceler les risques chimiques traditionnels dans les produits alimentaires. Les pays ont continué à participer à la Commission et aux réunions des comités du Codex Alimentarius ainsi qu'aux travaux des autres organes internationaux de fixation des normes. Le Comité de Coordination du Codex pour le Proche-Orient s'est réuni à Tunis en mai 2011. Il évalue les risques des produits alimentaires et prépare des normes pour les produits alimentaires traditionnels de la Région. À ce jour, des modèles génériques pour l'analyse des risques et la maîtrise des points critiques existent pour 13 aliments traditionnels. Les pays ont continué à renforcer leurs laboratoires microbiologiques et chimiques afin de pouvoir participer à INFOSAN. Conjointement à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005), de nombreux pays ont intégré la surveillance des maladies d'origine alimentaire au sein de leurs systèmes nationaux de surveillance des maladies. Toutefois, la disponibilité des données sur les maladies d'origine alimentaire et le suivi reste limitée. Dans la Région des Amériques, plusieurs pays ont reçu une aide soit pour rédiger soit pour parachever leurs politiques nationales en matière de sécurité sanitaire des aliments et l'évaluation de leurs systèmes de surveillance des produits alimentaires. Le concept des « Cinq clés pour des aliments plus sûrs » de l'OMS a été utilisé pour définir les dispositions en matière de sécurité sanitaire des aliments au cours de la préparation et du déroulement de la Coupe mondiale 2010 de la FIFA en Afrique du Sud.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 10

Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles

205. Les difficultés financières mondiales rencontrées au cours de l'exercice ont ajouté une dimension supplémentaire aux défis auxquels se trouvent confrontés les pays en cherchant à améliorer leurs systèmes de santé. La crise a ajouté des contraintes financières supplémentaires aux problèmes persistants dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, tels que la fragmentation et la qualité insuffisante dans la prestation des services qui mettent en danger la sécurité du patient ; l'absence d'information en temps voulu et de systèmes d'information appropriés (y compris pour ce qui est de l'enregistrement des données d'état civil), l'insuffisance des technologies de communication et des capacités de recherche pour produire des données ; les pénuries de personnels de santé ou leur faible motivation ; l'inéquité dans l'accès aux services, et la lourde dépendance vis-à-vis des paiements directs des ménages pour financer les services de santé.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.1

Amélioration de la gestion et de l'organisation de la prestation des services de santé intégrés basés sur la population par des dispensateurs et des réseaux publics et non publics, reflétant la stratégie des soins de santé primaires, le renforcement de la couverture, l'équité, la qualité et la sécurité des services de santé individuels et dans la population, ainsi que le renforcement des résultats sanitaires.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.1.1	Nombre d'États Membres ayant régulièrement actualisé les bases de données sur le nombre et la répartition des centres de soins et des interventions sanitaires proposées	30	35	73

206. On constate, au niveau des pays et au sein du Secrétariat, un regain d'intérêt pour la promotion et la mise en place de la prestation de services sur la base des soins de santé primaires intégrés. Cela est particulièrement le cas dans les pays à revenu intermédiaire et à revenu élevé. Dans un certain nombre de pays, les soins de santé primaires commencent à jouer un rôle qui demande une plus grande coordination. L'intégration constante et plus poussée des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque communs fait appel à des plates-formes transversales, limite les inconvénients associés aux approches verticales et renforce les systèmes de santé reposant sur les soins de santé primaires.

207. Au cours de la période biennale, le nombre des États Membres qui ont régulièrement actualisé les bases de données donnant le nombre et la répartition des centres de soins et des interventions sanitaires proposées est passé de 30 en 2010 à 73 à la fin de 2011. Vingt et un pays ont fait des progrès dans la mise en œuvre et le suivi des réformes visant à consolider les soins de santé primaires.

208. Les travaux normatifs ont progressé pour la formulation d'orientations sur la prestation des services, dans des domaines tels que les soins axés sur la personne, la planification au niveau du

district, les services hospitaliers, la réglementation de la commercialisation des services de santé, la réglementation de la médecine traditionnelle et complémentaire, et la participation.

209. Il subsiste une absence de lien entre l'importance du programme de réforme hospitalière pour les autorités sanitaires nationales et l'attention qui lui est accordée dans le contexte de la santé et de l'aide mondiales, ce qui représente un obstacle à l'élaboration d'approches cohérentes dans le domaine de la prestation de services.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.2

Amélioration des capacités nationales de gouvernance et d'orientation par un dialogue politique fondé sur des bases factuelles, un renforcement de la capacité institutionnelle pour l'analyse et l'élaboration des politiques, une évaluation des résultats des systèmes de santé reposant sur une stratégie, une plus grande transparence et une responsabilité accrue en matière de résultats, et une collaboration intersectorielle plus efficace.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.2.1	Nombre d'États Membres qui ont au cours des cinq dernières années mis au point des processus de planification sanitaire nationale complète en consultation avec les parties prenantes	92	107	108
10.2.2	Nombre d'États Membres qui effectuent une évaluation régulière ou périodique des progrès accomplis, y compris dans la mise en œuvre de leur plan sanitaire national, sur la base d'une évaluation des résultats de leur système de santé décidée d'un commun accord	54	65	69

210. Les pays ont fait des progrès dans la formulation et la mise en œuvre de leurs politiques, stratégies et plans nationaux. À l'échelle mondiale, 108 pays ont mis en place des processus de planification nationale complète, prévoyant, à des degrés divers, une participation des parties prenantes au dialogue politique national. Soixante-neuf États Membres ont mené des examens participatifs du secteur de la santé et des évaluations des progrès reposant sur des critères d'appréciation des résultats du système de santé convenus. Une évaluation conjointe des stratégies nationales a été menée avec succès dans 10 pays. Dans la Région des Amériques, les cadres réglementaires et la législation ont été révisés et actualisés dans 11 pays. Dans la Région européenne, six pays ont achevé un processus visant à apprécier les résultats des systèmes de santé. Dans la Région de la Méditerranée orientale, 13 pays ont mené des études d'évaluation de la réglementation du secteur privé. Des feuilles de route sur l'information et la redevabilité ont été mises au point pour six pays au moins par la Commission de l'Information et de la Redevabilité.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.3

Amélioration de la coordination des différents mécanismes (y compris l'aide des donateurs) permettant d'appuyer les efforts des États Membres visant à atteindre les cibles nationales pour le développement de leur système de santé et les buts sanitaires mondiaux.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.3.1	Nombre d'États Membres dans lesquels les contributions apportées par les principales parties prenantes sont harmonisées avec les politiques nationales, mesuré en fonction de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide	25	30	52

211. L'objectif du Partenariat international pour la santé (IHP+) est d'obtenir plus rapidement de meilleurs résultats dans le domaine de la santé moyennant un plus grand alignement des partenaires sur les stratégies nationales en matière de santé. L'OMS et la Banque mondiale remplissent conjointement les fonctions de secrétariat pour le Partenariat IHP+. Au cours de la période biennale examinée, le nombre de signataires du Pacte mondial d'IHP+ a progressé pour passer de 25 à 52, dont 30 pays en développement. Au cours de la période biennale, 10 pays en développement et 15 organismes de développement ont participé à la deuxième série d'évaluations menées par IHP+ Results. Parallèlement à cet effort, les ministères de la santé élaborent et organisent des mécanismes de coordination plus complets entre parties prenantes et donateurs, tels que des approches à l'échelle du secteur et des évaluations conjointes des stratégies nationales. Le Secrétariat continue à jouer un rôle essentiel en apportant une aide aux États Membres dans le cadre de ces efforts de coordination.

212. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 10.3 a été « partiellement atteint » étant donné que la Région des Amériques et la Région de l'Asie du Sud-Est ont déclaré que leurs contributions étaient partiellement atteintes. Le principal défi à relever pour une pleine réalisation du résultat tient au fait que les institutions ont besoin de temps pour s'adapter et harmoniser leurs propres politiques avec les politiques nationales et celles de leurs organismes partenaires.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.4

Renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays apportant et utilisant des informations de haute qualité et récentes pour la planification sanitaire pour suivre les progrès vers la réalisation des buts nationaux et des principaux buts internationaux.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.4.1	Proportion des pays à revenu faible ou intermédiaire disposant de statistiques sanitaires adéquates et d'un suivi des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé qui satisfont aux normes adoptées	40 %	45 %	48 %

213. De nombreux pays se sont plus nettement engagés en faveur du renforcement des systèmes d'information sanitaire. Celui-ci passe par la réalisation de l'évaluation du Réseau de métrologie sanitaire/OMS, l'élaboration de plans stratégiques, l'amélioration progressive des capacités d'analyse et une meilleure disponibilité des données. Cette dernière se fait essentiellement par l'intermédiaire d'enquêtes dans les ménages, mais il existe également des initiatives en vue d'améliorer les systèmes de notification basés dans les établissements. Au cours de cette période biennale, la proportion de pays à revenu faible ou intermédiaire disposant de statistiques sanitaires appropriées et assurant le suivi des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé conformément aux critères convenus est passée de 40 % à 48 %.

214. L'OMS a contribué au renforcement des systèmes d'information sanitaire dans les pays moyennant l'élaboration et la promotion de critères et d'outils, le renforcement des capacités et le soutien aux réseaux régionaux. Les travaux normatifs visant à aider les pays ont consisté dans la mise au point conjointe d'outils pour une meilleure collecte des données ; il s'agit notamment de l'enquête SARA sur l'évaluation de la disponibilité et de la préparation des services, de l'évaluation de la qualité des données, du suivi des performances des systèmes d'information sanitaire, et d'un cadre de suivi et d'évaluation pour l'examen des stratégies nationales reposant sur l'information et la redevabilité (conçu par l'OMS et IHP+ – « Monitoring, evaluation and review of country health strategies: a country-led platform for information and accountability »).

215. L'OMS a soutenu le renforcement des capacités d'analyse des pays dans le contexte des examens du secteur de la santé et de la notification annuelle des statistiques sanitaires. Ce soutien a consisté notamment à concevoir conjointement des outils et à organiser des ateliers multipays afin d'améliorer les capacités d'analyse (quatre ateliers ont eu lieu au cours de la période 2010-2011 dans la Région africaine, la Région de la Méditerranée orientale, la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région du Pacifique occidental, couvrant au total plus de 30 pays).

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.5

Amélioration des connaissances et des bases factuelles permettant de prendre des décisions en matière de santé grâce à une consolidation et à la publication des bases factuelles existantes, à un encouragement de la production de connaissances dans les domaines prioritaires et à une orientation mondiale de la politique de recherche sanitaire et de la coordination dans ce domaine, y compris en ce qui concerne le comportement éthique.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.5.1	Proportion des pays pour lesquels des profils de grande qualité comportant des statistiques sanitaires essentielles sont disponibles à partir de bases de données en libre accès	85 %	90 %	98 %
10.5.2	Nombre de pays dans lesquels l'OMS joue un rôle clé pour appuyer la production et l'utilisation d'informations et de connaissances, y compris la collecte de données primaires au moyen d'enquêtes, des registres d'état civil ou de l'amélioration ou de l'analyse et de la synthèse des données des établissements sanitaires en vue de l'élaboration des politiques et de la planification	30	35	36
10.5.3	Mise en place et maintien aux niveaux mondial et régional d'une recherche effective de mécanismes de coordination et d'orientation sanitaires	En progrès, à différents stades aux niveaux régional et mondial	Mécanismes opérationnels au niveau mondial et dans toutes les Régions	Recherche mondiale pour les stratégies sanitaires mise en place au Siège de l'OMS ; pour les stratégies régionales dans quatre bureaux régionaux ^a

^a Des stratégies régionales ont été mises en place dans la Région africaine, la Région des Amériques, la Région de la Méditerranée orientale et la Région de l'Asie du Sud-Est. Les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est ont créé un observatoire Asie-Pacifique sur les systèmes et politiques de santé, qui est reconnu comme un mécanisme d'orientation pour l'élaboration de politiques reposant sur des données factuelles.

216. La disponibilité et la notification de données sanitaires de qualité sont en constante amélioration dans les pays. Les profils statistiques des pays s'améliorent, mais d'importantes lacunes, notamment concernant les causes de décès, subsistent dans de nombreux pays, sans qu'aucune amélioration n'ait réellement été constatée au cours de la dernière décennie.

217. Les bureaux régionaux et le Siège de l'OMS ont collaboré pour développer davantage les observatoires de l'OMS afin de suivre la situation et les tendances sur les questions prioritaires dans le domaine de la santé publique. Des progrès ont été faits dans le partage des données et des statistiques relatives aux pays entre les bureaux et avec le grand public. La proportion de pays qui disposent de profils statistiques disponibles dans les bases de données de l'OMS a augmenté, passant de 85 % au début de la période biennale à 98 % à la fin de la période, mais l'on dépend encore trop largement de la modélisation pour remédier aux lacunes dans les données, en particulier pour les pays à faible revenu.

218. L'OMS continue à s'engager auprès des pays par l'intermédiaire d'enquêtes sur la santé des adultes et le vieillissement, du renforcement des systèmes d'enregistrement des données d'état civil et d'analyses complètes dont les résultats contribueront aux réformes et aux examens dans le secteur de

la santé. En conséquence, le nombre des pays dans lesquels l'OMS joue un rôle clé pour appuyer la production et l'utilisation d'informations et de connaissances, y compris la collecte de données primaires au moyen d'enquêtes, des registres d'état civil ou de l'amélioration ou de l'analyse et de la synthèse des données des établissements sanitaires en vue de l'élaboration des politiques et de la planification, a augmenté pour passer de 30 en 2010 à 36 à la fin de la période biennale.

219. Bien que des progrès satisfaisants aient été faits, la Région africaine et la Région de l'Asie du Sud-Est ont déclaré que leur objectif de contribution avait été « partiellement atteint », compte tenu du fait que la fragmentation de leurs capacités à recueillir des données factuelles pour la prise de décisions dans le domaine de la politique de recherche sanitaire et de la coordination, y compris en ce qui concerne le comportement éthique, restait un défi important à relever.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.6

Renforcement de la recherche nationale en santé pour le développement des systèmes sanitaires dans le contexte de la recherche régionale et internationale et de l'engagement de la société civile.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.6.1	Proportion des pays à revenu faible ou intermédiaire dans lesquels le système de recherche en santé satisfait à des normes minimales fixées au niveau international	10 %	15 %	40 %
10.6.2	Nombre d'États Membres qui satisfont à la recommandation de consacrer au moins 2 % de leur budget de la santé à la recherche (Commission sur la Recherche en Santé pour le Développement, 1990)	15 %	8 % d'augmentation par rapport à la cible de 2009	Non disponible ^a

^a L'indicateur 10.6.2 ne permet pas une mesure exacte du soutien du pays à la recherche et au développement et sera par conséquent supprimé en 2012-2013. Bien qu'il puisse être communiqué par les pays, l'OMS n'est pas en mesure – compte tenu de ses ressources actuelles – de vérifier ces chiffres.

220. La stratégie OMS de recherche en santé a fourni un cadre commun pour l'organisation de l'aide fournie par l'OMS aux États Membres. Dans cinq des six bureaux régionaux, il est fait état du renforcement de la recherche pour les activités de développement au sein des pays.

221. La présence dans un nombre croissant de pays de l'initiative EVIPNet qui est constituée de réseaux œuvrant pour des politiques reposant sur des bases factuelles a amélioré la prise de décisions reposant sur des données factuelles. La Région européenne a récemment fait de la recherche et des données factuelles destinées aux politiques l'un de ses objectifs prioritaires clés. L'un des résultats a été la reconstitution formelle du Comité consultatif européen sur la Recherche en Santé, qui a commencé à travailler sur l'élaboration d'une stratégie régionale de recherche pour la santé et la création d'un réseau EVIPNet à l'échelon régional.

222. Au Siège, la mise en œuvre de la stratégie de recherche s'est faite en harmonie avec la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. La stratégie de recherche en santé a été utilisée pour élaborer un programme de

recherche dans un certain nombre de domaines techniques tels que la grippe, les maladies d'origine alimentaire, les risques dus aux radiations, les vaccins, les déterminants sociaux de la santé, et elle a été utilisée dans le cadre du rapport *Les femmes et la santé* afin d'élaborer un programme en six points pour une approche de la recherche respectueuse des différences homme-femme.

223. Ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été globalement partiellement atteint, la Région africaine, la Région européenne, les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ainsi que le Siège ayant tous fait état d'une réalisation partielle de leurs contributions escomptées. Obtenir des données de haut niveau et fiables sur les flux de ressources et la cartographie de la recherche et du développement reste une tâche très complexe en l'absence de critères mondiaux sur la classification et la notification de ces données.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.7

Mise au point et application de politiques et de stratégies de gestion des savoirs et de cybersanté en vue d'un renforcement des systèmes de santé.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.7.1	Nombre d'États Membres adoptant des politiques de gestion des savoirs afin de combler le fossé entre les connaissances et leur application concrète, en particulier pour réduire la fracture numérique	87	100	Non disponible ^a
10.7.2	Nombre d'États Membres ayant accès à des revues scientifiques internationales par voie électronique et à des archives sur les connaissances en sciences médicales conformément à l'enquête semestrielle de l'Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS	159	170	162
10.7.3	Proportion des États Membres disposant de politiques, de stratégies et de cadres réglementaires de cybersanté conformément à l'enquête semestrielle de l'Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS	53	75	75

^a L'indicateur 10.7.1 est supprimé compte tenu des informations en retour fournies par les États Membres indiquant qu'il est ambigu et difficile à mesurer. Cet indicateur sera remplacé pour l'appréciation de la période 2012-2013.

224. On constate une utilisation accrue des applications de cybersanté, en particulier des applications mobiles (mHealth¹), et la création de plates-formes virtuelles pour le partage des connaissances, de même qu'une progression constante de l'accès à la littérature scientifique. Le soutien accru à la cybersanté est confirmé par les résolutions adoptées dans la Région africaine et dans la Région des Amériques. Dans la Région européenne, l'OMS a donné des conseils sur les stratégies en matière de

¹ Par la santé mobile ou mHealth, on entend l'utilisation des technologies mobiles et sans fil pour soutenir la réalisation des objectifs en matière de santé.

cybersanté et le développement, y compris lors de conférences ministérielles de l'Union européenne. La Région de l'Asie du Sud-Est et la Région du Pacifique occidental disposent de réseaux de cybersanté régionaux actifs, établissant des liens avec les pays qui renforcent leurs stratégies et leurs cadres réglementaires.

225. Les rapports de l'Observatoire mondial de la cybersanté ont porté sur les technologies mobiles pour la santé (mHealth), les questions juridiques, la sécurité en ligne, les systèmes d'information des patients et la télémédecine. Cent quatorze pays ont contribué à l'Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS. Tous les pays ont accès aux résultats de l'enquête sous la forme de rapports publiés. Le nombre des pays disposant de politiques en matière de cybersanté a augmenté pour passer de 53 au début de la période biennale à 75 à la fin de 2011.

226. Le programme HINARI d'accès à la recherche dans le domaine de la santé reste un domaine en croissance rapide dans les établissements enregistrés de toutes les Régions et le contenu mis à disposition par les partenaires éditeurs est en augmentation constante. Les bibliothèques de cyberapprentissage et les bibliothèques virtuelles sont devenues partie intégrante des travaux de l'Organisation et de ses activités de proximité auprès des États Membres. Un recueil des modules de cyberapprentissage disponibles, qui ont été élaborés par les unités techniques de l'OMS, a été établi et publié en ligne.

227. Malgré de nouveaux progrès, le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 10.7 a été « partiellement atteint » du fait des variations dans les niveaux d'efforts consentis dans les pays et les Régions, en particulier dans la Région européenne et dans la Région de l'Asie du Sud-Est, de l'absence de politiques nationales et du manque de collaboration à l'intérieur comme à l'extérieur des frontières institutionnelles. L'indicateur 10.7.1 était considéré comme étant « en bonne voie » à la fin de 2010 au cours de l'examen à mi-parcours de l'exécution du budget programme 2010-2011, et on s'est efforcé au cours de l'année 2011 de trouver une méthode de mesure de remplacement dans le cadre de la définition actuelle. Toutefois, après consultation des bureaux régionaux et des bureaux de pays, il a été décidé de supprimer cet indicateur et, en conséquence, aucune donnée n'est fournie pour la période 2010-2011.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.8

Renforcement de l'information et des bases de données sur les personnels de santé et renforcement des capacités des pays en matière d'analyse, de planification et d'application des politiques, d'échange d'informations et de recherche.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.8.1	Nombre de pays notifiant au moins deux séries de données sur les ressources humaines pour la santé au niveau national au cours des cinq dernières années, figurant dans le Global Atlas of the Health Workforce	85	96	127
10.8.2	Nombre d'États Membres dotés d'une unité nationale chargée des politiques et de la planification concernant les ressources humaines pour la santé	41	50	90

228. Les pays ont accompli des progrès dans le domaine de la collecte et de l'analyse des données sur les personnels de santé. Le nombre d'États Membres dotés d'une unité nationale chargée des politiques et de la planification concernant les ressources humaines pour la santé a progressé pour passer de 41 en 2010 à 90 à la fin de la période biennale. En outre, le nombre d'États Membres notifiant au moins deux séries de données sur les ressources humaines pour la santé au niveau national au cours des cinq dernières années a augmenté : ils étaient 85 au début de l'exercice biennal et sont 127 à la fin de celui-ci.

229. Un soutien technique a été apporté aux pays par les bureaux régionaux, en collaboration avec le Siège, dans divers domaines de la gouvernance et de la production de données factuelles en matière de ressources humaines pour la santé, tels que l'élaboration de politiques et de plans, la création d'observatoires nationaux dans le domaine des ressources humaines pour la santé et le renforcement des systèmes d'information et des capacités en matière de planification.

230. L'OMS a poursuivi ses travaux avec ses partenaires du groupe de référence pour l'information sur les personnels de santé afin d'élaborer des lignes directrices mondiales pour la production d'information sur le personnel de santé ; et d'établir des observatoires des personnels de santé afin de remédier aux carences actuelles. L'atlas mondial du personnel de santé (*Global Atlas of the Health Workforce*) a été actualisé pour la dernière fois à la fin de 2010. L'atlas recueille des informations en provenance de diverses sources dans les pays et est un outil de référence mondial pour les statistiques sur le personnel de santé.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.9

Appui technique fourni aux États Membres, tout particulièrement à ceux confrontés à de graves difficultés en matière de personnel de santé, afin d'améliorer la production et la répartition du personnel de santé, le dosage des compétences et la fidélisation.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.9.1	Proportion des 57 pays confrontés à de graves difficultés en matière de personnel de santé, recensés dans le <i>Rapport sur la santé dans le monde, 2006</i> , qui sont dotés d'un plan pluriannuel relatif aux ressources humaines pour la santé	42 %	30 %	61 %
10.9.2	Proportion des 57 pays confrontés à de graves difficultés en matière de personnel de santé, recensés dans le <i>Rapport sur la santé dans le monde, 2006</i> , qui sont dotés d'un plan d'investissement pour améliorer la formation et l'éducation du personnel soignant	16 %	25 %	35 %

231. L'OMS et ses partenaires, notamment l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, la Commission européenne et l'Agence internationale de Développement des États-Unis d'Amérique (USAID), ont orienté leur soutien technique et leurs investissements en faveur d'au moins 41 pays confrontés à de graves difficultés en matière de personnel soignant, afin de contribuer à la planification en matière de personnel de santé et à l'amélioration des systèmes d'information, y

compris par les observatoires du personnel de la santé, la conception de programmes de formation destinés aux professionnels de la santé et l'élaboration de stratégies de fidélisation.

232. Sur les 57 pays confrontés à de graves difficultés en matière de personnel de santé, 35 (61 %) disposent de plans pluriannuels relatifs aux ressources humaines, soit une augmentation majeure par comparaison à la valeur de référence pour 2010 qui était de 42 %. En outre, le nombre de pays (20) qui disposent d'un plan d'investissement pour développer la formation et l'éducation des agents de santé est passé de 16 % en 2010 à 35 % à la fin de l'exercice biennal. Dans de nombreux pays, une attention spéciale a été accordée à l'augmentation de la production de personnel de santé et à l'amélioration de la qualité et de la pertinence de la formation de ce personnel.

233. Au niveau mondial, et après trois ans de consultations internationales, le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé a été adopté par la Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.¹ Une stratégie de mise en œuvre a été élaborée et un projet de lignes directrices pour l'établissement de rapports sur les activités entreprises par les pays pour la mise en œuvre du Code de pratique est en cours de préparation. En outre, l'OMS travaille en collaboration avec le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida afin d'élaborer d'ici à 2012 des lignes directrices sur la formation pour transformer et développer la formation des professionnels de santé.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.10

Appui technique et politique fondé sur des bases factuelles apporté aux États Membres afin d'améliorer le financement du système de santé, en ce qui concerne la disponibilité des fonds, la protection contre les risques financiers et sociaux, l'équité, l'accès aux services et l'efficacité de l'utilisation des ressources.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.10.1	Nombre d'États Membres bénéficiant d'un appui technique et politique pour obtenir des fonds supplémentaires destinés à la santé ; réduire les obstacles financiers à l'accès, l'incidence des catastrophes financières et de l'appauvrissement liés aux frais de santé ; ou améliorer la protection sociale et l'efficacité et l'équité de l'utilisation des ressources	66	45	77
10.10.2	Nombre d'exposés politiques fondamentaux établis, diffusés et appliqués grâce à un appui, décrivant les meilleures pratiques concernant l'augmentation des recettes, le regroupement et les achats, y compris les contrats, la fourniture d'interventions et de services et la réaction face à la fragmentation dans les systèmes liée aux programmes verticaux et à l'acheminement des fonds internationaux	7 exposés supplémentaires	17 exposés techniques	24 exposés techniques, plus de 75 produits d'information d'autres types

¹ Résolution WHA63.16.

234. Le nombre de pays recherchant un appui technique pour améliorer ou élaborer leurs systèmes de financement de la santé, afin de se rapprocher de la couverture universelle ou de la préserver, a considérablement augmenté. À la fin de 2011, 77 États Membres avaient bénéficié d'un appui technique et politique. Parmi les domaines couverts figuraient la collecte de davantage de fonds pour la santé, la réduction des obstacles financiers à l'accès et l'amélioration de la protection contre le risque financier, ainsi que l'amélioration de l'efficacité économique et de l'équité des décisions en matière d'allocation des ressources.

235. L'OMS a apporté un appui technique à 67 États Membres de toutes les Régions pour leur permettre d'évaluer leur situation concernant la couverture universelle et le fonctionnement de leurs systèmes de financement de la santé actuels, et pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies pour se rapprocher de la couverture universelle.

236. Le sujet du *Rapport sur la santé dans le monde, 2010* était le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle. L'objectif était d'attirer l'attention au niveau mondial et au niveau des pays sur le rôle important du financement de la santé pour garantir que toutes les populations ont accès aux services de santé dont elles ont besoin sans crainte de la ruine financière. Le Rapport préconisait le partage des expériences entre les pays sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. La résolution WHA64.9 sur les structures durables de financement de la santé et la couverture universelle a été adoptée par la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé en 2011. Elle a appelé le Directeur général, entre autres, à établir un plan d'action pour le financement de la santé et la couverture universelle. Ce plan d'action a en conséquence été établi, les Régions, les bureaux de pays et d'autres partenaires ayant apporté leur contribution. L'OMS a vivement défendu, en collaboration avec ses partenaires, dont la société civile, la nécessité de réduire les obstacles financiers à l'accès aux services de santé, et de faire en sorte que la couverture universelle soit reconnue comme un objectif fondamental non seulement de la politique de santé, mais aussi des stratégies de développement.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.11

Élaboration de normes, de critères et d'outils de mesure pour suivre l'utilisation des ressources, estimer les conséquences économiques de la maladie et les coûts et les effets des interventions, les frais catastrophiques, la paupérisation et l'exclusion sociale, et appui et suivi concernant leur utilisation.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.11.1	Outils, normes et critères essentiels élaborés, diffusés et préconisés pour orienter l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, conformément au besoin exprimé, portant notamment sur le suivi et l'affectation des ressources, la budgétisation, la gestion financière, les conséquences économiques de la maladie et de l'exclusion sociale, l'organisation et l'efficacité de la prestation de services, y compris par sous-traitance, ou l'incidence des frais catastrophiques et de la paupérisation	Lignes directrices sur la charge économique élaborées ; en progrès : un outil d'évaluation des coûts et des effets élaboré par les Nations Unies et révision du système des comptes nationaux de la santé	Outils et cadres modifiés, actualisés et diffusés selon les besoins	Outils et cadres modifiés, actualisés et diffusés selon les besoins ^a
10.11.2	Nombre d'États Membres ayant bénéficié d'un appui technique à l'utilisation des outils de l'OMS pour suivre et évaluer l'adéquation et l'utilisation des fonds, estimer les besoins financiers futurs, gérer et surveiller les fonds disponibles ou suivre l'impact de la politique financière sur les ménages	34	50	70

^a Différents outils ont été élaborés : l'outil d'établissement des coûts et d'évaluation des effets OneHealth, l'outil relatif au système des comptes de santé (SCS 2011), l'outil RMNCH-GET, l'outil EPIC sur l'impact économique, un outil sur la macroéconomie et la santé, ainsi que des lignes directrices sur les cadres de dépenses à moyen terme et les dépenses publiques et la gestion financière.

237. De plus en plus fréquemment, les pays gardent la trace des ressources qu'ils ont allouées à la santé et cherchent à relier ces ressources aux résultats. Davantage d'États Membres ont également examiné leur situation concernant la couverture universelle (en particulier les niveaux et la répartition des fonds destinés à la santé, et les liens entre les catastrophes financières et l'appauvrissement et les paiements directs pour la santé) ; évalué leurs systèmes de financement de la santé ; élaboré/modifié leurs stratégies ; et examiné les contraintes en matière de coûts et de ressources associées à des stratégies et plans sanitaires particuliers en matière de financement de la santé.

238. Les pays souhaitant utiliser les nouveaux outils et lignes directrices décrits ci-après ont commencé à bénéficier d'un appui technique. Cet appui s'est poursuivi pour les pays souhaitant suivre l'utilisation des ressources – en particulier pour certaines maladies –, apprécier l'étendue des catastrophes financières et de la paupérisation liées aux paiements directs, évaluer le coût et l'impact des différentes stratégies et interventions en matière de santé, et évaluer de manière globale leurs systèmes de financement de la santé. OneHealth, un outil permettant d'établir les coûts et d'évaluer les effets, a été élaboré conjointement avec cinq autres organismes internationaux pour les maladies/affections liées aux objectifs du Millénaire pour le développement et pour le renforcement associé des systèmes de santé, et a fait l'objet d'essais dans les pays. Il sera utilisé par tous les organismes participants pour évaluer le coût et l'impact des plans et stratégies nationaux en matière de santé.

239. Le SHA2011 – le système révisé de comptes de la santé (SCS 2011) – a été mis au point conjointement avec l'OCDE et EUROSTAT, et traduit par l'OMS en espagnol, français et russe. Le Secrétariat a mis au point et diffusé des lignes directrices et un outil (EPIC) pour mesurer l'impact économique de la maladie. Le Bureau régional du Pacifique occidental a produit un outil concernant la macroéconomie et la santé. Le Bureau régional de l'Afrique a établi des lignes directrices pour élaborer des cadres de dépenses à moyen terme et réuni des informations sur les dépenses publiques et la gestion financière. En dernier lieu, des études WHO-CHOICE pour le choix d'interventions qui soient d'un bon rapport coût/efficacité ont été entreprises auprès de trois États Membres : sur la lutte contre le cancer du sein dans deux d'entre eux, et sur la lutte contre l'usage nocif de l'alcool et le tabagisme dans le troisième.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.12

Mesures prises pour préconiser l'affectation de fonds supplémentaires à la santé lorsqu'ils sont nécessaires ; renforcer les capacités de mettre au point une politique de financement de la santé et l'interprétation et l'utilisation de l'information financière ; et stimuler la production et la concrétisation des connaissances pour la mise au point d'une politique de soutien.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.12.1	Présence et rôle de chef de file de l'OMS dans les partenariats internationaux, régionaux et nationaux et l'utilisation de ses données pour accroître le financement de la santé dans les pays à faible revenu ou fournir un appui aux pays en ce qui concerne la conception et le suivi des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté, les approches sectorielles, les cadres de dépenses à moyen terme et d'autres mécanismes de financement à long terme capables de fournir une protection sociale compatible avec les soins de santé primaires	Participation à 6 partenariats. Soutien à des options de financement à long terme pour 27 pays	Participation de l'OMS à 4 partenariats	Participation de l'OMS à 5 partenariats et soutien à des options de financement à long terme fourni à 46 pays
10.12.2	Nombre d'États Membres ayant bénéficié d'un soutien pour renforcer la capacité de formulation des politiques et stratégies de financement de la santé et l'interprétation des données financières, ou d'informations fondamentales sur les dépenses de santé, le financement, l'efficacité et l'équité afin d'orienter le processus	Soutien à 57 pays pour les dépenses de santé ; rapports annuels actualisés pour tous les États Membres	Actualisations annuelles des dépenses de santé pour les États Membres, et exercices de renforcement des capacités dans 60 pays	Actualisations annuelles des dépenses de santé produites après consultation avec les États Membres. Renforcement des capacités pour l'un ou plusieurs des outils de l'OMS fournis à 67 pays

240. Il y a eu une demande accrue de la part des États Membres pour des exercices de renforcement des capacités liés à divers aspects du financement de la santé : l'évaluation des catastrophes financières et de la paupérisation ; le suivi des ressources et l'établissement de liens avec les résultats, y compris le suivi des ressources consacrées à des maladies spécifiques ; les plans et stratégies d'établissement des coûts ; et l'évaluation des options financières pour se rapprocher de la couverture universelle.

241. En outre, la plupart des cibles pour le soutien de l'OMS aux pays, le renforcement des capacités, et l'élaboration et la diffusion de produits d'information ont été atteintes, notamment les actualisations annuelles des dépenses de santé dans les pays dans la base de données mondiale sur les dépenses de santé, pour lesquelles, à la fin de 2011, l'OMS avait apporté son aide à 67 pays.

242. L'OMS a participé aux partenariats Providing for Health (P4H) et Harmonisation pour la santé en Afrique (HHA) ainsi qu'à des partenariats formels pour mettre au point l'outil d'estimation des coûts OneHealth, le système de comptes de la santé 2011 (SCS 2011) et l'institutionnalisation du suivi des dépenses. Elle s'est engagée auprès des organismes régionaux tels que l'Union africaine, la Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique, la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes, et la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique sur les questions de financement de la santé, et auprès des partenaires bilatéraux et multilatéraux sur la question des échanges financiers. Un atlas sur la situation du financement de la santé en Afrique a été établi pour 46 pays de la Région africaine : il fournit des données sur les dépenses de santé et a été placé sur le site Web de l'OMS pour être utilisé par les pays.

243. Ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été partiellement atteint étant donné que la Région africaine et la Région de l'Asie du Sud-Est ont indiqué qu'elles n'avaient que partiellement atteint leurs objectifs de contribution. Le principal obstacle tient au fait que davantage de données sur les composantes clés de la couverture universelle sont requises, en particulier sur les groupes qui ne sont pas en mesure d'utiliser les services pour des raisons financières.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 10.13

Élaboration de normes, critères et outils de mesure pour aider les États Membres à quantifier et à réduire le niveau des soins dispensés présentant un risque.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
10.13.1	Outils, normes et critères clés pour orienter l'élaboration, l'évaluation et la mise en œuvre des politiques diffusés et dont l'utilisation a été appuyée	1 norme mondiale en matière de sécurité et 10 outils d'appui essentiels	2 normes mondiales en matière de sécurité et 20 outils d'appui essentiels	6 normes et 15 outils
10.13.2	Nombre d'États Membres participant aux défis mondiaux sur la sécurité des patients et à d'autres initiatives mondiales sur la sécurité, incluant recherche et évaluation	30	45	69

244. Les États Membres ont démontré un fort engagement dans le domaine de la sécurité des patients. Le nombre des États Membres qui ont participé aux défis mondiaux sur la sécurité des patients et aux autres initiatives mondiales dans ce domaine, incluant recherche et évaluation, a progressé pour passer de 30 en 2010 à 69 à la fin de l'exercice.

245. Parmi les principales réalisations de cette période biennale figurent l'amélioration des pratiques chirurgicales en matière de sécurité dans plus de 4100 hôpitaux des pays de l'ensemble des six Régions de l'OMS, grâce à la création, la diffusion et l'utilisation de la liste de contrôle de la sécurité chirurgicale de l'OMS ; l'amélioration des pratiques en matière d'hygiène des mains dans le cadre de la campagne du 5 mai dont le slogan est : « Sauvez des vies : lavez-vous les mains » ; l'engagement dans des projets de recherche sur la sécurité des patients dans la Région des Amériques et la Région de la Méditerranée orientale ; l'amélioration des pratiques en matière de sécurité des patients dans les hôpitaux africains dans 14 pays ; l'amélioration de la sécurité des médicaments et la promotion de pratiques chirurgicales sans risque dans les hôpitaux de neuf pays qui prennent part au projet « High 5s » (les cinq solutions prioritaires de l'OMS) pour améliorer la sécurité des patients dans les hôpitaux.

246. Le Secrétariat a fourni un soutien technique spécifique à chaque Région. Par exemple, les travaux de mobilisation autour de la sécurité des patients ont été renforcés dans la Région africaine moyennant un atelier sur « les patients pour la sécurité des patients » auquel ont assisté des participants de huit pays. Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'Initiative de l'OMS pour la sécurité des patients à l'hôpital a élaboré un instrument en vue de l'amélioration de la sécurité des patients qui donne des orientations concernant la prévention des infections et la lutte contre celles-ci, la mise sur pied d'un programme de sécurité des patients, la notification, la mise en œuvre de pratiques chirurgicales et cliniques sans risque, la transfusion sanguine, la sécurité des injections et un environnement sans risque.

247. Malgré ces réalisations majeures, ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme partiellement atteint, étant donné que la Région africaine et la Région de l'Asie du Sud-Est ont indiqué que leurs objectifs de contribution n'étaient que partiellement atteints. Des progrès plus poussés sur ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation n'ont pas été possibles du fait de l'introduction de nouveaux concepts de qualité dans les systèmes de soins, de sorte que les mesures de la qualité, les outils d'amélioration et la charge mondiale n'ont pas encore été estimés.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 11

Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation
--

248. L'OMS vise à améliorer l'accès à des produits médicaux de qualité garantie en soutenant les pays dans la mise en œuvre de politiques efficaces, qui consistent dans la promotion d'un financement durable, une gestion des approvisionnements efficace et une utilisation rationnelle. L'OMS soutient également le renforcement des systèmes de réglementation et de contrôle de son application afin de lutter contre les produits médicaux de qualité inférieure ou contrefaits. En outre, l'Organisation travaille au renforcement des capacités et de l'engagement, et à l'élaboration d'orientations techniques afin de lutter contre le risque croissant de résistance aux antimicrobiens.

249. Les efforts de l'OMS visant à élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et à en améliorer la qualité et l'utilisation sont guidés par les objectifs 4 (Réduire la mortalité de l'enfant), 5 (Améliorer la santé maternelle), 6 (Lutter contre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies) du

Millénaire pour le développement et la cible 8.E (Accès à des médicaments essentiels abordables) ; la troisième Stratégie pharmaceutique de l'OMS 2008-2013 ; la Stratégie mondiale et le Plan d'action sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle ; la Stratégie sur la vaccination dans le monde : vision et stratégie ; et plusieurs résolutions. Un certain nombre de stratégies régionales ont également été élaborées.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 11.1

Plaidoyer et soutien en faveur de la formulation et du suivi de politiques nationales complètes concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
11.1.1	Nombre d'États Membres bénéficiant d'un soutien pour élaborer et mettre en œuvre des politiques nationales officielles concernant l'accès aux technologies ou produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation	88	90	118
11.1.2	Nombre d'États Membres bénéficiant d'un soutien pour élaborer des systèmes nationaux complets d'achat ou d'approvisionnement, ou pour les renforcer	48	40	68
11.1.3	Nombre d'États Membres bénéficiant d'un soutien pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales et des mécanismes de réglementation concernant le sang et les produits sanguins ou la lutte contre l'infection	26	25	68
11.1.4	Publication d'un rapport mondial biennal sur les prix, la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments	2 rapports des Nations Unies publiés en 2008 et 2009	Rapport publié	1 rapport publié (2011)

250. Les États Membres ont témoigné d'un vif engagement politique en faveur de l'élaboration de politiques pharmaceutiques à l'échelle nationale et le Secrétariat a apporté un soutien technique à 118 pays, dépassant la cible initiale de 90. Certains pays mettent l'accent sur la mise en œuvre de réformes pour un accès équitable à des médicaments essentiels dont la qualité est garantie et d'autres sur la mise en œuvre de programmes pour améliorer la transparence et la bonne gouvernance dans les systèmes pharmaceutiques (31 pays).

251. En outre, des conseils techniques, du matériel d'orientation et un soutien ont été fournis à 68 États Membres pour les aider à concevoir ou à renforcer des systèmes d'achat ou d'approvisionnement complets au niveau national.

252. L'OMS a apporté son aide à 15 États Membres de la Région européenne pour la formulation et la mise en œuvre de politiques, et collabore avec l'ensemble des pays de l'Union européenne sur les

approches en matière de meilleures pratiques et l'échange d'informations. Six pays ont bénéficié d'un soutien direct dans le domaine de la gestion des achats et des approvisionnements. Les systèmes d'achat et d'approvisionnement ont été évalués, et un soutien a été fourni pour élargir l'accès aux médicaments contre le VIH/sida et la tuberculose en collaboration avec des projets financés par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

253. Des évaluations du secteur pharmaceutique, une cartographie des achats et des approvisionnements, et des enquêtes sur les prix des médicaments ont contribué à améliorer les connaissances, les politiques et les capacités du secteur pharmaceutique dans les pays, ainsi que la transparence, étant donné que davantage d'informations étaient divulguées dans le domaine public. Plus de 1000 publications sur les politiques pharmaceutiques nationales, dont plus de 200 enquêtes menées dans les pays, sont désormais disponibles sur le site Web de l'OMS et un système est disponible pour télécharger les principales données relatives aux médicaments sur l'Observatoire mondial de la santé.

254. La troisième édition du *World Medicines Situation Report 2011* (rapport sur la situation pharmaceutique dans le monde 2011) a été publiée. Le rapport réunit de nouvelles données sur 24 sujets essentiels relatifs à la production et à la consommation, à l'innovation, à la réglementation et à la sécurité dans le domaine pharmaceutique. Parmi les sujets abordés figurent la sélection, l'achat, la gestion des approvisionnements, l'utilisation rationnelle, le financement et l'établissement des prix. Des chapitres transversaux couvrent l'utilisation des médicaments au sein du foyer, l'accès et les droits de l'homme, la bonne gouvernance, les ressources humaines et les politiques pharmaceutiques au niveau national.

255. En outre, l'OMS a collaboré avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme afin d'élaborer des profils de pays dans le secteur pharmaceutique qui soient harmonisés et fournissent des informations importantes pour le renforcement des principales fonctions réglementaires en vue de l'achat et de l'approvisionnement en produits de première nécessité pour la santé. Ces profils ont été complétés pour 120 pays.

256. Les réalisations auraient été encore plus importantes en 2011 si un certain nombre de pays n'avaient pas connu de troubles ou de conflits politiques, en particulier dans la Région de la Méditerranée orientale. L'absence de ressources humaines pour les secteurs des médicaments et des produits de santé a également été un obstacle.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 11.2

Élaboration de lignes directrices, normes et critères internationaux concernant la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'utilisation d'un bon rapport coût/efficacité des technologies et produits médicaux, et plaidoyer et soutien en faveur de leur application au niveau national et/ou régional.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
11.2.1	Nombre de normes de qualité, de préparations de référence, de lignes directrices et d'outils élaborés ou actualisés en vue d'améliorer la fourniture, la gestion, l'utilisation, la qualité ou la réglementation des technologies et produits médicaux	Plus de 30 outils supplémentaires ^a	15 outils supplémentaires	61 outils supplémentaires ^b
11.2.2	Nombre de désignations communes internationales attribuées à des produits médicaux	8 199	8 500	8 552
11.2.3	Nombre de médicaments, vaccins, produits diagnostiques et matériels prioritaires présélectionnés en vue de leur achat par le système des Nations Unies	239 médicaments et 98 vaccins	300	320 (274 médicaments, 35 PAP, ^c 11 outils de diagnostic, 134 vaccins)
11.2.4	Nombre d'États Membres pour lesquels la fonctionnalité des autorités nationales de réglementation a été évaluée ou a bénéficié d'un appui	70	75	102

^a Médicaments : 67 monographies, sept normes de référence, 30 spectres de référence et 10 directives sur la qualité. Vaccins : trois normes écrites et 16 préparations de référence. Technologies : 12 outils et normes écrits.

^b Médicaments : plus de 20 nouvelles monographies mondiales, une nouvelle norme de référence chimique internationale, et 10 nouvelles lignes directrices sur l'assurance de la qualité. Vaccins : 12 normes de mesure, trois nouvelles lignes directrices et cinq lignes directrices actualisées. Technologies : quatre lignes directrices et deux outils d'évaluation.

^c Principes actifs pharmaceutiques.

257. Le Secrétariat a continué à élaborer et à mettre à jour ses orientations normatives pour les médicaments, les technologies médicales et les vaccins, et à apporter un soutien technique aux pays.

258. Les efforts déployés dans le cadre du Programme de présélection des médicaments de l'OMS se sont poursuivis et ont permis la présélection de 36 nouveaux médicaments considérés comme prioritaires, notamment dans les domaines du VIH/sida, du paludisme, de la tuberculose et de la santé génésique, portant à 274 le nombre total de médicaments présélectionnés. Six nouveaux laboratoires de contrôle de la qualité au niveau national pour les médicaments ont été présélectionnés, portant leur nombre à 23. Le Programme de présélection des produits diagnostiques de l'OMS a présélectionné 11 produits et 35 autres évaluations sont en bonne voie. Chaque année, plus de 40 millions de tests rapides pour le dépistage du VIH et du paludisme sont achetés et la présélection permet de garantir que les fonds publics sont dépensés pour des produits de qualité. Une nouvelle procédure a été adoptée pour définir l'adéquation des vaccins au regard des programmes en vue de la présélection. Au total, 134 vaccins ont été présélectionnés pour les achats par les Nations Unies et 64 % de la population de nourrissons dans le monde a été vaccinée grâce aux vaccins présélectionnés par l'OMS.

259. Un certain nombre de pays ont travaillé pour achever des évaluations des fonctions essentielles en matière de réglementation et, parmi ceux-ci, l'Argentine, le Brésil, la Colombie et Cuba ont été désignés comme autorités de réglementation nationales de référence au niveau régional. En outre, des programmes de développement institutionnel visant à renforcer les capacités d'autres autorités de

réglementation nationales de la Région des Amériques sont en cours d'élaboration et recevront l'appui des autorités de réglementation nationales de référence.

260. Au cours de la dernière période biennale, on a constaté chez les États Membres un redoublement de l'activité et de l'engagement en faveur du renforcement des capacités de réglementation afin de veiller à la qualité des médicaments et de lutter contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits.

261. Le groupe de travail des États Membres sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits s'est réuni deux fois en 2011, et plus de 90 États Membres ont participé à ces réunions. Il a examiné les questions suivantes dans la perspective de la santé publique : a) le rôle de l'OMS dans le cadre des mesures visant à assurer la disponibilité de produits médicaux de qualité, sûrs, efficaces et abordables ; b) le rôle de l'OMS dans la lutte contre les produits médicaux de qualité, d'innocuité et d'efficacité incertaines, tels que les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits dans la perspective de la santé publique, à l'exclusion des considérations commerciales et de propriété intellectuelle ; et c) les liens de l'OMS avec le Groupe spécial international de lutte contre la contrefaçon des produits médicaux (IMPACT).

262. Dans le domaine de la vaccination, des vaccins et des produits biologiques, les 12 pays du Réseau mondial pour la surveillance postcommercialisation des vaccins présélectionnés ont bénéficié d'un soutien financier et technique pour renforcer leurs capacités à assurer le suivi de l'innocuité des vaccins utilisés dans leurs programmes de vaccination et par là même à garantir l'administration de vaccins sans risque.

263. Dans la Région africaine, 25 pays mettent désormais en place une procédure d'enregistrement rapide pour le nouveau vaccin antiméningococcique conjugué A qui vient d'être homologué et présélectionné. Les autorités de réglementation de 33 des 44 pays producteurs de vaccins ont été évaluées comme étant fonctionnelles et la surveillance des vaccins en Chine, en Égypte et en Iran a conduit à une augmentation de 20 % de la disponibilité mondiale de doses vaccinales de qualité garantie. L'Afrique du Sud, les Philippines et la République démocratique populaire lao améliorent leurs services de transfusion sanguine et ont élaboré des politiques nationales dans ce domaine, tandis que Maurice, la Namibie et la Tanzanie mettent au point des politiques nationales sur la transplantation d'organes humains.

264. Ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été pleinement atteint et, dans certains cas, les réalisations sont bien supérieures aux cibles définies en 2011. Cela pourrait s'expliquer par le fait que des cibles réalistes ont été fixées et que les pays ont accordé aux politiques pharmaceutiques une priorité élevée dans leurs programmes de santé et de développement et ont par conséquent dépassé les attentes en matière d'investissement dans le domaine des politiques pharmaceutiques, ce qui a eu des répercussions sur les demandes de soutien auprès de l'OMS.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 11.3

Au Secrétariat, ainsi que dans les programmes régionaux et nationaux, élaboration – sur la base de données factuelles – et promotion d'orientations politiques pour inciter les agents de santé et les patients à faire un usage scientifiquement rationnel et économiquement efficace des technologies et produits médicaux.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
11.3.1	Nombre de programmes nationaux ou régionaux bénéficiant d'un appui pour promouvoir l'usage scientifiquement rationnel et économiquement efficace des technologies ou produits médicaux	50	40	78
11.3.2	Nombre d'États Membres ayant mis à jour leur liste de médicaments, vaccins ou technologies essentiels au cours des cinq dernières années et qui l'utilisent pour les achats ou pour les remboursements dans le secteur public	125 (94 % des pays ayant transmis un rapport)	135	94

265. Le Secrétariat de l'OMS a révisé et publié la 17^e *liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels* et la 3^e *liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels destinés à l'enfant*. L'OMS a soutenu des pays tels que l'Éthiopie, le Mali, la République centrafricaine, la République démocratique du Congo et le Rwanda dans la mise à jour, avec succès, de leurs listes de médicaments essentiels et des directives thérapeutiques standard. L'usage rationnel a également été encouragé moyennant l'instauration de comités des médicaments et produits thérapeutiques. À la fin de la période biennale, 94 États Membres avaient mis à jour leurs listes nationales, adaptées à partir de la *liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels*.

266. À l'occasion de la Journée mondiale de la Santé 2011, l'OMS a présenté un ensemble de mesures en six points pour lutter contre la propagation de la résistance aux antimicrobiens. Un groupe de travail sur la résistance aux antimicrobiens sera chargé d'élaborer un plan de travail conjoint à l'échelle de l'Organisation pour 2012-2013. La Troisième Conférence internationale sur l'amélioration de l'usage des médicaments qui s'est tenue en Turquie en 2011 a réuni près de 600 participants venant de 86 pays, témoignant ainsi de l'intérêt croissant pour la promotion de l'usage rationnel des médicaments aux niveaux national et régional. Une analyse de la situation, mettant en particulier l'accent sur la promotion de l'usage rationnel des médicaments, comme l'a recommandé la résolution SEA/RC64/R5, a été entreprise dans sept des 11 pays de la Région de l'Asie du Sud-Est, et un soutien technique a été fourni à 10 États Membres de cette Région sur la manière de promouvoir l'usage rationnel des médicaments.

267. Dans le domaine des technologies sanitaires essentielles, les pays disposent désormais de capacités accrues pour gérer les technologies sanitaires, y compris l'évaluation des besoins, l'achat, les dons, l'entretien et les inventaires. Le Secrétariat de l'OMS dirige les efforts mondiaux visant à ce que les dispositifs médicaux retiennent l'attention des responsables politiques et il a dirigé l'élaboration d'un certain nombre d'instruments visant à aider les pays à élargir l'accès aux dispositifs médicaux et à en garantir la qualité et l'usage.

268. Ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation est considéré comme partiellement atteint, en particulier pour ce qui est de l'élaboration et de la mise à jour des listes de médicaments essentiels et des directives thérapeutiques. Des retards ont eu lieu dans l'élaboration et l'examen des listes de médicaments du fait de la complexité du processus, de l'analyse requise des données factuelles et de la difficulté d'obtenir un consensus sur les médicaments essentiels à sélectionner auprès des divers experts concernés. Le Secrétariat de l'OMS a également souffert de la pénurie de fonds et de la réduction qui s'en est suivie dans les capacités en ressources humaines, qui ont limité les réalisations dans le domaine des travaux normatifs et du soutien aux pays.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 12

Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail

269. Au cours de la période biennale, quatre défis majeurs ont retenu l'attention : a) permettre à l'OMS de jouer un rôle directeur dans la santé mondiale en réformant la définition des priorités, la gouvernance, le financement et la gestion ; b) accroître l'efficacité de l'OMS dans la manière dont elle fournit un soutien à tous les États Membres ; c) utiliser le pouvoir fédérateur de l'OMS aux niveaux mondial, régional et national pour parvenir à un accord sur les principales questions de santé mondiale, afin de promouvoir une plus grande cohérence entre tous les partenaires du développement (en particulier au niveau des pays), et de veiller à garantir la place de la santé dans les principaux forums mondiaux et régionaux ; d) utiliser les technologies novatrices et les réseaux de collaboration pour que les informations liées à la santé soient à la fois plus efficaces et plus accessibles.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 12.1

Bon encadrement et ferme direction de l'Organisation assurés moyennant un renforcement de la gouvernance, de la cohérence, de la responsabilité et de la synergie des activités de l'OMS.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
12.1.1	Proportion des documents soumis aux organes directeurs dans les six langues officielles de l'OMS, dans les délais constitutionnels	90 %	95 %	95 %

270. Réforme de l'OMS : le Directeur général a entrepris un processus de consultation mettant l'accent sur l'obtention d'un meilleur alignement entre les objectifs convenus par l'Assemblée mondiale de la Santé et les ressources disponibles afin de financer leur réalisation. Depuis le début du processus au début de 2010, un programme complet de réformes dirigé par les États Membres a progressivement été établi. La Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé les objectifs généraux de réformes et tracé les grandes lignes d'un processus d'analyse et de consultation qui a conduit à une session extraordinaire du Conseil exécutif en novembre 2011. Lors de cette session, le Conseil a débattu des trois axes de travail sur la réforme, étroitement liés les uns aux autres, à savoir : les programmes et priorités, la gouvernance, et les réformes gestionnaires. Un processus dirigé par les États Membres sur les critères de définition des priorités, qui ont été arrêtés après consultation avec les États Membres, permettra au Secrétariat d'élaborer un canevas pour le prochain programme général de travail et budget programme 2014-2015, en temps voulu pour la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en mai 2012.

271. Gouvernance mondiale de la Santé : la composition universelle de l'OMS lui permet de jouer un rôle fédérateur unique pour forger des accords sur des questions primordiales et souvent sensibles de santé mondiale. En mai 2011, après quatre ans de négociations difficiles, l'Assemblée mondiale de la

Santé a approuvé un cadre de préparation en cas de grippe pandémique, et sa mise en œuvre. D'autres négociations similaires se poursuivent, par exemple sur les médicaments de qualité inférieure/faux/fausseté étiquetés/falsifiés/contrefaits. L'OMS a joué un rôle actif dans les efforts mondiaux visant à accroître la cohérence entre les partenaires de la santé et du développement, moyennant le suivi des progrès accomplis par rapport aux indicateurs dans le cadre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et du Programme d'action d'Accra. L'OMS continuera à jouer ce rôle après la création, au cours du quatrième forum de haut niveau sur l'efficacité de l'aide – qui s'est tenu en République de Corée en novembre 2011 – du Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement, qui met davantage l'accent sur la Coopération Sud-Sud et les autres formes de coopération.

272. L'OMS a mis en lumière les priorités en matière de santé à l'occasion d'importants forums mondiaux. En 2010, sous la présidence canadienne, la santé a joué un rôle majeur au sommet du G8. Elle a aussi été au centre des travaux du G8 sur la redevabilité. Ces deux axes de travail ont été à nouveau valorisés suite à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement qui s'est tenue en 2010, et au cours de laquelle la Stratégie mondiale du Secrétaire général « chaque femme, chaque enfant » a été lancée. Il a ensuite été demandé à l'OMS de créer la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant, qui a présenté son rapport en mai 2011, recommandant une approche pour assurer le suivi des progrès mondiaux sur la santé de la mère et de l'enfant qui est désormais en cours de mise en œuvre. En 2011, la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies a fixé un nouveau programme international sur la lutte contre les maladies non transmissibles.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 12.2

Présence effective de l'OMS établie dans les pays pour appliquer des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays alignées sur le programme national de santé et de développement des États Membres, et harmonisées avec l'équipe des Nations Unies dans le pays et les autres partenaires de l'action de développement.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
12.2.1	Nombre d'États Membres où l'OMS aligne ses stratégies de coopération avec les pays avec les priorités et le cycle de développement du pays et harmonise ses activités avec les Nations Unies et les autres partenaires de l'action en développement dans les cadres pertinents, tels que le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, les documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté et les approches sectorielles	Au moins 145	33 des 145 stratégies de coopération dans les pays ont été mises à jour/ révisées	33 stratégies de coopération dans les pays ^a
12.2.2	Proportion de bureaux de l'OMS dans les pays qui ont revu et ajusté leurs capacités fondamentales en tenant compte de leur stratégie de coopération avec le pays	Au moins 50 %	70 %	77 %

^a Un certain nombre de stratégies de coopération dans les pays ont été prolongées pour aligner le cycle sur les plans/stratégies nationaux et le cycle des UNDF. Sur les 33 stratégies de coopération nationales, 10 sont en cours d'actualisation/de révision.

273. Soutien technique et politique aux États Membres : outre les orientations stratégiques apportées en vue de la réforme de l'OMS et d'autres questions de politique majeures, le Groupe de la politique mondiale¹ établit un lien entre le Directeur général, les Directeurs régionaux et les chefs de bureau de pays de l'OMS, améliorant la cohérence du soutien de l'OMS aux États Membres pris individuellement. Des stratégies de coopération dans les pays ont été élaborées et mises à jour dans 144 pays, territoires et zones où l'OMS a une présence physique. La stratégie de coopération dans les pays est utilisée : i) pour adapter les compétences et l'éventail des qualifications des bureaux de pays conformément aux politiques, stratégies et plans nationaux ; et ii) pour recueillir des informations en vue du processus de planification de l'OMS et mieux aligner le soutien technique à partir des bureaux régionaux et du Siège. Un processus compétitif amélioré de sélection, de nomination et de perfectionnement des chefs de bureau de pays de l'OMS a contribué à améliorer le rôle directeur et les capacités de l'Organisation. Le concept de stratégies de coopération dans les pays sera à l'avenir utilisé pour définir les besoins de coopération pour tous les États Membres de l'OMS même lorsque l'Organisation n'a pas de présence physique dans ceux-ci. La sixième réunion mondiale des chefs de bureau de pays de l'OMS avec le Directeur général et les Directeurs régionaux a fourni au personnel les connaissances et les compétences nécessaires concernant le nouveau programme d'action sanitaire, notamment les réformes de l'OMS, les maladies non transmissibles et la couverture universelle en matière de santé.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 12.3

Les mécanismes mondiaux de l'action de santé et du développement apportent des ressources techniques et financières plus durables et prévisibles pour la santé, conformément à un programme commun d'action sanitaire tenant compte des besoins et des priorités sanitaires des États Membres.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
12.3.1	Nombre de partenariats pour la santé auxquels l'OMS est associée et qui appliquent les principes des meilleures pratiques pour les partenariats mondiaux en faveur de la santé	14	30	45
12.3.2	Proportion des partenariats pour la santé gérés par l'OMS et conformes aux grandes orientations de l'Organisation en matière de partenariats	100 %	100 %	100 % ^a
12.3.3	Proportion des pays où l'OMS encadre les partenariats pour la santé et le développement (officiels ou non), ou est étroitement associée à leur activité, y compris dans le contexte des réformes du système des Nations Unies	71 %	80 %	80 %

^a Selon la résolution WHA63.10, tous les partenariats hébergés par l'OMS se conforment aux normes et règles établies par l'OMS. À la fin de 2011, un total de 10 partenariats hébergés par l'OMS disposaient d'un mécanisme de gouvernance distinct.

¹ Le groupe se compose du Directeur général, du Directeur général adjoint et des Directeurs régionaux.

274. Partenariats et initiatives mondiales en matière de santé : sur la base des travaux antérieurs du Secrétariat et précédents rapports au Conseil exécutif, en 2010, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé la politique sur la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement (résolution WHA63.10 et son annexe). Cette politique fournit des orientations supplémentaires pour l'OMS et, finalement pour les pays, pour contribuer à l'harmonisation des mécanismes de santé et de développement au niveau mondial. La mise en œuvre de la politique prévoit également une définition plus précise des règles et pratiques de l'OMS concernant les partenariats par l'intermédiaire d'un cadre opérationnel. Dans le prolongement des travaux de l'Organisation visant à faire progresser les partenariats avec divers secteurs, le Groupe de la politique mondiale a pour la première fois approuvé un cadre de politique interne à l'OMS pour l'engagement auprès du secteur privé, entamant ainsi un processus visant à une plus grande clarté dans les interactions de l'OMS avec ce secteur.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 12.4

Connaissances dans le domaine de la santé et matériels de sensibilisation essentiels multilingues mis à la disposition des États Membres, des partenaires de l'action de santé et des autres acteurs concernés moyennant l'échange et la communication des connaissances.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
12.4.1	Nombre moyen de consultations/visites mensuelles du site Web du Siège de l'OMS	Non disponible/ 6,35 millions de visites par mois	6,7 millions	7 millions
12.4.2	Nombre de pages dans des langues autres qu'en anglais disponibles sur les sites Web des bureaux de pays, des bureaux régionaux et du Siège de l'OMS	70 495	80 000	Plus de 80 000

275. Amélioration de l'accès à l'information dans le domaine de la santé : pour améliorer la diffusion d'informations sanitaires en temps voulu à l'intention de tous ceux qui en ont besoin, l'OMS a mis en place une base informatique cohérente afin de relier tous les bureaux de l'OMS. Des progrès ont été faits moyennant la création d'une page Web consacrée au multilinguisme. Les travaux se sont poursuivis avec les partenaires extérieurs pour la traduction de plus de 200 publications de l'OMS dans 40 langues officielles et non officielles. Un rapport sur la mise en œuvre de la politique de publication de l'OMS a été présenté au Conseil exécutif à sa cent vingt-neuvième session (document EB129/4). Le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* est publié chaque mois sous de multiples formes, accompagné de résumés dans toutes les langues officielles. Plus de 80 propositions de désignation et 200 propositions de redésignation des centres collaborateurs de l'OMS ont fait l'objet d'un examen. Le Comité d'évaluation des directives s'est réuni une fois par mois et a examiné les propositions originales pour l'élaboration de directives/lignes directrices avant leur publication, ainsi que les propositions finales, afin de veiller à ce que le processus et la forme des recommandations soient conformes aux prescriptions de l'OMS. L'expérimentation d'un annuaire d'experts nationaux, établi à l'origine en étroite collaboration avec les départements au sein du Siège et des six bureaux régionaux, est en cours ainsi que la cartographie des bases de données existantes et leur évaluation.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 13

Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat

276. Des services de soutien efficaces et performants en matière administrative et gestionnaire sont essentiels pour l'exécution des travaux techniques de l'Organisation. Le principal défi a consisté à fournir des services de qualité satisfaisante tout en s'efforçant de parvenir à une plus grande efficacité économique. Cela est nécessaire pour compenser la hausse des coûts découlant de multiples facteurs, notamment de l'impact de la force du franc suisse sur les services au Siège, et de l'augmentation rapide des coûts de la sécurité pour le personnel de terrain, en particulier dans certains pays de la Région africaine et de la Région de la Méditerranée orientale.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 13.1

Activités de l'Organisation guidées par des plans stratégiques et opérationnels qui s'appuient sur l'expérience acquise, tiennent compte des besoins des pays, sont élaborés en commun à tous les niveaux de l'Organisation et servent à mesurer la performance et évaluer les résultats.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
13.1.1	Proportion des plans de travail nationaux qui ont fait l'objet d'un examen collégial en ce qui concerne la qualité technique, qui tiennent compte de l'expérience acquise et des besoins du pays	95 %	95 %	100 %
13.1.2	Résultats escomptés par bureau dont l'état d'avancement a été actualisé selon les modalités établies pour la présentation des rapports périodiques	74 %	85 %	85 %

277. Des progrès ont été réalisés sur la voie de l'amélioration de la planification et de l'évaluation régulière des résultats dans toute l'Organisation. En particulier, le calendrier pour l'établissement du rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme a été accéléré de sorte que le rapport soit présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai, immédiatement après la fin de la période biennale. En outre, la méthode consistant à apprécier la réalisation des indicateurs relatifs à l'exécution dans les pays comporte désormais l'identification des pays pris individuellement et les vérifications correspondantes.

278. Tout au long de l'exercice, les travaux se sont poursuivis pour améliorer l'alignement entre les priorités définies par chaque État Membre par l'intermédiaire des stratégies de coopération nationales et les priorités définies dans le budget programme et les plans opérationnels. D'autres améliorations ont également été apportées en ce qui concerne la chaîne des résultats pour l'Organisation, l'objectif étant de faire une distinction plus claire entre les impacts, les résultats et les produits. Ces deux domaines sont des éléments clés du programme de réforme de l'OMS et seront au cœur de l'élaboration du prochain programme général de travail et budget programme 2014-2015.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 13.2

Pratiques financières saines et, par un effort de mobilisation et un suivi constants, gestion judicieuse des ressources afin qu'elles correspondent aux budgets programmes.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
13.2.1	Degré d'application des normes comptables internationales pour le secteur public	L'application requiert l'achèvement de l'introduction du Système mondial de gestion dans toutes les Régions	Systèmes et comptes d'ouverture totalement conformes	Systèmes et comptes d'ouverture totalement conformes
13.2.2	Montant des contributions volontaires classées comme « contributions entièrement et extrêmement flexibles »	US \$187 millions	US \$300 millions	US \$235 millions

279. Dans le cadre du Système mondial de gestion, une opinion sans réserve a été donnée sur les états financiers de l'exercice biennal ; le cadre de gestion des risques institutionnels a été établi formellement au Siège et son expansion auprès des Régions a commencé. Les préparatifs en vue de l'introduction des nouvelles normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) ont été achevés. Les premiers états financiers entièrement conformes aux IPSAS ont été établis pour 2012.

280. Des progrès significatifs ont également été réalisés en ce qui concerne le cadre de contrôle financier. Particulièrement importante a été la mise à jour du manuel de politique électronique de l'OMS. Celui-ci servira de base aux travaux plus avancés sur les modes opératoires normalisés et contrôles clés qui doivent être achevés en 2012. En outre, un Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance a été créé et est devenu une composante supplémentaire, hautement fiable, de la gouvernance et de la surveillance des fonctions financières et administratives.

281. Ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme partiellement atteint du fait que la cible des contributions volontaires classées comme « contributions entièrement et extrêmement flexibles » n'a pas été atteinte. Toutefois, malgré les contraintes créées par la crise financière, le montant total des ressources flexibles a augmenté pour passer de US \$187 millions reçus en 2008-2009 à US \$235 millions reçus en 2010-2011. Cela fait partie d'une tendance générale dans les contributions volontaires en faveur d'accords pluriannuels mettant davantage l'accent sur la flexibilité et la prévisibilité.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 13.3

Adoption, dans le domaine des ressources humaines, de politiques et pratiques propres à attirer et fidéliser les meilleurs éléments, à promouvoir l'apprentissage et le perfectionnement du personnel, à faciliter la gestion de l'exécution des tâches et à inciter au respect des règles d'éthique.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
13.3.1	Proportion des bureaux qui ont un plan de ressources humaines approuvé pour un exercice	98 %	100 %	100 %
13.3.2	Nombre de membres du personnel qui occupent un nouveau poste ou changent de lieu d'affectation pendant un exercice (reporté jusqu'à l'exercice 2010-2011)	200	200	700
13.3.3	Proportion des membres du personnel ayant suivi le cycle du système de gestion et de développement des services	75 %	80 %	Plus de 90 % au Siège et à WPRO

282. Un processus difficile de réduction des effectifs, notamment dans la Région africaine et au Siège, du fait de réductions budgétaires et de l'augmentation des coûts de personnel, a été géré moyennant un processus hautement participatif. Cela a permis de gérer la réduction du personnel de manière équitable, la communication avec les membres du personnel concernés et le soutien associé étant pleinement assurés. Cet effort a été appuyé par l'amélioration de la planification des ressources humaines, en particulier dans les bureaux où le Système mondial de gestion a été introduit au cours de la période biennale.

283. On a assisté à une augmentation significative des mouvements de personnel entre lieux d'affectation et au sein d'un même lieu d'affectation. Cette mobilité résulte d'une approche plus systématique en matière de mobilité du personnel dans la Région africaine et dans la Région du Pacifique occidental, de l'utilisation de la liste d'aptitude mondiale pour les chefs de bureau de pays de l'OMS et de la réaffectation de membres du personnel dont les postes ont été supprimés pour des raisons programmatiques et financières.

284. L'apprentissage mondial est resté une priorité majeure. La gamme des possibilités de perfectionnement mondial a été élargie au cours de l'exercice, la priorité étant accordée aux activités au niveau des pays. Les travaux visant à accroître l'utilisation de l'apprentissage en ligne et des systèmes de gestion de l'apprentissage en ligne au cours des prochaines années se sont poursuivis.

285. Les examens de la gestion des services du personnel se sont améliorés, en particulier au Siège et dans la Région du Pacifique occidental où plus de 90 % des évaluations des services du personnel ont été effectuées. Ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme partiellement atteint du fait que la cible mondiale n'a pas été atteinte dans toutes les Régions. La mise en œuvre obligatoire de la version actualisée du système de gestion et de développement des services dans toutes les Régions en 2012 permettra de remédier à ce problème.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 13.4

Adoption de stratégies, politiques et pratiques en matière de gestion des systèmes d'information pour offrir des solutions fiables, sûres et d'un bon rapport coût/efficacité tout en tenant compte de l'évolution des besoins de l'Organisation.

Pleinement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
13.4.1	Nombre de services informatiques assurés dans l'ensemble de l'Organisation conformément aux meilleures pratiques de référence du secteur	3	5	5
13.4.2	Proportion des bureaux qui utilisent en temps réel des données cohérentes sur la gestion	Siège et Bureau de la Région du Pacifique occidental et bureaux de pays associés	Siège, 5 bureaux régionaux et bureaux de pays associés	Siège, 5 bureaux régionaux et bureaux de pays associés

286. Le Système mondial de gestion a été mis en œuvre dans toutes les Régions et tous les bureaux de pays, à l'exception du Bureau régional des Amériques/OPS. L'existence et l'utilisation d'un système intégré unique ont permis d'améliorer l'accès aux données et la transparence de celles-ci, et permettent une gestion en temps réel des informations. Les préparatifs ont commencé en vue de la première actualisation majeure du Système mondial de gestion, prévue pour 2013.

287. « Global synergy », nouvelle version améliorée de l'environnement informatique, a été étendue à l'ensemble de l'Organisation, et fournira une approche unique commune de la gestion des postes de travail dans toute l'Organisation, facilitant le soutien aux utilisateurs, et l'échange d'informations.

288. Le transfert de la prestation des services techniques d'information et de communication soit vers le Centre mondial de services de Kuala Lumpur soit, dans le cadre d'une externalisation, vers des fournisseurs extérieurs, dans le but d'abaisser les coûts et de fournir un modèle de prestation de services plus flexible, s'est poursuivi.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 13.5

Prestation des services gestionnaires et administratifs nécessaires au bon fonctionnement de l'Organisation conformément à des accords sur la qualité de service qui privilégient notamment la réactivité.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
13.5.1	Proportion des services assurés par le Centre mondial de services conformément aux critères définis par les accords sur la qualité de service	75 %	90 %	85 %

289. Les opérations du Centre mondial de services ont commencé à mieux fonctionner au fur et à mesure que le personnel s'est familiarisé avec leur rôle et avec le Système mondial de gestion. Le pourcentage de transactions traitées conformément aux indicateurs de niveau de service publiés a augmenté pour atteindre 85 %, et cela malgré une augmentation de 40 % des transactions du fait que la

Région de la Méditerranée orientale, la Région européenne, la Région de l'Asie du Sud-Est et la Région africaine ont commencé à utiliser le Système mondial de gestion au cours de la période biennale. Le coût unitaire du traitement des transactions a continué à diminuer. Des fonctions additionnelles en matière de finances et d'achat ont été transférées du Siège vers le Centre mondial de services, contribuant ainsi à une nouvelle réduction dans les coûts administratifs généraux.

290. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été considéré comme « partiellement atteint » du fait à la fois des insuffisances du système et/ou des procédures dans certains domaines de services. Les travaux se poursuivent aux trois niveaux de l'Organisation pour améliorer les niveaux de service et les processus administratifs de bout en bout tout en conservant un cadre de contrôle approprié.

RÉSULTAT ESCOMPTÉ À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION 13.6

Cadre de travail contribuant au bien-être et à la sécurité du personnel dans tous les lieux d'affectation.

Partiellement atteint

Indicateur		Base	Cible	Résultat atteint
13.6.1	Degré de satisfaction à l'égard de la qualité des services dans l'ensemble des principaux bureaux grâce à la prestation d'un appui efficace aux infrastructures	Non disponible	75 %	Non disponible ^a
13.6.2	Proportion de bureaux ayant régulièrement procédé à des exercices d'évacuation	70 %	70 %	90 %

^a L'indicateur 13.6.1 est supprimé et sera remplacé en 2012-2013.

291. Dans tous les pays, une amélioration de la sécurité a été obtenue moyennant la modernisation des installations des bureaux de pays dans les lieux vulnérables et des évaluations de la sécurité qui mettent l'accent sur le respect des normes des Nations Unies. Dans la Région de la Méditerranée orientale, de nombreux membres du personnel ont dû être évacués de leurs lieux d'affectation, y compris le personnel du Bureau régional au Caire. Ces évacuations se sont déroulées avec succès avec le soutien du Fonds pour la sécurité, créé pour faire face à de telles situations d'urgence. D'une manière générale, les coûts relatifs à la sécurité continuent d'augmenter du fait des critères de sécurité de plus en plus rigoureux établis par les Nations Unies.

292. Les efforts visant à atténuer l'impact des bureaux sur l'environnement immédiat et à introduire de nouvelles mesures d'endiguement des coûts se sont poursuivis. Par exemple, l'introduction de services d'impression et de reproduction donnés en gestion au Siège a conduit à une réduction des dépenses d'impression et de reproduction de bureau en 2010-2011 de CHF 7,2 millions à CHF 5 millions et a contribué à une réduction de 50 % de la consommation de papier.

293. Un nouveau mécanisme de gouvernance a été introduit pour l'évaluation et la surveillance des principaux projets d'investissement destinés à l'équipement. En parallèle, pour le financement de l'équipement, une source de financement durable a été introduite (par l'intermédiaire des prélèvements en rapport avec l'occupation des postes), même si les montants prélevés continuent à être inférieurs aux montants nécessaires pour un investissement stable de 1 % de la valeur du capital existant. De ce

fait, un certain nombre de projets d'infrastructure ont été reportés, d'où l'évaluation de ce résultat escompté à l'échelle de l'Organisation comme « partiellement atteint ». Toutefois, des travaux réguliers d'entretien ont été entrepris dans tous les bureaux de façon à garantir que l'état des principales infrastructures reste conforme à des normes acceptables.

= = =