

BUDGET PROGRAMME 2006-2007

APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION



Organisation
mondiale de la Santé

Les appellations employées dans ce document et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Imprimé à Genève, juin 2008

TABLE DES MATIERES

Avant-propos du Directeur général	v
I. Vue d'ensemble	1
II. Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation	4
Interventions sanitaires essentielles :	
Maladies transmissibles : prévention et lutte (CPC)	7
Alerte et action en cas d'épidémie (CSR)	13
Paludisme (MAL)	19
Tuberculose (TUB)	25
VIH/sida (HIV)	33
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles (NCD)	43
Santé mentale et toxicomanies (MNH)	49
Santé génésique (RHR)	55
Pour une grossesse à moindre risque (MPS)	61
Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH)	65
Vaccination et mise au point de vaccins (IVB)	71
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EHA)	81
Politiques et systèmes de santé et produits y relatifs :	
Politiques relatives au système de santé et prestation des services (HSP)	89
Financement de la santé et protection sociale (HFS)	95
Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche (IER)	103
Ressources humaines pour la santé (HRH)	111
Elaboration de politiques pour la santé et le développement (HSD)	119
Médicaments essentiels (EDM)	127
Technologies de la santé essentielles (BCT)	133
Déterminants de la santé :	
Sécurité sanitaire des aliments (FOS)	143
Parité des sexes en matière de santé (GWH)	149
Santé et environnement (PHE)	155

Promotion de la santé (HPR)	161
Nutrition (NUT)	169
Tabac (TOB)	175
Violence, traumatismes et incapacités (INJ)	181
Recherche sur les maladies transmissibles (CRD)	187

Appui efficace aux Etats Membres :

Direction (DIR)	195
Organes directeurs (GBS)	201
Relations extérieures (REC)	207
Planification, coordination des ressources et surveillance (BMR)	215
Infrastructure et logistique (ILS)	221
Présence essentielle de l'OMS dans les pays (SCC)	227
Gestion des ressources humaines à l'OMS (HRS)	233
Gestion du savoir et technologie de l'information (KMI)	241
Budget et gestion financière (FNS)	249

III. Exécution financière 255

Tableaux

Tableau 1 – Récapitulation du budget et des dépenses	261
Tableau 2 – Récapitulation du budget et des dépenses par domaine d'activité – tous bureaux confondus	262
Tableau 3 – Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pleinement atteints, partiellement atteints, abandonnés, reportés ou pour lesquels les données qui permettraient de déterminer le degré de réalisation sont insuffisantes – par domaine d'activité	263

Annexes

Annexe 1 – Budget programme 2006-2007 : appréciation de l'exécution Premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé (document A61/21)	265
Annexe 2 – Résumé des recommandations du Comité d'assurance de la qualité	271

AVANT-PROPOS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

Un suivi et une appréciation efficaces de l'exécution sont le fondement d'une planification, d'une prise de décision et d'une gestion judicieuses.

L'OMS peut être fière de son cadre de gestion fondée sur les résultats, dont le suivi et l'appréciation de l'exécution font partie intégrante. Pouvoir suivre et mesurer l'exécution nous aide à faire en sorte que les ressources versées à l'Organisation sont utilisées efficacement et comme prévu.

Le présent rapport d'appréciation de l'exécution du budget programme 2006-2007 est l'expression concrète d'un engagement du Secrétariat en faveur d'une gestion par résultat, d'une transparence accrue et d'une plus grande responsabilité comptable.

Le rapport contient une analyse des résultats obtenus par le Secrétariat, mesurés par rapport aux résultats escomptés pour l'exercice biennal 2006-2007. Il signale les domaines dans lesquels les résultats n'ont pas atteint les cibles convenues et indique ainsi les mesures gestionnaires à prendre. Sur 201 résultats escomptés, 55 % ont été pleinement atteints.

Le rapport contient également des informations sur l'exécution financière, ce qui offre une occasion unique d'analyser, parallèlement, l'exécution technique et financière par domaine d'activité.

Bien que le rapport fasse état de progrès incontestables, je pense que des améliorations pourraient être apportées au suivi et à l'appréciation de notre efficacité à l'échelle de l'Organisation. En particulier, certains des indicateurs qui guident l'action du Secrétariat pour mesurer l'exécution et l'impact pourraient être plus précis. Je vais donc demander aux États Membres de me laisser une certaine souplesse afin de pouvoir modifier certains indicateurs du plan stratégique à moyen terme (2008-2013).

Quand les indicateurs de l'exécution sont mieux définis, plus faciles à mesurer et plus pertinents, nous parvenons mieux à vérifier que les ressources aboutissent bien à des résultats tangibles. Comme je l'ai indiqué par le passé, ce que l'on peut mesurer peut être fait.

Je demande aux responsables de l'OMS d'étudier ce rapport et de donner une suite pratique aux conclusions de l'appréciation de l'exécution lorsqu'ils ajusteront les plans de travail pour l'exercice 2008-2009 et effectueront la planification en vue du prochain budget programme. Le rapport devrait également servir d'outil de gestion lorsque des décisions sont prises au sujet de l'affectation des ressources.

Tout cela fait que nous allons dans le bon sens, c'est-à-dire vers plus de transparence vis-à-vis des États Membres et vers de meilleurs résultats sanitaires dans les pays, c'est-à-dire là où ils comptent le plus.

Dr Margaret Chan
Directeur général



I. VUE D'ENSEMBLE

L'appréciation de l'exécution du budget programme 2006-2007 a deux objectifs principaux : évaluer la façon dont le Secrétariat atteint les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, dont le Secrétariat est pleinement responsable ; et recenser les principales réalisations des Etats Membres et du Secrétariat par rapport aux objectifs de l'OMS définis dans le budget programme.

L'appréciation de l'exécution fait partie intégrante du cadre gestionnaire de l'OMS fondé sur les résultats. Les processus biennaux de suivi et d'évaluation, dont il fait partie, comprennent également le suivi périodique des plans de travail et l'examen à mi-parcours des progrès vers la réalisation des résultats escomptés. Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif a noté, à sa septième réunion, l'importance d'un suivi et d'une évaluation rapides pour l'appréciation de l'exécution du budget programme.¹

Outre qu'elle recense les principales réalisations, l'appréciation de l'exécution analyse les points suivants : les facteurs de réussite, les obstacles, les enseignements et les mesures requises pour améliorer l'exécution, et l'exécution financière du budget programme pour chaque domaine d'activité.

Pour l'exercice biennal 2006-2007, il s'est agi principalement d'un processus d'auto-appréciation, commençant par l'évaluation par les bureaux eux-mêmes (Siège, bureaux régionaux et bureaux de pays) de la façon dont ils ont atteint les résultats escomptés par bureau. Les bureaux ont examiné la prestation de services et la fourniture de produits, suivi et actualisé les valeurs des indicateurs pour les résultats escomptés et fourni des informations textuelles sur la réalisation de ces résultats.

Les valeurs des indicateurs et les commentaires issus de l'appréciation de l'exécution par les bureaux ont été rassemblés au niveau régional et leur synthèse a fait l'objet de rapports sur les contributions des Régions à la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation.

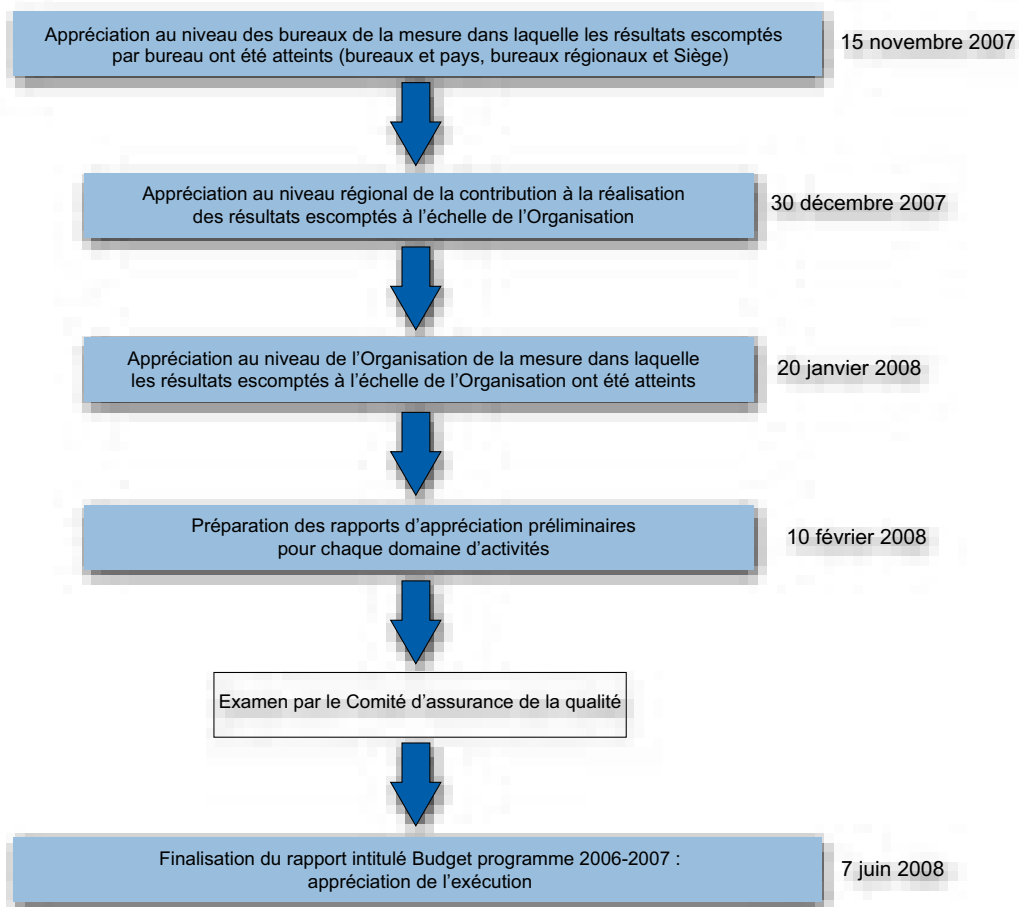
Une synthèse des conclusions de l'évaluation de l'exécution à l'échelle de l'Organisation a ensuite été effectuée au Siège afin d'établir des rapports d'appréciation à l'échelle de l'Organisation pour chaque domaine d'activité.

Afin d'améliorer la fiabilité et la précision des conclusions de l'appréciation, un Comité d'assurance de la qualité, composé de deux experts extérieurs et d'un haut responsable de l'OMS, a passé en revue les rapports concernant les 36 domaines d'activité à l'échelle de l'Organisation pour repérer les incohérences, les omissions et les erreurs factuelles. Il a attaché une attention particulière à l'examen des éléments étayant les valeurs citées dans les rapports concernant la réalisation des cibles des indicateurs. Les rapports ont ensuite été révisés à la lumière des recommandations du Comité d'assurance de la qualité. On trouvera à l'annexe 2 les recommandations du Comité d'assurance de la qualité.

L'appréciation de l'exécution est considérée comme solide et comme l'évaluation la plus complète entreprise par l'Organisation. Elle a toutefois ses limites et demandera à être améliorée à l'avenir, ce qui sera considérablement facilité par l'introduction du Système mondial de gestion, qui améliorera la transparence et fournira des données en « temps réel ».

Dans l'analyse des réalisations, une attention particulière a été portée aux valeurs cibles des indicateurs fixées dans le budget programme 2006-2007. Les indicateurs ne mesurant pas tous les aspects d'un résultat escompté, on peut considérer que le fait de ne se fier qu'à la valeur d'un indicateur pour déterminer la mesure dans laquelle le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été atteint peut constituer une limite méthodologique. On citera parmi les autres points faibles l'imprécision ou l'absence de valeurs de base pour certains indicateurs, l'existence d'indicateurs de mauvaise qualité qui ne se prêtent pas à une mesure, des résultats escomptés et des cibles d'indicateurs trop ambitieux, et un suivi insuffisant par certains gestionnaires. Les définitions et le caractère mesurable des indicateurs seront améliorés.

¹ Document EB122/3.

Budget programme 2006-2007 : processus d'appréciation de l'exécution

WHO 08.18

Outre qu'elles fournissent des informations aux organes directeurs et aux gestionnaires, les conclusions de l'appréciation de l'exécution serviront à la préparation du projet de budget programme 2010-2011, à la reprogrammation des plans opérationnels pour l'exercice biennal 2008-2009 et à la prise de décision concernant l'affectation et la réaffectation de ressources humaines et financières.

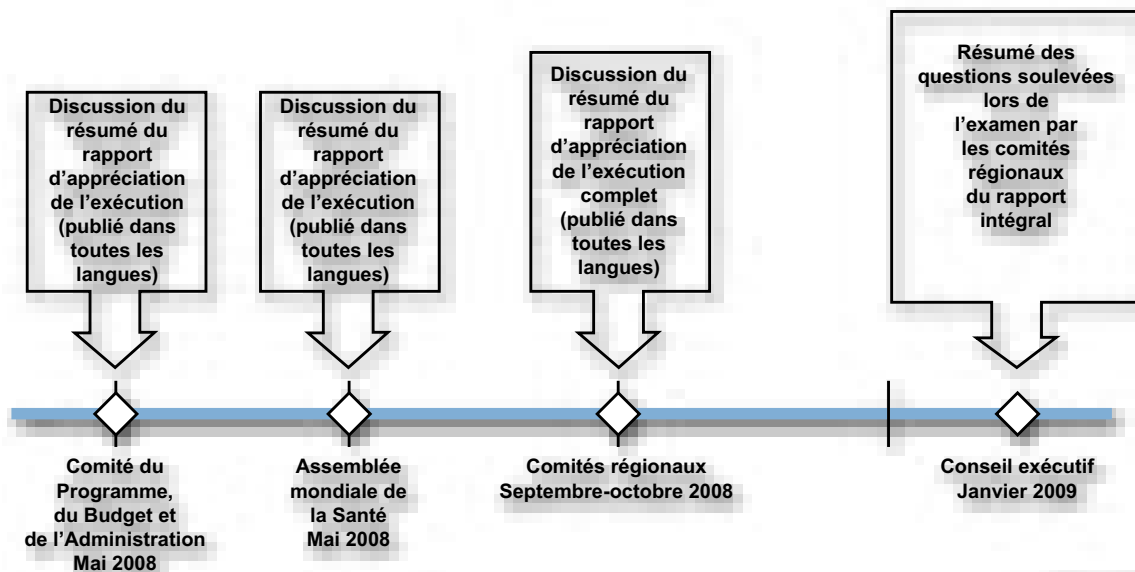
Le Secrétariat considère le rapport sur l'appréciation de l'exécution comme un élément central de son cadre gestionnaire fondé sur les résultats et comme une expression concrète du respect des principes de transparence et de responsabilité comptable.

Conformément au calendrier décrit ci-dessus, qui a été approuvé par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration et présenté au Conseil exécutif en janvier 2007,² une version résumée de l'appréciation de l'exécution du budget programme 2006-2007 a été examinée à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé,³ et la version intégrale du rapport sera examinée par les comités régionaux et par le Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session, en janvier 2009.

² Document EB 120/3.

³ Document A61/19.

Processus d'appréciation de l'exécution du budget programme : présentation aux organes directeurs



WHO 08.56

Dans son rapport à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé⁴ (dont le texte figure à l'annexe 1), le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif a évoqué les problèmes de délais dans la préparation du rapport résumé et du rapport intégral sur l'appréciation de l'exécution, tout en soulignant qu'il était important de recevoir les deux rapports en temps opportuns. Il est nécessaire de connaître l'ensemble des conclusions sur l'appréciation de l'exécution pour pouvoir éclairer les discussions sur le budget programme 2010-2011. Certains membres du Comité ont regretté que le calendrier fixé pour les discussions prive les Etats Membres de la possibilité d'examiner le rapport intégral avant que les organes directeurs se penchent sur les futurs projets de budget programme. Il a été proposé que le Secrétariat soumette des propositions en vue de redresser la situation à une réunion ultérieure du Comité.

⁴ Document A61/21.

II. REALISATION DES RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION

Au cours de la préparation du budget programme 2006-2007, les 36 domaines d'activité ont été divisés en quatre groupes d'activité distincts mais interdépendants, à savoir : les interventions sanitaires essentielles ; les politiques et systèmes de santé et les produits y relatifs ; les déterminants de la santé ; et l'appui efficace aux Etats Membres. Le présent rapport, qui s'articule autour des mêmes catégories, récapitule les principaux résultats ; il évalue également la réalisation compte tenu des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation fixés dans le budget programme 2006-2007, et dont le Secrétariat est tenu pour responsable.

Le degré de réussite dans la réalisation de ces résultats escomptés a été évalué compte tenu des définitions suivantes :



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 cibles des indicateurs pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation n'ont pas été atteintes.

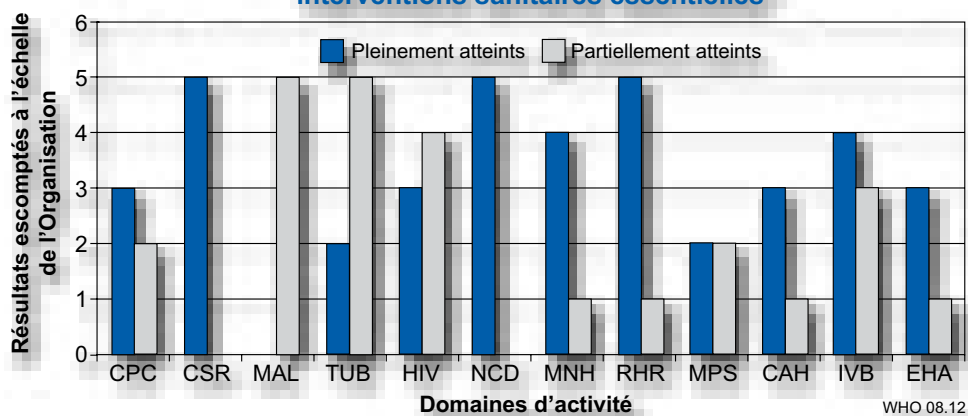


Abandonné, reporté ou données insuffisantes = Les changements apportés aux plans d'origine se sont traduits par l'abandon du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation, la réalisation du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation a été reportée au-delà de l'exercice 2006-2007, ou bien les données sont insuffisantes pour déterminer le degré de réalisation.

INTERVENTIONS SANITAIRES ESSENTIELLES

La catégorie des interventions sanitaires essentielles regroupe les domaines d'activité ci-après : Maladies transmissibles : prévention et lutte (CPC) ; Alerte et action en cas d'épidémie (CSR) ; Paludisme (MAL) ; Tuberculose (TUB) ; VIH/sida (HIV) ; Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles (NCD) ; Santé mentale et toxicomanies (MNH) ; Santé génésique (RHR) ; Pour une grossesse à moindre risque (MPS) ; Santé de l'enfant et de l'adolescent (CAH) ; Vaccination et mise au point de vaccins (IVB) ; et Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours (EHA).

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation : interventions sanitaires essentielles*



* Dans le document A61/19, il est précisé que les quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour le domaine d'activité Pour une grossesse à moindre risque ont été pleinement atteints. Toutefois, dans l'évaluation finale, il apparaît que deux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été pleinement atteints tandis que les deux autres n'ont été que partiellement atteints.

MALADIES TRANSMISSIBLES : PREVENTION ET LUTTE (CPC)

Objectif(s) de l'OMS

Réduire la morbidité, la mortalité et l'incapacité par la prévention, la lutte et, le cas échéant, l'éradication ou l'élimination de certaines maladies tropicales endémiques, au moyen, si possible, d'une approche synergique tenant compte des résolutions récentes de l'Assemblée de la Santé.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Nombre de pays dotés de programmes nationaux dirigés contre les maladies tropicales endémiques.* A l'exception des pays de la Région européenne qui ne sont pas touchés par les maladies tropicales, au moins 90 pays des cinq autres Régions ont signalé être dotés de programmes nationaux dirigés contre une ou plusieurs maladies tropicales endémiques.
- *Nombre de pays progressant vers les buts fixés dans les résolutions pertinentes de l'Assemblée de la Santé concernant les maladies cibles.* Plus de 75 pays sont signalés comme progressant vers la réalisation des cibles en matière d'élimination et/ou d'éradication fixées par certaines résolutions de l'Assemblée de la Santé.

Principales réalisations

- En 2006, 49,4 millions d'enfants d'âge scolaire de 53 pays et 64,2 millions d'enfants d'âge préscolaire de 35 pays ont été traités contre des géohelminthiases.
- En 2006, 63 pays ont achevé leur cartographie de la filariose lymphatique et, dans plus de 48 pays, plus de 380 millions de personnes ont été traitées par l'administration de médicaments à grande échelle.
- Dans 47 pays, des activités intensifiées et intégrées de lutte contre les maladies tropicales négligées ont été mises en oeuvre de façon synergique.
- Pour faire face à la menace de grippe aviaire, plus de 105 pays ont actualisé leurs plans stratégiques nationaux contre les zoonoses, et un total de 20 instruments et techniques ont été mis au point et soit utilisés soit testés pour lutter contre les maladies tropicales négligées, les zoonoses et les maladies d'origine alimentaire.
- Les activités ont été intensifiées en ce qui concerne la campagne de lutte contre la dracunculose, le nombre de cas ayant été ramené de plus de 25 200 en 2006 à moins de 10 000 fin 2007.
- Un manuel de chimiothérapie préventive a été rédigé.
- De nouveaux partenariats ont été mis en place avec Sanofi-Aventis, Merck (Allemagne) et Novartis.
- Une évaluation indépendante de l'exécution précoce de la lutte contre les maladies tropicales négligées en Afrique et en Asie a été conduite en collaboration avec l'Agency for International Development des Etats-Unis d'Amérique.

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

Renforcement des capacités nationales de manière à marquer des progrès notables dans la lutte intensifiée contre les maladies tropicales endémiques visées ou leur élimination

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant porté à 40 %, avec l'appui de l'OMS, le taux de couverture des enfants d'âge scolaire par un traitement régulier contre la schistosomiase et les géohelminthiases	20	30	53
Nombre de pays ayant achevé la cartographie des maladies et entrepris des traitements médicamenteux de masse contre la filariose lymphatique avec l'appui de l'OMS	46	55	63
Nombre de pays ayant actualisé les programmes nationaux de lutte contre les principales zoonoses ou maladies d'origine alimentaire avec l'appui de l'OMS	50	80	105
Nombre de pays confrontés à des situations d'urgence ayant reçu un soutien efficace pour l'application de mesures appropriées de lutte contre les maladies transmissibles	8	10	17



Pleinement atteint. Des lignes directrices et des bulletins d'information sur la lutte contre diverses maladies tropicales ont été distribués aux pays, et des cours de formation et de renforcement des capacités ont été organisés dans la Région africaine. Toutefois, le manque de crédits fait obstacle au renforcement des capacités nationales pour la mise en oeuvre d'activités de lutte contre les maladies tropicales et d'élimination de ces maladies. Les données sur les pays qui ont accru leur couverture des enfants d'âge scolaire au moyen d'un traitement régulier contre la schistosomiase et les géohelminthiases reposent sur 53 pays pour lesquels il a été possible d'obtenir des données officielles. Le chiffre représente moins de la moitié des 122 pays d'endémie qui auraient dû notifier des données, ce qui a eu des répercussions aussi bien sur les chiffres concernant la couverture que sur ceux concernant l'exécution au niveau mondial. A la fin de 2006, 24 pays sur 53 signalaient une couverture supérieure à 40 % et sept une couverture supérieure à 75 %. De nouveaux crédits sont désormais disponibles grâce à l'aide de partenaires pour une application intégrée de la chimiothérapie de masse et pour l'élimination de la filariose lymphatique, afin d'élargir la couverture dans plusieurs pays. Sur les 63 pays qui ont achevé la cartographie de la maladie, 48 ont institué une chimiothérapie de masse et neuf n'en auront peut-être pas besoin. La Chine est parvenue à éliminer la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique. La lutte contre la schistosomiase à travers la chimiothérapie de masse intégrée est mise en place dans les pays et s'annonce comme un défi pour l'avenir immédiat. Grâce au programme de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine, huit pays d'endémie supplémentaires ont soumis au moins 80 % de leur population à risque à un dépistage dans tous les foyers actifs au moins une fois par an. Quatre pays d'endémie supplémentaires pour la trypanosomiase humaine africaine ont traité 100 % des cas dépistés. La Région des Amériques approche des cibles régionales pour l'élimination ou la maîtrise de la maladie de Chagas, de la filariose lymphatique, de l'onchocercose, des géohelminthiases, de la schistosomiase, du trachome et de la lèpre. De nouvelles techniques et de nouveaux outils de lutte contre les zoonoses et les maladies transmises par l'eau et par les aliments ont également été testés et appliqués pour le traitement de la fasciolose et du trachome. Le kala-azar continue de sévir à l'état endémique dans trois Etats Membres de la Région de l'Asie du Sud-Est et un plan stratégique national a été mis en oeuvre dans certains districts du Bangladesh. Les efforts actuellement déployés en collaboration avec la FAO et l'OIE pour renforcer les activités à l'interface entre santé humaine et santé animale pour prévenir et maîtriser certaines zoonoses et maladies d'origine alimentaire, en particulier la grippe aviaire, ont été le moteur de l'actualisation des programmes nationaux. Au cours de l'exercice biennal, 55 pays supplémentaires ont actualisé leurs programmes nationaux à cet égard.

Etablissement de principes directeurs, de politiques et de stratégies pour des actions intégrées de prévention, de lutte et d'élimination dirigées contre les maladies tropicales endémiques, prise en charge des cas et surveillance comprises

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays exécutant en synergie des activités intensifiées de lutte contre les maladies tropicales endémiques avec l'appui de l'OMS	10	20	47
Nombre de pays d'endémie bénéficiant d'un soutien pour des opérations intégrées de lutte antivectorielle	15	30	19
Nombre de pays bénéficiant d'un soutien pour l'adaptation et l'exécution d'interventions intégrées de santé scolaire	80	105	53
Nombre de pays bénéficiant d'un soutien pour la mise au point de méthodes efficaces de surveillance, de prévention et de lutte contre les entéropathies émergentes	30	80	24



Partiellement atteint. Un nouveau manuel de chimiothérapie préventive intégrée a été distribué aux pays, ainsi que d'autres lignes directrices de l'OMS concernant diverses maladies tropicales. Ces documents ont été utilisés par les pays pour planifier et mettre en oeuvre des interventions intégrées. Au moins 47 pays ont exécuté des activités de lutte contre la maladie au moyen d'une approche synergique. Dans les Régions de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, des plans stratégiques pour la gestion intégrée des vecteurs ont été élaborés et seront mis en place pendant l'exercice 2008-2009. Les 53 pays signalés comme ayant mis en oeuvre des interventions intégrées de santé scolaire ne comprennent pas ceux qui pourraient avoir mis en oeuvre des activités à travers les ministères de l'éducation, qui ne seraient pas signalées par les ministères de la santé. Les données pour 2007 provenant des pays restants et des organisations partenaires n'ayant pas encore été compilées, on s'attend qu'au moins 90 pays auront mis en oeuvre des interventions de santé scolaire. Le financement durable des activités demeure un problème dans la plupart des pays, car les ressources limitées tendent à être allouées à la lutte contre d'autres maladies transmissibles comme le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. Fin 2005, la lèpre avait été éliminée dans la Région de l'Asie du Sud-Est. Au niveau national, 11 Etats Membres étaient parvenus à éliminer la maladie en décembre 2007.

Création et maintien de partenariats novateurs destinés à aider les ministères de la santé à combattre les maladies tropicales endémiques visées

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant mis en place, avec l'appui de l'OMS, des partenariats efficaces, notamment avec des organisations non gouvernementales, des dispensateurs de services privés, la société civile ou des organisations internationales	80	105	100



Partiellement atteint. Bien que les rapports régionaux indiquent que 20 pays seulement ont mis en place des partenariats efficaces en 2006-2007, dans presque tous les pays en développement, la plupart des interventions sanitaires sont tributaires d'un financement dans le cadre de partenariats, de subventions et d'accords impliquant plusieurs organismes et institutions de financement de l'aide au développement, l'OMS fournissant un soutien technique et en matière de coordination. La réunion des partenaires mondiaux sur les maladies tropicales négligées, tenue au Siège en avril 2007, a suscité la création de plusieurs partenariats ainsi que des donations à l'appui de la lutte contre ces maladies. Un nouveau partenariat mondial sur la maladie de Chagas a ainsi été lancé en 2007. Le maintien de la coordination entre les nombreux partenariats et les intervenants en matière de santé au niveau des pays est l'un des principaux défis pour les bureaux régionaux comme pour le Siège.

Accès élargi à des interventions, des techniques et des instruments novateurs et d'un bon rapport coût/efficacité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'interventions, de techniques et d'instruments nouveaux mis au point et testés et/ou mis en oeuvre pour combattre les maladies tropicales endémiques, les zoonoses et les maladies d'origine alimentaire	Sans objet	2 pour les zoonoses et les maladies d'origine alimentaire et 2 pour les maladies tropicales endémiques	En moyenne, chaque Région avait élaboré ou mis en oeuvre au moins un outil ou une intervention contre les maladies tropicales négligées



Pleinement atteint. En novembre 2007, le groupe consultatif stratégique d'experts a approuvé la vaccination intradermique contre la rage pour le traitement postexposition chez l'homme. En février 2007, les premières applications sur le terrain d'un vaccin antirabique oral pour le chien, visant à lutter contre la rage chez l'homme comme chez le chien, ont été réalisées dans trois Etats indiens. Des interventions, des techniques et des outils de chimiothérapie préventive ont été mis au point et/ou appliqués dans des pays de toutes les Régions. La surveillance de l'ulcère de Buruli et la lutte contre cette maladie ont été intensifiées. Des outils et des méthodologies de surveillance épidémiologique, tels que la communication pour favoriser l'impact sur les comportements et l'application du système d'information géographique à la lutte antivectorielle, ont été des facteurs décisifs dans l'évolution de la transmission de certaines maladies tropicales. Plusieurs outils diagnostiques et nouveaux traitements sont actuellement mis au point et testés en ce qui concerne la trypanosomiase humaine africaine, la leishmaniose et l'ulcère de Buruli.

Mise au point et validation d'interventions, de techniques et d'outils novateurs et rentables pour prévenir, combattre et éliminer les maladies transmissibles dans les milieux disposant de peu de ressources, y compris dans les situations d'urgence complexes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de nouvelles stratégies intégrées de prise en charge des cas pour lutter contre les maladies transmissibles négligées	-	5	16
Nombre de nouveaux outils et techniques mis au point et testés pour la surveillance, la prévention et la maîtrise des zoonoses et des maladies transmises par l'eau et les aliments	-	2	2



Pleinement atteint. On a continué à développer et à renforcer le système d'alerte rapide et d'intervention pour les principales maladies animales, y compris les zoonoses, en particulier compte tenu de ses liens avec d'autres dispositifs tels que le Règlement sanitaire international (2005) et le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN). Le réseau de laboratoires pour la surveillance des maladies d'origine alimentaire et de la résistance aux antimicrobiens des germes pathogènes transmis par les aliments a continué à être élargi et à promouvoir des techniques de laboratoire avancées. On prévoit de mettre à l'essai des « modules » d'interventions contre plusieurs zoonoses. Dans la Région africaine, trois pays supplémentaires ont élaboré des mesures de lutte contre l'ulcère de Buruli. En outre, les huit pays confirmés comme pays d'endémie ont renforcé leurs programmes nationaux. Des stratégies de prise en charge intégrée des cas sont aussi progressivement étendues dans certains pays, mais le manque d'expérience et le fait que l'on continue de s'appuyer sur des stratégies plus verticales de prise en charge des cas font que les changements ne sont acceptés que très lentement.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Le niveau d'engagement politique des pays en faveur de la lutte contre les maladies tropicales et de leur élimination diffère selon les Régions. Il détermine également les ressources et les fonds mobilisés en faveur de ces interventions.
- De nouvelles initiatives exigent une planification globale et une large consultation, en particulier au niveau des pays. Les approches intégrées dirigées contre plusieurs maladies ainsi que l'intégration de la lutte contre les maladies tropicales dans les soins de santé primaires de base produisent progressivement des résultats positifs. Bien que les approches intersectorielles suscitent davantage d'intérêt chez les décideurs, leur mise en oeuvre reste difficile.
- Des ressources financières insuffisantes et un manque de personnel qualifié continuent de gêner les efforts des pays pour mettre en oeuvre les activités de lutte contre les maladies tropicales négligées et l'élimination de celles-ci.
- La formation, le recyclage et le recrutement de nouvelles ressources humaines continuent de constituer un défi majeur pour la plupart des pays dans les efforts qu'ils déploient pour maîtriser et éliminer les maladies.
- L'action de sensibilisation et de mobilisation sociale ainsi que la participation locale font partie intégrante de la lutte contre les maladies tropicales négligées, qui touchent principalement les pays en développement et ceux à faible revenu qui dépendent de l'aide extérieure pour mettre en oeuvre leurs programmes de santé. La garantie d'un financement stable pour mettre en oeuvre ces interventions est le plus grand défi pour les pays.
- La collecte de données est l'un des éléments les plus importants pour améliorer et mesurer les réalisations.

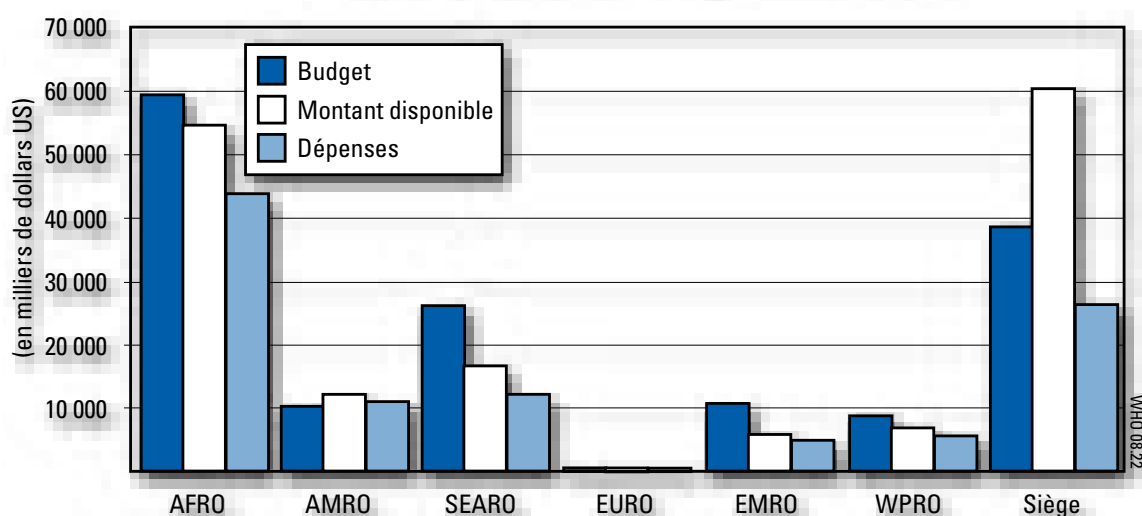
Mesures requises :

- Des efforts et des ressources supplémentaires sont nécessaires pour garantir l'adoption à plus large échelle d'approches intégrées et intersectorielles dirigées contre plusieurs maladies afin de lutter contre les maladies tropicales endémiques, et leur intégration dans les systèmes de soins de santé primaires.
- Elaborer des mécanismes afin de renforcer la collaboration entre les programmes et d'améliorer la coopération technique au niveau national de sorte que les activités de lutte et d'élimination soient cohérentes, rentables et efficaces.
- Maintenir un suivi étroit et coordonné concernant la mise en oeuvre des nouvelles stratégies dans les pays.
- Mobiliser des ressources, développer la formation et le perfectionnement professionnel pour permettre le recrutement, la formation et la fidélisation d'un personnel qualifié et fiable, à la hauteur de la tâche que constituent la lutte contre les maladies tropicales négligées et leur élimination.
- L'action de sensibilisation ainsi que la communication et la mobilisation sociales doivent accompagner tous les efforts de lutte et d'élimination pour améliorer les chances de succès durable.
- Maintenir une coordination efficace, y compris au niveau des échanges à l'échelle de l'Organisation, et communiquer régulièrement avec tous les partenaires et parties prenantes pour veiller à ce qu'ils soient associés précocement au processus de planification et d'organisation.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Maladies transmissibles : prévention et lutte												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	3 130	56 049	59 179	3 876	50 767	54 643	92.3%	3 863	39 791	43 654	79.9%	73.8%
AMRO	5 400	4 721	10 121	7 726	4 232	11 958	118.2%	7 649	3 305	10 954	91.6%	108.2%
SEARO	2 212	23 788	26 000	1 890	14 639	16 529	63.6%	1 890	10 106	11 996	72.6%	46.1%
EURO	47	53	100	60	78	138	137.8%	60	78	138	100.0%	138.0%
EMRO	1 722	8 835	10 557	2 150	3 501	5 651	53.5%	2 150	2 688	4 838	85.6%	45.8%
WPRO	1 095	7 405	8 500	1 305	5 394	6 699	78.8%	1 305	4 173	5 478	81.8%	64.4%
Total partiel Régions	13 606	100 851	114 457	17 006	78 613	95 619	83.5%	16 917	60 141	77 058	80.6%	67.3%
Siège	6 453	32 073	38 526	7 408	52 715	60 123	156.1%	7 195	18 919	26 114	43.4%	67.8%
Total	20 059	132 924	152 983	24 415	131 328	155 742	101.8%	24 112	79 060	103 172	66.2%	67.4%

Maladies transmissibles : prévention et lutte



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

ALERTE ET ACTION EN CAS D'ÉPIDÉMIE (CSR)

Objectif(s) de l'OMS

Détecter et identifier rapidement les menaces pour la sécurité sanitaire nationale, régionale et mondiale découlant de maladies infectieuses émergentes, épidémiques ou pandémiques d'étiologie connue ou inconnue, et prendre les mesures requises, et intégrer ces activités au renforcement des systèmes de surveillance et d'action pour les maladies transmissibles, des systèmes nationaux d'information sanitaire et des programmes et services de santé publique.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Détection rapide des épidémies, des pandémies et des maladies émergentes constituant une menace aux plans national et international et organisation de l'action requise.* Les exigences liées à la grippe aviaire et à la préparation en vue d'une éventuelle pandémie de grippe ont entraîné un niveau élevé d'activités dans toute l'Organisation. La menace a également donné lieu à une approche plus horizontale de la gestion des risques au Siège, de sorte que d'autres Départements et équipes collaborent désormais à la programmation conjointe et aux opérations en matière de grippe aviaire et de grippe pandémique.

Principales réalisations

- On a mis la dernière main au premier projet de plan de préparation en cas de grippe pandémique humaine. Des missions d'évaluation sont maintenant effectuées pour mesurer le degré de préparation et aider à constituer les capacités de base et à renforcer les systèmes de surveillance et d'action.
- Les opérations OMS en matière d'alerte et d'action constituent le mécanisme de riposte en cas d'épidémie et autres urgences de santé publique 24 heures sur 24, 365 jours par an, et s'inscrivent dans une approche plus globale de la sécurité sanitaire mondiale. Conformément aux exigences du Règlement sanitaire international (2005), d'autres programmes, y compris ceux qui traitent des événements chimiques, radiologiques ou liés à l'alimentation, doivent bénéficier d'un soutien accru. Une assistance technique rapide a été fournie dans le cadre du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie aux pays confrontés à des épidémies majeures, notamment de choléra, de méningite, de grippe aviaire, de fièvre hémorragique virale à virus Ebola et Marburg et de fièvre jaune.
- L'application du Règlement sanitaire international et le renforcement de la sécurité sanitaire mondiale exigeront un élargissement des capacités OMS d'alerte précoce et d'action, ainsi que le recrutement de personnel à long terme dans les bureaux régionaux et de pays. Des points focaux nationaux ont été désignés et informés de leurs responsabilités, et des listes récapitulatives pour la collecte de données de base ont été établies pour aider les pays à évaluer leurs systèmes de santé publique et leurs capacités. La stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique a été approuvée par les Comités régionaux à la fois de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Elle prévoit un cadre complet pour orienter le renforcement des capacités nationales conformément aux exigences du Règlement sanitaire international et devrait déboucher sur une coopération plus étroite aux niveaux des pays et des Régions.

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

Mise à jour de la stratégie pour la détection des épidémies et l'action en cas d'épidémie et élaboration de recommandations concernant la meilleure façon de fournir aux pays un appui en étroite collaboration avec les centres collaborateurs et les partenaires internationaux de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de plans d'action régionaux nouveaux ou actualisés pour la mise en oeuvre de la stratégie	2	6 (1 par Région)	6 (1 par Région)



Pleinement atteint. Tous les Etats Membres ont bénéficié d'un appui technique du Siège et des bureaux régionaux dans le cadre des stratégies de coopération de pays ou sous-régionales pour leur permettre d'évaluer leurs capacités de base en matière de surveillance et d'action et de préparer des plans d'action pour combler les lacunes repérées. Des modes opératoires normalisés ont été mis au point ou actualisés en ce qui concerne les fièvres hémorragiques virales, et la surveillance de la grippe aviaire hautement pathogène a été renforcée. Des outils de gestion des données, y compris le logiciel en ligne EPI-Info pour l'appréciation de la situation sanitaire et des manuels de l'utilisateur, ont été mis au point et diffusés. Si des progrès ont été faits dans la mise en oeuvre de la stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique, le manque de capacités des systèmes de santé publique et des programmes nationaux trop peu nombreux en ce qui concerne les maladies infectieuses émergentes sont des obstacles à la réalisation des buts régionaux.

Fourniture d'un soutien aux Etats Membres afin de renforcer les systèmes nationaux de surveillance des maladies transmissibles, et notamment les moyens de détection rapide, d'investigation et d'intervention en cas d'épidémie, de pandémie ou de menace de maladies infectieuses émergentes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de pays à revenu faible ou intermédiaire ayant bénéficié du soutien de l'OMS pour la mise en oeuvre des recommandations de l'OMS relatives au système d'alerte et d'action en cas d'épidémie	40 %	60 %	60 %



Pleinement atteint. Un appui a été fourni aux Etats Membres pour le renforcement des systèmes nationaux de surveillance et d'action concernant les maladies transmissibles. Les bilans de pays ont révélé des variations dans l'aptitude des pays à répondre aux exigences minimales du Règlement sanitaire international. Il est donc impératif que la mise à l'essai et la validation des plans de préparation à la grippe pandémique des pays soient poursuivies, notamment les progrès accomplis en ce qui concerne le développement et le renforcement des capacités d'intervention en cas de flambée de grippe aviaire, la préparation afin de pouvoir endiguer rapidement la grippe pandémique et l'amélioration de la riposte en cas de pandémie. Les contraintes sur le plan des ressources humaines des bureaux régionaux et de pays affectent leur aptitude à aider les pays à développer leurs capacités de préparation, de détection et d'action en cas d'épidémie.

Coordination des opérations d'alerte et d'action en cas d'urgence de santé publique de portée internationale

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de flambées signalées ayant été vérifiées ou suivies sur la base d'enquêtes menées grâce à la collaboration entre les Etats Membres, le Secrétariat et les partenaires du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie	70 %	80 %	80 %
Proportion de demandes d'appui auxquelles l'OMS a répondu par l'intermédiaire du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie	95 %	100 %	100 %



Pleinement atteint. Des mécanismes permettant de répertorier et de vérifier des événements ont maintenant été mis en service et les informations sont mises en commun entre le Siège et les bureaux régionaux. En collaboration avec le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et d'autres partenaires, l'OMS a répondu à toutes les demandes d'assistance des Etats Membres, qu'il s'agisse de préparation en cas de flambées majeures ou de riposte à celles-ci. En général, une action coordonnée a permis de faire face aux urgences de santé publique de portée internationale. Toutefois, des flambées de grippe aviaire continuant à se produire, et avec l'émergence d'autres maladies infectieuses dans la Région du Pacifique occidental, des plans d'action nationaux sont nécessaires d'urgence pour soutenir le renforcement des capacités au niveau des pays, en particulier en matière de ressources humaines, afin d'accroître le degré de préparation et d'améliorer les capacités de détection précoce et d'intervention rapide.

Constitution de partenariats efficaces aux niveaux régional et mondial pour soutenir les systèmes d'alerte et d'action en cas d'épidémie et, dans ce contexte, susciter l'intérêt et l'engagement et mobiliser des ressources suffisantes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau du soutien financier mobilisé dans le cadre de partenariats aux niveaux régional et mondial et fourni au système d'alerte et d'action en cas d'épidémie	0	Augmentation de 30 % du soutien financier	Augmentation de 30 % du soutien financier
Niveau de partenariat technique dans des domaines clés (biosûreté, biosécurité, agriculture, communication)	0	Augmentation de 10 % du nombre de partenaires dans les domaines essentiels	Augmentation de 10 % du nombre de partenaires dans les domaines essentiels



Pleinement atteint. L'OMS a participé à des réunions et ateliers régionaux, sous-régionaux et nationaux visant à renforcer les alliances et à développer les capacités d'action face à la grippe pandémique et autres maladies épidémiques majeures. Dans de nombreux pays, l'OMS a joué un rôle essentiel en créant des comités de coordination multisectoriels et multidisciplinaires pour la grippe pandémique. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination continue de soutenir l'évaluation des risques et une campagne de vaccination de masse dans 12 pays où la fièvre jaune constitue une menace sérieuse. La mobilisation de ressources décentralisée a permis aux bureaux régionaux et aux pays de lever des fonds pour les activités prévues. Le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, qui compte désormais 150 partenaires, continue de jouer un rôle actif dans l'action en cas d'épidémie. De plus, l'OMS, la FAO et l'OIE ont constitué un partenariat et utilisent des modes opératoires normalisés pour faire face aux situations d'urgence sur le terrain.

Mise en place de procédures d'administration du Règlement sanitaire international révisé aux niveaux national, régional et mondial

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de pays dotés d'un point focal pleinement opérationnel pour le Règlement sanitaire international	0	75 %	75 %



Pleinement atteint. L'OMS fournit un soutien technique, y compris en sensibilisant les partenaires essentiels et pour la coordination des programmes, aux pays qui sollicitent une aide pour appliquer le Règlement sanitaire international. Des progrès ont été faits dans la désignation de points focaux dans les Etats Membres et de contacts à l'échelle de l'Organisation, et des groupes de travail ont été créés pour traiter les principaux aspects de la mise en oeuvre. Toutefois, il faudra maintenir la dynamique ainsi que l'engagement politiques et garantir des niveaux appropriés d'investissement national, bilatéral et multilatéral.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Selon un bureau régional, le niveau de ressources requis pour coordonner les activités concernant la grippe devient de plus en plus difficile à gérer en raison du manque de direction pour coordonner l'acheminement des ressources mobilisées conjointement par les principaux organismes techniques internationaux.
- L'engagement des pouvoirs publics et l'appropriation par ceux-ci sont essentiels pour parvenir à développer les capacités nationales en matière de surveillance, confirmation au laboratoire et réaction rapide face aux épidémies et aux flambées, y compris aux urgences de santé publique de portée internationale.
- Le niveau de participation multisectorielle à l'établissement des plans de préparation à une pandémie varie selon les pays. Bien que les Etats Membres aient élaboré des plans de préparation à une pandémie, quelques-uns seulement comportent un élément de confinement rapide.
- Les évaluations de pays ont révélé des variations dans la capacité des pays de répondre aux prescriptions minimales du Règlement sanitaire international. C'est pourquoi plusieurs activités prévues n'ont pu être mises en oeuvre alors même que les capacités nécessaires pour le faire étaient minimales.
- Il existe toujours un risque élevé de transmission et de propagation transfrontières de la maladie à l'échelle internationale.
- Les stratégies OMS de communication et de gestion des risques, en particulier s'agissant des rapports avec les médias, concernant la grippe aviaire et la grippe pandémique ont contribué à la mobilisation de ressources à affectation spéciale. Une approche plus opportuniste et plus stratégique des bureaux régionaux permettrait d'utiliser plus efficacement les ressources financières disponibles pour renforcer les capacités de riposte aux maladies épidémiques ou pandémiques.
- L'incapacité des Etats Membres à bien comprendre les tendances dans la survenue des maladies et à déceler à un stade précoce l'émergence et la réémergence de maladies transmissibles est principalement due au manque de bases de données épidémiologiques et de laboratoire et au fait qu'elles ne sont pas tenues à jour et utilisées correctement.

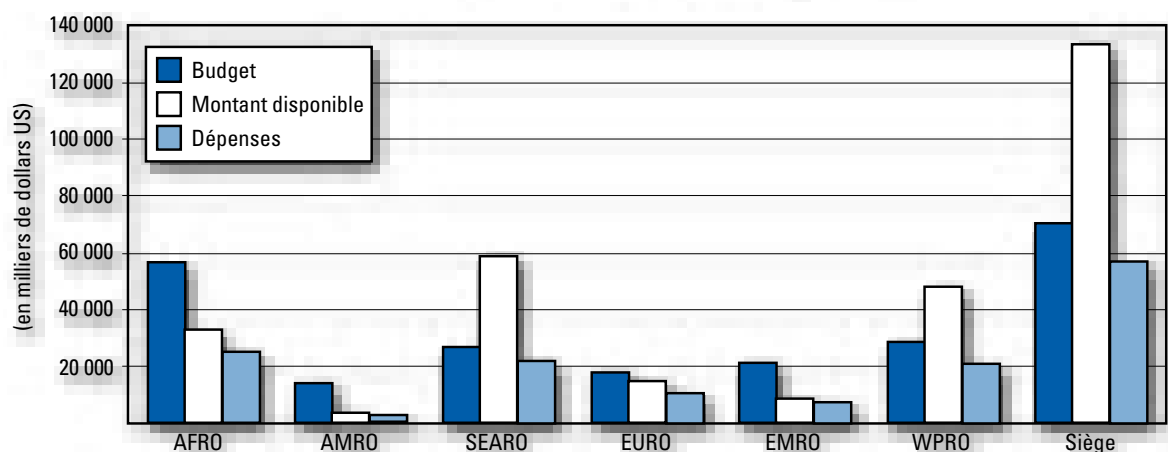
Mesures requises :

- Recruter des ressources humaines supplémentaires.
- L'application du Règlement sanitaire international (2005) suppose une intégration à l'échelle de l'Organisation des activités de renforcement des capacités et de gestion des risques, qui englobent les procédures applicables aux risques biologiques, chimiques et radionucléaires. Elle exige également la finalisation, puis la diffusion des outils, protocoles et orientations nécessaires dans les pays et les Régions.
- La stratégie régionale de lutte contre les maladies épidémiques et pandémiques émergentes devrait être finalisée. L'achèvement des profils de pays et des analyses de situation pour les maladies transmissibles permettra d'accélérer la mise au point définitive d'une stratégie complète fondée sur des données factuelles.
- Les partenaires nationaux essentiels devraient être associés à l'organisation des modalités générales de préparation à une pandémie. Afin de renforcer encore les capacités de prévention de la grippe pandémique dans les pays, les plans de préparation nationaux à la grippe pandémique devraient être systématiquement testés et vérifiés.
- Si l'on veut que les pays développent leur capacité de riposte en cas de flambée de grippe aviaire et se préparent à des opérations de confinement rapide de la grippe pandémique, il faudra accroître leur capacité au-dessus du niveau minimum, même progressivement.
- Constituer des stocks régionaux, sous-régionaux et nationaux d'urgence pour les médicaments, les fournitures médicales et le matériel logistique et de protection individuelle, y compris le matériel de communication de terrain et les moyens de transport, pour pouvoir agir rapidement en cas de flambée.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Alerte et action en cas d'épidémie												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	14 617	41 383	56 000	11 001	21 512	32 514	58.1%	10 966	13 910	24 876	76.5%	44.4%
AMRO	2 360	11 108	13 468	2 251	1 358	3 609	26.8%	2 220	924	3 144	87.1%	23.3%
SEARO	4 676	21 324	26 000	5 857	52 807	58 664	225.6%	5 857	15 178	21 035	35.9%	80.9%
EURO	1 483	15 467	16 950	1 617	12 926	14 543	85.8%	1 617	8 557	10 174	70.0%	60.0%
EMRO	3 815	16 711	20 526	2 799	5 477	8 276	40.3%	2 799	3 903	6 702	81.0%	32.7%
WPRO	5 316	22 684	28 000	4 577	43 188	47 765	170.6%	4 577	15 821	20 398	42.7%	72.9%
Total partiel Régions	32 267	128 677	160 944	28 102	137 269	165 371	102.8%	28 036	58 293	86 329	52.2%	53.6%
Siège	15 658	53 917	69 575	13 412	119 568	132 980	191.1%	13 403	43 135	56 538	42.5%	81.3%
Total	47 925	182 594	230 519	41 514	256 838	298 351	129.4%	41 439	101 428	142 867	47.9%	62.0%

Alerte et action en cas d'épidémie



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

PALUDISME (MAL)

Objectif(s) de l'OMS

Faciliter l'accès des populations exposées à un traitement antipaludéen efficace ; promouvoir l'application de mesures préventives contre le paludisme dans les populations exposées ; développer les moyens de lutte antipaludique ; renforcer les systèmes de surveillance du paludisme, ainsi que la surveillance et l'évaluation des mesures de lutte.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Taux de mortalité due au paludisme dans les groupes cibles.* Les taux de mortalité ont fortement chuté dans les Régions des Amériques, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, ainsi que dans certains pays de la Région africaine. Dans la Région européenne, la mortalité est toujours relativement faible. Selon les estimations, un million de personnes au moins meurent chaque année du paludisme, dont 82 % sont des enfants de moins de cinq ans. Les résultats définitifs seront publiés dans le Rapport mondial sur le paludisme, 2008.
- *Incidence des cas de paludisme grave et sans complication dans les groupes cibles.* Au vu des résultats préliminaires, l'incidence des cas de paludisme grave et sans complication est en recul dans toutes les Régions. En 2007, le nombre des épisodes de paludisme a été estimé à plus de 500 millions de cas pour l'ensemble de l'année. Les résultats définitifs seront communiqués dans le Rapport mondial sur le paludisme, 2008.
- *Proportion de ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide.* D'après les résultats préliminaires, la proportion des ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide s'accroît à l'échelle mondiale, et en particulier dans la Région africaine. Elle reste toutefois extrêmement faible dans la plupart des pays. Les estimations préliminaires concernant les pays qui présentent des rapports laissent entendre que la proportion de ménages équipés d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide se situait entre 6 et 23 % en 2007. Les résultats définitifs seront communiqués dans le Rapport mondial sur le paludisme, 2008.
- *Pourcentage de patients présentant un paludisme sans complication recevant un traitement correct dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes.* D'après les estimations préliminaires pour les pays qui présentent des rapports, le pourcentage d'enfants recevant un traitement antipaludique s'établissait entre 3 et 62 % en 2006. Les résultats définitifs seront communiqués dans le Rapport mondial sur le paludisme, 2008.

Principales réalisations

- Un appui technique a été fourni à plus de 60 pays, dont 18 se trouvent dans la Région africaine, aussi bien pour le renforcement des capacités par l'analyse de données que pour l'élaboration de plans stratégiques de la deuxième génération en vue de garantir l'accès universel aux interventions de lutte antipaludique qui ont fait leurs preuves.
- Au 1^{er} janvier 2008, 74 pays, dont 41 se trouvent en Afrique subsaharienne, avaient adopté un traitement par des associations de médicaments à base d'artémisinine comme traitement de choix à l'échelon national. Dans la Région africaine, un traitement efficace reposant sur des combinaisons thérapeutiques recommandées à base d'artémisinine est proposé dans 25 pays et dans 20 d'entre eux il est dispensé à l'échelle du pays tout entier.
- La distribution intégrée de moustiquaires imprégnées d'insecticide s'est aussi avérée efficace, mais cette pratique devrait être plus répandue. La stratégie de « rattrapage », qui consiste à assurer une large distribution de ces moustiquaires et à organiser une surveillance systématique de leur état d'entretien, semble être la méthode la plus efficace pour élargir la couverture. Au cours de l'exercice biennal, l'OMS a mis l'accent sur l'importance de l'accès universel à des moustiquaires imprégnées afin de garantir une couverture efficace de toutes les populations exposées.
- Une coopération technique avec les pays en vue d'intensifier la surveillance du paludisme a été poursuivie dans toutes les Régions où subsistent des pays d'endémie. Elle s'est avérée particulièrement utile dans les pays dont les systèmes de santé sont peu développés et pour la surveillance des flambées et des situations d'urgence, en particulier dans les Régions des Amériques et de la Méditerranée orientale.

- Un recul de la morbidité et de la mortalité consécutif à la mise en oeuvre à grande échelle d'interventions qui ont fait leurs preuves a été enregistré dans de nombreux pays de toutes les Régions, et notamment en Afrique du Sud, en Erythrée, au Kenya, au Rwanda, à Sao Tomé-et-Principe, au Swaziland et dans l'île de Zanzibar dans la Région africaine. Grâce à ces approches intégrées complétées par des activités de surveillance et au développement du suivi fondé sur les résultats, on a enregistré un recul de 69 % du nombre de décès dus au paludisme dans la Région des Amériques, les Emirats arabes unis ont été déclarés exempts de paludisme dans la Région de la Méditerranée orientale, une stratégie d'« élimination du paludisme » a été approuvée pour la Région européenne, la surveillance nationale a été renforcée dans la Région de l'Asie du Sud-Est, et le recul de la morbidité et de la mortalité paludéennes s'est poursuivi dans la Région du Pacifique occidental.

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

Promotion de l'accès des populations exposées à un traitement efficace du paludisme grâce à des recommandations relatives aux politiques de traitement et à leur mise en oeuvre

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays d'endémie palustre mettant en oeuvre des politiques de traitement reposant sur une association à base d'artémisinine contre le paludisme à falciparum	40	50	57
Nombre de pays d'endémie mettant en oeuvre des programmes de prise en charge à domicile du paludisme sans complication	18	35	25



Partiellement atteint. A la fin de l'année 2007, les associations de médicaments à base d'artémisinine étaient devenues le traitement de choix dans 74 pays, dont 41 se trouvent en Afrique subsaharienne. Dans la Région africaine, 25 pays proposent un traitement efficace reposant sur des combinaisons thérapeutiques recommandées à base d'artémisinine et 20 d'entre eux dispensent ce traitement à l'échelle nationale. La stratégie de prise en charge du paludisme à domicile repose sur les éléments suivants : diagnostic clinique de la fièvre chez les enfants de moins de 5 ans ; administration en première intention d'une association de médicaments à base d'artémisinine pour le paludisme sans complication ; et administration d'artémisinine par voie rectale pour le paludisme grave en attendant le transfert du patient. Les pays qui disposent de fonds peuvent mettre en oeuvre de nouvelles stratégies thérapeutiques. Les insuffisances aux niveaux de la prévision, des achats et de la gestion des approvisionnements sont les principaux obstacles aux progrès dans ce domaine. En outre, les premiers indices d'une résistance à l'artémisinine et l'insuffisance de la surveillance de l'efficacité des médicaments, en particulier dans la sous-région du Grand Mékong, représentent une source d'inquiétude. Dans de nombreux pays, les directives thérapeutiques nationales ne sont pas respectées, en particulier dans le secteur privé, ce qui freine aussi l'expansion du traitement reposant sur des associations médicamenteuses à base d'artémisinine. Les tentatives d'étendre la couverture des services de santé aux zones éloignées des établissements sanitaires grâce aux programmes de prise en charge du paludisme à domicile se heurtent à des problèmes de logistique, en raison desquels il n'est pas possible de garantir l'offre de médicaments de première intention et le traitement en attendant le transfert du patient. Ces problèmes logistiques se répercutent aussi sur certaines activités de soutien, qui consistent notamment à rechercher et former des prestataires de soins au sein de la communauté.

Application de mesures de prévention efficaces contre le paludisme pour les populations exposées dans les pays d'endémie

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays d'endémie palustre où au moins 60 % de la population cible ont accès à des moustiquaires imprégnées d'insecticide	3	40	25
Nombre de pays d'endémie palustre mettant en oeuvre la stratégie recommandée par l'OMS en ce qui concerne le paludisme pendant la grossesse	11	35	21
Nombre de pays d'endémie palustre utilisant les données de la surveillance hebdomadaire du paludisme dans plus de 80 % des districts sujets à des épidémies	5	25	61



Partiellement atteint. Le traitement préventif intermittent n'est recommandé que dans les régions où la transmission est à la fois élevée et stable, comme dans le cas de l'Afrique. Dans la Région africaine, 20 des 35 pays dans lesquels le traitement préventif intermittent est recommandé l'ont mis en place à l'échelon national. La couverture de la population par les moustiquaires imprégnées d'insecticide est encore largement insuffisante par rapport aux cibles fixées et de nombreux pays ont du mal à obtenir des estimations fiables et actualisées à l'échelle nationale. La pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, qui est l'un des piliers de la lutte antivectorielle, a aussi été introduite au cours de l'exercice et est actuellement utilisée dans toutes les Régions, à plus ou moins grande échelle. Dans la Région africaine, sept nouveaux pays : Angola, Cameroun, Malawi, Nigéria, Ouganda, République-Unie de Tanzanie et Sénégal, ont ajouté cette méthode de lutte à leurs stratégies nationales de lutte antipaludique, ce qui porte à 25 le nombre total de pays dans lesquels elle est appliquée, 16 d'entre eux le faisant de façon systématique. La pulvérisation d'insecticide à effet rémanent est aussi appliquée en Inde. En 2006, pendant la saison de transmission du paludisme, ce traitement a été appliqué à plus de 5 millions d'habitations, ce qui a permis de protéger plus de 20 millions de personnes. Ces résultats ont été rendus possibles par le financement accru provenant des partenariats et l'intégration avec le Programme élargi de vaccination et les services de soins prénatals. L'assistance technique ciblée fournie par l'OMS a aussi joué un rôle déterminant dans l'octroi de la formation et le renforcement des capacités nécessaires pour associer les campagnes de distribution de moustiquaires à des services efficaces de pulvérisation d'insecticide à effet rémanent dans les habitations. La combinaison de campagnes de « rattrapage » et de « maintien » exécutées par le Programme élargi de vaccination et les services des dispensaires de soins prénatals n'a pas été très appréciée dans la plupart des pays. Il convient d'insister davantage sur l'importance d'une utilisation systématique et appropriée des moustiquaires imprégnées d'insecticide si l'on veut parvenir à changer les comportements. La couverture par le traitement préventif intermittent est aussi affectée par la mauvaise gestion des achats et des approvisionnements, ainsi que par les insuffisances de la formation et de la surveillance des prestataires de services. La difficulté de cibler les populations itinérantes et les populations rurales éloignées est aussi un obstacle à une couverture efficace. En outre, de nombreux pays signalent qu'ils manquent de personnel qualifié, et notamment d'entomologistes. On peut aussi s'interroger sur la fiabilité des données concernant la pulvérisation d'insecticide à l'intérieur des habitations dans de nombreux pays – la piètre qualité et la mauvaise gestion de ces interventions en diminuent considérablement l'efficacité.

Soutien adéquat au développement des capacités de lutte antipaludique dans les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays d'endémie palustre où les programmes nationaux de formation à la lutte antipaludique ont été mis à jour	2	18	16
Nombre de pays d'endémie palustre appliquant les principes directeurs de l'OMS pour le développement des ressources humaines à l'appui de la lutte antipaludique	2	18	55



Partiellement atteint. Dans la plupart des pays d'endémie, les agents de santé reçoivent une formation aux divers aspects de la lutte antipaludique, fondée sur les principes directeurs de l'OMS. En outre, plusieurs Régions, et notamment les Régions africaine, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale, organisent des cours internationaux sur le paludisme en vue de renforcer les capacités locales de lutte antipaludique, dans le cadre desquels les modules correspondant aux cours nationaux de lutte antipaludique sont mis à jour. Des activités de formation internationale ont été organisées à l'intention des pays anglophones, francophones et lusophones grâce à une collaboration entre des ministères de la santé, des établissements de formation et des partenaires, dont la Fondation Bill & Melinda Gates, la London School of Hygiene and Tropical Medicine et la West African Health Organization. De plus, dans la Région du Pacifique occidental, un outil informatique d'échange d'informations a été mis en place avec succès, tandis qu'un programme détaillé de planification et de prise en charge du paludisme a été introduit dans la Région de la Méditerranée orientale avec des participants de divers pays. Plusieurs textes de référence ont été publiés pendant l'exercice biennal, à savoir des lignes directrices pour la prise en charge du paludisme, sur la microscopie et sur l'élimination. Des ressources financières et humaines supplémentaires sont toutefois nécessaires pour assurer la mise à jour des programmes et des cours de formation avant l'emploi.

Systèmes de surveillance du paludisme, de suivi et d'évaluation des programmes de lutte opérationnels aux niveaux mondial, régional et des pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays d'endémie palustre dotés d'un système de surveillance systématique des cas de paludisme et des décès par paludisme et faisant rapport chaque année à l'OMS	80	90	112
Nombre de pays d'endémie palustre qui effectuent des enquêtes dans les ménages basées sur une population pour surveiller l'accès à un traitement efficace dans les 24 heures	5	40	25
Nombre de pays d'endémie palustre qui effectuent des enquêtes en population pour surveiller les tendances relatives à la couverture par les moustiquaires imprégnées d'insecticide	57	74	25



Partiellement atteint. Rares sont les pays dotés des capacités suffisantes pour rassembler des données fiables à l'échelon national sur la couverture des interventions. L'OMS a déployé des efforts considérables pour aider les pays et les Régions à recueillir des données correspondant à une série d'indicateurs précis à partir de la base de données mondiale sur le paludisme. Les activités de surveillance et d'évaluation du paludisme bénéficient d'un financement accru grâce aux initiatives de partenariats. Les moyens d'enquête ont été améliorés et les partenaires s'intéressent davantage aux activités de surveillance et d'évaluation et y participent plus volontiers. Les estimations reposent davantage sur un consensus et, à tous les niveaux de l'Organisation, une attention accrue est portée à l'amélioration de la qualité de la collecte de données, en particulier par l'intermédiaire de la base de données mondiale sur le paludisme. Pour atteindre l'objectif d'un plus grand nombre de zones exemptes de paludisme, la surveillance et la notification de la réalisation des indicateurs relatifs au paludisme sont essentielles. Toutefois, on peut déplorer à cet égard l'insuffisance des systèmes nationaux de surveillance et la pénurie de personnel dûment formé à ces activités.

Mise en place de partenariats efficaces pour la mise en oeuvre du plan de travail mondial Faire reculer le paludisme en vue d'accroître la performance de la lutte antipaludique dans les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays d'endémie palustre ayant des liens de partenariat fonctionnels avec le projet Faire reculer le paludisme	20	55	78
Nombre de pays d'endémie palustre ayant fait part d'une augmentation des affectations de fonds aux activités de lutte antipaludique	20	79	77



Partiellement atteint. La création à la fin 2006 du groupe de travail de l'harmonisation du projet Faire reculer le paludisme a contribué à faire progresser la mobilisation de ressources. Le taux de succès dans les pays soutenus par le groupe de travail a notamment été de 75 %. Treize des 19 propositions (68 %) soutenues par l'OMS et ses partenaires dans la Région africaine ont été approuvées par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, dans le cadre de la septième série d'octroi de subventions. Les pays ont aussi bénéficié du soutien de l'Initiative contre le paludisme du Président des États-Unis d'Amérique et du Booster Program for Malaria Control in Africa de la Banque mondiale. Un plan d'activités communes a été élaboré avec les partenaires du Partenariat Faire reculer le paludisme, portant sur des analyses de programmes, des évaluations des besoins et une assistance accrue aux pays pour la mise en oeuvre des activités de lutte antipaludique. Une collaboration avec les principaux partenaires a permis aux pays d'obtenir des fonds supplémentaires. L'entente entre partenaires sur des objectifs communs ainsi que sur un plan d'activités communes et un budget unique est aussi un facteur de réussite. Les partenariats fonctionnels avec le projet Faire reculer le paludisme rencontrent un large soutien, car ils sont considérés comme un moyen d'harmoniser les objectifs et l'assistance aux pays. L'un des principaux obstacles réside dans les piètres capacités de gestion au niveau des pays, qui font que l'absorption des crédits disponibles est insuffisante et qu'aucun effort n'est déployé pour solliciter des crédits supplémentaires. En outre, les initiatives transfrontalières visant à limiter la réintroduction des parasites dans les zones où les mesures de contrôle se sont avérées efficaces ne bénéficient pas d'une priorité suffisante.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Les interventions antipaludiques, qui consistent en une série de mesures de prévention et de lutte couvrant l'ensemble du territoire, favorisent un recul rapide de la morbidité et de la mortalité.
- Une action de sensibilisation à l'échelon régional et mondial est indispensable pour mobiliser un plus grand nombre de partenaires et récolter davantage de ressources afin d'accélérer les efforts de prévention et de lutte.
- L'expérience acquise par l'OMS et sa volonté de soutenir la mise en oeuvre des interventions et d'harmoniser les partenariats sont des facteurs de réussite incontestables ainsi qu'en témoigne le grand nombre de propositions approuvées par le Fonds mondial lors du septième cycle de négociation.
- Le renforcement des systèmes de lutte antipaludique au niveau national sera déterminant pour l'élaboration, la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation de plans visant à garantir un accès universel à des interventions de lutte antipaludique.

Mesures requises :

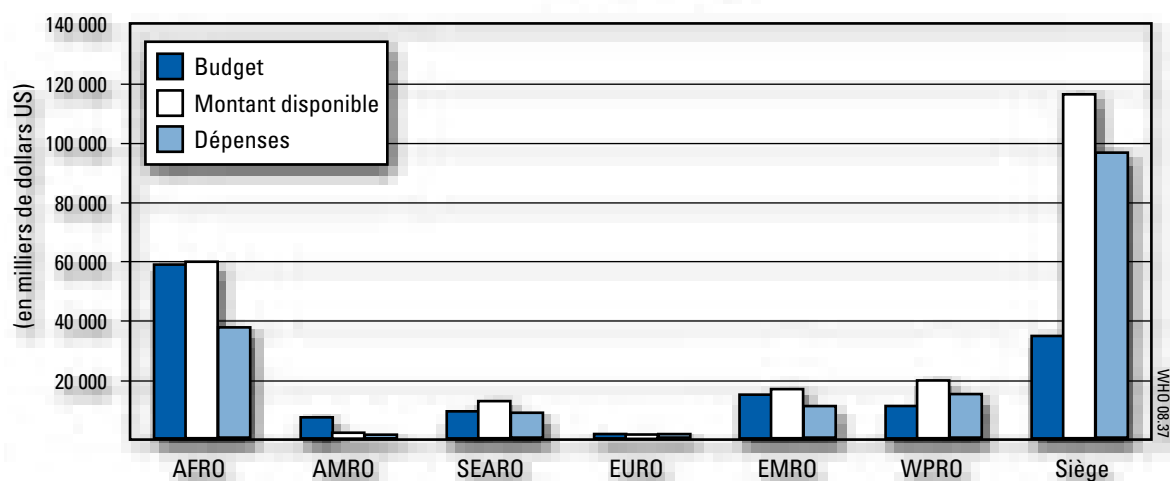
- Aider les pays à intensifier leurs activités de prévention et de lutte sur l'ensemble du territoire, de manière à améliorer sensiblement la qualité de vie des habitants et en vue d'atteindre l'objectif de l'élimination du paludisme.
- Les responsabilités des différents partenaires doivent être clairement définies afin d'améliorer la coopération ainsi que la qualité de l'assistance fournie, pour garantir une application plus efficace des mesures nécessaires.
- Renforcer les programmes de lutte antipaludique à l'échelon national et sous-national et intensifier leur mise en oeuvre, en les associant avec d'autres programmes, de manière à renforcer aussi la capacité de l'ensemble des systèmes de santé.
- Les pays auront besoin de l'appui de l'OMS et d'autres partenaires pour renforcer leurs activités de surveillance et de suivi ainsi que leurs mécanismes d'évaluation, de façon à obtenir des données plus fiables sur l'exécution des programmes et l'évolution de la maladie.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Paludisme												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	2 020	56 980	59 000	3 212	56 664	59 876	101.5%	3 179	34 392	37 571	62.7%	63.7%
AMRO	661	6 539	7 200	399	703	1 102	15.3%	388	589	977	88.6%	13.6%
SEARO	2 553	6 881	9 434	2 205	10 682	12 886	136.6%	2 205	6 521	8 726	67.7%	92.5%
EURO	210	1 590	1 800	203	1 229	1 432	79.5%	203	1 137	1 340	93.6%	74.4%
EMRO	1 934	13 066	15 000	1 708	15 106	16 815	112.1%	1 709	9 041	10 750	63.9%	71.7%
WPRO	2 402	8 098	10 500	2 795	16 727	19 522	185.9%	2 794	12 228	15 022	76.9%	143.1%
Total partiel Régions	9 780	93 154	102 934	10 522	101 111	111 633	108.5%	10 478	63 908	74 386	66.6%	72.3%
Siège	5 305	29 270	34 575	5 428	110 828	116 256	336.2%	5 427	90 887	96 314	82.8%	278.6%
Total	15 085	122 424	137 509	15 949	211 940	227 889	165.7%	15 905	154 795	170 700	74.9%	124.1%

**

Paludisme



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

** Les chiffres correspondant aux ressources disponibles et aux dépenses pour le Siège comprennent les fonds fiduciaires pour la fourniture de services, par le biais desquels l'OMS procède à des achats pour le compte des Etats Membres. Ces fonds ne sont pas destinés à la mise en oeuvre des programmes de l'OMS ; il n'en est donc pas tenu compte dans les chiffres du budget programme. Cela explique les différences entre les chiffres du budget et les dépenses dans plusieurs lieux d'affectation et en particulier au Siège.

TUBERCULOSE (TUB)

Objectif(s) de l'OMS

Elargir la mise en oeuvre de la stratégie DOTS et renforcer la lutte antituberculeuse, notamment au moyen de stratégies et de politiques applicables à la co-infection tuberculose/VIH et à la tuberculose polypharmacorésistante, et d'une participation accrue des communautés, de tous les dispensateurs de soins, des organisations non gouvernementales et des entreprises partenaires grâce à un soutien accru aux pays et au développement du Partenariat Halte à la tuberculose ; renforcer la surveillance, le suivi et l'évaluation ; et promouvoir et faciliter la recherche de nouveaux outils diagnostiques, de médicaments et de vaccins.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Couverture par la stratégie DOTS.* Taux de 90 % en 2006.
- *Taux de dépistage des cas et de succès thérapeutique.* Le taux de dépistage des cas en 2006 était de 61 %. Le taux de succès thérapeutique en 2005 était de 85 %.
- *Taux de mortalité et prévalence de la tuberculose.* En 2006, la prévalence de la tuberculose était de 220 pour 100 000 habitants et le taux de mortalité de 25 pour 100 000 habitants.
- *Niveau de mise en oeuvre de nouvelles approches ciblant, par exemple, la co-infection tuberculose/VIH, la tuberculose polypharmacorésistante, tous les dispensateurs de soins et les communautés.* Dans plus de 40 pays, on assiste à une intensification des activités menées conjointement contre la tuberculose et l'infection à VIH. Cinquante et un pays examinent et soutiennent des programmes de traitement de la tuberculose polypharmacorésistante. La grande majorité des 22 pays à forte charge de morbidité ont recours à diverses stratégies pour sensibiliser un grand nombre de dispensateurs de soins publics et privés et assurer la participation des communautés.
- *Ressources financières disponibles pour la lutte antituberculeuse.* US \$2 milliards ont été alloués à la lutte antituberculeuse en 2007.

Principales réalisations

- La cible des objectifs du Millénaire pour le développement, selon laquelle il fallait avoir stoppé la propagation de la tuberculose et commencé à inverser la tendance d'ici à 2015, a déjà été atteinte. On estime actuellement que l'incidence de la tuberculose à l'échelle mondiale a commencé à reculer dans toutes les Régions, à l'exclusion de la Région européenne où ce taux est stable. Cependant, comme la population mondiale continue de s'accroître, on enregistre une augmentation correspondante du nombre de cas de tuberculose. Les taux de prévalence de la tuberculose et la proportion des décès dus à cette maladie diminuent certes, mais à un rythme insuffisant pour pouvoir être réduits de moitié d'ici 2015.
- En 2005, les cibles mondiales de la lutte antituberculeuse étaient presque atteintes. En 2006, le taux de succès thérapeutique approchait des 85 %, mais les progrès ont été plus mitigés dans le dépistage des cas, où l'on n'a pu atteindre qu'un taux de 61 % pour 2006, alors que la cible fixée pour 2005 était d'au moins 70 %.
- Le plan mondial pour 2006-2015 du Partenariat mondial Halte à la tuberculose, qui repose sur la nouvelle stratégie de lutte antituberculeuse, a eu pour effet de canaliser l'attention de la communauté internationale sur l'épidémie et de mettre en évidence les besoins financiers et les lacunes recensés par l'OMS. Il a été actualisé en 2007 en raison de l'émergence de cas de tuberculose ultrarésistante. Les activités de lutte antituberculeuse ont bénéficié d'un financement accru dans les pays touchés, mais cela n'a pas suffi pour atteindre les cibles globales, notamment pour faire face aux cas de tuberculose associée au VIH et de tuberculose polypharmacorésistante.
- Si des progrès ont été accomplis dans la mise au point de nouvelles stratégies visant à améliorer l'accessibilité et l'efficacité des mesures antituberculeuses grâce à des partenariats public-privé, à une collaboration en matière de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH, à l'engagement communautaire et à la mobilisation sociale, le plus difficile est maintenant de passer à la vitesse supérieure afin d'obtenir des résultats concrets.

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

Mise en oeuvre d'un plan mondial d'extension de la stratégie DOTS en vue d'atteindre l'objectif 6 du Millénaire pour le développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des 22 pays les plus touchés dotés de plans à long terme pour atteindre l'objectif 6 du Millénaire pour le développement	5/22	15/22	22/22
Taux mondial de dépistage des cas	45 %	70 %	61 %
Taux mondial de succès thérapeutique	82 %	85 %	85 %
Taux mondial de prévalence (pour 100 000 habitants)	240	≤220	220
Taux mondial de mortalité (pour 100 000 habitants)	27 ¹	≤22	25



Partiellement atteint. Les 22 pays à forte charge de morbidité ont bénéficié d'une assistance pour l'élaboration et la mise à jour de leurs plans nationaux à moyen terme dans lesquels doivent figurer les nouvelles composantes de la stratégie Halte à la tuberculose, et ils devraient ainsi être en mesure d'atteindre les cibles de la lutte antituberculeuse pour 2015. Le Siège et les bureaux régionaux et de pays ont fourni une assistance technique aux gouvernements pour les aider à élaborer ces plans et à les mettre en oeuvre. L'insuffisance des capacités de laboratoire est toujours l'un des principaux obstacles auxquels se heurte le dépistage des cas, et la situation est aggravée par la pénurie d'outils diagnostiques. Il est indispensable de renforcer les capacités des laboratoires et l'engagement de tous les prestataires de soins de santé dans toutes les Régions afin qu'un plus grand nombre de patients puissent être traités à un stade plus précoce. Les cibles fixées, tant pour le succès thérapeutique que pour la réduction de la prévalence, ont été atteintes à l'échelle mondiale. Cependant, le succès thérapeutique est encore loin des 85 %, tant dans la Région africaine où les taux de mortalité élevés sont principalement dus à la co-infection par le VIH et la tuberculose que dans la Région européenne, en raison principalement des insuffisances de la prise en charge des patients et des taux élevés de pharmacorésistance. La faiblesse des systèmes de santé et la difficulté d'accès aux services de soins antituberculeux sont aussi responsables des taux élevés de dépistage des cas et des succès thérapeutiques et de la mortalité élevée dans certaines Régions.

Mise en oeuvre de plans nationaux à long terme pour l'extension de la stratégie DOTS et maintien de la lutte antituberculeuse avec l'appui de partenariats nationaux fonctionnels

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des 22 pays les plus touchés et autres pays cibles dotés de partenariats nationaux fonctionnels contre la tuberculose	26/87	43/87	Plus de 30/87



Partiellement atteint. Les 87 pays concernés par cet indicateur englobent les 22 pays à forte charge de morbidité, qui supportent à eux seuls 80 % de la charge mondiale de morbidité, et certains autres pays qui, pour des raisons épidémiologiques et programmatiques, sont considérés comme prioritaires à l'échelon régional. Treize des 22 pays à forte charge de morbidité se sont dotés de partenariats nationaux Halte à la tuberculose et la plupart des autres, y compris les pays hautement prioritaires, se sont dotés d'organes chargés de coordonner l'intensification des activités de lutte antituberculeuse. De nouveaux partenariats nationaux ont été lancés au Ghana et au Pérou et une assistance technique a été fournie en vue du lancement prochain de quatre nouveaux partenariats. Les efforts de coordination que commencent à déployer certains pays auront besoin d'un soutien énergétique pour pouvoir déployer tous leurs efforts.

¹ L'OMS examine chaque année et actualise si nécessaire les estimations épidémiologiques relatives à la tuberculose sur la base de toutes les données disponibles. C'est ainsi que le chiffre de référence pour le début de l'année 2006 a été révisé à la baisse, passant de 27 à 24.

Maintien et soutien du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux et du Comité Feu vert en vue d'élargir l'accès au traitement et à la guérison

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre cumulé de malades traités avec l'appui du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux	6 millions	10 millions	11 millions
Nombre de pays recevant un soutien adéquat du Comité Feu vert	35	50	52



Pleinement atteint. Le cap des 10 millions de traitements contre la tuberculose dans 78 pays a été franchi. Ce succès est le fruit de six années d'efforts déployés par le service de subvention et le service d'achats directs du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux depuis sa création. Ce dispositif a aussi commencé à offrir des subventions pour l'achat d'antituberculeux pédiatriques, avec l'appui du Dispositif international pour l'achat de médicaments (UNITAID). Il a conclu des accords avec 43 pays pour l'octroi des subventions en vue de l'achat de quelque 180 000 traitements pédiatriques. En collaboration avec l'UNITAID, il s'efforce de remédier à la grave pénurie d'antituberculeux dans 19 pays qui intensifient leurs efforts de lutte. Malgré l'appui dont continueront de bénéficier les activités de lutte antituberculeuse de la part du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ou d'autres donateurs, la couverture est encore incomplète. Le dispositif mondial, qui gère les achats de médicaments pour le Comité Feu vert, s'efforce actuellement de permettre aux pays et/ou aux projets d'avoir accès très rapidement à des médicaments de deuxième intention. La coordination de ces activités est assurée par le secrétariat du Comité Feu vert, dont les bureaux se trouvent dans les locaux du Département OMS Halte à la tuberculose et qui a pour tâches d'évaluer les programmes de lutte contre la tuberculose polypharmacorésistante et de leur prodiguer une assistance technique.

Maintien de l'engagement politique et mobilisation de ressources suffisantes à travers le développement du Partenariat Halte à la tuberculose et une bonne diffusion du concept, de la stratégie et des progrès du plan mondial Halte à la tuberculose

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de pays visés dotés de ressources financières internes et/ou externes suffisantes pour combler le déficit de financement	20/45	40/87	24/87



Partiellement atteint. Dans sa résolution WHA60.19, l'Assemblée de la Santé s'est engagée à faire progresser la réalisation des objectifs du plan mondial Halte à la tuberculose 2006-2015. Le Comité régional de l'Afrique a pris des mesures d'urgence contre la tuberculose en 2006 et le Bureau régional de l'Europe a réuni un forum ministériel sur la tuberculose en 2007, au cours duquel les délégués de 49 pays ont signé une déclaration. Les autres comités régionaux se sont aussi préoccupés des problèmes posés par la tuberculose et ont fixé les cibles à atteindre. Les missions de haut niveau dépêchées dans des pays à forte charge de morbidité ont aussi contribué à faire mieux connaître le plan mondial et les engagements nationaux. L'envoyé spécial du Secrétaire général de l'ONU chargé de l'initiative Halte à la tuberculose a participé à tous ces efforts. Plusieurs initiatives ont été adoptées par la société civile en vue d'intensifier la lutte contre la tuberculose, et notamment la Charte des patients pour le traitement de la tuberculose. Le Partenariat Halte à la tuberculose regroupe maintenant plus de 600 partenaires, et un partenariat régional a été créé en Europe. En dépit des crédits importants consacrés aux moyens de lutte par les gouvernements des pays affectés et les organismes donateurs, les ressources financières disponibles dans bon nombre de pays sont encore insuffisantes, notamment pour développer les interventions de lutte contre la co-infection tuberculose/VIH et la tuberculose polypharmacorésistante, et pour pouvoir ainsi atteindre les cibles du plan mondial pour 2015. L'OMS a élargi sa base de données et elle étudie de plus près les données nationales relatives au financement de la lutte antituberculeuse. Elle fournit en outre un appui technique aux Etats Membres pour les aider à élaborer leurs plans nationaux en conformité avec les cibles fixées pour 2015.

Maintien et élargissement des systèmes de surveillance et d'évaluation aux niveaux national, régional et mondial pour suivre les progrès vers la réalisation des cibles, l'allocation de ressources pour la lutte antituberculeuse et l'impact des activités de lutte

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des Etats Membres soumettant des rapports de surveillance et de suivi et des rapports financiers annuels précis en vue de leur inclusion dans le rapport mondial annuel sur la lutte antituberculeuse	200/211 pour la surveillance ; 134 pour les rapports financiers	211 pour la surveillance ; 150 pour les rapports financiers	201/212 pour la surveillance ; 156/212 pour les rapports financiers
Proportion de pays fortement touchés ayant évalué ou mesuré l'impact de la lutte antituberculeuse sur la charge de morbidité	5/22	10/22	6/22



Partiellement atteint. Le rapport annuel de l'OMS sur la lutte antituberculeuse reprend les indicateurs utilisés par l'Organisation des Nations Unies pour la présentation du rapport sur la tuberculose qui fait partie de ses rapports sur l'exécution des objectifs du Millénaire pour le développement. L'OMS reprend aussi dans ce rapport annuel les indicateurs qui sont utilisés dans d'autres rapports mondiaux tels que les indicateurs du développement mondial de la Banque mondiale. L'analyse par l'OMS du financement des activités mondiales de lutte contre la tuberculose permet au Partenariat Halte à la tuberculose, au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et à d'autres organisations d'évaluer leurs propres contributions à ces activités. Cela dit, dans la plupart des bureaux régionaux, il convient de renforcer les capacités en matière de surveillance et d'évaluation. En 2007, un groupe spécial mondial chargé par l'OMS de mesurer l'impact de la tuberculose sur l'environnement a défini un ambitieux programme d'action pour 2008-2009 afin d'inciter les partenaires à se mobiliser pour favoriser une augmentation considérable du nombre d'études nationales sur la prévalence de la tuberculose dans les pays fortement touchés ainsi que des analyses de l'incidence des mesures de lutte antituberculeuse.

Formulation de recommandations adéquates et fourniture d'un soutien aux pays pour traiter la tuberculose polypharmacorésistante et améliorer les stratégies de lutte antituberculeuse dans les pays à forte prévalence du VIH

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de pays fortement touchés par la tuberculose polypharmacorésistante mettant en oeuvre des projets DOTS-Plus approuvés par le Comité Feu vert	15/62	25/62	52/62
Proportion de pays disposant de données sur la surveillance de la pharmacorésistance	90/211	126/211	118/211
Nombre de pays à forte charge de morbidité due à la tuberculose et à l'infection à VIH mettant en oeuvre des activités conjointes impliquant une collaboration entre les programmes dirigés contre la tuberculose et le VIH	15	40	58



Partiellement atteint. A la fin de 2007, le Comité Feu vert avait approuvé le traitement de plus de 30 000 patients atteints de tuberculose polypharmacorésistante dans 52 pays. La plupart des pays dont les projets DOTS-Plus avaient été approuvés se trouvent dans la Région des Amériques et la Région européenne. Bien que le Comité n'ait pas ménagé ses efforts au cours de l'exercice et qu'il ait continué de collaborer avec le Fonds mondial et l'UNITAID, le nombre de pays qui demandent des antituberculeux de deuxième intention de qualité à des prix réduits ainsi qu'une assistance technique augmente rapidement, ce qui signifie que moins de 5 % des patients atteints de tuberculose pharmacorésistante dans le monde sont couverts par les services du Comité Feu vert. C'est pourquoi il faut de toute urgence augmenter considérablement la fourniture de ces services ou de services équivalents dont les pays ont instamment besoin. Des données relatives à la pharmacorésistance sont disponibles dans 118 pays à l'échelle mondiale. Trente-trois autres pays ont signalé une résistance aux médicaments de deuxième intention parmi les cas de tuberculose polypharmacorésistante. Il n'existe pas encore de données y relatives dans

certaines des pays à forte charge de morbidité et, en ce qui concerne les trois pays les plus fortement touchés – la Chine, la Fédération de Russie et l'Inde –, on ne dispose de données que pour un petit nombre de provinces, d'Etats ou d'oblasts. Il n'est pas possible de savoir si la prévalence de la tuberculose polypharmacorésistante s'accroît ou diminue à l'échelle mondiale du fait que les données disponibles sur la pharmacorésistance dans les pays les plus fortement touchés sont très limitées par rapport à celles qui sont communiquées par les pays riches. Avec l'aide des Centers for Disease Control and Prevention et de 25 laboratoires supranationaux de référence, l'OMS commence à recueillir des données mondiales sur la tuberculose ultrarésistante. Elle a aussi supervisé la formation d'un groupe spécial mondial pour la tuberculose ultrarésistante qui travaille à l'élaboration de recommandations initiales relatives à des interventions mondiales, et prêté son concours pour l'établissement d'un plan d'action sur deux ans.

Les données les plus récentes dont on dispose font apparaître qu'en 2006, 58 des 63 pays prioritaires, qui représentent à eux seuls quelque 98 % des cas d'infection à VIH à l'échelle mondiale, avaient mis en place des organes de coordination, élaboré des plans d'action communs contre la co-infection par la tuberculose et le VIH et/ou entrepris des activités de surveillance du VIH. Malgré cela, la mise en oeuvre d'interventions contre la co-infection tuberculose/VIH n'a pas permis d'atteindre les cibles fixées dans le plan mondial Halte à la tuberculose pour 2006-2015, même si les chiffres de certains pays dans lesquels la charge de morbidité associée à la tuberculose et au VIH est élevée démontrent que les cibles du plan mondial pourraient être atteintes si des mesures énergiques étaient entreprises immédiatement.

Amélioration du dépistage des cas de tuberculose et des taux de guérison par l'engagement de tous les dispensateurs de soins publics et privés et les services à base communautaire, et intégration des soins respiratoires au niveau primaire

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de pays visés en mesure d'étendre les soins antituberculeux à travers des réseaux de soins diversifiés faisant appel à la fois au secteur public et au secteur privé et à des interventions dans la communauté	20/87	40/87	84/87
Proportion de pays fortement touchés ayant mis en oeuvre des stratégies afin de mobiliser les sociétés en faveur de la lutte antituberculeuse	5/22	15/22	22/22
Nombre de pays dotés de services satisfaisants de lutte antituberculeuse et mettant en oeuvre des soins respiratoires intégrés au niveau primaire	22	32	32



Pleinement atteint. Avec l'appui du Siège et des bureaux régionaux et de pays, d'autres pays que ceux qui étaient ciblés à l'origine, et notamment des pays à forte charge de morbidité, ont commencé à mettre l'accent sur les nouvelles composantes de la stratégie Halte à la tuberculose, comme les partenariats public-privé, les interventions dans la communauté, la mobilisation sociale et les soins respiratoires intégrés dans le cadre de l'approche pratique de la santé pulmonaire. La plupart des pays viennent à peine d'entreprendre cette démarche et ils ne progresseront pas tous au même rythme. Deux bureaux régionaux ont adopté des cadres régionaux pour les partenariats public-privé et les activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale. Les initiatives visant à étendre les soins antituberculeux consistent notamment à mettre en place des partenariats public-public et public-privé entre des établissements de soins, des réseaux communautaires et des médecins de famille exerçant à titre individuel ou collectif. Si la plupart des pays ont lancé de nouvelles initiatives, les progrès sont entravés par le manque de ressources humaines qualifiées capables d'assurer les activités de formation, d'orientation et de surveillance nécessaires. Le renforcement des partenariats régionaux et des groupes consultatifs et la collaboration avec d'autres secteurs ayant trait à la santé pourraient donner l'impulsion nécessaire à cet effet.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Il faut veiller en permanence à ce que la lutte antituberculeuse et les systèmes de santé en général bénéficient d'un soutien politique accru, en sollicitant les gouvernements nationaux et les donateurs et en augmentant le nombre de ces derniers, notamment pour faire face à la menace que constituent la tuberculose polypharmacorésistante, la tuberculose ultrarésistante et la tuberculose associée au VIH.
- Une amélioration de la couverture et de la qualité des activités de lutte antituberculeuse de base est indispensable pour pouvoir faire face à la tuberculose polypharmacorésistante, à la tuberculose ultrarésistante et à la co-infection tuberculose/VIH.
- Il convient de mettre davantage l'accent sur la création de partenariats nationaux et régionaux durables, pour pouvoir résoudre les problèmes associés à la tuberculose, qui sont décrits dans les autres objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ainsi que ceux auxquels sont confrontés les systèmes de santé.
- Il faut de toute urgence renforcer les capacités de laboratoire et améliorer les moyens de lutte contre l'infection et les procédures de surveillance et d'évaluation de la tuberculose pour optimiser la lutte antituberculeuse à l'échelle mondiale et nationale, de façon à mieux répondre aux besoins des patients.
- Il convient d'encourager la recherche de nouveaux outils pour surmonter les obstacles et atteindre un plus grand nombre de patients, et en particulier les plus vulnérables d'entre eux.
- Bien que l'on observe d'une manière générale une meilleure coordination entre les différents partenaires engagés dans la lutte contre la tuberculose, nombreux sont les pays qui ne disposent pas encore de mécanismes et/ou de partenariats nationaux pleinement opérationnels qui leur permettraient de mettre en oeuvre la stratégie Halte à la tuberculose et de gérer de vastes initiatives en faveur des systèmes de santé d'une manière plus efficace.

Mesures requises :

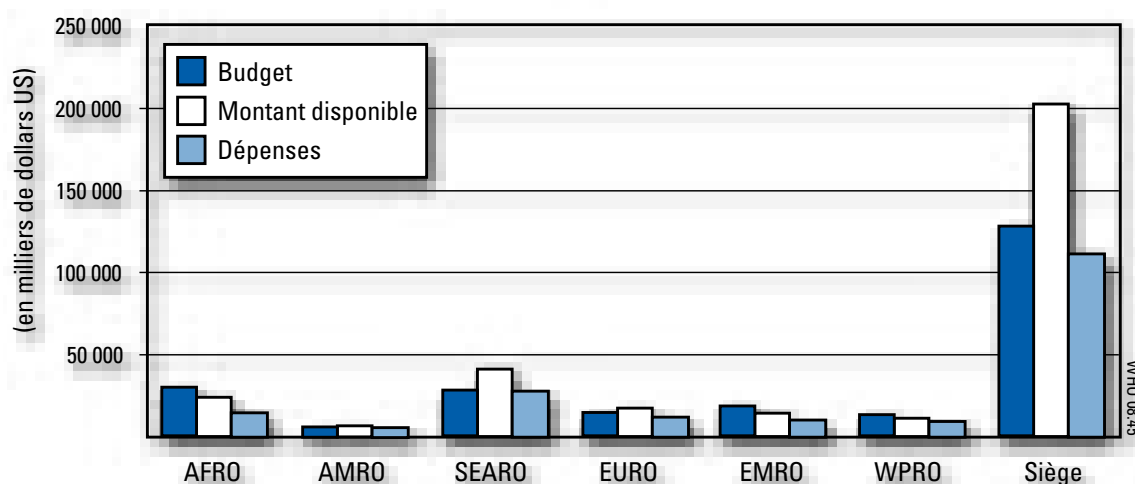
- Renforcer l'efficacité des activités du Partenariat Halte à la tuberculose par une collaboration élargie avec la société civile, toutes sortes de prestataires de soins, les laboratoires de santé publique, les partenaires du système de santé, les chercheurs et les entreprises.
- Améliorer encore la coordination de l'assistance technique en vue d'exploiter pleinement de nouvelles ressources et d'aider les pays et les communautés à tirer parti de l'arsenal de mesures qui composent la stratégie de lutte contre la tuberculose.
- Augmenter les ressources affectées à la lutte contre la tuberculose et à la recherche, et travailler en étroite collaboration avec de nouveaux acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé mondiale, afin que les nouveaux moyens soient aisément accessibles et utilisés de façon efficace en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

¹ L'OMS examine chaque année et actualise si nécessaire les estimations épidémiologiques relatives à la tuberculose sur la base de toutes les données disponibles. C'est ainsi que le chiffre de référence pour le début de l'année 2006 a été révisé à la baisse, passant de 27 à 24.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Tuberculose												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	2 371	27 629	30 000	1 617	22 471	24 088	80.3%	1 610	13 288	14 898	61.8%	49.7%
AMRO	559	3 033	3 592	582	3 047	3 629	101.0%	580	2 285	2 865	78.9%	79.8%
SEARO	2 096	25 904	28 000	2 680	37 954	40 634	145.1%	2 680	24 130	26 810	66.0%	95.8%
EURO	1 117	13 383	14 500	761	17 035	17 797	122.7%	761	10 823	11 584	65.1%	79.9%
EMRO	1 625	16 149	17 774	1 192	13 321	14 513	81.7%	1 192	8 822	10 014	69.0%	56.3%
WPRO	1 731	11 269	13 000	1 531	10 409	11 940	91.8%	1 531	7 208	8 739	73.2%	67.2%
Total partiel Régions	9 499	97 367	106 866	8 364	104 238	112 601	105.4%	8 354	66 556	74 910	66.5%	70.1%
Siège	2 337	125 323	127 660	2 246	199 321	201 567	157.9%	2 246	108 371	110 617	54.9%	86.6%
Total	11 836	222 690	234 526	10 610	303 559	314 169	134.0%	10 600	174 927	185 527	59.1%	79.1%

Tuberculose



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

VIH/SIDA (HIV)

Objectif(s) de l'OMS

Elargir rapidement l'accès au traitement et aux soins tout en accélérant la prévention et le renforcement des systèmes de santé afin de rendre plus efficace et plus complète la riposte du secteur de la santé au VIH/sida.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Nombre de pays en développement et de pays à revenu intermédiaire proposant des programmes complets de prévention du VIH et de soins.* On recense au moins 140 pays qui proposent des programmes complets de prévention et de soins.
- *Pourcentage de malades à un stade avancé de l'infection recevant un traitement antirétroviral.* En décembre 2006, 28 % des personnes vivant avec le VIH dans des pays à revenu faible ou intermédiaire recevaient un traitement antirétroviral. Les données relatives à la couverture antirétrovirale pour 2007 seront publiées au milieu de l'année 2008.
- *Nombre d'établissements de santé ayant les moyens de proposer le dépistage du VIH et le conseil, des soins et un traitement antirétroviral.* En septembre 2007, la Région africaine notifiait au moins 3000 établissements de santé qui proposaient le dépistage du VIH et le conseil, des soins et un traitement. La Région européenne déclarait plus de 1600 établissements de santé proposant un traitement antirétroviral dans 52 Etats Membres. Il n'y a pas de données disponibles pour les autres Régions.
- *Pourcentage de services de santé offrant un ensemble essentiel d'actions préventives.* Il n'a pas été possible de suivre cet indicateur au plan mondial puisque quatre Régions n'ont pas été en mesure de communiquer de chiffres ; les deux autres n'ont fourni qu'une information partielle.

Principales réalisations

- A l'échelle mondiale, on a constaté que le nombre annuel de nouvelles infections à VIH reculait et que la prévalence mondiale du VIH/sida se stabilisait. La mise au point de nouvelles technologies et méthodes de prévention, comme la circoncision et l'extension des stratégies de prévention existantes, notamment la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la réduction des effets nocifs chez les toxicomanes, est de bon augure pour les efforts de prévention à venir.
- Un nombre croissant de personnes accèdent effectivement aux services de dépistage du VIH et de conseil, notamment grâce au développement de ces services par les prestataires ; les personnes concernées peuvent ainsi être aiguillées vers des unités de prévention du VIH et de traitement appropriées.
- L'accroissement de la couverture antirétrovirale dans toutes les Régions au cours de l'exercice a contribué à faire reculer sensiblement les taux de mortalité liés au VIH. Si rien ne prouve que les femmes sont défavorisées par rapport aux hommes en ce qui concerne l'accès au traitement antirétroviral, l'équité d'accès au traitement demeure critique pour certains groupes, notamment les populations les plus exposées. La prévention et le traitement de la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH/sida restent un défi majeur, en particulier avec l'émergence d'une tuberculose de plus en plus résistante aux médicaments et la propagation d'une tuberculose multirésistante.
- Le traitement du VIH/sida devient plus abordable pour beaucoup de gens car le prix des antirétroviraux continue de chuter grâce aux économies d'échelle, à la concurrence accrue entre les produits présélectionnés par l'OMS et aux négociations de prix avec les firmes pharmaceutiques. Les plus fortes réductions tarifaires ont concerné les antirétroviraux de première intention.

- Bon nombre de pays, bailleurs de fonds et autres partenaires reconnaissent la nécessité de corréler la question du VIH/sida au renforcement, au sens large, des systèmes de santé. Les nouvelles initiatives s'employant à résoudre les problèmes de ressources humaines, de financement des systèmes de santé et de mobilisation de ressources complémentaires pour les infrastructures sanitaires sont encouragées.
- L'OMS a concouru aux efforts déployés par l'ensemble du secteur de la santé pour élargir les programmes afin d'atteindre l'objectif de l'accès universel à la prévention du VIH/sida, au traitement et aux soins, et s'est engagée à établir un rapport annuel sur les progrès enregistrés.

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

Engagement mondial et national et ressources financières accrues pour étendre le traitement du VIH/sida et accélérer la prévention dans les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Augmentation, en pourcentage, des ressources allouées à la lutte contre le VIH/sida	0	20 %	Dépassée
Nombre de pays bénéficiant de l'appui de l'OMS pour obtenir du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme des crédits pour combattre le VIH/sida	26	50	77



Pleinement atteint. Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a fortement contribué à l'accroissement des ressources financières dans les pays. Le Siège, les bureaux régionaux et de pays, sans oublier les autres partenaires, ont soutenu l'action menée dans les pays tant pour établir des propositions de projet que pour les mettre en oeuvre en apprenant aux experts nationaux à formuler des propositions, en les aidant à négocier des subventions et en participant aux mécanismes de coordination nationale. Or, le fait de répondre à une demande croissante de soutien technique représente un défi conséquent pour les bureaux régionaux et de pays en raison de l'insuffisance des ressources humaines et du manque de mécanismes de fonctionnement. Les accords administratifs conclus entre l'OMS et le Fonds mondial ont empêché l'Organisation d'être le principal bénéficiaire, mais l'autorisent à assumer le rôle de bénéficiaire auxiliaire de subventions dans un certain nombre de pays. Deux sessions de formation consacrées à la formulation de propositions auprès du Fonds mondial pour la phase 7 ont accueilli des représentants originaires de 35 pays. Des missions dans 16 pays ont été organisées conjointement avec l'ONUSIDA dans le but d'aider les agents locaux à énoncer des propositions relatives à la lutte contre le VIH/sida.

L'OPS a soutenu les efforts déployés par les pays pour élaborer des propositions de projet et mettre en oeuvre dans la Région 12 projets du Fonds mondial, tout en prenant part activement aux mécanismes de coordination nationale. Dans la Région européenne, les partenariats établis avec les principaux bailleurs de fonds ont été maintenus et développés, notamment avec le Fonds mondial. Le concours technique que l'OMS prête aux Etats Membres a favorisé la mobilisation des ressources par les donateurs, dont le Fonds mondial. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale, en étroite collaboration avec l'ONUSIDA, soutient la formation d'experts nationaux leur permettant de formuler des propositions auprès du Fonds mondial et a aidé une dizaine de pays à élaborer des projets et négocier des subventions. La demande d'assistance technique pour donner effet aux interventions subventionnées par le Fonds mondial est en progression constante, ce qui constitue un défi majeur pour le Bureau régional, dont les effectifs sont débordés. Dans la Région du Pacifique occidental, le Fonds mondial a été le principal artisan de l'accroissement des ressources financières des pays, lesquelles servent à élargir le traitement contre le VIH/sida et à accélérer la prévention. A mesure que la demande d'assistance technique devient plus pressante, la capacité de l'OMS à y faire face est entravée par une pénurie de personnel. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, l'appui pertinent de l'OMS a permis d'accroître les ressources. Parmi les pays dont les propositions ont été retenues, un pourcentage nettement plus élevé a été épaulé par l'OMS.

Soutien fourni aux pays pour une extension équitable des activités de traitement et de soins selon une approche de santé publique et, simultanément, l'accélération des activités de prévention du VIH dans le cadre du système de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui atteignent les objectifs fixés au niveau national pour le traitement des femmes, des hommes et des enfants soignés selon les principes directeurs de l'OMS	5	20	24 (nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire qui, fin 2006, proposaient un traitement antirétroviral à plus de 50 % des personnes qui en avaient besoin)
Nombre de pays assurant un ensemble d'activités préventives essentielles dans 80 % des services de santé conformément à l'objectif 7 du Millénaire pour le développement	0	20	Information non disponible
Nombre de pays offrant des services essentiels de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à 80 % des femmes enceintes, conformément aux objectifs 5 et 6 du Millénaire pour le développement	5	20	3 (48 pays à revenu faible ou intermédiaire au moins proposaient des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant aux femmes enceintes, mais seulement 3 pays assuraient un traitement antirétroviral à 80 % des femmes enceintes contaminées par le VIH)



Partiellement atteint. Fin 2006, 24 pays à revenu faible ou intermédiaire étaient à même d'administrer un traitement antirétroviral à plus de 50 % des personnes qui en avaient besoin, tandis que 42 pays de même catégorie proposaient un traitement à 28 % au moins des demandeurs. Les données pertinentes pour 2007 seront disponibles en mai 2008. En 2006, l'OMS a publié une série de directives sur le traitement du VIH/sida intéressant à la fois les adultes et les adolescents, les nourrissons et les enfants, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la prophylaxie au co-trimoxazole. La même année, si 48 pays à revenu faible ou intermédiaire au moins déclaraient offrir aux femmes enceintes des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, seuls trois pays assuraient un traitement antirétroviral à 80 % des femmes enceintes contaminées par le VIH. Les données pertinentes pour 2007 seront disponibles en mai 2008.

Le Forum des partenaires mondiaux de haut niveau s'est réuni à Johannesburg, en novembre 2007, dans le but de faire le point sur les progrès et les réalisations enregistrés depuis l'Appel à l'action d'Abuja (2005) en faveur d'une génération sans VIH ni sida, et a formulé des recommandations applicables au plan mondial pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans la Région africaine, des directives actualisées sur les nouvelles approches, notamment de dépistage et de conseil, impulsées par les prestataires de soins ont été mises à la disposition des pays. La moitié des pays de la Région ont été épaulés pour développer le dépistage du VIH/sida et le conseil, ainsi que la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ; d'où une augmentation du pourcentage de districts dotés d'au moins un établissement proposant dépistage du VIH et conseil, lequel est passé de 5 % en 2004-2005 à 60 % en 2006-2007. L'OPS a prêté son concours à l'examen des plans nationaux auquel ont procédé les ministères de la santé de 10 pays prioritaires, à savoir : Belize, Bolivie, Colombie, El Salvador, Equateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Nicaragua et Pérou, s'inspirant du plan régional de lutte contre le VIH/les IST mis en place pour 2006-2015. Le Bureau régional de l'Europe s'est principalement attaché à faire grossir le nombre de pays proposant aux toxicomanes par voie intraveineuse un traitement antirétroviral et des interventions tendant à réduire les effets nocifs, puisque ces derniers constituent le principal groupe à risque. Une série de protocoles de traitement et de soins pertinents a aussi été mise en place pour la Région européenne. Oeuvrant en partenariat avec d'autres organisations, l'OMS et les institutions des Nations Unies ont contribué, au sein du cadre des « trois principes », à l'élargissement des interventions telles que recommandées dans les objectifs du Millénaire pour le développement et la Déclaration de Dublin et par la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida. A l'exception de l'Afghanistan et de l'Iraq, tous les pays de la Région de la Méditerranée orientale proposent

des services de traitement et de soins contre le VIH/sida. La couverture globale des personnes vivant avec le VIH/sida et qui ont besoin d'un traitement antirétroviral ne représente que 6 % sur les 79 % estimés. Le Bureau régional a aidé neuf pays à élaborer traitement, directives, plans d'élargissement, formation des agents de santé et parrainage. Le principal obstacle à l'élargissement de l'accès au traitement est l'absence de dépistage du VIH et de conseil de qualité pour les personnes qui souhaitent connaître leur statut sérologique pour le VIH sans craindre la divulgation de renseignements confidentiels, la réprobation et la discrimination. Dans la Région du Pacifique occidental, où la prévalence du VIH est faible, les interventions ont essentiellement ciblé les populations les plus exposées. La transposition à plus grande échelle des projets pilotes ayant porté leurs fruits dans les pays s'est avérée un défi, en particulier les programmes de réduction des effets nocifs, destinés aux toxicomanes par voie intraveineuse, et le programme d'utilisation à 100 % des préservatifs, destiné aux professionnels du sexe et à leurs clients. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des progrès ont été enregistrés en vue de parvenir à l'accès universel grâce à une action de sensibilisation durable et à l'appui à la mise en oeuvre dans des zones cruciales. Au cours des deux dernières années, la prévention a été renforcée par le biais d'interventions ciblant les populations présentant le plus haut risque, et des taux élevés de couverture ont été atteints dans les pays où l'épidémie était la plus avancée. En conséquence, des tendances à la baisse ont été mises en évidence en Thaïlande, au Myanmar et dans les Etats indiens les plus touchés.

Soutien fourni aux pays en vue du renforcement des capacités de leurs systèmes de santé de riposter au VIH/sida et aux maladies qui leur sont associées, dont un soutien pour l'élaboration des politiques du secteur de la santé, la planification, et des activités de formation et des prestations intégrées à d'autres services, notamment de santé maternelle et infantile, de planification familiale ainsi que de lutte contre la tuberculose, les infections sexuellement transmissibles et les toxicomanies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays bénéficiant d'un appui de l'OMS en vue de l'élaboration et de la mise en oeuvre de plans et de stratégies concernant les personnels de santé qui tiennent compte des besoins de la lutte contre le VIH/sida	D'après des enquêtes conduites en 2005	15 pays supplémentaires	27
Nombre de pays exécutant des politiques intégrées/coordonnées sur la tuberculose/ infection par le VIH	20	30 à 40	49
Nombre de pays atteignant les objectifs de traitement fixés au niveau national	25	50	Des informations détaillées paraîtront dans un rapport distinct au milieu de l'année 2008



Pleinement atteint. Afin de cadrer le développement de la collaboration dans la lutte contre la tuberculose et le VIH, une stratégie régionale a été conçue et adoptée par le Comité régional de l'Afrique lors de sa cinquante-septième session. Dans la Région africaine, 23 pays ont mis en place des mécanismes de coordination et de renforcement des capacités leur permettant d'assurer avec plus d'efficacité la prise en charge commune de la tuberculose et du VIH. Grâce au soutien technique prodigué, le nombre de pays qui collaborent dans ce domaine a progressé, passant de 15 en 2005 à 34 en 2007. D'où un accroissement du pourcentage de patients atteints de tuberculose dépistés pour le VIH, lequel est passé de 2 % en moyenne à 14 %. Au Rwanda, toutefois, ce pourcentage a culminé à 75 %. Le Bureau régional de l'Europe s'est attaché à créer des institutions pérennes au service des personnels qui se spécialisent dans la prévention du VIH/sida, le traitement et les soins, notamment à élargir les centres de connaissances pour mettre en commun les capacités et les compétences dans toute la Région afin de développer et d'actualiser les programmes de formation, dans le droit fil des conseils techniques de l'OMS. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a aidé quatre pays à planifier conjointement les programmes de lutte contre le VIH et la tuberculose, et proposé une formation aux gestionnaires de programmes dans la plupart des pays. Six pays ont bénéficié d'une aide pour planifier de façon stratégique la riposte du secteur de la santé, et un manuel de contrôle du programme assorti d'un jeu d'outils a été mis en chantier. Dans la Région du Pacifique occidental, des progrès ont été enregistrés dans le domaine de la prévention du VIH/sida et des soins, de l'élaboration

de politiques et de plans stratégiques nationaux, et de la valorisation des capacités du personnel local. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a participé à la conception et à la planification des politiques du secteur de la santé en épaulant la planification stratégique et en procédant au contrôle externe des programmes nationaux. Si les activités conjointes de lutte contre la tuberculose et le VIH, recommandées par l'OMS, ont progressé, l'enquête récente menée par les responsables OMS du VIH dans 64 pays sélectionnés comme représentatifs de toutes les Régions au regard de leur charge de morbidité élevée imputable à la tuberculose/au VIH donne un aperçu de la mise en oeuvre à l'échelle des pays. En dépit d'une amélioration intervenue dans la politique d'administration du co-trimoxazole, la restriction des achats et des stocks de produits pour cette indication précise, conjuguée à l'insuffisance des ressources humaines et à la faiblesse des systèmes de gestion de l'approvisionnement en médicaments, a empêché un élargissement au plan national. Certains pays ont évolué dans l'application de politiques de lutte contre la tuberculose et le VIH, mais ces dernières restent sous-employées.

Soutien fourni aux pays pour un approvisionnement ininterrompu en fournitures et médicaments liés au VIH, dont des activités d'assurance de la qualité reposant sur la présélection des médicaments et la validation des outils diagnostiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dans lesquels les principaux partenaires des secteurs public et privé et des organisations non gouvernementales sont informés deux fois par an de l'état des acquisitions stratégiques et de la gestion des fournitures	40	140	110
Nombre de pays fortement touchés ayant reçu, de la part de l'OMS ou de ses partenaires, un soutien technique important pour améliorer l'accès aux médicaments essentiels abordables	20	40	37



Partiellement atteint. Le compte rendu du mécanisme mondial de signalement des prix, accessible sur le site Web du service intitulé « Sida : médicaments et moyens diagnostiques », a été consulté plus de 16 000 fois en 2007. En 2006-2007, 70 pays ont été aidés à gérer leurs achats et leurs stocks dans le cadre d'ateliers et d'activités de suivi organisés aux plans régional et mondial. Trente de ces ateliers ont été épaulés par le service « Sida : médicaments et moyens diagnostiques ». La base de données relative au statut réglementaire des antirétroviraux, hébergée par le site Web susmentionné, a été consultée plus de 7000 fois au cours de l'année 2007.

En réponse aux demandes formulées par les pays, le Bureau régional de l'Afrique a apporté un soutien circonscrit aux composantes essentielles du cycle de gestion des achats et des approvisionnements, et 25 pays ont reçu des stocks tampons de médicaments contre le VIH/sida pour ne pas interrompre inutilement un traitement vital. La Région des Amériques a prêté son concours à plusieurs pays, par le biais du fonds régional renouvelable de l'OPS pour l'achat de fournitures sanitaires stratégiques, dans le but de renforcer les systèmes d'achat et de gestion des stocks, de promouvoir une approche intégrée de l'approvisionnement en fournitures et médicaments contre le VIH/sida, de suivre leur tarification, de mettre sur pied des modalités d'achat efficaces et transparentes reposant sur la connaissance du marché et d'encourager la gestion des approvisionnements en produits locaux. Grâce à l'aide de ce fonds, les pays ont acquis des produits pour un montant de US \$14 millions, dont 82 % avaient trait au VIH/sida. Le Bureau régional de l'Europe a, via son programme d'action pharmaceutique, permis aux Etats Membres d'acquérir et d'assurer l'approvisionnement ininterrompu des fournitures destinées à la prévention du VIH/sida, au traitement et aux soins, en agissant dans les domaines du contrôle de la qualité, de la gestion de la chaîne d'approvisionnement, de la propriété intellectuelle et de la réduction des prix. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a soutenu techniquement le Soudan pour qu'il consolide sa gestion des achats et des approvisionnements, et le Maroc pour qu'il puisse formuler des stratégies de réduction des prix. Une étude sur les prix des antirétroviraux a été réalisée à l'échelle de la Région, et les résultats ont été présentés à la réunion des administrateurs nationaux de programmes contre le sida, tenue en 2007. Ces administrateurs ont prié le Bureau régional de continuer à surveiller les prix des antirétroviraux et à faire part de ses conclusions à tous les ministères de la santé.

Participation accrue des communautés touchées et des autres partenaires à la riposte du secteur de la santé au VIH/sida

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de partenaires oeuvrant avec l'OMS pour atteindre les objectifs fixés en matière de prévention, de traitement et de soins	150	200	200
Nombre d'associations de personnes vivant avec le VIH/sida qui témoignent d'une meilleure connaissance du VIH et des traitements possibles et de la capacité de communiquer ces informations à leurs membres de manière à faciliter l'accès de ceux qui en ont besoin au traitement et/ou à mobiliser les communautés avec l'aide de l'OMS	60	100	150



Pleinement atteint. L'OMS collabore avec des partenaires et des personnes vivant avec le VIH/sida dans le cadre de lettres d'accord et de mécanismes contractuels. Des partenariats ont été constitués au niveau des pays et des Régions par l'intermédiaire de la Coalition internationale de la préparation au traitement, de la communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida et du réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida ; en outre, des travaux sont menés conjointement concernant l'accès au traitement, la connaissance des traitements, la propension à adopter des stratégies de soins et de prévention. Dans la Région africaine, des partenariats solides ont été forgés avec le concours, entre autres, du système des Nations Unies, du plan d'urgence du Président des Etats-Unis d'Amérique pour lutter contre le VIH/sida, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et de la Fondation Bill & Melinda Gates. Des stratégies tendant à accélérer la prévention du VIH/sida ont été lancées dans 46 pays africains avec l'appui et les encouragements de l'Union africaine et du secrétariat de la communauté de développement de l'Afrique australe. Le Bureau régional des Amériques s'est efforcé d'accroître l'engagement politique afin d'intensifier la riposte au VIH/sida. Tous les pays de la Région ont ratifié l'objectif de l'accès universel et l'OPS a redoublé d'efforts pour élargir la participation de la société civile aux processus régionaux, notamment les stratégies ciblant les personnes vivant avec le VIH/sida. Grâce à des relations de travail et des partenariats étroits avec la société civile, le Bureau régional de l'Europe a valorisé l'action militante de l'OMS, promu ses approches et ses politiques, tout en élaborant des règles normatives et des cadres stratégiques. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, la participation des communautés touchées a permis d'amplifier la riposte générale au VIH/sida, surtout dans les pays disposant de solides programmes nationaux. Dans les pays où tel n'est pas le cas, c'est toujours une gageure de faire intervenir les protagonistes et de coordonner les efforts des organisations non gouvernementales sans fragmenter la riposte nationale. Dans toutes les Régions, les partenariats ont permis aux pouvoirs publics et à la société civile de promouvoir la mise en oeuvre des politiques, programmes et directives de l'OMS. Ces relations sont déterminantes pour préserver le tissu social et stimuler l'efficacité générale des programmes de santé dans les pays.

Utilisation de principes directeurs et autres outils normatifs et des règles d'exécution des programmes pour des activités de prévention, de traitement et de soins reposant sur une approche de santé publique et les résultats de recherches opérationnelles et d'évaluations ciblées

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays utilisant les principes directeurs applicables à la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte pour des activités de prévention, de traitement et de soins axées sur le VIH/sida	20	60	54
Nombre de pays dotés de programmes de recherche opérationnelle soutenus par l'OMS	4	10	37



Partiellement atteint. Le Siège et cinq bureaux régionaux ont soutenu la recherche opérationnelle sous diverses formes allant du financement à l'intervention directe dans la conception de protocoles et leur mise en application. Dans la Région africaine, 23 pays ont donné effet à la notion de prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte dans le but d'élargir le traitement antirétroviral, et des milliers d'agents de santé de premier plan, dont des patients experts, sont formés à la prestation de soins et de traitement contre le VIH/sida. Six autres pays ont adapté des produits génériques ou appliqué la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte dans quelques zones géographiques. La mise à disposition de principes de surveillance de deuxième génération, associée à la capacité de collecter des données et de les analyser correctement aux fins de la surveillance, a facilité la mise en oeuvre d'activités de surveillance du VIH/sida dans la plupart des pays. A ce jour, il n'y a pas le même niveau d'investissement dans la recherche opérationnelle liée au VIH. Dix pays, cependant, ont été aidés à concevoir et effectuer des recherches opérationnelles qui ont peut-être contribué à une meilleure compréhension de l'épidémie au niveau national. Au Bureau régional des Amériques, quatre jeux de directives de l'OMS ont été traduits en espagnol et adaptés aux besoins régionaux. Le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales a recueilli des données scientifiques permettant de procéder sur le terrain à des tests rapides de syphilis (Bolivie, Brésil, Haïti et Pérou), et des directives définitives ont été publiées pour aider les Etats Membres à éliminer la syphilis congénitale. Le Bureau régional de l'Europe s'est employé à élaborer et diffuser 13 protocoles cliniques régionaux de traitement et de soins destinés aux personnes vivant avec le VIH/sida, et à fournir une assistance continue aux pays concernant la mise au point d'actes normatifs et de normes cliniques. Dans la Région de la Méditerranée orientale, une version adaptée de la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte a été mise en application en Somalie, au Soudan et au Yémen. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des directives et des outils de formation spécialement adaptés et destinés à la prise en charge intégrée des maladies de l'adolescent et de l'adulte ont été mis en place en Inde, en Indonésie et au Myanmar, tandis que l'Inde et la Thaïlande bénéficiaient d'un soutien de l'OMS pour leurs programmes de recherche opérationnelle. Le Bureau régional du Pacifique occidental a conçu, adapté et/ou révisé un très grand nombre de normes et de directives applicables à la prévention du VIH/sida et des infections sexuellement transmissibles, ainsi qu'au traitement et à l'accompagnement des personnes concernées, tant au niveau régional que national. Il conviendrait de sensibiliser davantage les ministères de la santé afin de veiller à ce que ces directives soient mises en oeuvre conformément aux besoins des pays.

Renforcement des systèmes mondiaux, régionaux et nationaux de notification et de surveillance pour que soient communiquées des informations stratégiques plus exactes sur l'épidémie et les mesures prises pour y faire face

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui recueillent, analysent et notifient régulièrement des données sur la surveillance, la couverture et les résultats en appliquant les méthodologies standardisées de l'OMS	50	75	88
Nombre de pays qui communiquent des données sur la surveillance de la résistance du VIH aux médicaments en s'inspirant des principes directeurs de l'OMS en la matière	5	40	23



Partiellement atteint. Parmi les pays dont les systèmes de surveillance ont été classés selon les principes de surveillance de deuxième génération, 56 ont été considérés comme ayant des systèmes fonctionnant pleinement, 32 partiellement et 47 comme ayant des systèmes de surveillance sentinelle médiocres ou inexistantes. Dans la Région africaine, 36 pays se sont attelés à la surveillance sentinelle du VIH et 12 ont conduit des études d'acceptabilité portant sur la pharmacorésistance du VIH/sida. Tous les pays ont signalé que les taux de pharmacorésistance étaient inférieurs à 5 %, ce qui n'est pas significatif pour la santé publique. Le Bureau régional a prêté son concours technique aux pays dans les domaines de la formation, de l'assurance de la qualité et de l'analyse des données. Le Bureau régional des Amériques a été à l'origine de la création d'un réseau régional de surveillance de la résistance du VIH/sida aux médicaments.

Des ateliers de formation ont été organisés et une stratégie sous-régionale pertinente a été élaborée pour les Caraïbes et l'Amérique latine. La mise sur pied d'un système de surveillance de la pharmacorésistance du VIH/sida continuera d'être une priorité. Le Bureau régional de l'Europe s'est particulièrement intéressé à la surveillance, au suivi et à l'évaluation des infections sexuellement transmissibles, du VIH et de l'hépatite virale, ainsi qu'à la riposte à l'épidémie. La surveillance s'est exercée avec le concours du Centre européen de Prévention et de Lutte contre les Maladies à partir du formulaire de notification commun, et le suivi du traitement et des soins a continué dans le cadre de l'enquête annuelle portant sur 53 Etats Membres. Dans la Région de la Méditerranée orientale, trois pays ont mis en vigueur des systèmes de surveillance du VIH/sida de deuxième génération ; les autres s'appuient essentiellement sur la notification des cas. Près de 80 agents de surveillance ont suivi les cours régionaux et internationaux de formation dispensés, avec l'appui de l'OMS, au centre de connaissances pour le renforcement des capacités en matière de surveillance du VIH/sida, implanté à Zagreb à l'Institut de Santé publique. La plupart des pays de la Région du Pacifique occidental ont instauré une surveillance de deuxième génération et le Cambodge a désormais recours à des systèmes de gestion des données et de localisation des patients. Parmi les réalisations majeures figurent la valorisation du personnel grâce à des sessions de formation et des réunions régionales, ainsi que l'octroi d'un appui technique aux réunions de consensus national. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 9 pays sur 11 ont mis en oeuvre certains éléments d'un système de surveillance intégrée, notamment celle des comportements à risque et des infections sexuellement transmissibles, la surveillance sentinelle du VIH et la notification des cas de VIH/sida. Le soutien du Bureau régional concernait l'assistance technique directe, l'achat de trousseaux de soins, la formation, le suivi et l'assurance de la qualité, l'analyse des données et l'interprétation des résultats pour éclairer les programmes nationaux de prévention du VIH/sida.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Pour obtenir des résultats, il faut une forte sensibilisation, associée à une adhésion et un encadrement au plan national.
- Il importe de renforcer l'ensemble des systèmes de santé si l'on veut atteindre l'objectif de l'accès universel et préserver les acquis.
- Une prévention réussie passe par des interventions ciblées efficaces reposant sur un système de surveillance fiable.
- De solides programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida, accompagnés de normes uniformes dans le secteur de la santé, sont les composantes essentielles d'une riposte coordonnée. L'appui de l'OMS au renforcement des capacités dans les programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida est déterminant pour susciter à la fois une riposte équilibrée et une utilisation efficace des ressources disponibles.
- Le renforcement des systèmes de santé nécessite des capacités accrues en ressources humaines, relayées par une planification et un recrutement continus.
- Il faut développer la capacité de nombreux pays à recueillir, analyser et utiliser des informations de premier plan sur l'épidémie de VIH/sida et la riposte en rapport.
- Les indicateurs techniques des résultats escomptés doivent être plus explicites et mesurables et, dans bien des cas, les cibles fixées étaient trop basses.

Mesures requises :

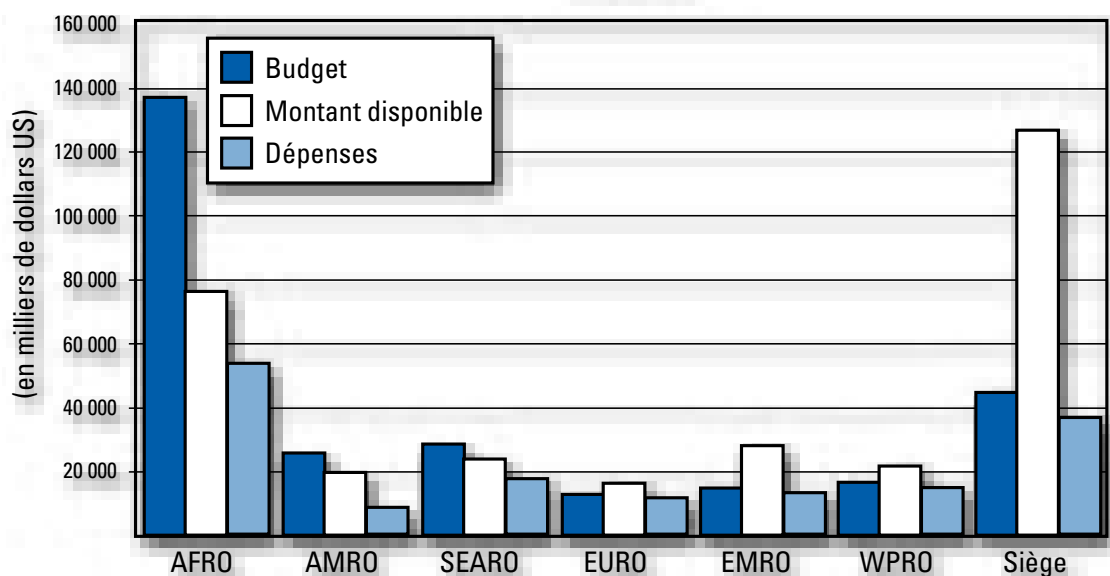
- Préconiser l'accélération des interventions fondamentales de prévention du VIH/sida permettant d'atteindre l'objectif de l'accès universel, y compris la pleine intégration de l'approche globale de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.
- Prôner la continuité de la prévention du VIH/sida, du traitement et des soins reposant sur des bases factuelles afin d'atteindre l'objectif qui consiste à arrêter l'épidémie et à inverser la tendance.
- Aider les pays à renforcer, suivre et évaluer leurs systèmes pour mieux étayer l'impact des interventions de lutte contre le VIH/sida.

- Utiliser les interventions de prévention du VIH/sida comme leviers de renforcement des systèmes de santé, en particulier pour ce qui est de la gestion des ressources humaines, des laboratoires, des achats et des stocks, ainsi que des systèmes d'information sanitaire dans le but d'améliorer la prestation de services.
- Effectuer différentes interventions de façon intégrée et globale afin d'assurer leur synergie et leur harmonisation.
- Collaborer avec les pays à l'amélioration des systèmes de surveillance régionale et au renforcement des systèmes nationaux.
- Suivre les progrès enregistrés dans le secteur de la santé pour atteindre l'accès universel à la prévention du VIH/sida, au traitement et aux soins en utilisant un cadre mondial qui devrait aussi servir à mesurer la contribution de l'OMS.
- Continuer d'aider les Etats Membres à concevoir des politiques et des stratégies de nature à développer un financement pérenne afin d'atteindre l'objectif susmentionné.
- Garantir des ripostes systémiques durables à l'épidémie de VIH/sida grâce à des approches multisectorielles, des partenariats avec d'autres protagonistes et une bonne coordination.
- Assurer la mise à disposition de données fiables permettant d'éclairer la surveillance, le suivi et l'évaluation de l'épidémie, d'une façon qui soit adaptée aux besoins des pays.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

VIH/sida												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	4 662	130 935	135 597	4 796	70 870	75 665	55.8%	4 784	48 591	53 375	70.5%	39.4%
AMRO	956	24 167	25 123	1 000	12 267	13 266	52.8%	982	7 213	8 195	61.8%	32.6%
SEARO	2 373	25 744	28 117	1 993	21 639	23 631	84.1%	1 992	15 243	17 235	72.9%	61.3%
EURO	1 161	10 889	12 050	694	15 104	15 798	131.1%	694	10 607	11 301	71.5%	93.8%
EMRO	1 370	12 689	14 059	806	17 380	27 554	196.0%	807	11 554	12 361	44.9%	87.9%
WPRO	1 123	14 945	16 068	886	20 002	20 888	130.0%	887	13 651	14 538	69.6%	90.5%
Total partiel Régions	11 645	219 369	231 014	10 175	157 261	176 804	76.5%	10 146	106 859	117 005	66.2%	50.6%
Siège	4 503	39 376	43 879	4 328	121 777	126 105	287.4%	4 328	31 835	36 163	28.7%	82.4%
Total	16 148	258 745	274 893	14 503	279 038	293 540	106.8%	14 474	138 694	153 168	52.2%	55.7%

VIH/sida



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

SURVEILLANCE, PREVENTION ET PRISE EN CHARGE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES (NCD)

Objectif(s) de l'OMS

Mettre en place des systèmes de surveillance ; réduire l'exposition aux principaux facteurs de risque ; et aider les systèmes de santé à faire face de manière appropriée à la charge croissante des maladies chroniques non transmissibles.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Charge régionale de morbidité liée aux maladies chroniques non transmissibles.* La charge de morbidité liée aux maladies chroniques non transmissibles continue d'augmenter dans toutes les Régions. Selon les dernières estimations, ces maladies sont responsables de 60 % des décès dans le monde, dont 80 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'incidence augmente rapidement dans les populations pauvres et défavorisées, contribuant à élargir les écarts en matière de santé entre pays et à l'intérieur de ceux-ci.
- *Années de vie ajustées sur l'incapacité liée à la cécité et à la surdité évitables.* Pour la première fois, une réduction de la charge mondiale de la cécité et de la déficience visuelle a été enregistrée, qui est due principalement aux progrès accomplis dans la mise en œuvre de programmes particuliers. Toutefois, de nouvelles données ont révélé que 153 millions de personnes souffriraient d'une déficience visuelle due à des défauts de réfraction non corrigés. Des progrès importants ont été faits dans la collecte de données relatives à la surdité et à la déficience auditive.

Principales réalisations

- Des stratégies et des cadres régionaux ont été élaborés et approuvés dans trois Régions : la stratégie européenne de lutte contre les maladies non transmissibles, un cadre intégré pour la surveillance des maladies non transmissibles dans la Région de l'Asie du Sud-Est et un cadre général d'action contre les maladies non transmissibles dans le Pacifique, dans la Région du Pacifique occidental.
- Le domaine de la lutte contre les maladies non transmissibles a fait l'objet d'un engagement politique de haut niveau sur le plan régional et sous-régional, comme en témoignent le Sommet des chefs de gouvernement de la Communauté des Caraïbes, la Déclaration des Seychelles et la Conférence ministérielle européenne de lutte contre l'obésité. De nombreux partenaires ont été mobilisés dans le cadre de diverses initiatives, telles que l'initiative Trans Fat Free (contre les acides gras trans) dans la Région des Amériques et la Charte européenne de la santé cardiaque.
- La collecte de données sur les facteurs de risque dans le cadre des enquêtes STEPS a progressé dans la plupart des Régions.
- Un nombre croissant de pays ont mis au point des politiques, des plans et des programmes nationaux pour lutter contre les maladies non transmissibles. Une assistance technique a été fournie aux Etats Membres pour qu'ils renforcent leur capacité de lutte contre les maladies non transmissibles, notamment à travers la formation d'administrateurs de programme et de hauts responsables de la santé.
- Les activités en matière de prévention de la cécité ont progressé dans toutes les Régions, en particulier avec l'élaboration de plans d'action nationaux. Une évaluation épidémiologique de la déficience auditive a été menée dans la plupart des Régions et l'étendue et la nature du problème sont désormais plus précisément connues.

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

Fourniture d'un soutien aux pays pour les aider à définir leurs politiques et stratégies de prévention et de prise en charge des maladies chroniques non transmissibles au niveau national, et à intégrer la prévention primaire et secondaire dans les systèmes de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles qui ont utilisé les directives de l'OMS pour intégrer la prévention primaire et secondaire et la prise en charge des maladies chroniques non transmissibles dans les services de santé	0	20	La diffusion de principes directeurs OMS s'est déroulée comme prévu. Ceux-ci sont utilisés dans la plupart des Etats Membres
Analyse de l'état actuel des maladies chroniques non transmissibles, et de la lutte contre ces maladies, leur prévention et leur prise en charge	Rapport mondial sur les maladies chroniques non transmissibles (2005)	Rapport de suivi sur les maladies chroniques non transmissibles (2006)	Sept versions supplémentaires du rapport ont été publiées



Pleinement atteint. Plusieurs lignes directrices et rapports techniques ont été rédigés, notamment : des lignes directrices sur la définition du diabète,¹ un rapport sur la prévention du diabète et de ses complications,² des principes directeurs pour la prise en charge des anomalies congénitales et des troubles de l'hémoglobine,³ un guide de prise en charge des troubles de l'hémoglobine,⁴ un guide de prise en charge des malformations congénitales,⁵ le rapport final du projet WRIGHT,⁶ un guide de poche assorti de diagrammes de prédiction du risque cardio-vasculaire pour l'évaluation et la prise en charge de risque cardio-vasculaire,⁷ et un rapport sur les maladies respiratoires chroniques : surveillance, prévention et lutte mondiale.⁸ Un soutien technique a continué d'être apporté aux Etats Membres pour la prévention et la prise en charge intégrées des maladies chroniques non transmissibles. Le rapport sur les maladies chroniques non transmissibles⁹ a été traduit en chinois, espagnol, français, italien, portugais et russe et utilisé pour accroître la sensibilisation lors de manifestations régionales et nationales au Brésil, au Canada, au Chili, en Chine, en Egypte, aux Fidji, en Finlande, en Grèce, en Inde, en Malaisie, aux Maldives, au Népal, en République islamique d'Iran, à Singapour, en Suisse et en Thaïlande.

Sensibilisation et aide à l'élaboration de stratégies multisectorielles et de plans d'action pour l'alimentation et l'exercice physique dans les pays prioritaires

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de pays cibles dotés de stratégies multisectorielles et de plans d'action en matière d'alimentation et d'exercice physique conformément aux recommandations de l'OMS	0 %	10 %	Plus de 25 pays (13 %)



Pleinement atteint. Bien que l'application de la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé ait été lente, principalement en raison de contraintes financières, des progrès ont été faits dans toutes les Régions et plusieurs plans élaborés par les Etats Membres ont été mis en oeuvre. Dans la Région africaine, 26 % des Etats Membres appliquent la Stratégie mondiale ; dans la Région des Amériques, 55 % ont adopté des stratégies multisectorielles ; dans la Région européenne, pratiquement tous les pays sont dotés de politiques en matière d'alimentation et/ou de nutrition, au moins 26 % ont établi des plans concernant l'exercice physique et/ou l'obésité, et au moins 52 % se sont dotés de stratégies concernant l'alimentation et/ou l'exercice physique ; dans la Région de l'Asie du Sud-Est, des plans d'action nationaux reposant sur la Stratégie mondiale ont été formulés dans 35 % des Etats Membres ; et pratiquement tous les pays et territoires de la Région du Pacifique occidental ont participé à des ateliers visant à promouvoir et à soutenir la mise en oeuvre de plans reposant sur la Stratégie mondiale.

¹ *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a World Health Organization/International Diabetes Federation consultation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

² *Prevention of diabetes mellitus and its complications*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse).

³ *Management of birth defects and haemoglobin disorders*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006, pp. 1-27.

⁴ *Management of haemoglobin disorders*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (à paraître), pp. 1-84.

⁵ *Addressing the global challenges on craniofacial anomalies*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006, pp. 1-131.

⁶ *WHO Research into Global Hazards of Travel (WRIGHT) Project: final report of phase 1*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

⁷ *Prévention des maladies cardio-vasculaires : guide de poche pour l'évaluation et la prise en charge du risque cardio-vasculaire*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008.

⁸ *Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

⁹ *La prévention des maladies chroniques : un investissement vital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

Fourniture d'un appui visant à renforcer la capacité des pays cibles d'éliminer les troubles visuels et auditifs évitables constituant un problème de santé publique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays mettant en oeuvre des plans nationaux pour éliminer les troubles visuels et auditifs évitables constituant un problème de santé publique conformément à la stratégie de l'OMS	60	120	154 pays : 89 comités nationaux VISION 2020 ont été créés et 65 plans nationaux VISION 2020 ont été élaborés



Pleinement atteint. Tous les pays cibles ont intégré des mesures de santé publique pour les troubles visuels et auditifs dans leurs politiques nationales de santé, comme prévu. Des principes directeurs sur la prévention de la déficience auditive au niveau des soins de santé primaires ont été publiés et des stratégies de prévention et de prise en charge de la rétinopathie diabétique ont été diffusées. La charge mondiale de morbidité a été actualisée au moyen de données récentes. Le renforcement des capacités a été soutenu dans le cadre d'alliances et de partenariats mondiaux tels que VISION 2020, l'initiative Le droit à la vue, l'Alliance pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020, l'initiative mondiale pour des soins auditifs dans les pays en développement ou l'initiative SightFirst des Lions Club International.

Fourniture de conseils appropriés et d'un soutien efficace pour la mise en place du cadre OMS de surveillance des maladies chroniques non transmissibles et de leurs facteurs de risque

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui collectent et analysent régulièrement les données concernant les maladies chroniques non transmissibles et leurs facteurs de risque et transmettent les résultats aux responsables politiques conformément aux recommandations de l'OMS	10	25	22 nouveaux pays (32 au total)
Nombre de pays parmi les pays à revenu faible ou intermédiaire initialement dotés d'un système de collecte de données de surveillance qui recueillent régulièrement des données de surveillance sur les maladies chroniques non transmissibles conformément aux recommandations de l'OMS	0	5	6 pays ont entrepris une nouvelle enquête sur les facteurs de risque de maladies non transmissibles au moyen de l'approche STEPwise de surveillance des facteurs de risque de maladies chroniques



Pleinement atteint. Vingt-deux nouveaux pays ont mis en place une première enquête pour la surveillance des facteurs de risque de maladies non transmissibles au moyen de l'approche STEPwise de la surveillance des facteurs de risque de maladies chroniques. Sur ces 22 pays, 14 ont achevé le travail sur le terrain et la gestion des données, et huit autres ont commencé à recueillir des données et menaient encore des activités sur le terrain à la fin de 2007. Seize autres pays ont commencé à planifier un tel système. En 2006-2007, l'OMS a élargi son soutien technique pour la surveillance des facteurs de risque de maladies non transmissibles à la Région des Amériques et les 10 premiers pays participants ont mis en route une enquête. Un soutien et des conseils techniques ont été fournis aux pays à travers une série de séances de formation technique : trois ateliers de formation sur la réalisation de l'enquête organisés par l'OMS ; cinq ateliers de formation à la gestion, à l'analyse et à la notification des données ; et huit ateliers de formation dans les pays soutenus par le Siège et les points focaux régionaux. Le matériel STEPS a été mis à disposition en plusieurs langues officielles des Nations Unies et le Manuel STEPS a été traduit en espagnol et en français.

Amélioration de la qualité, de la disponibilité, de la comparabilité et de la diffusion des données sur les maladies chroniques non transmissibles et leurs principaux facteurs de risque modifiables

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de données comparables sur les facteurs de risque de maladies chroniques non transmissibles dans le rapport sur la surveillance des facteurs de risque	Absence de données comparables pour les Etats Membres dans le premier rapport sur la surveillance des facteurs de risque	Données comparables pour tous les Etats Membres avec des projections sur la prévalence future dans le deuxième rapport sur la surveillance des facteurs de risque	Des données comparables pour tous les Etats Membres avec des projections sur la prévalence future existent en ce qui concerne le tabagisme, l'obésité et la surcharge pondérale, la pression artérielle systolique et le cholestérol total
Mise à disposition d'informations spécifiques complètes sur les maladies chroniques non transmissibles et leurs facteurs de risque dans les bases de données mondiales de l'OMS	Mise à disposition d'informations normalisées sur les accidents vasculaires cérébraux et le diabète dans la base de données mondiale de l'OMS	Mise à disposition d'informations normalisées sur les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, la santé bucco-dentaire, les maladies respiratoires, les maladies génétiques, la cécité et la surdité dans la base de données mondiale de l'OMS	Mise à disposition d'informations normalisées sur toutes les maladies et affections visées



Pleinement atteint. En raison de ressources limitées, on ne disposait pas d'informations sur toutes les maladies non transmissibles. On a continué à élargir l'InfoBase mondiale de l'OMS qui contient des informations complètes sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque. Elle contient plus de 500 000 entrées provenant de plus de 9000 sources. Une version améliorée a été lancée en juin 2007.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- La méconnaissance de l'ampleur du problème posé par les maladies non transmissibles et des solutions existantes fait que le soutien politique et les ressources dans ce domaine sont limités. Même dans les pays où l'intérêt pour les maladies non transmissibles augmente, les ressources restent encore insuffisantes. En outre, une approche fragmentaire, tant à l'échelle des pays qu'à celle de l'OMS, fait qu'il est plus difficile d'apporter la réponse voulue au problème.
- Des partenariats et une collaboration multisectoriels sont essentiels pour le succès des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles. Or les administrateurs de la santé et les partenaires extérieurs au secteur de la santé n'ont que des moyens limités lorsqu'il s'agit de mettre en oeuvre des programmes publics orientés sur la santé pour lutter contre les maladies non transmissibles. Le renforcement des capacités nationales de prévention et de lutte et l'intégration du traitement des maladies non transmissibles dans les services de soins de santé primaires demandent du temps. L'évaluation et le suivi sont également essentiels.
- Une évaluation positive de la stratégie utilisée pour lutter contre les maladies non transmissibles dans la Région du Pacifique occidental a permis de vérifier l'utilité des approches suivies, à savoir : l'élaboration de plans nationaux ; l'établissement de systèmes de surveillance ; la promotion de modes de vie sains et d'environnements propices ; et le renforcement des services cliniques préventifs.

- L'utilisation d'une approche progressive lorsque l'on travaille avec les pays permet à l'évidence d'accroître la crédibilité des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles, surtout là où la sensibilisation et les ressources sont très limitées. La formulation de politiques, de stratégies et de plans nationaux pour une lutte intégrée contre les maladies non transmissibles est un premier pas important en vue de l'extension des programmes.
- La création de postes de cadres au niveau national est un moyen efficace d'améliorer la coordination et le suivi des activités en matière de maladies non transmissibles au niveau des pays.

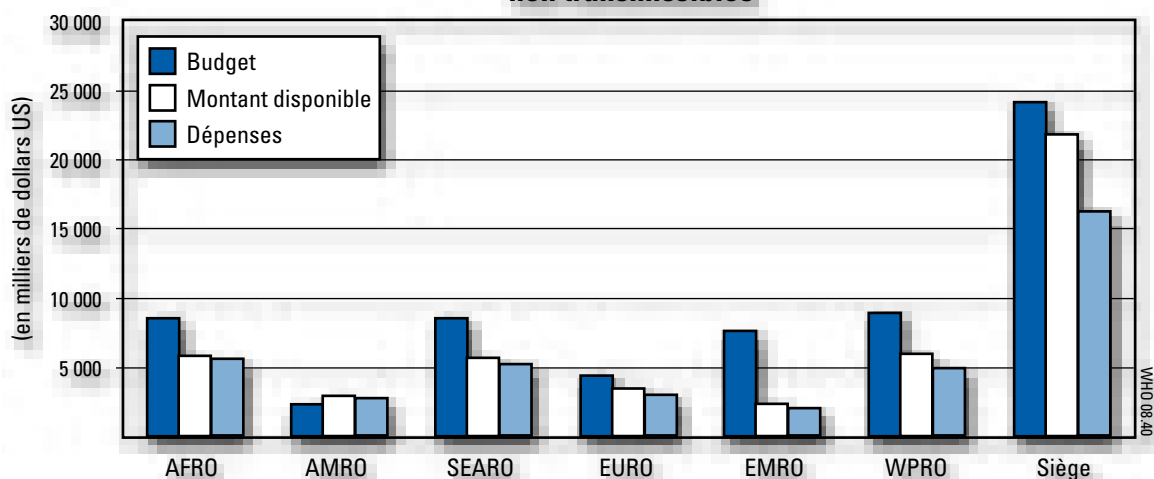
Mesures requises :

- Renforcer l'engagement politique en faveur de l'élaboration de programmes de lutte contre les maladies non transmissibles couvrant légalement la santé bucco-dentaire, la cécité et la surdité.
- Elaborer des initiatives importantes en matière de mobilisation des ressources associant les gouvernements, le secteur privé et la société civile. Ces initiatives devraient comprendre une campagne de sensibilisation et de communication visant à atteindre des publics à l'intérieur comme à l'extérieur aux niveaux national, sous-régional et régional. Elles devraient également s'appuyer sur les mouvements d'intégration politique au niveau sous-régional et sur les sommets régionaux. La participation de secteurs autres que le secteur de la santé est essentielle si l'on veut poursuivre les progrès en matière de lutte contre les maladies non transmissibles.
- Continuer de fournir un soutien technique à la formulation, à la mise en oeuvre, au suivi et à l'évaluation des politiques, des stratégies et des plans nationaux en matière de lutte contre les maladies non transmissibles, ainsi qu'à la mise en place d'infrastructures et à la mobilisation des ressources humaines et financières. Le recrutement de cadres nationaux chargés de la lutte contre les maladies non transmissibles dans les bureaux de pays devrait être considéré comme prioritaire.
- Renforcer les moyens techniques des bureaux régionaux en matière de santé oculaire, de déficience auditive et autres incapacités. Bien que la cécité ne figure pas dans toutes les stratégies de coopération avec les pays, elle est considérée comme un domaine prioritaire et devrait donc bénéficier d'un soutien accru.
- Mettre en place des systèmes de surveillance et d'information et établir des liens avec d'autres sources d'information telles que le site Web de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé, et renforcer l'appui en faveur d'activités de sensibilisation, de planification, de suivi et d'évaluation.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	7 641	859	8 500	4 796	1 031	5 827	68.6%	4 763	761	5 524	94.8%	65.0%
AMRO	1 898	463	2 361	2 422	502	2 924	123.8%	2 367	362	2 729	93.3%	115.6%
SEARO	5 204	3 296	8 500	5 007	606	5 614	66.0%	5 008	164	5 172	92.1%	60.8%
EURO	1 792	2 508	4 300	1 991	1 415	3 406	79.2%	1 991	933	2 924	85.8%	68.0%
EMRO	2 715	4 786	7 501	1 337	1 041	2 378	31.7%	1 337	702	2 039	85.7%	27.2%
WPRO	4 611	4 228	8 839	3 884	2 081	5 965	67.5%	3 884	981	4 865	81.6%	55.0%
Total partiel Régions	23 861	16 140	40 001	19 437	6 677	26 114	65.3%	19 350	3 903	23 253	89.1%	58.1%
Siège	6 867	17 235	24 102	6 601	15 188	21 789	90.4%	6 601	9 534	16 135	74.1%	66.9%
Total	30 728	33 375	64 103	26 038	21 865	47 903	74.7%	25 951	13 437	39 388	82.2%	61.4%

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



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

SANTÉ MENTALE ET TOXICOMANIES (MNH)

Objectif(s) de l'OMS

Faire en sorte que la santé mentale et les conséquences de la toxicomanie soient pleinement prises en compte dans les considérations relatives à la santé et au développement, élaborer et mettre en œuvre des mesures rentables pour faire face à la charge des troubles mentaux et neurologiques et des troubles dus aux toxicomanies et promouvoir la santé mentale.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Proportion de pays qui ont renforcé les politiques et les services en vue de réduire la charge des troubles mentaux et neurologiques ou liés aux toxicomanies et de promouvoir la santé mentale.* Un nombre croissant de pays ont entrepris de renforcer leurs politiques et leurs services de soins en faveur des personnes souffrant de troubles mentaux et neurologiques ou liés aux toxicomanies, et ce en grande partie grâce aux activités de sensibilisation entreprises par l'OMS au cours des deux précédents exercices biennaux. Des progrès notables ont été enregistrés à cet égard dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.
- *Proportion de pays qui ont pris des mesures spécifiques pour protéger les droits des personnes souffrant de troubles mentaux et neurologiques ou liés aux toxicomanies.* Les pays prennent des mesures spécifiques pour protéger les droits des personnes souffrant de troubles mentaux et neurologiques ou liés aux toxicomanies, notamment en adoptant des réformes législatives, des mesures visant à améliorer le respect des droits de l'homme et des activités de formation destinées aux personnels soignants. Certains projets, comme l'initiative « chain-free », contribuent à sensibiliser l'opinion et encouragent des activités novatrices.
- *Proportion de pays qui ont mis en œuvre des stratégies d'intervention fondées sur des données factuelles et d'un bon rapport coût/efficacité pour promouvoir la santé mentale, prévenir et traiter les troubles mentaux et neurologiques et les troubles liés aux toxicomanies.* Les pays ont plus souvent recours à des stratégies d'intervention fondées sur des données factuelles pour la prévention et la prise en charge des troubles mentaux et neurologiques ou liés aux toxicomanies. Plusieurs publications consacrées à ces affections, notamment les rapports sur le projet consacré aux priorités en matière de lutte contre les maladies et la série d'articles du Lancet consacrés à la santé mentale dans le monde, produites avec la collaboration de l'OMS, ont permis de recueillir une grande quantité de données scientifiques. D'autres documents normatifs et explicatifs de l'OMS sur divers troubles et affections ont aussi facilité ce processus.

Principales réalisations

- Le Siège et les bureaux régionaux et de pays ont travaillé de concert pour obtenir des informations et des données factuelles essentielles à l'élaboration de politiques et de plans de prévention et de prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés aux toxicomanies.
- L'appui technique fourni aux Etats Membres a grandement bénéficié en qualité et en quantité de la publication de recommandations relatives aux troubles mentaux, neurologiques et liés aux toxicomanies.
- L'OMS a joué un rôle décisif dans la protection des droits de l'homme des personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques ou liés aux toxicomanies.
- L'OMS apparaît désormais comme l'Organisation de référence pour les données scientifiques et les résultats de recherche sur les aspects des troubles mentaux, neurologiques ou liés aux toxicomanies qui relèvent de la santé publique.
- Les efforts déployés par l'OMS ont servi à mettre en évidence la nécessité d'instaurer des services de santé mentale à base communautaire dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

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

Fourniture d'un soutien aux pays prioritaires et aux pays confrontés à des situations d'urgence complexes en vue du renforcement des capacités institutionnelles et en vue d'élaborer et de mettre en oeuvre des politiques et des plans de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays bénéficiant d'un soutien de l'OMS ayant élaboré des politiques et des plans en matière de santé mentale (y compris s'agissant de l'alcoolisme et des drogues illicites) assortis d'objectifs réalisables	45	69	70
Nombre de pays visés qui ont bénéficié d'un soutien de l'OMS pour traiter des conséquences des situations d'urgence sur la santé mentale	18	30	36



Pleinement atteint. L'OMS a fourni un appui aux pays dans toutes les Régions en publiant des documents techniques, en organisant des consultations et des ateliers, en révisant des documents stratégiques et en sensibilisant les responsables politiques afin de les aider à élaborer des politiques et des plans d'action pour le traitement des troubles mentaux et des toxicomanies. La mise en place et la gestion de réseaux de pays dans une même Région, comme le Réseau de la santé mentale des Iles du Pacifique (qui englobe 14 pays) et le Réseau sanitaire de l'Europe du Sud-Est, se sont avérées une stratégie efficace dont le succès s'explique en grande partie par l'excellente collaboration entre le Siège et les bureaux régionaux et de pays. Des progrès notables ont aussi été accomplis dans l'assistance fournie aux pays pour les aider à gérer les répercussions des situations d'urgence sur la santé mentale. C'est ainsi que le Sri Lanka a pu renforcer ses politiques et ses services de santé mentale en cas de catastrophe, en vue de mettre en oeuvre des réformes bien nécessaires. L'OMS a collaboré avec d'autres institutions du système des Nations Unies et des organisations humanitaires à l'élaboration des lignes directrices du Comité permanent interorganisations relatives à la santé mentale et au soutien psychosocial en situation d'urgence et pour l'octroi d'une assistance à certains pays. L'adoption de mesures d'urgence est toujours entravée par l'insuffisance des ressources financières et humaines disponibles.

Fourniture d'un soutien aux pays afin de les aider à élaborer une législation en matière de santé mentale, à protéger les droits de personnes souffrant de troubles mentaux et neurologiques et de troubles liés aux toxicomanies, et à réduire la stigmatisation et la discrimination

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant bénéficié d'un soutien de l'OMS qui ont revu ou mis à jour leur législation en matière de santé mentale et/ou mis en place des projets visant à surveiller la situation des droits de l'homme	34	52	55



Pleinement atteint. Les activités de l'OMS ont été facilitées par l'élaboration des guides contenant des modules sur la législation relative à la santé mentale et sur les droits de l'homme des personnes souffrant de troubles mentaux. Ces documents normatifs ont été utiles aux pays pour l'élaboration d'une législation sur la santé mentale et la mise en place d'autres mécanismes de protection des droits de l'homme des personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques ou liés à la toxicomanie. En outre, des professionnels des soins de santé mentale ont reçu une formation destinée à élargir leurs connaissances et à leur permettre de conseiller les pays dans l'adoption ou la réforme de dispositions législatives. Le lancement de l'initiative « chain-free » dans la Région de la Méditerranée orientale a aussi eu pour effet de concentrer l'attention sur les aspects liés aux droits de l'homme. Les délais constatés au niveau ministériel s'expliquent par le temps nécessaire pour l'adoption d'une législation nationale.

Renforcement des services, du potentiel de recherche et des systèmes d'information en matière de santé mentale et de toxicomanies dans les Etats Membres

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dans lesquels la performance des systèmes et services de santé mentale a été désignée comme prioritaire dans le cadre de référence de l'OMS	22	39	54
Nombre de bases de données mondiales révisées et actualisées sur la base de données fournies par les pays et ventilées par sexe	4	9	9



Pleinement atteint. Les Etats Membres disposent de capacités accrues en matière de recherche et d'évaluation des services. L'utilisation de l'instrument OMS d'évaluation des systèmes de santé mentale (WHO-AIMS) s'étant répandue dans toutes les Régions, les pays ont désormais accès à des données qui, de surcroît, sont comparables d'un pays à l'autre. L'utilisation élargie de cet instrument a été rendue possible par une étroite collaboration entre le Siège et les bureaux régionaux et de pays, qui a aussi favorisé une révision et une mise à jour des bases de données mondiales, dans lesquelles on trouve maintenant des informations extrêmement précises sur les troubles mentaux et neurologiques et les troubles consécutifs aux toxicomanies. Deux nouvelles publications intitulées : *Atlas: nurses in mental health*¹ et *Atlas: global resources for persons with intellectual disability*² se fondent sur des données provenant de ces bases de données. La base de données sur l'alcoolisme dans le monde a été mise à jour et peut être consultée sur le site Web de l'OMS.

Fourniture d'un soutien afin d'améliorer la capacité des pays à élaborer des stratégies fondées sur des données factuelles ainsi que des programmes et des interventions visant à prévenir et traiter les troubles mentaux et neurologiques, y compris les comportements suicidaires

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage d'épileptiques non traités dans des pays déterminés	80 %	60 %	N'a pas pu être évalué
Nombre de pays bénéficiant d'un soutien de l'OMS qui ont élaboré des interventions sexospécifiques efficaces pour prévenir les comportements suicidaires et/ou prendre en charge les troubles mentaux et neurologiques	27	51	65



Partiellement atteint. Il n'a pas été possible de recueillir des informations fiables sur le pourcentage d'épileptiques non traités dans des pays déterminés, faute de méthodes scientifiques valables d'évaluation de l'absence de traitement. Cependant, des progrès ont été réalisés dans l'appui fourni aux Etats Membres pour la planification de stratégies, de programmes et d'interventions reposant sur des bases factuelles visant à prévenir les suicides ainsi que pour le dépistage précoce et le traitement de l'épilepsie, des troubles mentaux et des troubles liés aux toxicomanies. Le renforcement des partenariats entrepris dans le cadre de la campagne mondiale de lutte contre l'épilepsie et de prévention du suicide a permis d'obtenir des résultats améliorés dans ces domaines. La publication de la série d'articles du Lancet consacrés à la santé mentale dans le monde a permis de recueillir de nouvelles données scientifiques que les Etats Membres peuvent utiliser.

¹ *Atlas: nurses in mental health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

² *Atlas: global resources for persons with intellectual disability*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

Fourniture aux pays d'un soutien et de recommandations pour l'élaboration de stratégies, de programmes et d'interventions fondés sur des données factuelles pour prévenir et traiter les troubles liés aux toxicomanies et réduire les conséquences sanitaires et sociales défavorables de la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays bénéficiant d'un soutien de l'OMS qui ont formé du personnel et élaboré des programmes adaptés pour la prévention et le traitement des troubles liés aux toxicomanies, en les intégrant aux soins de santé primaires	18	31	40
Nombre de pays bénéficiant d'un soutien de l'OMS qui ont amélioré la couverture et la qualité des traitements de la pharmacodépendance en les axant sur la prévention du VIH et les soins aux toxicomanes par voie intraveineuse	6	21	21



Pleinement atteint. L'OMS a été en mesure de répondre de manière systématique à un nombre croissant de demandes provenant des pays sur la prévention et la prise en charge des problèmes et des troubles associés aux toxicomanies. Elle a été aidée en cela par un certain nombre de documents normatifs et de guides récemment publiés. L'inclusion des agonistes des opioïdes dans la liste de médicaments essentiels de l'OMS a en outre permis aux Etats Membres d'étendre les services aux personnes toxicomanes. L'existence d'une stratégie mondiale de l'OMS sur l'alcoolisme les aiderait à concevoir des stratégies nationales visant à prévenir les conséquences sanitaires et sociales indésirables de la consommation d'alcool.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Il est essentiel que l'OMS soit en mesure de continuer à recueillir des informations et des données factuelles et à élaborer des normes et des lignes directrices afin d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés en ce qui concerne les troubles mentaux et neurologiques et les troubles liés aux toxicomanies.
- Une présence renforcée de l'OMS au niveau sous-régional en la personne d'un conseiller sous-régional a permis d'offrir un appui solide aux Etats Membres.
- Les situations d'urgence et de crise sont l'occasion de réformer et de renforcer les systèmes de santé mentale dans les pays et les Régions.
- Les droits de l'homme des personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et des troubles liés aux toxicomanies ainsi que l'interface entre ces troubles et le développement économique et social sont des domaines importants dans lesquels l'adoption de mesures s'impose au niveau des pays.

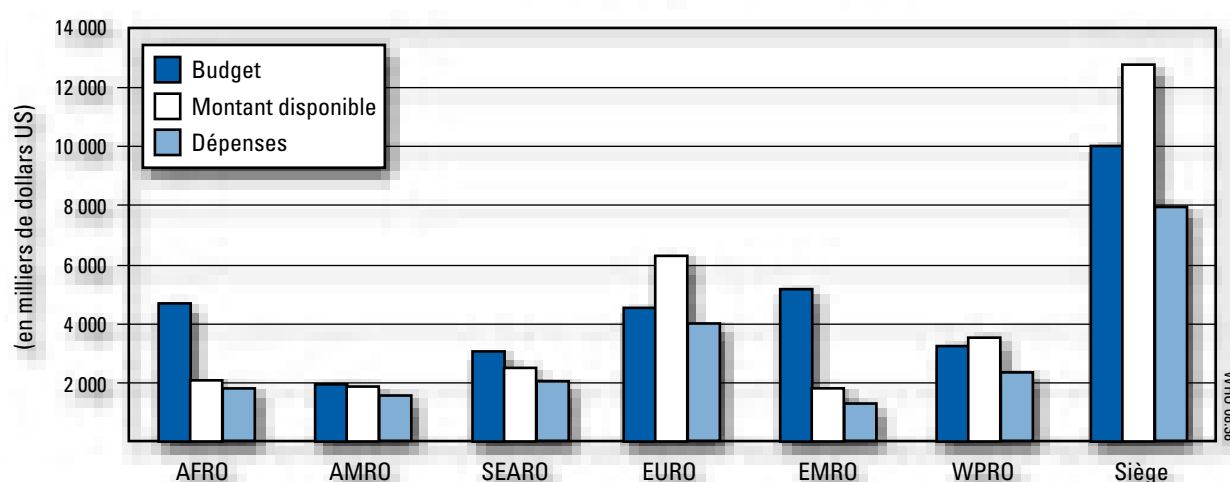
Mesures requises :

- Continuer à diffuser des informations, des données factuelles et des recommandations sur les troubles mentaux, neurologiques ou liés aux toxicomanies au niveau mondial.
- Accorder la priorité au recrutement de ressources humaines spécialisées dans la santé mentale à l'échelon sous-régional.
- Fournir une assistance accrue dans le domaine de la santé mentale aux pays affectés par les situations d'urgence et de crise.
- Poursuivre ses activités de sensibilisation aux droits de l'homme des personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques ou liés aux toxicomanies et aux questions de développement.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Santé mentale et toxicomanies												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	2 530	2 150	4 680	1 390	615	2 005	42.8%	1 389	378	1 767	88.1%	37.8%
AMRO	1 537	338	1 875	1 091	731	1 823	97.2%	1 045	478	1 523	83.6%	81.2%
SEARO	1 403	1 597	3 000	1 279	1 235	2 513	83.8%	1 279	743	2 022	80.5%	67.4%
EURO	1 067	3 433	4 500	1 081	5 140	6 221	138.2%	1 081	2 886	3 967	63.8%	88.2%
EMRO	878	4 222	5 100	987	730	1 717	33.7%	987	321	1 308	76.2%	25.6%
WPRO	1 174	2 026	3 200	995	2 487	3 482	108.8%	995	1 278	2 273	65.3%	71.0%
Total partiel Régions	8 589	13 766	22 355	6 823	10 938	17 762	79.5%	6 776	6 084	12 860	72.4%	57.5%
Siège	4 183	5 726	9 909	4 019	8 750	12 769	128.9%	3 962	3 920	7 882	61.7%	79.5%
Total	12 772	19 492	32 264	10 842	19 688	30 530	94.6%	10 738	10 004	20 742	67.9%	64.3%

Santé mentale et toxicomanies



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

SANTÉ GÉNÉSIQUE (RHR)

Objectif(s) de l'OMS

Faire en sorte que la gamme la plus large possible de services de santé sexuelle et génésique sûrs et efficaces soit fournie dans l'ensemble du système de santé et intégrée dans les soins de santé primaires.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Nombre de pays qui intègrent complètement la santé sexuelle et génésique dans la planification et la budgétisation nationales.* Le niveau de variations interrégionales en ce qui concerne l'intégration des services de santé sexuelle et génésique dans la planification et la budgétisation nationales reste élevé. Dans la Région des Amériques, l'intégration a été réalisée dans huit pays, tandis que, dans la Région africaine, ils ne sont que six. Dans les Régions de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, l'intégration est désormais réalisée pratiquement partout.
- *Nombre de pays qui signalent au moins un des indicateurs indirects sur l'utilisation des services de santé sexuelle et génésique.* La majorité des pays ont signalé au moins un des indicateurs de substitution suivants dans le cadre révisé de suivi des objectifs du Millénaire pour le développement : proportion d'accouchements pratiqués par un professionnel de santé qualifié (195 pays) ; soins prénatals dispensés au moins à quatre reprises par un professionnel de santé qualifié (96 pays) ; prévalence de la contraception (108 pays) ; et besoins de planification familiale non satisfaits (79 pays).

Principales réalisations

- En 2006, la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la stratégie mondiale OMS de lutte contre les infections sexuellement transmissibles : 2006-2015.¹ En 2007, un plan d'action mondial pour la mise en œuvre de la stratégie a été établi et des plans d'action régionaux sont élaborés en conséquence.
- La mise en œuvre de la première stratégie mondiale de l'OMS en matière de santé génésique² s'est poursuivie pendant toute la durée de l'exercice, notamment avec la préparation de plans de pays. Les efforts régionaux tels que le Plan d'action africain de Maputo ont apporté une contribution importante aux plans de pays.
- Les résultats d'une étude sur les mutilations sexuelles féminines et sur l'issue obstétricale ont été publiés en 2006 et ont bénéficié d'une large couverture médiatique.
- Le Programme OMS/FNUAP de partenariat stratégique a constitué un élément important de l'appui OMS aux pays dans les six Régions et a rencontré une approbation universelle dans les pays où il a été mis en œuvre.
- Des estimations mondiales, régionales et par pays de la mortalité maternelle ont été produites en collaboration avec l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale.³
- Les taux d'incidence mondiaux et régionaux pour l'avortement médicalisé et l'avortement à risque ont été publiés.⁴

¹ Résolution WHA59.19.

² Résolution WHA57.12.

³ Les résultats montrent qu'en 2005, 536 000 femmes sont mortes de causes maternelles contre 576 000 en 1990. La baisse du taux mondial de mortalité maternelle a été estimée à moins de 1 % par an entre 1990 et 2005. Aucune Région n'a atteint le pourcentage de 5,5 % de baisse annuelle nécessaire pour atteindre l'objectif 5 du Millénaire pour le développement, même si l'Asie orientale s'est rapprochée le plus de la cible avec un chiffre de 4,2 %.

⁴ Les nouvelles estimations montrent qu'on a enregistré 42 millions d'avortements en 2003, contre 46 millions en 1995, la moitié d'entre eux (20 millions) ayant été pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité. Jusqu'à 97 % des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité l'ont été dans des pays en développement.

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

Fourniture d'une orientation et d'un soutien adéquats pour améliorer les soins de santé sexuelle et génésique dans les pays en diffusant des normes fondées sur des données factuelles et les politiques correspondantes et des lignes directrices techniques et gestionnaires

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de documents d'orientation nouveaux ou actualisés destinés à soutenir les efforts déployés au niveau national pour améliorer la santé sexuelle et génésique validés et diffusés dans les pays	Portefeuille d'instruments et de normes existants	8 nouveaux ou actualisés	16 documents d'orientation fondés sur des données factuelles ont été rédigés et 34 ont été traduits dans des langues autres que l'anglais



Pleinement atteint. Des documents d'orientation ont été rédigés, notamment sur les sujets suivants : planification familiale,⁵ lutte contre le cancer du col,⁶ questions cliniques revenant le plus souvent au sujet de l'avortement médicalisé,⁷ la circoncision sous anesthésie locale et les tendances et déterminants mondiaux de la prévalence, sécurité et acceptabilité de la circoncision, et formation et aide à l'emploi en rapport avec les choix en matière de procréation et la planification familiale pour les personnes vivant avec le VIH, sous forme d'un outil de conseil.

Mise à disposition de données, produits et technologies nouveaux d'intérêt national et/ou mondial afin d'améliorer la santé sexuelle et génésique, et renforcement des capacités de recherche le cas échéant

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'études achevées sur les questions prioritaires liées à la santé sexuelle et génésique	Base de connaissances existantes	40 nouvelles études	35
Nombre d'examens systématiques nouveaux ou actualisés portant sur les meilleures pratiques, politiques et normes de soins	Portefeuille d'examens systématiques existants	15 examens systématiques nouveaux ou actualisés	36
Nombre de nouveaux centres de recherche renforcés grâce à un soutien au développement institutionnel d'ensemble	Plus de 100 centres bénéficiant du soutien du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine depuis 1972	6 nouveaux centres	15



Partiellement atteint. Un essai de phase III de l'undécanoate de testostérone comme contraceptif hormonal masculin portant sur 1000 couples chinois qui l'ont utilisé comme méthode de contraception pendant deux ans a été effectué. La méthode a été jugée acceptable : son utilisation n'a entraîné aucune réaction indésirable grave. En Afrique du Sud, en Inde, au Pérou et au Viet Nam, un essai contrôlé randomisé sur les antioxydants dans la prévention de la prééclampsie portant sur 1400 femmes a montré que la supplémentation en vitamines C et E avait peu de chances de diminuer le risque de prééclampsie. Un article sur la dynamique de la tension artérielle pendant la grossesse et les accouchements prématurés spontanés, fondé sur les données de l'essai OMS de la supplémentation en calcium pour la prévention de la prééclampsie chez des femmes enceintes dont l'apport en calcium dans l'alimentation était faible, a permis de mieux comprendre le phénomène. Des subventions destinées à renforcer la capacité de recherche ont été attribuées à 15 nouvelles institutions de toutes les Régions. A l'issue d'un essai contrôlé randomisé portant sur 2181 femmes, de nouvelles méthodes efficaces pour provoquer l'avortement par des moyens médicaux (non chirurgicaux) ont été répertoriées.

⁵ *Family Planning: a global handbook for providers*. Organisation mondiale de la Santé, Département Santé et recherche génésiques (OMS/RHR) et Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. Baltimore and Geneva, CCP and WHO, 2007.

⁶ *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

⁷ *Frequently asked clinical questions about medical abortion*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

Fourniture d'un soutien politique et technique aux pays concernant la conception et l'application de plans généraux qui permettront de mettre en place des soins de santé sexuelle et génésique de grande qualité, d'élargir l'accès à ces services, de renforcer les ressources humaines et d'accroître les moyens de suivi et d'évaluation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays visés dotés de stratégies et de plans nouveaux ou actualisés pour renforcer la mise en place de soins de santé sexuelle et génésique de grande qualité et élargir l'accès à ces services	20	20 autres	39
Nombre de pays ayant achevé des études de recherche opérationnelle pour évaluer les diverses approches de la fourniture de soins de santé sexuelle et génésique de grande qualité	25 au cours des deux périodes biennales précédentes	15 autres	15



Pleinement atteint. Afin de repositionner la planification familiale en Afrique, un « kit de promotion de la planification familiale » a été introduit dans le cadre de l'initiative de partenariat pour l'application des meilleures pratiques, en collaboration avec le Bureau régional de l'Afrique. Une conférence sur l'extension des meilleures pratiques en matière de planification familiale et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en Asie et au Proche-Orient a été suivie par 490 participants de 16 pays, qui ont répertorié les meilleures pratiques qu'ils souhaitaient voir étendre et ont formulé des plans initiaux. L'outil Implementing Best Practices Knowledge Gateway a fourni un soutien à l'apprentissage collectif et à l'échange de connaissances à travers des « communautés de pratique » virtuelles auxquelles ont participé plus de 10 000 membres de 193 pays.

Le N° 10 de la *Bibliothèque OMS de santé génésique* a été actualisé et complété par de nouvelles analyses et de nouveaux matériels vidéo et publié en anglais, chinois, espagnol, français et vietnamien.

Fourniture d'un soutien technique adéquat aux pays pour améliorer la santé sexuelle et génésique grâce aux mesures prises par les individus, les familles et les communautés

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays visés mettant au point des interventions nouvelles ou améliorées afin de favoriser les mesures prises aux niveaux individuel, familial et communautaire et améliorer ainsi la santé sexuelle et génésique	0 (nouveau domaine)	5	17



Pleinement atteint. Parmi les interventions menées aux niveaux familial et individuel figurent des activités d'éducation sanitaire, de communication et de conseil à l'appui de la santé sexuelle et génésique. Au niveau communautaire, les activités sont axées sur une sensibilisation et un appui accrus en matière de santé sexuelle et génésique et sur la stimulation de la demande de services de qualité, ainsi que sur l'élargissement de la participation communautaire au cycle de planification des programmes. Une série d'ateliers a été organisée dans la Région de l'Asie du Sud-Est et dans huit pays de la Région des Amériques pour promouvoir des interventions nouvelles ou améliorées visant à favoriser une meilleure santé sexuelle et génésique aux niveaux individuel, familial et communautaire.

Renforcement de la capacité des pays de recenser les obstacles opposés par la réglementation à la fourniture de soins de santé sexuelle et génésique de grande qualité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays visés ayant révisé leurs lois, réglementations et politiques nationales en vigueur concernant la santé sexuelle et génésique	2	3	18



Pleinement atteint. Un instrument visant à renforcer les lois et les politiques sur la base des droits humains en matière de santé de la mère et du nouveau-né a été appliqué au Brésil, en Indonésie et au Mozambique. Les lois, réglementations et politiques nationales en matière de santé sexuelle et génésique ont été révisées dans les Régions de l'Afrique, des Amériques et de l'Asie du Sud-Est, ainsi que dans la Région européenne.

Mobilisation et coordination de l'action entreprise au niveau international pour atteindre les objectifs internationaux en matière de développement relatifs à la santé génésique, y compris la surveillance mondiale

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Rapport mondial sur les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de développement internationaux portant sur la santé génésique soumis à l'Assemblée de la Santé	1	2	3 rapports ⁸



Pleinement atteint. L'OMS a continué de rédiger des rapports sur la situation de la santé sexuelle et génésique dans certains pays à l'intention des différents organes chargés du suivi des traités. Afin de fournir des orientations pratiques aux personnels de l'OMS participant à ce processus, un manuel sur la Convention relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a été publié. Une nouvelle déclaration interinstitutions sur l'élimination des mutilations sexuelles féminines a été préparée en collaboration avec diverses institutions des Nations Unies et d'autres partenaires. L'OMS a continué à participer au groupe interorganisations d'experts sur les indicateurs des objectifs du Millénaire pour le développement pour l'élaboration d'un nouveau cadre, qui a été présenté à l'Assemblée générale des Nations Unies en octobre 2007. Le cadre de suivi comporte désormais une nouvelle cible au titre de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement : « atteindre, d'ici à 2015, l'accès universel aux produits de santé en matière de procréation » assorti de quatre indicateurs : taux de prévalence de la contraception, taux de fécondité des adolescentes, couverture des soins prénatals et besoins non satisfaits de planification familiale.

⁸ Maternal mortality in 2005: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, and the World Bank. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007 ; Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5^e ed.. Genève, Organisation mondiale de la Santé (sous presse) ; et rapport de situation à l'Assemblée de la Santé sur la mise en oeuvre de la résolution WHA57.12 sur la stratégie OMS visant à accélérer les progrès en matière de santé génésique.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- La stratégie mondiale OMS pour la santé génésique a fourni une forte dynamique et un mandat solide pour une action intensifiée des bureaux régionaux et de pays et du Siège.
- Une bonne coordination avec le FNUAP, au niveau des pays en particulier, a eu un effet mobilisateur sur la collaboration technique et stratégique de l'OMS avec les pays à l'appui de la santé sexuelle et génésique.
- Le manque de fournitures et des prix inabordables pour certains produits de santé sexuelle et génésique restent des problèmes critiques. Des activités interinstitutions intensifiées concernant la sécurité d'approvisionnement en produits de santé génésique seront nécessaires pour y remédier.

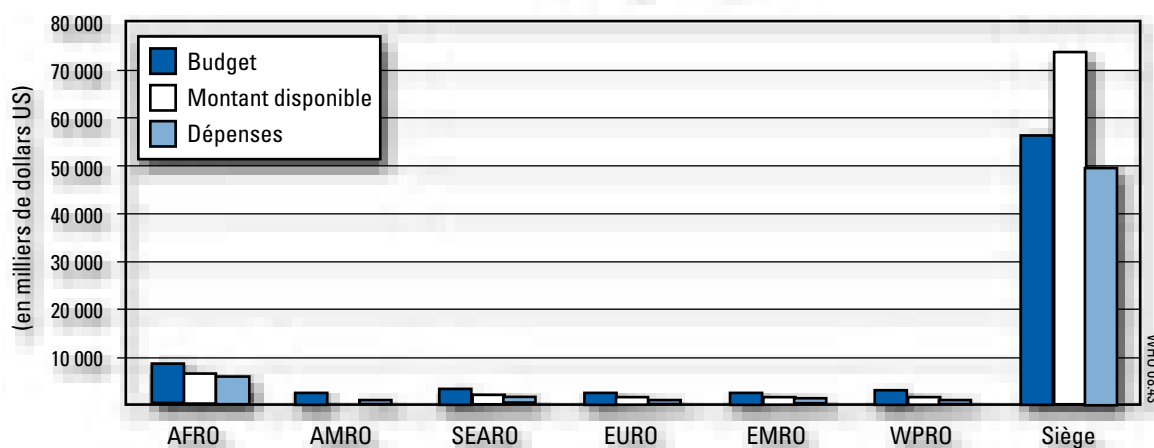
Mesures requises :

- Un effort soutenu de collecte de fonds en faveur de la santé sexuelle et génésique, recherche comprise, s'impose à l'échelle de l'Organisation.
- Un effort soutenu visant à élargir la diffusion des résultats de la recherche et à les traduire en mesures concrètes est nécessaire.
- Afin de suivre les progrès dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et autres objectifs internationaux du développement liés à la santé sexuelle et génésique, il faudrait renforcer et élargir les systèmes d'information existants.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Santé génésique												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	2 925	5 268	8 193	3 046	3 418	6 464	78.9%	3 040	2 560	5 600	86.6%	68.4%
AMRO	1 297	1 076	2 373	841	342	1 183	49.9%	779	219	998	84.3%	42.1%
SEARO	434	2 603	3 037	734	1 298	2 031	66.9%	734	1 140	1 874	92.3%	61.7%
EURO	71	1 829	1 900	231	858	1 089	57.3%	230	680	910	83.6%	47.9%
EMRO	105	2 007	2 112	805	688	1 493	70.7%	805	637	1 442	96.6%	68.3%
WPRO	102	2 918	3 020	168	1 151	1 319	43.7%	169	1 045	1 214	92.0%	40.2%
Total partiel Régions	4 934	15 701	20 635	5 825	7 755	13 580	65.8%	5 757	6 281	12 038	88.6%	58.3%
Siège	3 140	52 797	55 937	3 017	70 339	73 356	131.1%	2 940	46 244	49 184	67.1%	87.9%
Total	8 074	68 498	76 572	8 842	78 094	86 936	113.5%	8 697	52 525	61 222	70.4%	80.0%

Santé génésique



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

POUR UNE GROSSESSE A MOINDRE RISQUE (MPS)

Objectif(s) de l'OMS

Soutenir les efforts des pays pour mettre en oeuvre des interventions rentables de sorte que les systèmes de santé puissent proposer aux femmes et aux nouveau-nés un continuum de soins pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Proportion de femmes ayant consulté un agent qualifié au moins une fois pendant la période prénatale.* Plus de 85 % des femmes enceintes ont consulté un agent qualifié au moins une fois pendant la période prénatale.
- *Proportion de femmes ayant accouché en présence d'un agent qualifié.* A l'échelle mondiale, près de 70 % des accouchements se déroulent en présence d'un agent qualifié. Le nombre de femmes qui ont accouché en présence d'un agent qualifié a varié selon les six Régions. Dans la plupart des pays d'Europe, de nombreux pays d'Asie et certains pays du Moyen-Orient, la quasi-totalité des accouchements se déroulent en présence d'un agent qualifié. Cependant, on observe des variations considérables entre les zones urbaines et rurales ainsi qu'entre les catégories de la population à revenu élevé ou à faible revenu en ce qui concerne l'accès à des soins qualifiés pendant l'accouchement.

Principales réalisations

- Il y a eu une prise de conscience accrue, tant par la population que par les pouvoirs publics, de la nécessité d'améliorer la santé maternelle et néonatale et d'augmenter les fonds investis dans ce secteur par les donateurs bilatéraux et les pays.
- L'OMS a renforcé les effectifs de personnels qualifiés affectés à la mise en oeuvre du programme Pour une grossesse à moindre risque, déployés dans les bureaux de pays afin de dispenser en temps utile un soutien aux pays.
- L'intensification des activités de planification conjointe et de surveillance a eu pour effet d'améliorer la coordination en ce qui concerne la formulation des politiques, l'élaboration de stratégies et l'appui technique fourni aux pays.
- Les capacités nationales et institutionnelles ont été renforcées de manière à pouvoir multiplier les interventions axées sur l'amélioration de la survie et de la santé de la mère et du nouveau-né.

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

Fourniture d'un soutien technique pour l'élaboration de politiques, stratégies et normes en vue d'améliorer l'accès, la qualité et l'utilisation des services de santé maternelle et néonatale

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant établi des politiques et stratégies et adopté les normes de l'OMS pour l'amélioration de la santé maternelle et néonatale	20	50	75
Nombre de pays ayant commencé à intégrer les services de santé maternelle et néonatale aux programmes de lutte contre le paludisme et le VIH/sida et aux programmes de nutrition	15	35	37
Nombre de pays ayant atteint ou étant sur le point d'atteindre la cible relative à la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié	22	35	Plus de 80 pays



Partiellement atteint. Bien que les trois cibles aient été atteintes, les résultats n'ont pas été à la hauteur des attentes. Cela s'explique par des réalisations variables aux niveaux des Régions et des pays et par les niveaux de préparation différents des systèmes de santé, qui se répercutent fortement sur la qualité des soins et, donc, sur les résultats en matière de santé de la mère et du nouveau-né. La Thaïlande et le Botswana ont fait des progrès dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH grâce à l'assistance fournie par les services de santé maternelle. Il reste encore beaucoup à faire pour améliorer l'accès à des agents qualifiés pendant l'accouchement dans certains pays des Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental et dans les pays d'Afrique australe. Un grand nombre de pays, notamment en Afrique subsaharienne, ne sont pas près d'atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement relatif à l'amélioration de la santé maternelle en raison de graves pénuries de personnel, essentiellement dues à l'émigration. Les populations rurales et les communautés pauvres ont encore très difficilement accès à des soins qualifiés pendant l'accouchement. Les progrès qui sont intervenus dans ce domaine ont été facilités par la présence d'effectifs plus importants de personnels spécialisés dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays, qui dispensent en temps utile un appui aux pays et assurent des activités de suivi. L'amélioration de la compréhension et de la collaboration avec l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale, les organisations non gouvernementales et les organismes professionnels ont permis de fournir aux pays un appui de meilleure qualité en temps opportun. L'OMS travaille en étroite collaboration avec le Partenariat mondial pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

Fourniture aux pays d'un appui au renforcement des systèmes de suivi et d'évaluation des programmes de santé maternelle et néonatale et assistance pour mesurer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant établi un système de suivi de la santé maternelle et néonatale aux niveaux national et local	15	30	50



Partiellement atteint. Alors que les efforts déployés pour mettre en place des systèmes de suivi ont été accélérés et des processus connexes instaurés dans de nombreux pays, le résultat escompté n'a été que partiellement atteint. Cela est dû au temps nécessaire pour établir, produire et utiliser les données pour la prise de décisions. En outre, le suivi et la mesure des progrès exigent des systèmes d'appui à l'examen, au dialogue et au soutien technique. L'importance d'une surveillance de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale est de plus en plus reconnue. Le taux de mortalité maternelle et la proportion des accouchements suivis par un agent qualifié sont estimés et publiés à l'échelle mondiale. Des ateliers de formation ont été organisés pour renforcer les capacités au niveau du district en matière de collecte, d'analyse et d'utilisation de données aux fins de la planification des programmes. Bon nombre de pays ont commencé à faire procéder à des vérifications des décès maternels en vue d'améliorer leurs programmes de santé maternelle et néonatale. Bien que les résultats varient selon les Régions, elles ont toutes enregistré des progrès dans l'appui fourni aux pays pour l'amélioration de leur système de surveillance de la santé maternelle et néonatale. Les activités entreprises en collaboration avec les institutions des Nations Unies, y compris la Banque mondiale, ont aussi contribué aux progrès réalisés.

Recherche opérationnelle et collecte d'informations pour servir de base à la mise en oeuvre d'actions renforcées en vue d'améliorer la santé maternelle et néonatale

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant entrepris des études pour élargir les services de santé maternelle et néonatale	15	30	30



Pleinement atteint. L'OMS a collaboré avec des universités et des institutions des Etats-Unis d'Amérique et du Royaume-Uni à la réalisation de plusieurs études, notamment d'une étude de la comparaison des résultats obtenus avec le misoprostol et l'oxytocine en Inde pour la prise en charge de l'hémorragie du post-partum. Des études se fondant sur les résultats d'une enquête

mondiale sur les progrès de la surveillance de la grossesse dans les établissements de santé ont été entreprises dans 10 pays d'Afrique.

Davantage d'efforts de sensibilisation pour un engagement politique et financier et création de partenariats utiles susceptibles d'aider les pays à renforcer leurs services de santé maternelle et infantile

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de campagnes de sensibilisation menées aux niveaux international, régional et national	0	25	35
Nombre de partenariats avec plans d'action conjoints pour la santé maternelle et néonatale établis et/ou appuyés aux niveaux mondial, régional et national pendant la période biennale	10	30	38



Pleinement atteint. Diverses activités de sensibilisation ont été organisées au cours de l'exercice, notamment des ateliers destinés à des femmes parlementaires, un atelier pour les journalistes des différents médias et la Conférence Women Deliver, tenue à Londres en octobre 2007, à laquelle ont assisté des participants de plus de 90 pays, parmi lesquels figuraient 70 ministres et parlementaires. Grâce à des partenariats avec l'UNICEF, le FNUAP, la Banque mondiale, des banques de développement régionales, des organisations non gouvernementales, internationales et nationales, des organismes professionnels, des donateurs bilatéraux et d'autres institutions, un appui coordonné a été fourni aux pays pour les aider à élaborer des plans d'action communs. Par exemple, un atelier visant à améliorer la coordination de l'appui aux pays a été organisé avec l'assistance de la Swedish International Development Cooperation Agency, auquel ont participé des représentants de l'UNICEF, du FNUAP, du Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, de la Banque mondiale, de banques de développement régionales et de hauts fonctionnaires de 10 pays.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Il importe de disposer de suffisamment de personnels spécialisés au Siège et dans les bureaux régionaux et de pays pour pouvoir fournir aux pays l'appui technique et théorique dont ils ont besoin.
- La mise en place de partenariats efficaces permet de tirer le meilleur parti possible des ressources limitées et d'éviter au maximum les chevauchements d'activités.
- Une étroite collaboration avec des organismes professionnels, des experts nationaux, des décideurs et des membres de la société civile permet de multiplier les interventions visant à améliorer la santé et la survie de la mère et du nouveau-né.
- Des activités de planification conjointe et d'évaluation des programmes doivent être conduites en toute transparence au Siège et dans les bureaux régionaux et de pays pour garantir l'efficacité de la programmation et des mesures adoptées.

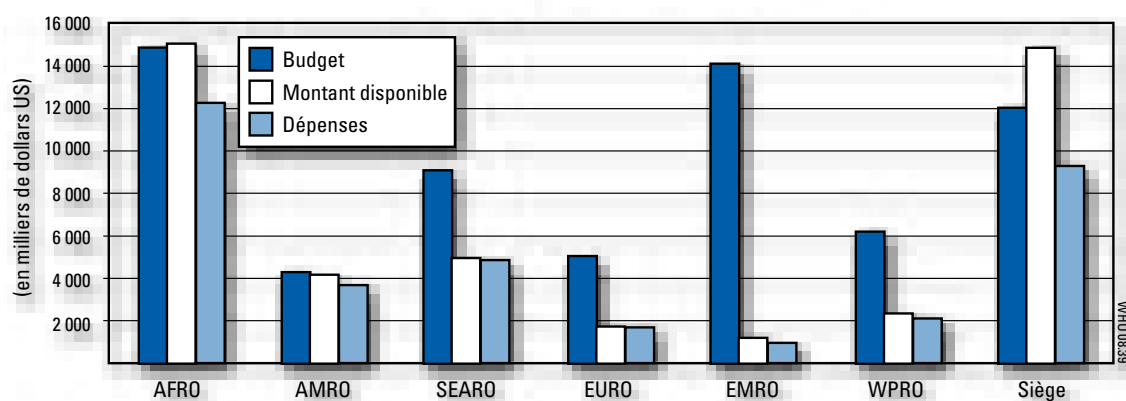
Mesures requises :

- Renforcer la capacité technique du personnel affecté au programme dans les bureaux régionaux et de pays et veiller à ce qu'il soit tenu au courant de tout élément nouveau.
- Déployer des efforts accrus de sensibilisation au problème de la survie et de la santé de la mère et du nouveau-né de façon que cette question continue de figurer dans la liste des priorités mondiales, régionales et nationales et attire les investissements nécessaires.
- Développer la collaboration Sud-Sud en renforçant la capacité institutionnelle et l'échange de données d'expérience.
- Renforcer encore les capacités au niveau du district en ce qui concerne le suivi de l'exécution des programmes de santé maternelle et néonatale et l'utilisation des données pour les activités de sensibilisation, la planification des programmes et l'amélioration globale des services.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Pour une grossesse à moindre risque												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	9 778	5 038	14 816	6 157	8 813	14 970	101.0%	6 151	6 050	12 201	81.5%	82.4%
AMRO	2 769	1 495	4 264	2 694	1 447	4 141	97.1%	2 647	1 007	3 654	88.2%	85.7%
SEARO	5 251	3 749	9 000	3 878	1 099	4 977	55.3%	3 878	1 007	4 885	98.2%	54.3%
EURO	1 242	3 708	4 950	704	1 046	1 750	35.4%	703	991	1 694	96.8%	34.2%
EMRO	2 358	11 643	14 001	569	576	1 146	8.2%	569	392	961	83.9%	6.9%
WPRO	2 038	4 082	6 120	1 753	504	2 258	36.9%	1 754	318	2 072	91.8%	33.9%
Total partiel Régions	23 436	29 715	53 151	15 755	13 485	29 240	55.0%	15 702	9 765	25 467	87.1%	47.9%
Siège	1 421	10 579	12 000	1 366	13 426	14 792	123.3%	1 366	7 856	9 222	62.3%	76.9%
Total	24 857	40 294	65 151	17 121	26 911	44 032	67.6%	17 068	17 621	34 689	78.8%	53.2%

Pour une grossesse à moindre risque



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

SANTÉ DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT (CAH)

Objectif(s) de l'OMS

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

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Proportion de cas de diarrhée et de pneumonie correctement pris en charge.* Cinquante-six pour cent des cas présumés de pneumonie vus par un dispensateur de soins compétent et 38 % des cas de diarrhée faisant l'objet d'une réhydratation orale avec poursuite d'une alimentation.¹
- *Proportion de jeunes ayant accès aux services de santé.* La collecte des données sur cet indicateur se poursuit et elles seront analysées et notifiées en 2010. Aucune mesure mondiale n'est disponible pour 2007.

Principales réalisations

- Dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement, davantage d'efforts ont été consacrés à continuer à focaliser l'attention de l'OMS, de ses partenaires et des pays sur les objectifs convenus d'un commun accord. Les efforts de suivi et d'évaluation ont été renforcés afin de suivre les progrès, en particulier ceux concernant les objectifs du Millénaire pour le développement portant sur la survie de l'enfant, le VIH/sida et les jeunes, et la nutrition.
- Des stratégies ont été élaborées au niveau national sur la base des stratégies régionales : la stratégie européenne pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, la stratégie pour la survie de l'enfant dans la Région africaine et celle du Pacifique occidental, une stratégie reposant sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans la Région de la Méditerranée orientale et une stratégie pour la santé néonatale dans la Région des Amériques. La plupart de ces stratégies ont été adoptées ou entérinées par les organismes partenaires, ce qui en accroît l'efficacité.
- La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant a progressé de façon importante dans toutes les Régions, comme en témoigne l'augmentation de la couverture géographique, et une importance accrue est accordée à la formation préalable, à l'amélioration des soins hospitaliers, à la santé du nouveau-né et aux interventions communautaires. La part importante des décès de nouveau-nés dans la mortalité générale des moins de cinq ans a amené à accorder davantage d'importance à la santé du nouveau-né.
- Les activités en matière de santé de l'adolescent à tous les niveaux ont été élargies à la suite de la publication d'un ensemble de recommandations baptisées « Steady Ready Go » (A vos marques, prêts, partez) publiées dans la Série de Rapports techniques de l'OMS² et de l'amélioration continue de la stratégie dite des « 4-S », approche en quatre volets comprenant : la collecte et la diffusion d'informations stratégiques ; l'élaboration de politiques de soutien fondées sur des données factuelles ; l'amélioration de la prestation des services de santé ; et la constitution de partenariats essentiels avec d'autres secteurs. Au niveau des pays, le principal objectif visé a été la mise en place de services de santé accueillants pour les adolescents et la possibilité d'atteindre les adolescents les plus exposés.

¹ La situation des enfants dans le monde. New York, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), 2007. Données 2000-2006.

² Ross, David A. et al. *Preventing HIV/AIDS in young people: a systematic review of the evidence from developing countries*. Genève, OMS, Série de Rapports techniques, N° 938, 2006.

- Les modes de dotation en personnel des bureaux régionaux témoignent de l'importance que l'OMS accorde désormais à ce domaine d'activité, par exemple avec la nomination de conseillers en santé de l'enfant et de l'adolescent dans toutes les Régions et d'administrateurs des programmes nationaux dans un nombre croissant de pays.

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

Prise en compte des questions intéressant la santé des enfants et des adolescents dans les rapports de pays et les recommandations du Comité sur les Droits de l'Enfant, et traduction de ces préoccupations dans les politiques, stratégies et plans d'action nationaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de rapports de pays du Comité sur les Droits de l'Enfant contenant des conclusions et des recommandations axées sur la santé et reflétant l'engagement de l'OMS	10	25	26
Nombre de pays qui procèdent à des évaluations des besoins et au renforcement des capacités sur la base des droits de l'enfant afin de traduire les recommandations relatives à la santé des enfants et des adolescents en politiques, stratégies et plans d'action	8	18	21



Pleinement atteint. Un fort intérêt et une forte demande pour un appui en ce qui concerne la mise en oeuvre des instruments relatifs aux droits de l'enfant et de l'adolescent se manifestent dans la plupart des Régions, en particulier dans les Régions africaine et européenne et dans la Région des Amériques. Dans cette dernière, la participation à tous les ateliers a dépassé les attentes ; le Bureau régional de l'Afrique a jugé les outils utiles pour aider les pays à aligner leurs stratégies sur la Convention relative aux droits de l'enfant ; les pays de la Région européenne tiennent compte des questions de santé dans les rapports qu'ils présentent au Comité sur les Droits de l'Enfant, et le Bureau régional du Pacifique occidental encourage l'utilisation de la Convention comme outil programmatique. Toutefois, les capacités et les ressources limitées ont restreint la contribution de l'OMS aux processus pertinents.

Appui technique et politique en vue de l'élaboration et de l'application de politiques, de stratégies et de normes améliorées visant à protéger les adolescents contre les maladies et les comportements et problèmes de santé qui présentent une menace pour la santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant élaboré ou mis en oeuvre des recommandations et des principes directeurs fondés sur des données factuelles en vue de la protection des adolescents contre les principales maladies et les comportements et problèmes de santé qui présentent une menace pour la santé	30	40	58



Pleinement atteint. Dans la Région européenne, un appui a été fourni à 15 pays pour l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques et de stratégies. Au titre de l'approche de la prise en charge intégrée des besoins de l'adolescent suivie par l'OPS, plus de 300 professionnels ont été formés et une base de données concernant les adolescents a été compilée. Le Bureau régional de l'Afrique a élargi la mise en oeuvre de services de santé accueillants pour les adolescents dans 38 pays, et le Bureau régional du Pacifique occidental a fourni un soutien direct à au moins six pays et formé le personnel régional et des pays aux méthodes et instruments disponibles pour soutenir la stratégie des « 4-S ». Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a élaboré une stratégie régionale et préparé des profils nationaux et des fiches sur la santé des adolescents. Certaines Régions sont désormais dotées de conseillers régionaux possédant les compétences voulues et chargés de la santé et du développement des adolescents, tandis que d'autres n'en ont pas encore recruté.

Fourniture de conseils et d'un appui technique et exécution de recherches afin d'accroître la couverture et d'intensifier les mesures destinées à améliorer la survie, la croissance et le développement du nouveau-né et de l'enfant

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant étendu la couverture géographique des activités de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant à plus de 50 % des districts visés	25	50	49
Nombre de pays ayant mis en oeuvre des stratégies de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ou le cadre de politique et de planification relatif à la santé du nouveau-né pour réduire la mortalité néonatale	7	20	9
Nombre de pays ayant intégré des activités de conseil en alimentation du nourrisson (y compris pour les enfants de mères positives pour le VIH) aux services de santé de l'enfant	30	50	34
Nombre de projets de recherche soutenus par l'OMS qui visent à infléchir la formulation de normes stratégiques et de principes directeurs destinés à améliorer la survie du nouveau-né et de l'enfant	56	70	74



Partiellement atteint. Au moins trois autres Régions ont communiqué des données sur la santé de l'enfant, mais sans préciser qu'il s'agissait de nouveau-nés.

Des pays de toutes les Régions ont élaboré des stratégies en matière de santé de l'enfant, la plupart fondées sur les recommandations pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, qui constituent la principale plate-forme pour réduire la mortalité de l'enfant. L'accent a été mis sur l'extension de la couverture géographique dans les pays à forte mortalité de l'enfant (pays « prioritaires » recensés par chaque Région). Les activités en rapport avec la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant ont été élargies à partir des soins dans les établissements de premier niveau et mettent désormais davantage l'accent sur les soins hospitaliers et les interventions communautaires. En particulier, les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont insisté sur le niveau hospitalier, tandis que les Bureaux régionaux de l'Afrique et des Amériques ont privilégié le niveau communautaire. En concevant et en mettant en oeuvre un modèle novateur fondé sur les acteurs sociaux, le Bureau régional des Amériques a transformé les activités de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant au niveau communautaire sur une base régionale. Le guide *Soins hospitaliers pédiatriques*³ a été utilisé dans toutes les Régions, traduit dans plusieurs langues et adapté aux besoins des pays.

La promotion de la santé du nouveau-né revêt diverses formes. Dans la Région européenne, les stratégies de santé de l'enfant et de l'adolescent incluent la santé du nouveau-né. Dans d'autres Régions, elle est incorporée aux activités de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. En Inde, des activités de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et du nouveau-né par l'UNICEF sont mises en oeuvre. Le Quarante-Septième Conseil directeur de l'OPS a adopté une résolution sur la santé du nouveau-né dans le contexte de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement,⁴ et des ateliers de renforcement des capacités sur la planification en matière de santé du nouveau-né à l'intention du personnel des Régions et des pays ont été organisés dans la Région africaine et celle de l'Asie du Sud-Est. L'alimentation du nourrisson fait partie intégrante des interventions en matière de santé de l'enfant et du nouveau-né, un accent particulier étant mis sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Le Siège a soutenu directement 12 pays en ce qui concerne l'utilisation des nouveaux outils OMS pour l'alimentation du nouveau-né et du nourrisson, et 40 pays de quatre Régions pour l'adoption de nouvelles recommandations concernant le traitement de la diarrhée. Dans toutes les Régions, les projets de recherche, principalement soutenus par le Siège, privilégient surtout les interventions visant à promouvoir la santé du nouveau-né au niveau communautaire, à dispenser des soins aux enfants et aux nouveau-nés malades, à évaluer les outils existants de conseil concernant le VIH, ainsi que les programmes novateurs tels que la prise en charge intégrée des maladies du nouveau-né et de l'enfant, et visant à améliorer la prise en charge clinique des maladies de l'enfant.

³ *Soins hospitaliers pédiatriques : prise en charge des affections courantes dans les petits hôpitaux*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

⁴ Résolution CD47.R19.

Coordination des stratégies et des actions menées aux échelons international et national afin d'atteindre les objectifs fixés au niveau mondial pour l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant élaboré des stratégies pour la santé de l'enfant afin de faciliter la coordination des interventions en faveur de la santé de l'enfant	15	35	30 au moment de l'établissement du rapport. Toutefois, on s'attend à ce que la cible soit atteinte avant la fin de l'exercice, les efforts menés dans 23 autres pays, y compris certains de la Région de la Méditerranée orientale, étant bien avancés
Nombre de pays appliquant l'approche stratégique de l'OMS concernant le VIH et les jeunes	10	30	57



Pleinement atteint. Les stratégies régionales sur la survie de l'enfant se sont avérées un instrument utile pour l'élaboration des stratégies nationales et des outils de calcul des coûts mis au point pour aider les pays à estimer les besoins en ressources nécessaires à leur mise en oeuvre. L'utilité et la nécessité de partenariats durables dans toutes les Régions sont illustrées par la stratégie OMS/UNICEF pour la survie de l'enfant dans la Région du Pacifique occidental, la stratégie OMS/UNICEF/Banque mondiale pour la survie de l'enfant dans la Région africaine, également soutenue par l'Union africaine, et la stratégie européenne pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, à la base d'une stratégie complémentaire actuellement élaborée par l'UNICEF. Vingt-trois autres pays, dont certains de la Région de la Méditerranée orientale, élaborent actuellement des stratégies pour la santé de l'enfant.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Les stratégies régionales pour la santé de l'enfant et de l'adolescent se sont avérées un moyen utile pour l'élaboration de stratégies nationales et la promotion des activités de l'OMS en matière de santé de l'enfant et de l'adolescent.
- La nomination d'administrateurs de programmes nationaux et l'appui qui leur est apporté ont aidé les pays à mettre en oeuvre les stratégies et à renforcer les liens entre les secteurs de programme. Selon la structure des bureaux régionaux et de pays, les administrateurs de programmes nationaux peuvent être chargés de la santé du nouveau-né et de l'enfant, de la santé de l'adolescent, de la santé de la mère et du nouveau-né, ou de plusieurs de ces domaines.
- Le renforcement des capacités de gestion des programmes à tous les niveaux est indispensable pour l'intégration et l'extension des interventions efficaces.
- L'OMS doit continuer à produire des données techniques pour garantir que les interventions promues reposent sur les meilleures informations disponibles, ce qui comprend l'analyse de la situation dans certains pays pour étayer la programmation.
- La sensibilisation et l'établissement de partenariats sont des facteurs majeurs pour promouvoir la santé de l'enfant et de l'adolescent en faisant prendre conscience des problèmes et en mobilisant les ressources indispensables pour soutenir les actions des gouvernements.

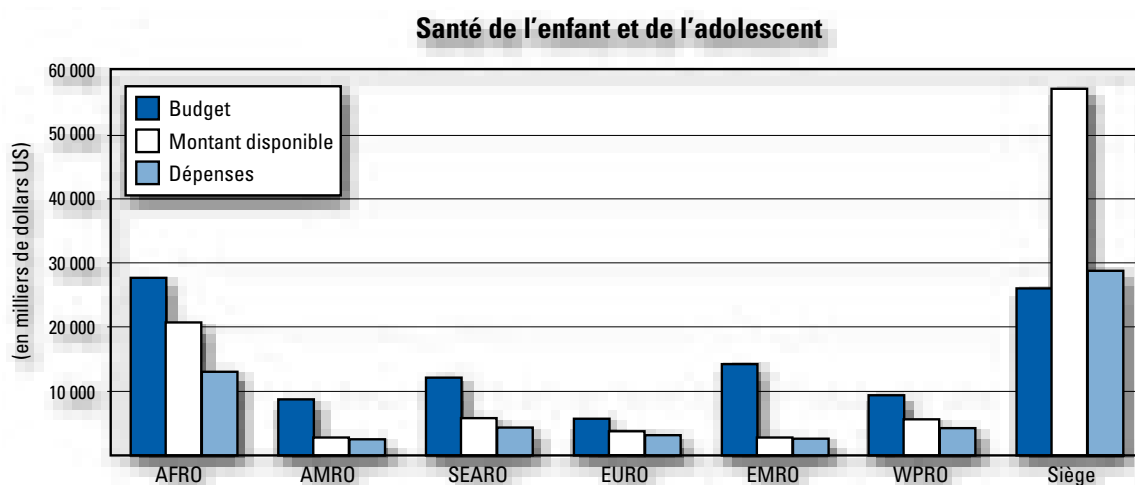
Mesures requises :

- Soutenir les pays pour l'élaboration de stratégies nationales et la mise en oeuvre de plans d'action reposant sur les stratégies régionales, ce qui devrait être fait chaque fois que possible dans le cadre de partenariats, afin d'accélérer la coordination des activités et d'étendre les interventions visant à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement.

- Assurer la présence continue de personnels qualifiés aux niveaux des Régions et des pays, y compris des administrateurs de programmes nationaux dans les pays prioritaires.
- Développer les capacités nationales en matière de gestion des programmes afin de soutenir l'élaboration, la mise en oeuvre et l'extension d'interventions et de stratégies efficaces, y compris la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant et la stratégie dite des « 4-S ».
- Développer et renforcer les procédures de suivi et d'évaluation à tous les niveaux pour permettre un suivi régulier des progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.
- Continuer à soutenir la recherche de sorte que toutes les interventions reposent sur des données factuelles ; cela permettrait également aux programmes de se concentrer sur les systèmes de santé en dehors des interventions au niveau communautaire.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Santé de l'enfant et de l'adolescent												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	8 168	19 332	27 500	5 408	15 214	20 622	75.0%	5 406	7 475	12 881	62.5%	46.8%
AMRO	3 320	5 214	8 534	1 111	1 679	2 790	32.7%	1 079	1 481	2 560	91.8%	30.0%
SEARO	5 541	6 459	12 000	2 794	2 829	5 623	46.9%	2 794	1 680	4 474	79.6%	37.3%
EURO	1 214	4 286	5 500	979	2 964	3 943	71.7%	979	1 961	2 940	74.6%	53.5%
EMRO	2 829	11 178	14 007	1 012	1 674	2 686	19.2%	1 012	1 471	2 483	92.4%	17.7%
WPRO	2 242	7 008	9 250	2 334	3 039	5 373	58.1%	2 334	1 742	4 076	75.9%	44.1%
Total partiel Régions	23 314	53 477	76 791	13 638	27 400	41 038	53.4%	13 604	15 810	29 414	71.7%	38.3%
Siège	4 139	21 527	25 666	3 977	52 985	56 962	221.9%	3 972	24 523	28 495	50.0%	111.0%
Total	27 453	75 004	102 457	17 615	80 385	98 000	95.6%	17 576	40 333	57 909	59.1%	56.5%



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

VACCINATION ET MISE AU POINT DE VACCINS (IVB)

Objectif(s) de l'OMS

Promouvoir le développement de nouveaux vaccins et l'innovation en matière de produits biologiques et de technologies liées à la vaccination ; accroître l'impact des services de vaccination en tant que composante des systèmes de prestations sanitaires ; accélérer la lutte contre les maladies hautement prioritaires évitables par la vaccination ; et faire en sorte que les avantages potentiels sur le plan humanitaire et économique de ces initiatives soient pleinement réalisés.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Nombre de cas de poliomyélite dus à des poliovirus sauvages ou dérivés de la souche vaccinale.* En 2006, on a dénombré 1997 cas – dont 25 dérivés de la souche vaccinale circulante ; en 2007, on a dénombré 1181 cas, dont 65 dérivés de la souche vaccinale circulante.
- *Nombre estimatif de décès par rougeole et de cas de rougeole dans le monde.* En 2006, on a compté 242 000 décès par rougeole, selon les estimations, contre 439 000 en 2004, et 17 millions de cas de rougeole contre 26 millions en 2004.
- *Pourcentage de pays atteignant une couverture par trois doses de vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux de 80 % dans tous les districts.* Quatre-vingt huit (46 %) des 193 Etats Membres (55 pays notifiant des données de district, et 33 pays ne notifiant pas de données mais ayant une couverture nationale ≥ 90 %).
- *Couverture des enfants de moins d'un an par trois doses de vaccin anti-hépatite B.* Couverture de 60 % en 2006 contre 50 % en 2004.

Principales réalisations

- La stratégie intitulée La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015 a été élaborée et adoptée par l'OMS et par l'UNICEF. Elle a quatre objectifs principaux : vacciner davantage de personnes contre de plus nombreuses maladies ; faire adopter toute une gamme de vaccins et de technologies nouveaux ; proposer plusieurs interventions sanitaires essentielles et une surveillance de la vaccination ; et gérer de façon indépendante les programmes et les activités en matière de vaccination.
- L'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a réalisé des progrès, comme en témoignent l'interruption de la transmission de la poliomyélite autochtone en Egypte et au Niger et le fait que le poliovirus sauvage est de plus en plus circonscrit géographiquement dans les quatre pays d'endémie restants, à savoir l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan. A la fin de 2007, grâce à l'initiative, des progrès importants avaient été accomplis pour ce qui est de la réduction de la transmission du poliovirus de type 1 dans le monde, avec une diminution de 84 % du nombre de cas en 2006 grâce à l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 1.
- Dans le domaine de la lutte accélérée contre la maladie, des progrès ont été faits en matière de réduction de la mortalité par rougeole, avec une couverture mondiale atteignant 80 %. Les décès par rougeole ont diminué de 68 % entre 2000 et 2006, des réductions de 91 %, 76 % et 81 % étant enregistrées respectivement dans les Régions africaine, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental. L'élimination du tétanos maternel et néonatal a été certifiée en Egypte, dans 13 Etats indiens et en Zambie, cette cible devant encore être atteinte dans 47 des 58 pays visés. Trente-huit pays ont mis en oeuvre des activités de vaccination supplémentaires par l'anatoxine tétanique dans les zones à haut risque pour protéger 12 millions de femmes en âge de procréer par au moins deux doses.

- Bien que la couverture vaccinale mondiale par trois doses de vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux n'ait augmenté que de 2 %, passant à 79 %, la couverture dans la Région africaine a augmenté de 7 %, atteignant 72 %. Des progrès ont également été accomplis dans d'autres Régions. Douze Etats Membres supplémentaires ont dépassé une couverture de 90 %, ce qui porte le total à 114 pays (59 %) ; 72 pays ont des taux de couverture qui se situent entre 50 % et 89 % ; et 7 pays seulement ont encore un taux de couverture inférieur à 50 % (contre 20 pays en 2000).
- En collaboration avec les partenaires de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, un ensemble d'activités visant à accélérer l'introduction de nouveaux vaccins a été défini et un plan d'action de l'OMS pour les vaccins nouveaux et sous-utilisés a été élaboré pour offrir un mécanisme de coordination des activités dans les pays qui ont le plus besoin de ces vaccins. Onze pays supplémentaires ont introduit le vaccin anti-hépatite B et 16 le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b (Hib) dans leur programme de vaccination systématique, ce qui porte au total le nombre de pays ayant introduit ces deux vaccins à 164 (85 %) et 108 (56 %) respectivement, sur 193 Etats Membres.
- Suite au lancement du plan d'action mondial visant à accroître l'approvisionnement en vaccin contre la grippe pandémique, des progrès ont été faits dans l'évaluation des stratégies les plus prometteuses, le soutien aux pays pour les aider à acquérir les technologies de fabrication du vaccin antigrippal et la définition des priorités de recherche. Des résultats intéressants ont été obtenus dans le cadre de recherches soutenues par l'OMS, y compris en ce qui concerne un vaccin conjugué antiméningococcique A, mis au point en partenariat avec PATH, intervenant essentiel dans la santé mondiale, et un vaccin antirougeoleux sous forme d'aérosol. Une stratégie de recherche-développement, baptisée feuille de route, a été définie pour les vaccins antipaludiques. Des spécifications techniques ont été élaborées en ce qui concerne les vaccins antipneumococciques conjugués de façon à ce que l'on puisse se les procurer dans le cadre d'un mécanisme de financement novateur, l'engagement d'achat à terme.
- Le Comité OMS d'experts de la Standardisation biologique a adopté de nouvelles normes pour deux vaccins : le vaccin antipapillomavirus humain, nouveau vaccin prometteur offrant des possibilités considérables de prévenir la maladie et les décès entraînés par le cancer du col de l'utérus, et un nouveau vaccin conjugué contre le méningocoque de type A dirigé contre la maladie responsable d'épidémies récurrentes dans les pays appartenant à la « ceinture de la méningite » en Afrique subsaharienne. Les nouvelles normes ouvrent la voie à la présélection et à la mise à disposition future du vaccin antipapillomavirus humain et aideront les Etats Membres à évaluer et à homologuer les vaccins conjugués antiméningococciques A expérimentaux actuellement mis au point.

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

Soutien à la recherche, fourniture de directives, constitution de partenariats et renforcement des capacités de recherche-développement dans les pays en développement pour la mise au point de vaccins contre les maladies infectieuses revêtant une importance pour la santé publique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays à revenu faible ou moyen inférieur disposant de données factuelles sur lesquelles fonder leur décision de mettre sur le marché des vaccins antipneumococcique, antirotavirus et contre l'infection à papillomavirus humain ayant rapidement introduit ces vaccins	6/34	28/34	29/34 ¹
Nombre de pays en développement prioritaires ayant amélioré leur préparation en vue de l'introduction du vaccin anti-VIH	10/32	15/32	21/32



Pleinement atteint. Un plan d'action a été établi, qui définit les indicateurs de protection pour les vaccins contre la dengue, et un accord de partenariat a été signé avec l'initiative pour un vaccin antidengue pédiatrique. Des recommandations cliniques ont également été élaborées concernant la dengue et *E. coli* entérotoxigène. Un plan de travail à l'échelle de l'Organisation

a été établi en vue de l'introduction du vaccin antipapillomavirus humain, et l'essai de phase 2 du vaccin conjugué antiméningococcique A a été mené à bien en Gambie et au Mali. Deux vaccins contre l'encéphalite japonaise à usage pédiatrique sont actuellement produits dans des pays en développement et, au niveau régional, des lignes directrices ont été établies concernant l'introduction du vaccin contre l'encéphalite japonaise et les méthodes de diagnostic en laboratoire. Un essai de phase 1 d'un vaccin antipaludique expérimental a été achevé en Chine. Les données concernant la charge de morbidité due au pneumocoque et à Hib ont été modélisées et des modèles coût/efficacité ont été élaborés pour les rotavirus et le papillomavirus humain. Au Quatrième Forum du programme africain pour un vaccin contre le sida, un réseau de partenaires africains soutenu par l'OMS et consacré à l'accélération de la production d'un vaccin anti-VIH pour l'Afrique a reçu un soutien politique important. Trois documents d'orientation technique sur l'éthique et la recherche concernant la réglementation des vaccins anti-VIH et un instrument visant à estimer la rentabilité des stratégies de distribution ont été finalisés. Le soutien durable des partenaires a beaucoup facilité le travail, mais on aurait pu faire plus si les ressources humaines et financières n'avaient pas été limitées.

Etablissement de normes concernant le contrôle de la production et la réglementation des vaccins et autres produits biologiques, et établissement d'étalons de référence

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de vaccins et produits biologiques prioritaires pour lesquels les recherches nécessaires concernant la réglementation sont en cours ou pour lesquels des recommandations concernant la production et le contrôle de qualité ont été établies ainsi que des matériels de référence expérimentaux	3 (20 %) des 15 vaccins et produits biologiques prioritaires ; 30 % pour des études sur les matériels de référence expérimentaux dans 4 Régions OMS	15 (100 %) des 15 vaccins et produits biologiques prioritaires ; 50 % pour des études sur les matériels de référence expérimentaux dans 4 Régions OMS	19 étalons et matériels de référence produits pour les vaccins prioritaires ; 50 % pour des études sur les matériels de référence expérimentaux dans 4 Régions OMS



Pleinement atteint. Quatre étalons supplémentaires ont été mis au point en plus des 15 prévus. Parmi les normes écrites établies par le groupe d'experts OMS de la standardisation biologique figurent : des lignes directrices pour la préparation à la grippe pandémique ; des recommandations révisées concernant les vaccins inactivés contre l'encéphalite japonaise ; des recommandations révisées pour l'évaluation clinique des vaccins antiméningococciques C ; des lignes directrices pour les vaccins antipapillomavirus humain ; des recommandations pour les vaccins conjugués antiméningococciques A ; et des lignes directrices pour l'évaluation de la stabilité des vaccins. Les travaux ont commencé pour l'élaboration de lignes directrices applicables à la réglementation des produits biosimilaires et de stratégies pour l'application de normes internationales visant différents niveaux d'utilisateurs. Une base de données de normes internationales, qui devra être régulièrement révisée, a été créée en collaboration avec d'autres organismes normatifs.

Renforcement des capacités des pays pour aider à appliquer les politiques et à faire en sorte que les programmes de vaccination utilisent des vaccins de qualité vérifiée et appliquent des pratiques de vaccination sans danger grâce à un soutien technique et au plan de l'élaboration des politiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion d'Etats Membres dans lesquels le programme national de vaccination n'utilise que des vaccins de qualité vérifiée (selon les critères de l'OMS)	123 (64 %) sur 192	150 (78 %) sur 192	177 (92 %) sur 193 Etats Membres
Proportion de pays appliquant des pratiques d'injection stériles (selon l'algorithme OMS)	132 (80 %) des 165 pays visés	165 (100 %) des pays visés	L'algorithme OMS n'est plus utilisé. L'indicateur actuellement contrôlé est « la proportion de pays utilisant des seringues autobloquantes pour les vaccinations ». Situation de l'indicateur : 78 (40 %) des 193 Etats Membres utilisant des seringues autobloquantes contre 63 (33 %) au début de l'exercice



Partiellement atteint. Le nombre de pays utilisant des vaccins de qualité vérifiée a augmenté de 28 % (54 pays supplémentaires). Un facteur majeur de réussite est l'amélioration du fonctionnement des systèmes de réglementation grâce à la création ou au renforcement des autorités nationales de réglementation, qui s'est traduite par une augmentation du nombre de fabricants, en particulier dans les pays en développement. Compte tenu de la nécessité d'appuyer les autorités nationales de réglementation en ce qui concerne l'évaluation des demandes d'essais cliniques et le suivi de ceux-ci, l'OMS a mis sur pied le Forum africain de réglementation des vaccins, destiné à servir de source de compétence pour les pays qui doivent prendre des décisions en matière de réglementation, pour lesquelles ils n'ont pas toujours les capacités ou les compétences voulues. Deux réunions ont été organisées, un plan d'action convenu et des activités conjointes de réglementation pour 2008 définies. Quinze (7 %) Etats Membres supplémentaires ont commencé à utiliser des seringues autobloquantes lors des vaccinations systématiques, des progrès remarquables étant effectués dans la Région de l'Asie du Sud-Est, où tous les pays utilisent des seringues autobloquantes sauf la Thaïlande, qui utilise des seringues jetables. Dans la Région africaine, 89 % des pays utilisent des seringues autobloquantes et 64 % des pays de la Région de la Méditerranée orientale et 63 % des pays de la Région du Pacifique occidental également. Un système d'évaluation de l'efficacité, de la qualité et de la sécurité a été établi afin d'accorder une importance accrue à l'application des normes internationales et des normes d'assurance de la qualité lors de la fabrication, et de tenir compte des informations reçues en retour du terrain. Le système a été utilisé pour publier des spécifications de produits et des protocoles de vérification concernant le matériel de vaccination, y compris les boîtes de sécurité, les chambres froides, les congélateurs et les dispositifs de contrôle de la température. Les progrès dans la décentralisation des activités ont été lents et les ressources humaines et financières restent limitées. Un niveau élevé de compétence technique a été maintenu partout dans l'Organisation et un appui a continué d'être apporté aux Régions et aux pays pour le développement des capacités. On a également observé une augmentation de l'engagement politique de nombreux Etats Membres.

Renforcement de la capacité des pays à garantir la sécurité de l'approvisionnement en vaccins et à accroître la viabilité financière des programmes nationaux de vaccination, par un soutien technique et au plan des politiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays visés qui ont établi et mettent en oeuvre un plan de viabilité financière	32 (42 %) sur 75	41 (55 %) sur 75	Les pays sont passés de plans de viabilité financière à des plans complets chiffrés sur plusieurs années ; 63 pays ont élaboré des plans complets sur plusieurs années



Pleinement atteint. D'importantes activités de renforcement des capacités ont été entreprises dans les Régions pour faciliter le passage aux plans complets sur plusieurs années et l'achat de vaccins. Des ateliers interpays ont également été organisés portant sur les conclusions et les enseignements des initiatives d'allègement de la dette. La phase 2 de la politique de cofinancement de nouveaux vaccins de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a été menée à bien et un document sous forme de questions et réponses préparé pour être utilisé dans les Régions et les pays. Un outil d'évaluation de l'achat de vaccins a été mis au point et testé dans six pays et, en coopération avec le Bureau régional de l'Afrique, on a commencé à réfléchir à un fonds de roulement et à un système d'achat groupé pour les vaccins. Un soutien technique et d'importantes activités de renforcement des capacités ont continué à être fournis dans le cadre d'une collaboration étroite entre les bureaux de l'OMS, grâce à l'engagement des homologues nationaux, à l'engagement des autorités nationales et à une participation soutenue des partenaires. L'appui aux activités régionales et de pays n'a pu être apporté rapidement en raison de retards dans l'arrivée des fonds. Les ressources financières étant limitées aux pays ayant droit à un soutien de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, seules une assistance limitée et des mesures d'incitation étaient disponibles pour l'élaboration de plans complets sur plusieurs années par les pays qui n'avaient pas droit à ce soutien. La viabilité financière reste un problème pour de nombreux pays, notamment compte tenu de l'existence de vaccins plus récents et plus coûteux.

Renforcement de la capacité des pays à assurer un suivi efficace des systèmes de vaccination et à évaluer la charge de morbidité liée aux maladies évitables par la vaccination grâce à un soutien technique et au plan des politiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion d'Etats Membres ayant atteint les objectifs de complétude de la notification, du niveau du district au niveau national	96 (50 %) sur 192	153 (80 %) sur 192	L'indicateur a été suivi au moyen du formulaire conjoint de notification OMS/UNICEF et a été retiré d'un commun accord du formulaire lors de sa révision de 2006. Un autre indicateur, à savoir la proportion d'Etats Membres fournissant des informations ponctuelles et complètes à l'OMS au moyen du formulaire conjoint de notification, a été atteint par 115 (60 %) des 193 Etats Membres (contre 83 (43 %) au début de l'exercice)
Proportion d'Etats Membres ayant accès à un laboratoire accrédité pour l'analyse des échantillons concernant la rougeole	96 (50 %) sur 192	153 (80 %) sur 192	178 (90 %) des 193 Etats Membres ont accès à des laboratoires accrédités ; 161 (83 %) des Etats Membres sont dotés de laboratoires compétents et 189 (98 %) ont accès à ces laboratoires



Pleinement atteint. Un cadre mondial pour le suivi et la surveillance de la vaccination – nouvelle approche globale des problèmes posés par la surveillance des maladies à prévention vaccinale et par le suivi des programmes de vaccination – a été élaboré par l'OMS et par les Centers for Disease Control and Prevention des Etats-Unis d'Amérique pour répondre à la nécessité d'informations épidémiologiques et programmatiques valables fournies rapidement, essentielles pour mesurer les progrès vers la réalisation des objectifs de vaccination et la maîtrise des maladies évitables par la vaccination. Destiné aux planificateurs dans le domaine de la santé publique et aux donateurs, le nouveau cadre mondial fournit des indications sur l'intégration de la surveillance et du suivi des programmes dans les systèmes nationaux de santé publique, le développement des capacités de surveillance et de suivi dans les pays en élargissant les systèmes existants, et la fourniture de données de qualité pour le suivi de l'exécution des programmes de vaccination. Le nombre d'Etats Membres ayant accès à des laboratoires accrédités pour l'analyse des échantillons concernant la rougeole a pratiquement doublé. L'extension du réseau de laboratoires de la rougeole/rubéole et son intégration à d'autres réseaux se poursuivent ; il compte désormais 688 laboratoires dans le monde. Des cours de formation destinés aux laboratoires sont organisés dans toutes les Régions. Un appui durable des organismes partenaires et l'engagement des bureaux régionaux et de pays, alliés à l'existence de conditions normalisées de notification conjointe, sont autant d'éléments qui ont contribué au progrès.

Amélioration de l'accès aux vaccins actuels, nouveaux et sous-utilisés, et accélération des efforts de lutte contre la maladie dans les pays et zones par la fourniture d'un soutien technique et au plan des politiques contribuant efficacement à renforcer les capacités depuis le niveau du district

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de la cohorte de nourrissons de l'ensemble des Etats Membres protégés par trois doses de vaccin anti-hépatite B	68 %	84 %	60 % Base effective (et non projetée) : ² 50 %
Proportion d'Etats Membres ayant atteint une couverture vaccinale >80 % par l'administration de trois doses de vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux au niveau du district, dans tous les districts, ou au niveau administratif local équivalent	96 (50 %) sur 192	134 (70 %) sur 192	88 (46 %) sur 193 Etats Membres (55 notifiant des données de district et 33 ne notifiant pas de données de district, mais ayant une couverture nationale ≥90 %) Base effective : 77 (40 %) Etats Membres (51 notifiant des données de district et 26 ne notifiant pas de données de district, mais ayant une couverture nationale ≥90 %)
Proportion d'Etats Membres visés ayant éliminé le tétanos maternel et néonatal	15 (26 %) sur 57	28 (49 %) sur 57	11 (19 %) des 58 pays visés ³ et 13 Etats indiens Base effective : 9 (16 %) sur 57 pays et aucun Etat indien
Proportion d'Etats Membres ayant atteint une couverture de 90 % des enfants par la vaccination antirougeoleuse	134 (70 %) sur 192	173 (90 %) sur 192	114 (59 %) des 193 Etats Membres Base effective : 97 (51 %) Etats Membres



Partiellement atteint. Onze pays supplémentaires ont introduit la vaccination anti-hépatite B, ce qui porte le total à 164 des 193 Etats Membres (85 %). Une assistance a été fournie aux pays pour la préparation de demandes concernant les vaccins anti-hépatite B, anti-Hib, anti-amygdalite, antipneumococcique et antirotavirus, ce qui a débouché sur 46 demandes d'appui approuvées par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Malgré une augmentation de seulement 6 % de l'indicateur « atteindre chaque district », qui permet de suivre la proportion d'Etats Membres qui dépassent une couverture de 80 % par la vaccination antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheuse dans tous les districts, on a enregistré une augmentation du nombre de districts de chaque pays atteignant une telle couverture. En 2006-2007, des enquêtes sur le tétanos maternel et néonatal ont été conduites en Egypte, dans 13 Etats indiens, au Mali, au Nigéria, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie, à la suite de quoi l'élimination a été certifiée en Egypte, dans les Etats indiens et en Zambie. Pendant la période biennale, un taux de couverture mondial de 80 % par une première dose de vaccin antirougeoleux a été atteint et les décès par rougeole ont diminué de 60 % au niveau mondial. Cette réalisation de santé publique est le résultat de campagnes nationales majeures de vaccination, et notamment d'activités de vaccination supplémentaires de masse, et d'un meilleur accès à la vaccination systématique de l'enfant. La qualité des campagnes antirougeoleuses peut être attribuée au soutien du personnel de terrain et à l'intégration des activités avec d'autres programmes de l'OMS tels que les programmes de lutte contre la poliomyélite et le paludisme. Les ressources, l'action de sensibilisation et l'assistance technique des partenaires ont joué un rôle important en rapprochant du but de l'élimination et en accélérant l'adoption de nouveaux vaccins. La mise à disposition et l'utilisation de vaccins combinés anti-hépatite B et anti-Hib, couplées à un appui de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination pour l'introduction de ces vaccins dans les pays qui remplissaient les conditions, ont favorisé l'augmentation rapide de la couverture par ces antigènes. Le maintien du niveau d'engagement des ressources voulu pour maintenir et développer les acquis obtenus en matière de réduction de la mortalité par rougeole est un véritable défi ; l'écart entre les données disponibles et celles dont on aurait besoin pour la prise de décision, des priorités divergentes et le prix élevé des nouveaux vaccins entraînent des retards dans l'adoption des nouveaux vaccins.

Coordination et soutien efficaces en vue d'interrompre la circulation de tout poliovirus réintroduit, de parvenir à la certification de l'éradication mondiale de la poliomyélite, de mettre au point des produits afin de pouvoir cesser la vaccination antipoliomyélitique buccale et d'intégrer des activités de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite dans le reste des activités des systèmes de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays et de zones ayant signalé la présence de la poliomyélite à l'état endémique au cours des trois années précédentes dans des conditions de surveillance répondant aux normes pour la certification	6	0	4
Proportion de pays dans lesquels tous les laboratoires manipulant le poliovirus sauvage et les installations de production de vaccins répondent aux exigences de sécurité biologique de niveau 3 s'agissant de la poliomyélite	53 (25 %) des 215 pays notifiant des données	215 (100 %) des pays notifiant des données	157 (73 %) des 215 pays notifiant des données (nombre de pays achevant la phase I). La mise en oeuvre du confinement du niveau 3 de sécurité biologique n'est pas obligatoire tant qu'une année ne se sera pas écoulée après la déclaration du dernier cas du poliovirus sauvage dans le monde. En raison de la poursuite de la circulation du poliovirus sauvage dans les pays d'endémie, la cible du confinement reste l'achèvement de la phase I
Proportion de cas présumés de poliomyélite ayant fait l'objet d'une enquête et de mesures dans le cadre du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie	25 % des événements	100 % des événements	47 % des événements



Partiellement atteint. A la fin de 2007, le nombre de pays d'endémie poliomyélitique avait été ramené de six à quatre : l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan. La transmission endémique avait été interrompue en Egypte et au Niger mais, dans ce pays, des cas sporadiques dus au poliovirus sauvage importés du Nigéria voisin ont continué à être signalés. Des progrès ont été faits dans les pays d'endémie restants : la maladie est de plus en plus circonscrite à des zones géographiquement limitées ; aucun cas de poliomyélite de type 1 n'a été signalé en 2007 dans l'ouest de l'Uttar Pradesh, en Inde, historiquement le plus important réservoir de poliomyélite au monde ; une réduction de pratiquement 90 % du poliovirus de type 1 dans le nord du Nigéria entre 2006 et 2007 ; une réduction de 25 % du nombre d'enfants manqués lors de la vaccination dans le sud de l'Afghanistan entre mi-2007 et fin 2007 malgré l'insécurité régnante ; et l'élimination de la poliomyélite endémique dans les zones les plus densément peuplées du Pakistan, qui ne signalent plus désormais que des cas importés sporadiques. Pour se préparer au confinement de niveau 3 de sécurité biologique, les pays ont été invités à désigner des établissements dotés des matériels nécessaires, à détruire les matériels qui ne sont plus nécessaires et à se préparer en vue du confinement lorsque l'interruption de la transmission sera imminente. Dans les trois Régions de l'OMS certifiées exemptes de poliomyélite, 95 % des pays ont achevé ces préparatifs. Dans les Régions d'endémie poliomyélitique, où le but reste l'interruption de la transmission, 65 % des pays ont achevé les préparatifs. Des cas de paralysie flasque aiguë continuent d'être détectés, de faire l'objet d'enquêtes et d'une intervention dans le cadre des systèmes nationaux de surveillance désignés, les données étant communiquées à l'OMS sur une base hebdomadaire et faisant l'objet d'une synthèse aux niveaux régional et mondial. Au total, 141 531 cas de paralysie flasque aiguë ont été décelés et notifiés au niveau mondial en 2006-2007 grâce à ce système. Trente-quatre flambées sont survenues dans des zones précédemment exemptes de poliomyélite et 47 % de celles-ci ont été répertoriées dans la liste de vérification des flambées du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. Une collaboration étroite entre les bureaux de l'OMS, alliée à un engagement efficace des homologues nationaux, a été un élément essentiel pour obtenir les résultats susmentionnés ; par exemple, la coordination entre les programmes de

pays, les laboratoires et tous les partenaires a joué un rôle essentiel en permettant un diagnostic précoce et la maîtrise des importations et des flambées de poliomyélite. Le soutien non démenti aux principales initiatives des partenaires à tous les niveaux reste un facteur clé pour atteindre l'objectif de l'éradication, alors que l'écart entre les besoins et les ressources disponibles ainsi que le maintien du niveau de ressources minimum et le maintien de l'attention sur les pays exempts de poliomyélite sont des difficultés qui doivent être surmontées.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- La mise à disposition de stratégies et de recommandations claires et efficaces est impérative. La stratégie baptisée La vaccination dans le monde : vision et stratégie 2006-2015 ainsi que l'élaboration de plans stratégiques régionaux et de plans complets de pays sur plusieurs années pour la vaccination devraient entraîner une amélioration globale de l'efficacité.
- L'engagement national et l'appropriation de la vaccination et de la mise au point de vaccins doivent être garantis, car ce sont des éléments clés pour atteindre les buts en matière de vaccination.
- Une planification conjointe et une coordination étroite entre le Siège, les bureaux régionaux et de pays ont facilité la mise en oeuvre des activités et doivent être encore renforcées.
- Une surveillance appropriée et de qualité des maladies doit être mise en place et maintenue grâce aux modifications nécessaires en matière de vaccination et de mise au point de vaccins afin d'encourager une prise de décision éclairée, un dépistage précoce et l'intervention rapide face aux problèmes que pose la lutte contre la maladie.
- La valeur ajoutée par les partenariats avec les gouvernements et les organisations multilatérales, privées ou sociales, contribue à la mobilisation sociale, à la sensibilisation et à l'assurance de la qualité d'ensemble. Il est essentiel de maintenir et d'accroître le niveau de cet engagement.
- La mise en oeuvre d'activités intégrées entre les organismes partenaires et l'OMS améliore l'efficacité. Le degré d'intégration doit être maintenu et, si possible, renforcé pour fournir un soutien aux initiatives de lutte et d'élimination dirigées contre d'autres maladies, par exemple par un meilleur usage de l'infrastructure mise en place dans le cadre de l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite.

Mesures requises :

- Il faudrait renforcer le soutien aux pays en leur fournissant des orientations stratégiques et politiques et en renforçant les capacités au moyen d'une formation initiale et d'un recyclage.
- Le niveau des ressources financières et des effectifs de base doit être maintenu dans les pays pour que les objectifs régionaux et mondiaux en matière de vaccination puissent être atteints.
- La mise en oeuvre de la stratégie de mobilisation de ressources, alliée à des activités de sensibilisation et de communication efficaces, est nécessaire pour garantir et maintenir à terme un niveau de ressources suffisant. Une coopération plus large avec les partenaires et les donateurs actuels et une participation active de nouveaux partenaires et donateurs devraient être recherchées, y compris au niveau des pays.
- Pour ce qui est de l'éradication de la poliomyélite, le maintien d'une surveillance de la paralysie flasque aiguë du niveau de la certification dans tous les Etats Membres est indispensable pour garantir une riposte efficace en cas de flambée due à toute importation de poliovirus sauvage dans une zone exempte de poliomyélite. Pour réduire au minimum les conséquences d'une telle importation, il faut maintenir la couverture systématique par la vaccination antipoliomyélique à plus de 80 % dans tous les Etats Membres. Le risque de réintroduction du poliovirus sauvage peut être réduit en mettant en oeuvre les mesures définies pour la phase I du plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement au laboratoire du poliovirus sauvage dans les 39 pays exempts de poliomyélite qui ne les appliquent pas encore. Les stratégies d'éradication devront peut-être être modifiées pour surmonter

les difficultés particulières que pose l'accès à tous les enfants dans chacune des zones de transmission endémique restantes.

- Pour ce qui est de la rougeole, des campagnes de suivi et des campagnes de rattrapage de qualité, en particulier dans la Région de l'Asie du Sud-Est, ainsi que le renforcement des systèmes de surveillance et des moyens de laboratoire devront être poursuivis pour améliorer encore les taux de couverture par la vaccination systématique et atteindre le prochain objectif en matière de réduction de la mortalité par rougeole. Les efforts devraient être maintenus pour conserver les résultats atteints jusqu'ici, de même que les ressources et l'engagement technique à tous les niveaux.
- Les capacités de prise de décisions éclairées, de surveillance et de logistique et de gestion des vaccins doivent être renforcées aux niveaux régional et des pays pour faciliter l'adoption de nouveaux vaccins salvateurs tels que les vaccins antipneumococcique et antirotavirus.

¹ Le dénominateur est constitué par un ensemble de 34 pays qui ont été considérés comme susceptibles d'introduire l'un des trois vaccins sur la base de leurs antécédents. Le numérateur représente le nombre de pays qui ont arrêté une date d'introduction selon les informations fournies par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination.

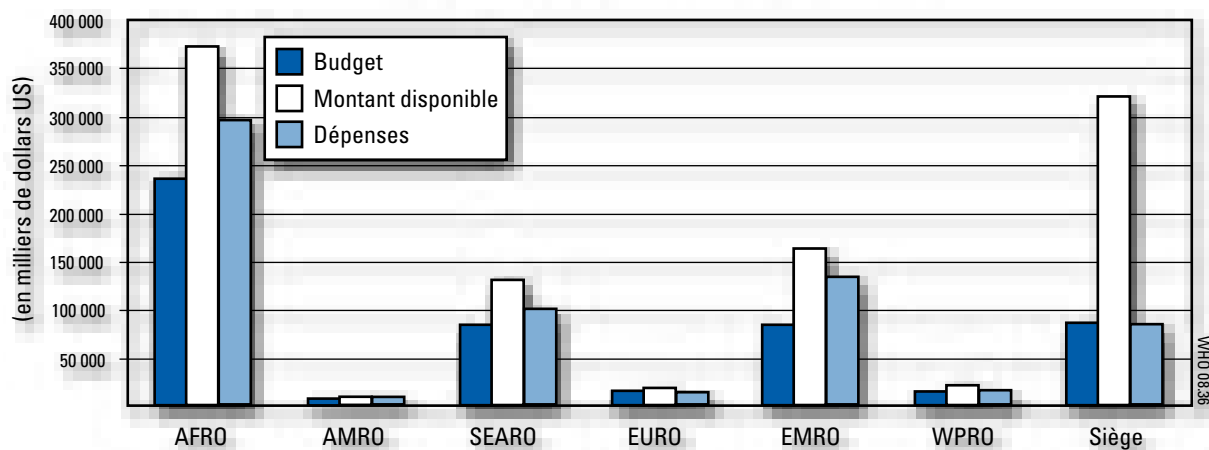
² Les projections de la base ont été faites en avril 2004 et représentent ce que l'on espérait pouvoir réaliser avant début 2006. « La base effective » traduit la situation des indicateurs au début de 2006 et est nécessaire pour mesurer les progrès sur la période biennale.

³ Le dénominateur est passé de 57 à 58 au cours de l'exercice avec l'inclusion du Timor-Leste.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Vaccination et mise au point de vaccins												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	902	234 378	235 280	2 509	371 055	373 564	158.8%	2 508	293 325	295 833	79.2%	125.7%
AMRO	1 558	6 240	7 798	1 658	9 160	10 818	138.7%	1 642	6 269	7 911	73.1%	101.4%
SEARO	1 513	83 124	84 637	2 714	127 904	130 618	154.3%	2 714	96 561	99 275	76.0%	117.3%
EURO	791	14 022	14 813	742	18 231	18 974	128.1%	743	14 100	14 843	78.2%	100.2%
EMRO	1 453	82 304	83 757	1 457	161 055	162 512	194.0%	1 457	131 937	133 394	82.1%	159.3%
WPRO	1 564	13 239	14 803	1 703	20 020	21 723	146.7%	1 703	15 915	17 618	81.1%	119.0%
Total partiel Régions	7 781	433 307	441 088	10 784	707 425	718 209	162.8%	10 767	558 107	568 874	79.2%	129.0%
Siège	6 590	79 062	85 652	6 333	314 988	321 321	375.1%	6 322	78 383	84 705	26.4%	98.9%
Total	14 371	512 369	526 740	17 117	1022 413	1039 530	197.4%	17 089	636 490	653 579	62.9%	124.1%

Vaccination et mise au point de vaccins



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

PREPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE ET ORGANISATION DES SECOURS (EHA)

Objectif(s) de l'OMS

Elaborer et appliquer des politiques, des programmes et des partenariats qui renforcent la capacité de prévoir, réduire et atténuer les risques sanitaires durant les crises, et soutenir le relèvement et le développement durable.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Nombre d'Etats Membres avec lesquels l'OMS collabore pour réduire le risque de catastrophes, ainsi que pour les activités de préparation, d'intervention et de relèvement.* Dans le cadre de la réforme de l'action humanitaire des Nations Unies, l'OMS et de nombreux partenaires à l'intérieur et à l'extérieur du système des Nations Unies ont constitué le module sectoriel santé, qui a été mis en oeuvre dans dix situations d'urgence aiguës et huit crises durables.

Principales réalisations

- Dans le cadre de la réforme de l'action humanitaire de l'ONU, l'OMS est l'organisme chef de file du module sectoriel santé, composé de 30 à 40 partenaires humanitaires du système des Nations Unies et extérieurs à celui-ci. L'OMS participe activement aux différents organes au sein du Comité permanent interorganisations et a établi de bonnes relations de travail avec les donateurs. C'est également un partenaire actif de la stratégie internationale de prévention des catastrophes.
- Les capacités de préparation aux situations d'urgence, d'organisation des secours et de relèvement des bureaux de pays et des sous-bureaux de la Région africaine et de la Région de la Méditerranée orientale ont été renforcées, en particulier dans les pays touchés par des crises. La présence de l'OMS dans les pays et sa participation à des actions interorganisations, telles que les évaluations conjointes ou des ateliers régionaux, ainsi que ses méthodes de coordination efficaces ont contribué à faire accepter le rôle de l'OMS en tant que chef de file du module sectoriel santé au niveau interorganisations.
- Des activités techniques interpays visant à renforcer les capacités de réduction des risques de catastrophes et à améliorer la gestion de celles-ci dans le secteur de la santé ont été entreprises dans tous les bureaux régionaux.
- Les modes opératoires normalisés pour les situations d'urgence sanitaire et les arrangements gestionnaires et administratifs internes ont été révisés et un nouveau dispositif d'urgence mis en place pour pouvoir mobiliser les compétences techniques et réagir plus efficacement en cas de crise sanitaire.
- La production et la distribution de matériels imprimés et multimédias concernant tous les aspects de la préparation, de l'atténuation et de l'organisation des secours en cas de catastrophe ont été poursuivies dans toutes les Régions.

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

Renforcement de la présence opérationnelle dans les pays afin de collaborer avec les Etats Membres et les parties prenantes à la préparation aux effets sanitaires des crises et aux interventions, ainsi qu'à la formulation et à la mise en oeuvre de politiques de relèvement, de remise en état et d'atténuation des effets

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dotés de programmes de préparation aux situations d'urgence, d'organisation des secours et d'atténuation des effets	84	119	118
Nombre de bureaux de l'OMS dans les pays respectant le niveau d'intervention sanitaire standard fixé en cas de crise	30	50	Plus de 50
Pourcentage de crises pour lesquelles des mesures de préparation aux situations d'urgence ont été prises et une organisation adéquate des secours menée conformément aux niveaux fixés	40	50	60 %



Partiellement atteint. La présence opérationnelle dans les pays prioritaires pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours a été maintenue, principalement grâce au financement au titre d'un programme de trois ans. Plus de 50 bureaux de pays ont atteint le niveau d'efficacité convenu pour les interventions sanitaires en cas de crise, qu'il s'agisse de situations d'urgence aiguës, de crises durables ou de situations de transition, principalement grâce à l'augmentation du nombre de points focaux pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours au niveau des pays. Dans toutes les Régions, des réunions ont eu lieu avec les représentants de l'OMS et le personnel des bureaux régionaux pour examiner les niveaux d'intervention sanitaire standard en cas de crise, ainsi qu'en ce qui concerne la mise en oeuvre de l'approche prônée par le module sectoriel santé. Un soutien a été fourni aux bureaux de pays sous forme d'appui gestionnaire technique et financier à des projets d'organisation des secours et de remise en état. L'OMS a supervisé la contribution mondiale, régionale et des pays à l'établissement des appels communs. Douze à treize appels communs ont été publiés en 2006 et 2007. Le processus des appels communs est le principal instrument servant à mobiliser des ressources dans les pays en transition ou les pays qui connaissent des situations d'urgence chroniques. Un soutien technique sous forme de mentorat, formation ou supervision a été fourni aux pays dans la phase de relèvement et de transition afin d'aider le personnel de l'OMS et ses homologues et partenaires au niveau des pays à recueillir, analyser et utiliser les informations pertinentes pour l'élaboration de politiques et de stratégies, et à planifier les interventions sanitaires qui s'imposent. Le personnel de l'OMS de par le monde a mis en commun les outils de gestion des projets et des subventions, des lignes directrices et des matériels de formation, ainsi que les outils de suivi financier adaptés aux besoins sur le terrain. Le fait d'avoir des points focaux chargés de l'intervention sanitaire en situation d'urgence dans les pays prioritaires a aidé les Etats Membres à renforcer leur préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours. Le manque de ressources financières empêche tout nouveau renforcement des opérations dans les situations d'urgence et de crise.

Importance accrue accordée aux questions de santé dans le cadre des activités humanitaires moyennant une plus grande participation et visibilité de l'OMS dans les mécanismes de coordination interinstitutions des Nations Unies pour la préparation en cas de catastrophe et l'organisation des secours

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de fois où l'OMS a été représentée dans les missions d'évaluation des crises et catastrophes	18	36	39
Nombre de mécanismes de coordination ayant trait à la santé dans les situations de crise aux niveaux national, régional et mondial qui sont gérés ou soutenus par l'OMS	30	40	50



Pleinement atteint. Depuis le dernier trimestre de 2006, le module sectoriel santé a progressé dans l'établissement de partenariats et l'amélioration de l'intégration et de la collaboration. L'OMS a joué le rôle de chef de file du module sectoriel santé lors de huit situations d'urgence prolongées et huit crises aiguës. Elle a coordonné le groupe du secteur de la santé dans quelque 35 crises régionales ou de pays, où l'approche modulaire n'a pas encore été mise en oeuvre, et a dirigé l'appel de fonds en faveur des Iraquiens déplacés dans les pays voisins. Toutefois, une formation supplémentaire serait nécessaire ainsi qu'un appui en faveur de l'approche modulaire du Fonds central d'Intervention pour les Urgences humanitaires (CERF), des appels d'urgence et d'autres procédures des Nations Unies pouvant être activés immédiatement à la suite d'une situation d'urgence. La promotion des objectifs du processus de réforme humanitaire à travers l'approche modulaire pour améliorer la prévisibilité et les opérations d'organisation des secours humanitaires et préciser clairement les responsabilités des organismes chefs de file s'avère difficile. L'OMS a également convoqué des réunions nationales et régionales pour l'établissement de réseaux visant à renforcer la coordination de la préparation et de l'organisation des secours. Le cadre modulaire encourage l'intégration et la participation en permettant aux différents partenaires d'adapter leur engagement en faveur de leurs intérêts et de leurs moyens, et il existe désormais un niveau satisfaisant de coordination au sein du module sectoriel santé au niveau des pays comme au niveau mondial. Toutefois, le grand nombre d'intervenants dans le secteur de la santé qui travaillent bilatéralement avec les gouvernements et l'inaptitude d'autres organismes des Nations Unies à accorder la priorité aux questions de santé ou à reconnaître que certaines sont susceptibles de poser des problèmes majeurs dans les situations d'urgence limitent l'impact des interventions du module sectoriel santé ainsi que la participation de l'OMS à la préparation et à l'organisation des secours. C'est pourquoi tant la coordination que la sensibilisation doivent être intensifiées avant même la survenue de crises.

Renforcement de la capacité de l'OMS à appuyer une réaction prompte et efficace des Etats Membres face à diverses crises sanitaires

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de cas où les équipes d'intervention rapide ont été déployées dans les 24 heures suivant la déclaration de la situation d'urgence	20 %	80 %	90 %



Pleinement atteint. L'OMS a réagi rapidement à la survenue de situations d'urgence aiguës en mettant en oeuvre l'approche modulaire et en préparant les composantes sanitaires des appels d'urgence. Des cours de santé publique préalables au déploiement, qui préparent les experts extérieurs et le personnel de l'OMS aux opérations d'organisation des secours d'urgence, ont été organisés à Genève et à Moscou. La création de fonds régionaux d'urgence pour faciliter une réaction rapide face aux besoins sanitaires potentiels dans les situations d'urgence ou les crises sanitaires futures qui toucheraient les Etats Membres améliorera encore les capacités de réaction régionales. Les procédures administratives doivent être encore rationalisées pour assurer une intervention prompte et efficace dans les situations d'urgence et les catastrophes.

Elaboration de systèmes et de procédures opératoires normalisés pour les situations d'urgence permettant des interventions rapides et fiables qui mettent l'accent sur les priorités sanitaires des populations à risque ou touchées par des catastrophes naturelles, des situations d'urgence complexes et des crises prolongées

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de procédures opératoires normalisées pour les situations d'urgence convenues et mises en oeuvre	5	20	30



Pleinement atteint. Les procédures opératoires normalisées d'urgence ont été mises au point par le personnel administratif et de terrain aux trois niveaux de l'Organisation suite au lancement du processus de consultation lors d'un atelier mondial tenu à Genève en août 2006. Les participants du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays ont répertorié les principaux obstacles

à l'action de l'OMS en situation de crise, formulé des recommandations afin de les surmonter et élaboré un plan de travail pour la mise au point de procédures opératoires normalisées d'urgence. Une initiative mondiale a été lancée afin d'améliorer les moyens logistiques de l'OMS en collaboration avec le Programme alimentaire mondial. Parmi les outils et les recommandations élaborés avec le module sectoriel santé figurent l'outil d'évaluation initiale rapide et un outil de cartographie des partenaires et de disponibilité des services de santé, ainsi que des recommandations concernant l'analyse des lacunes, la santé en période de relèvement et le renforcement de la préparation des partenaires nationaux aux situations d'urgence. On a entrepris fin 2007 l'élaboration d'un guide de poche du module sectoriel santé contenant des recommandations sur les principales étapes de l'intervention d'urgence qui renverra à toutes les directives communes et aux outils disponibles au sein du module et servira de document de référence commun à tous les partenaires. Des procédures opératoires normalisées ont été rédigées, distribuées à tous les groupes de travail, approuvées et adoptées entre septembre et octobre 2006. Elles devraient permettre de fournir plus rapidement un soutien aux Etats Membres. Un effort continu a été fait pour élaborer des lignes directrices et des références régionales pour la fourniture d'une assistance techniquement efficace en situation d'urgence. On pourra se référer au guide opérationnel du module sectoriel santé pour la mise en oeuvre d'activités d'organisation des secours.

Enseignements tirés et mesures prises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Certains des produits qui devaient être mis au point concernant la préparation n'ont été que partiellement réalisés en raison d'un manque de personnel.
- Il s'avère encore difficile de promouvoir la mise en oeuvre d'une approche multisectorielle globale prenant en compte plusieurs risques par rapport à une approche technique verticale spécialisée.
- Il y a décalage entre la demande croissante créée par la définition de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours comme domaines prioritaires par les Etats Membres et les ressources limitées disponibles pour des investissements opérationnels.
- L'évaluation rapide de la situation sanitaire à la suite d'une catastrophe exige une meilleure gestion de l'information.

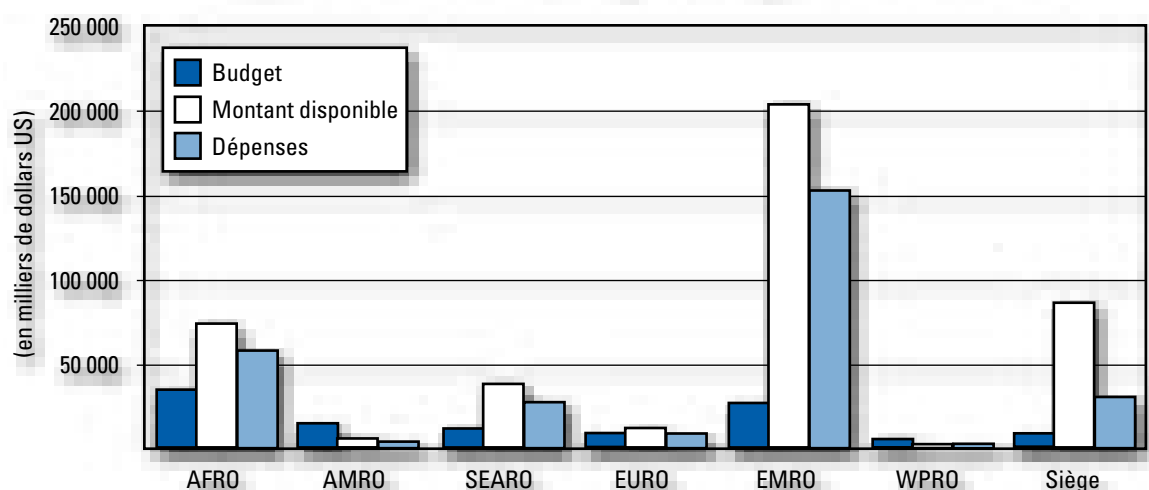
Mesures requises :

- On manque d'outils pour évaluer l'impact des situations d'urgence sur les systèmes de santé et aider les pays à mettre sur pied des programmes de relèvement pour le secteur de la santé à la suite d'une situation d'urgence.
- La mise en oeuvre du processus de réforme de l'action humanitaire des Nations Unies et l'approche modulaire exigent un élargissement des capacités institutionnelles et une plus grande volonté à tous les niveaux de l'Organisation pour pouvoir répondre aux besoins créés par de futures crises sanitaires.
- En tant qu'organisme chef de file du module sectoriel santé, l'OMS doit renforcer ses moyens de coordination au niveau des pays.
- Les nouvelles procédures opératoires normalisées pour les situations d'urgence doivent être officiellement approuvées et adoptées aux niveaux mondial et régional, communiquées aux bureaux de pays et promues dans le cadre d'initiatives régionales de formation comportant des exercices de répétition et de simulation.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	2 236	32 752	34 988	3 127	70 275	73 401	209.8%	2 996	54 951	57 947	78.9%	165.6%
AMRO	417	13 926	14 343	500	5 103	5 603	39.1%	464	3 408	3 872	69.1%	27.0%
SEARO	1 728	9 198	10 926	2 362	35 423	37 785	345.8%	2 362	24 731	27 093	71.7%	248.0%
EURO	778	7 477	8 255	645	10 592	11 237	136.1%	645	8 384	9 029	80.4%	109.4%
EMRO	1 141	25 707	26 848	1 472	201 885	203 357	757.4%	1 472	150 453	151 925	74.7%	565.9%
WPRO	450	4 762	5 212	404	2 248	2 652	50.9%	403	2 039	2 442	92.1%	46.9%
Total partiel Régions	6 750	93 822	100 572	8 509	325 526	334 035	332.1%	8 342	243 966	252 308	75.5%	250.9%
Siège	2 285	6 580	8 865	2 345	83 268	85 613	965.7%	2 324	27 388	29 712	34.7%	335.2%
Total	9 035	100 402	109 437	10 854	408 794	419 648	383.5%	10 666	271 354	282 020	67.2%	257.7%

Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours

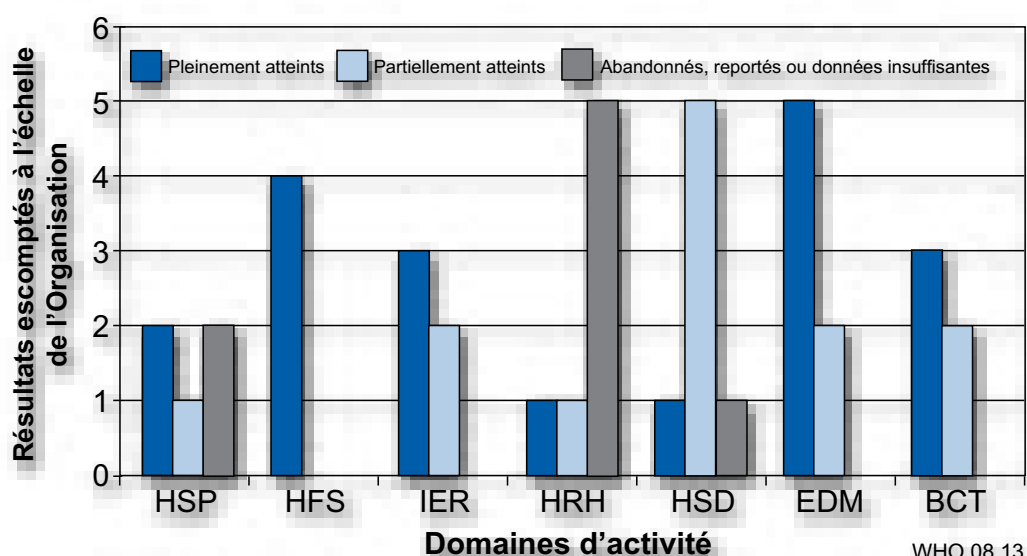


* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

POLITIQUES ET SYSTEMES DE SANTE ET PRODUITS Y RELATIFS

La catégorie des politiques et systèmes de santé et produits y relatifs regroupe les domaines d'activité ci-après : Politiques relatives au système de santé et prestation des services (HSP) ; Financement de la santé et protection sociale (HFS) ; Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche (IER) ; Ressources humaines pour la santé (HRH) ; Elaboration de politiques pour la santé et le développement (HSD) ; Médicaments essentiels (EDM) ; et Technologies de la santé essentielles (BCT).

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation : politiques et systèmes de santé et produits y relatifs



POLITIQUES RELATIVES AU SYSTEME DE SANTE ET PRESTATION DES SERVICES (HSP)

Objectif(s) de l'OMS

Renforcer la direction générale des services de santé et la capacité d'élaboration de politiques efficaces dans les pays, et améliorer la planification et la prestation des services de santé de bonne qualité technique, répondant aux besoins des usagers, contribuant à une plus grande équité par une meilleure couverture et faisant un meilleur usage des ressources disponibles.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Nombre de pays qui ont adopté de nouvelles méthodes de gouvernance s'agissant des systèmes de santé. Au moins 70 pays ont adopté de nouvelles méthodes de gouvernance avec l'appui du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays.*
- *Nombre de pays mettant en oeuvre des stratégies et des méthodes organisationnelles, visant à renforcer la prestation des services de santé afin de garantir la qualité technique, la réactivité aux besoins des usagers et l'équité, tout en faisant un meilleur usage des ressources disponibles. Au moins 50 pays ont déployé des efforts spécifiques pour renforcer la prestation des services de santé.*

Principales réalisations

- L'OMS a collaboré avec de hauts fonctionnaires gouvernementaux de toutes les Régions afin d'orienter les politiques, les stratégies et les réformes du secteur de la santé. Cela explique l'augmentation du nombre de pays dans lesquels on observe une participation en amont.
- L'OMS a considérablement influencé le mode de financement du renforcement des systèmes de santé par des organismes extérieurs, en particulier grâce à la mise en place du volet renforcement des systèmes de santé de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Au cours de l'exercice biennal, 40 propositions ont été élaborées avec l'appui de l'OMS et quelque US \$420 millions ont été mis à la disposition des pays par ce biais.
- L'OMS a aussi organisé une importante réunion mondiale pour aider le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme à décider de la meilleure façon de soutenir le renforcement des systèmes de santé.
- Les travaux de l'OMS sur la sécurité des patients ont pris de l'ampleur au cours de l'exercice. Vers la fin de cette période, 72 pays ont participé au premier Défi mondial pour la sécurité des patients.
- Dans toutes les Régions, l'OMS a pu répondre à un grand nombre de demandes d'assistance en vue d'améliorer la qualité de la prestation des services, grâce à une amélioration de la planification au niveau du district, de la définition des groupes de services et des outils d'évaluation de la performance.
- L'OMS a élaboré un cadre d'orientation pour les activités de renforcement des systèmes de santé intitulé « everybody's business » (l'affaire de tous), qui a servi à canaliser les activités au niveau des pays.
- Les activités en matière de renforcement des systèmes de santé ont été plus étroitement liées et intégrées aux activités consacrées à des programmes spécifiques et en vue d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires.

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

Elaboration de lignes directrices et fourniture d'un soutien technique pour améliorer la capacité des pays en matière de formulation des politiques, réglementation, planification stratégique, mise en oeuvre de réformes et coordination interinstitutions pour le secteur de la santé, aux niveaux national et local

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de pays à bas revenu dans lesquels l'OMS a joué un rôle clé en collaborant directement à la réorientation de la politique du secteur de la santé	Nombre estimatif de pays ayant reçu un soutien direct pour la formulation des politiques en 2004-2005	10 pays ayant reçu un soutien pour la formulation des politiques relatives au système de santé	L'OMS a joué un rôle clé en fournissant un appui à plus de 70 pays. Dans certaines Régions, environ 80 % des pays à revenu faible ou intermédiaire en ont bénéficié
Nombre de pays à bas revenu utilisant des instruments et des méthodes destinés à favoriser l'équité aux niveaux national et/ou local	Nombre de pays procédant à des analyses au niveau local	Doubler le nombre de pays procédant à des analyses au niveau local	Les données de référence n'ont pas été établies pour cette activité. Par conséquent, il n'est pas possible d'évaluer le degré de réalisation par rapport à l'indicateur cible. On sait toutefois qu'au moins 50 pays à bas revenu ont fait usage des instruments et méthodes destinés à favoriser l'équité
Proportion de pays à bas revenu où l'OMS a mené à bien des exercices de renforcement des capacités afin d'élaborer des instruments et des méthodes visant à améliorer l'équité en matière de santé	Moins de 10 % des pays concernés	25 % des pays concernés	Des données de référence n'ont pas été établies pour cette activité. Par conséquent, il n'est pas possible d'évaluer le degré de réalisation par rapport à l'indicateur cible. Toutefois, l'OMS a déployé des activités de renforcement des capacités dans bon nombre de pays concernés à bas revenu dans les Régions de l'Afrique, des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et du Pacifique occidental



Partiellement atteint. Les rapports régionaux et de pays font état de plusieurs exemples de réalisation tels que la coordination d'un ambitieux programme de soutien au secteur de la santé au Cambodge et au Népal, la conception de stratégies de réformes dans la République dominicaine, et la restructuration du Ministère de la Santé ainsi que la mobilisation de ressources provenant de donateurs dans la République démocratique du Congo. Le souci d'équité demeure un grave sujet de préoccupation dans toutes ces activités et diverses approches complémentaires poursuivent cet objectif. On se trouve de toute évidence au début d'un cercle vertueux, à savoir que, tandis que l'OMS est confrontée à une augmentation de la demande d'un soutien politique accru en amont, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et d'autres donateurs proposent des possibilités de financement complémentaire, et, dans le même temps, le renforcement de la collaboration avec la Banque mondiale et différents partenaires, associé à une plus grande cohérence politique, favorise des relations de travail plus harmonieuses au niveau des pays et des résultats plus décisifs. De ce fait, la demande se trouve stimulée à son tour. La capacité de réponse à tous les niveaux de l'Organisation est encore limitée actuellement, mais l'importance croissante accordée aux politiques relatives au système de santé et à la prestation de services commence à plaider en faveur de l'intensification de ces activités.

Définition d'une approche structurée pour la collaboration de l'OMS aux examens du secteur de la santé dans les pays, y compris la mise au point d'un mécanisme fondé sur l'Internet pour la fourniture en continu d'un soutien à l'élaboration des politiques relatives aux systèmes de santé ; fourniture d'un plus grand nombre de nouvelles notes d'orientation s'appuyant sur des connaissances et des données d'expérience ; formulation de stratégies pour le renforcement des capacités en matière de politiques de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays utilisant efficacement les notes d'orientation fournies sur Internet pour le dialogue politique	Néant	20 pays	80 pays et territoires
Personnel des bureaux de l'OMS dans les pays formé au renforcement des systèmes de santé au moyen de méthodes directes ou virtuelles	Tous les bureaux de pays de la Région africaine (46)	60 bureaux de pays	Le nombre exact des bureaux de pays dans lesquels du personnel a été formé n'a pas pu être évalué. Cependant, on sait que l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination a poussé tous les bureaux de pays de l'OMS de la Région africaine à organiser des ateliers à l'échelon sous-régional. Dans d'autres Régions, la plupart des bureaux de pays ont été formés au renforcement des systèmes de santé
Nombre de pays dans lesquels l'OMS a lancé, au niveau national, régional ou mondial, une activité de formation/perfectionnement pour les ressortissants nationaux concernant les systèmes de santé	5 pays	15 pays	38 pays



Pleinement atteint. De nombreux pays ont recours à l'Internet et aux technologies associées pour échanger des informations et en acquérir au sujet des meilleures pratiques, notamment sur le site Web du renforcement des systèmes de santé en Amérique latine et aux Caraïbes¹ et le site Web de l'Observatoire européen sur les systèmes de santé et les politiques sanitaires. Ces sources d'information sont utilisées en complément des programmes de formation directs plus traditionnels, qui s'adressent aussi bien au personnel des bureaux de pays qu'au personnel national. Les demandes d'assistance de l'OMS sont de plus en plus nombreuses depuis que ces technologies se répandent dans les pays en développement. L'expérience des observatoires révèle la nécessité de maintenir la qualité des résultats et de veiller à ce que les matériels fournis sur l'Internet soient utilisés pour nourrir le dialogue interpayes.

Fourniture de conseils et d'un appui technique sur la façon de mieux harmoniser les politiques de santé publique fondées sur la population avec les politiques relatives aux services de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Etat de l'examen des meilleures pratiques concernant la fourniture de conseils et d'orientations sur l'intégration des considérations de santé publique dans les services de santé et sur la participation des réseaux de santé publique et de gestion	Orientations actuelles sur l'intégration des considérations de santé publique dans les services de santé et sur les nouvelles approches en matière de développement de la gestion	Participation de 10 associations internationales de santé publique et de gestion ; utilisation des nouvelles approches de la formation en santé publique et en gestion dans 5 grandes écoles de gestion de la santé publique	Le nombre exact d'associations internationales de santé publique et de gestion concernées et le nombre de grandes écoles de gestion de la santé publique dans lesquelles de nouvelles approches de la formation en santé publique sont utilisées n'ont pas pu être évalués



Données insuffisantes. Si le degré de réalisation pour cet indicateur n'a pas pu être évalué, toute sorte d'activités ont été organisées depuis l'intégration de fonctions de santé publique dans la prestation de services jusqu'à la création d'un cadre de gestion avancée. Les activités entreprises

¹ Accessible en ligne : <http://www.lachealthsys.org>.

par l'OMS tant au Siège que dans les Régions ont favorisé, comme prévu, l'adoption de ses méthodes par les associations de santé publique et les écoles de gestion. Grâce à cela, il est désormais reconnu que le renforcement des capacités implique l'amélioration des environnements de travail et la création d'incitations, et nécessite une bonne organisation et une formation adaptée ainsi qu'un travail de sensibilisation. Des efforts supplémentaires devront être déployés pour établir des liens entre les autorités de santé publique, les programmes techniques et ceux qui s'occupent de la prestation de soins de santé primaires.

Fourniture aux pays de conseils fondés sur des connaissances et des données d'expérience et d'un soutien technique pour le renforcement de la prestation de services de santé axé sur la qualité, l'équité et l'efficacité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de Régions de l'OMS dans lesquelles le cadre réactualisé pour les systèmes de santé fondés sur le principe des soins de santé primaires a été adopté et dans lesquelles un soutien aux pays a commencé à être fourni	1 Région	3 Régions	Les 6 Régions
Nombre d'expériences pilotes sur le développement renforcé de la gestion	5 pays	10 pays cibles des objectifs du Millénaire pour le développement	18 pays
Nombre de pays à faible revenu où l'on a repéré des goulets d'étranglement dans l'accès aux soins et au traitement ainsi que dans la prestation de services	Définition d'un cadre pour étudier les problèmes de surcharge dans l'accès aux soins et au traitement au moyen d'études de cas de pays	Application du cadre à 7 pays intéressés	43 pays



Pleinement atteint. Les goulets d'étranglement qui ont été repérés sont communs à de nombreux pays et ont été pris en considération dans l'élaboration du cadre d'action de l'OMS connu sous le nom de « everybody's business » (l'affaire de tous). L'éventail croissant des activités consacrées à la sécurité des patients, dirigées par le Siège, s'étend maintenant à toutes les Régions et à un nombre croissant de pays, et il est de plus en plus reconnu que la sécurité des patients est un sujet de préoccupation aussi bien pour les pays développés que pour les pays en développement. La création du volet renforcement des systèmes de santé de l'Alliance a stimulé l'analyse des contraintes. Toutefois, il demeure difficile de trouver un moyen de développer les petites initiatives pilotes.

Fourniture de conseils et d'un soutien technique direct aux pays en vue d'une intégration effective entre les services de santé et les programmes axés sur des maladies spécifiques

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Bonne adaptation des lignes directrices, normes et outils visant à assurer une meilleure coordination entre les programmes axés sur des maladies spécifiques et les services de santé en général	Existence de stratégies pour une coordination entre les programmes axés sur des maladies spécifiques et les services de santé en général	Acceptation par les organes directeurs de l'OMS d'un cadre pour l'intégration effective des services de santé et des programmes axés sur des maladies spécifiques ; utilisation de ce cadre dans au moins 7 pays	Un cadre unique d'intégration n'a pas pu être élaboré et présenté aux organes directeurs pour approbation comme cela était prévu à l'origine



Données insuffisantes. Un large éventail de lignes directrices, de normes et d'outils destinés à être utilisés dans les systèmes de santé ont été élaborés, et il y a une forte demande de lignes directrices OMS sur les questions de gestion et l'intégration des services. Cela dit, il n'a pas été

possible de présenter un cadre unique d'intégration aux organes directeurs pour approbation ainsi que cela avait été envisagé à l'origine au stade de la planification. Il est reconnu qu'une meilleure coordination est nécessaire pour éviter les chevauchements d'activités, tant à l'intérieur de l'OMS qu'entre l'OMS et d'autres institutions qui travaillent dans la gestion des services de santé.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Les personnes qui occupent des postes clés dans la direction et la gouvernance devraient accorder la priorité au renforcement des capacités des pays en matière d'élaboration de politiques et de stratégies de santé. Il convient d'intensifier les efforts dans ce domaine tant au niveau régional qu'au Siège.
- Les enseignements tirés de l'utilisation des outils d'évaluation de la performance, de l'intégration et de la qualité seront utiles pour revitaliser les soins de santé primaires.
- Les fonctions réglementaires de l'Etat sont une composante essentielle de la gouvernance et de l'orientation. Toutefois, l'analyse des cadres juridiques a été quelque peu négligée. Il faudrait notamment se préoccuper des pays qui émergent d'un conflit et de ceux qui se trouvent régulièrement en situation de crise. Il convient de resserrer les liens entre l'action sanitaire en cas de crise et les interventions visant à renforcer les systèmes de santé.
- Ses capacités limitées à faire face aux demandes d'appui dans le domaine des politiques relatives au système de santé et de la prestation des services nuisent à l'efficacité de l'action de l'OMS.
- Les résultats enregistrés dans les pays où différents types d'aide ont été offerts ne sont pas très révélateurs de leur efficacité.

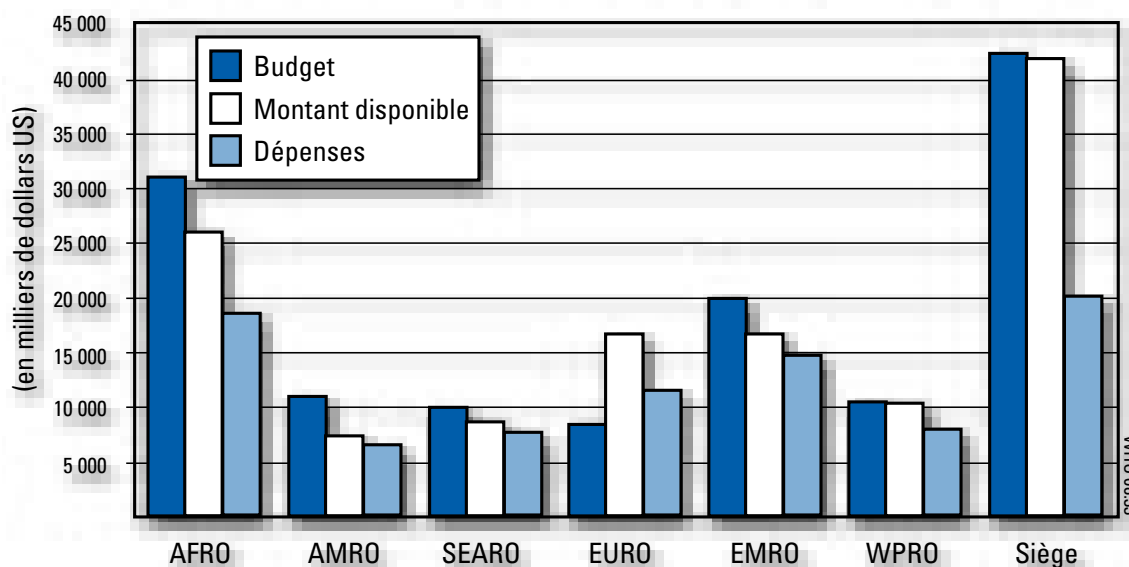
Mesures requises :

- Exercer un rôle de gouvernance et de supervision d'une manière qui réponde aux demandes des pays.
- Assurer une coopération plus étroite à l'intérieur de l'OMS et entre l'OMS et d'autres institutions pour l'élaboration d'outils et de recommandations, notamment pour la planification de ressources.
- Définir plus clairement les résultats qu'il est prévu d'obtenir grâce à l'aide fournie par l'OMS afin de démontrer son utilité pour les pays.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Politiques relatives au système de santé et prestation des services												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	7 358	23 468	30 826	10 305	15 608	25 914	84.1%	10 177	8 224	18 401	71.0%	59.7%
AMRO	2 849	7 907	10 756	5 686	1 680	7 366	68.5%	5 656	934	6 590	89.5%	61.3%
SEARO	5 791	4 087	9 878	6 974	1 679	8 653	87.6%	6 973	656	7 629	88.2%	77.2%
EURO	2 854	5 376	8 230	3 508	13 137	16 645	202.2%	3 508	7 964	11 472	68.9%	139.4%
EMRO	12 680	6 976	19 656	13 056	3 512	16 568	84.3%	13 056	1 519	14 575	88.0%	74.2%
WPRO	5 392	4 865	10 257	4 992	5 256	10 248	99.9%	4 992	2 826	7 818	76.3%	76.2%
Total partiel Régions	36 924	52 679	89 603	44 520	40 872	85 392	95.3%	44 362	22 123	66 485	77.9%	74.2%
Siège	6 378	35 686	42 064	6 511	35 300	41 811	99.4%	6 507	13 441	19 948	47.7%	47.4%
Total	43 302	88 365	131 667	51 031	76 172	127 203	96.6%	50 869	35 564	86 433	67.9%	65.6%

Politiques relatives au système de santé et prestation des services



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

FINANCEMENT DE LA SANTE ET PROTECTION SOCIALE (HFS)

Objectif(s) de l'OMS

Formuler des stratégies de financement de la santé fondées sur les principes d'équité, d'efficacité, de protection sociale et sur les meilleures informations et connaissances disponibles ; développer la capacité d'obtenir des informations essentielles et de les utiliser pour améliorer les systèmes de financement de la santé et les structures organiques, dans le cadre de la politique nationale.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Nombre d'Etats Membres qui incorporent dans leurs stratégies de financement de la santé les principes d'équité, d'efficience et de protection sociale, ainsi qu'une recherche active des meilleures informations et connaissances disponibles.* L'OMS a collaboré avec plus de 60 Etats Membres à l'élaboration de politiques de financement et de protection sociale fondées sur les principes de l'équité et de l'efficacité,¹ en vue de concevoir des politiques et des stratégies de financement de la santé et de protection sociale propres à assurer une couverture universelle à partir des meilleures informations disponibles. Ces efforts ont été relancés et orientés vers une nouvelle direction par la résolution WHA58.33 sur le financement durable de la santé, la couverture universelle et les systèmes de sécurité sociale, ainsi que d'autres résolutions précédentes de l'Assemblée de la Santé relatives aux politiques contractuelles et aux stratégies et politiques de financement régionales ainsi qu'à d'autres documents de politique régionale. L'OMS a fourni une assistance à plus de 50 pays pour leur permettre d'améliorer leur capacité à produire des informations importantes pour l'élaboration de documents de ce type, et notamment en ce qui concerne les flux de dépenses de santé, l'étendue de l'appauvrissement et des catastrophes financières liés aux versements directs pour les soins de santé et d'autres formes d'exclusion et sur le rapport coût/efficacité des interventions sanitaires. Des données relatives aux résultats obtenus dans les pays avec l'utilisation de différentes méthodes pour la collecte des recettes, la mise en commun des fonds, les achats, la contractualisation et d'autres formes de protection sociale ont été recueillies, analysées et diffusées de multiples façons, notamment dans le cadre de missions techniques et par l'intermédiaire de documents tels que des notes d'information techniques à l'intention des décideurs et des documents de synthèse, et chaque Région a participé à au moins un exercice d'échange d'informations entre plusieurs pays.

Principales réalisations

- Les Etats Membres reconnaissent davantage l'importance d'élaborer ou de maintenir des systèmes de financement de la santé et de protection sociale ainsi qu'en témoignent plusieurs documents directifs ou stratégiques approuvés par les organes directeurs, décrivant la vision et le mandat des activités de l'Organisation.
- Par l'intermédiaire des discussions de politique générale, d'un travail analytique et du renforcement des capacités, l'OMS a pu promouvoir et faciliter l'adoption de politiques nationales compatibles avec l'objectif de la couverture universelle et les autres objectifs de financement de la santé et de protection sociale décrits dans les documents des organes directeurs.
- L'OMS a aussi apporté une contribution substantielle aux activités de collecte, d'analyse et de diffusion d'informations essentielles nécessaires aux décideurs, portant en partie sur les données mais aussi sur les interventions efficaces et les meilleures pratiques.
- Le personnel OMS qui travaille dans ce domaine collabore davantage avec des partenaires intérieurs et extérieurs qui ont besoin de conseils sur toutes les formes de financement de la santé et de protection sociale. En fonction des besoins, cette collaboration se déroule aux niveaux national, régional ou mondial.

¹ Tous les chiffres cités se rapportent à des activités entreprises par les bureaux régionaux, soit indépendamment soit en collaboration avec le Siège.

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

Définition et mise en oeuvre dans les pays d'options politiques, de lignes directrices et de recommandations concernant le financement de la santé et la protection sociale qui soient conformes aux engagements pris par l'OMS en faveur de la couverture universelle

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence d'options politiques et de lignes directrices sur les aspects essentiels de la politique de financement et de protection sociale, la fixation des priorités et les façons de réduire les risques associés aux formules de paiement direct des ménages	14 documents d'orientation sur la politique de financement et de protection sociale, la contractualisation, la fixation de priorités et l'utilisation d'analyses coût/efficacité et le coût de développement des interventions	8 documents d'orientation supplémentaires sur la politique de financement et de protection sociale, la contractualisation, la fixation de priorités, l'utilisation d'analyses coût/efficacité, le coût financier du développement des interventions et les retombées positives des interventions dans des secteurs autres que celui de la santé	16 documents d'orientation supplémentaires ont été élaborés pour faciliter l'échange d'informations sur les données d'expérience recueillies par les pays et les meilleures pratiques utilisées. L'un d'eux est une publication sur les différentes options possibles pour l'élaboration d'une politique de protection sociale, la définition des priorités et la réduction des risques associés au paiement direct pour les mères, les nouveau-nés et les enfants
Etendue de l'utilisation de ces options politiques, lignes directrices et recommandations dans les pays pour améliorer la protection sociale et l'efficacité et/ou l'équité des systèmes de financement	Utilisation de documents d'orientation politique dans 10 pays, y compris dans certains pays, par des commissions macroéconomie et santé existantes et dans le cadre d'approches transsectorielles	Utilisation des options politiques, lignes directrices et recommandations dans 17 pays, y compris dans certains pays, par des commissions macroéconomie et santé existantes et dans le cadre d'approches transsectorielles	Plus de 60 pays dans toutes les Régions ont demandé et reçu un appui technique de l'OMS



Pleinement atteint. Des cadres régionaux ou des stratégies régionales de financement ont été élaborées et approuvées dans deux Régions. Dans une troisième, les stratégies de financement et de protection sociale ont été ajoutées aux documents recensant les priorités sanitaires à l'échelle de la Région. Le nombre de documents de politique générale élaborés dans l'ensemble des Régions et par l'intermédiaire de l'Assemblée mondiale de la Santé s'est ainsi accru. Si les objectifs et les cibles fixés ont été atteints, nombreux sont encore les Etats Membres qui souhaitent obtenir une assistance ou voir reconduites les mesures d'assistance dont ils bénéficient. Des résolutions récemment adoptées par les organes directeurs et les stratégies approuvées par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé ainsi que dans plusieurs Régions ont imprimé une dynamique et des orientations nouvelles aux activités entreprises dans ce domaine. Les principaux problèmes auxquels doivent faire face les pays en matière de financement de la santé et de protection sociale, indépendamment de leur niveau de développement, sont désormais bien compris et une théorie a été élaborée quant à la manière dont ils peuvent être analysés et résolus, théorie à laquelle les Etats Membres souscrivent largement. La constitution et la poursuite de partenariats entre tous les niveaux de l'Organisation, entre les programmes prioritaires de l'OMS, et avec des partenaires extérieurs se sont aussi avérées utiles. Au cours des deux dernières années, les pays ont appris à reconnaître de plus en plus la nécessité de développer encore davantage leurs systèmes de financement de la santé et d'améliorer ou de conserver les niveaux de sécurité sociale. Il faudra tenter de répondre à ces demandes pendant le prochain exercice biennal.

Fourniture aux pays d'informations sur les meilleures pratiques concernant la politique de financement et de protection sociale, la fixation des priorités et l'obtention d'informations essentielles, et promotion de leur utilisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de résumés d'orientation sur des questions clés concernant le financement de la santé, la protection sociale et la fixation de priorités, sous une forme facilement utilisable par les décideurs politiques	Existence de 8 résumés d'orientation politique ; pas d'études comparatives de cas sur la fixation des priorités et le remboursement par les assurances	Existence de 14 résumés d'orientation politique ; études comparatives de cas sur la fixation des priorités et les décisions de remboursement par les assurances	35 documents et résumés d'orientation politique ont été élaborés
Etendue de l'utilisation de résumés d'orientation dans le débat politique national et pour guider la mise en œuvre des politiques	Utilisation dans 10 pays, y compris pour le débat politique sur la répartition des risques financiers	Utilisation dans 17 pays, y compris pour le débat politique sur la répartition des risques financiers et la protection sociale	Plus de 30 pays ont bénéficié d'un soutien en matière de répartition des risques financiers et de protection sociale



Pleinement atteint. L'échange de données d'expérience relatives aux approches, aux politiques et aux meilleures pratiques de financement et de protection sociale est très apprécié par les Etats Membres. Les informations contenues dans les divers documents de politique générale représentent souvent d'utiles contributions à l'appui technique demandé par les Etats Membres. Les fonctionnaires de l'OMS spécialisés dans le financement de la santé et la protection sociale possèdent un niveau élevé de compétences techniques et maintiennent un dialogue avec les Etats Membres et les partenaires à l'intérieur et à l'extérieur de l'OMS.

Validation et promotion de l'utilisation d'outils, d'informations et de connaissances essentielles pour guider la définition des politiques et leur mise en œuvre

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de guides pratiques sur les comptes nationaux de la santé et le contrôle de l'utilisation des ressources ; existence d'outils permettant de décrire et d'analyser les systèmes de collecte, de mise en commun et d'achats et les questions connexes de structure des systèmes, pour aider à la fixation des priorités concernant l'utilisation des ressources disponibles et nouvelles et pour développer les interventions clés, pour déterminer l'étendue et la nature des risques financiers et des dépenses catastrophiques et pour évaluer l'intérêt des options visant à réduire les risques financiers et à étendre la protection sociale	Première version d'outils sur les incidences financières des différentes options financières, la contractualisation, l'adaptation de la fixation des priorités aux contextes nationaux, ainsi que sur le coût du développement des interventions ; pas d'outil existant pour estimer les retombées positives des interventions sur des secteurs autres que celui de la santé	Amélioration des outils de contrôle de l'utilisation des ressources, de l'incidence des différentes options financières et des paiements directs, de la contractualisation, de l'adaptation de la fixation des priorités aux contextes nationaux, et du coût de développement des interventions ; nouveaux outils pour estimer les retombées positives des interventions sur des secteurs autres que celui de la santé	Des manuels pratiques ont été élaborés pour rechercher les dépenses et les budgets de la santé, notamment pour certaines maladies spécifiques. Des méthodes utilisables pour l'estimation de l'incidence des paiements directs sur les catastrophes financières et l'appauvrissement ont été diffusées. Des lignes directrices ont été établies pour inspirer un dialogue politique sur la protection sociale en matière de santé. Une approche de la contractualisation stratégique et des outils permettant d'estimer le coût de l'intensification des interventions sanitaires, y compris pour certaines maladies spécifiques comme le paludisme ont été élaborés ainsi que des programmes, par exemple sur la santé de l'enfant. Il existe aussi désormais un instrument permettant d'évaluer le rapport coût/efficacité des interventions. Un instrument permettant de mesurer la viabilité financière de différentes formes d'assurance-maladie a été diffusé. Des méthodes ont aussi été conçues pour repérer les conséquences économiques des maladies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Etendue de l'utilisation des outils, guides et connaissances dans les pays	Utilisation d'outils pour contrôler l'utilisation des ressources, calculer les risques financiers pour les ménages, analyser le financement et la contractualisation dans 20 pays ; adaptation de la fixation des priorités aux contextes nationaux entreprise dans 4 pays ; utilisation d'outils intégrés d'évaluation des coûts dans 4 pays ; existence d'une base de données sur l'efficacité et le coût de 300 interventions ; pas d'estimation existante des retombées positives pour les secteurs autres que celui de la santé ; présentation annuelle d'indices synthétiques des dépenses de santé	Utilisation d'outils pour le contrôle de l'utilisation des ressources, le calcul des risques financiers pour les ménages et l'analyse du financement et de la contractualisation dans 30 pays ; adaptation de la fixation des priorités aux contextes nationaux dans 12 pays ; utilisation d'un outil intégré d'évaluation des coûts dans 12 pays ; existence d'une base de données sur l'efficacité et les coûts de 400 interventions ; estimation des retombées positives pour les secteurs autres que celui de la santé dans 6 pays ; présentation annuelle d'indices synthétiques des dépenses de santé	L'utilisation d'outils a été financée dans plus de 50 pays par l'appui technique et au renforcement des capacités par pays. La base de données sur le rapport coût/efficacité comprend maintenant plus de 700 interventions. Les dépenses de santé ont été mises à jour chaque année pour tous les Etats Membres et l'appui fourni a été versé sur des comptes satellites dans la Région des Amériques. Les pays ont aussi reçu une assistance pour l'estimation du coût de l'intensification de certaines interventions particulières, notamment celles qui sont liées aux objectifs du Millénaire pour le développement



Pleinement atteint. Des outils, guides et méthodes ont été élaborés dans tous les secteurs prévus du financement de la santé et de la protection sociale et les données importantes nécessaires pour la prise de décisions en connaissance de cause notamment au sujet des dépenses de santé ont été rassemblées et notifiées. L'exécution de ces différentes activités a été facilitée par une bonne compréhension des besoins des Etats Membres acquise grâce à des discussions continues, une collaboration accrue au sein de l'Organisation tout entière et un nombre plus élevé de partenariats multilatéraux et bilatéraux pour les aspects techniques et le financement. Certaines Régions continuent de souffrir d'un manque de compétences dans les domaines des finances et de l'économie de la santé, situation qui est aggravée par le nombre croissant de demandes d'assistance des Etats Membres.

Renforcement de la capacité des pays à obtenir des informations et à les utiliser pour formuler des plans et des politiques et guider des interventions visant à améliorer les systèmes de financement de la santé et de protection sociale

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ou de Régions bénéficiant de programmes de formation menés en collaboration avec des partenaires sur l'utilisation des outils et des lignes directrices ; analyse des résultats suivie par un dialogue politique	Cours de formation sur les comptes nationaux de la santé, la fixation des priorités, l'évaluation des coûts et les dépenses catastrophiques organisés dans 2 Régions par an ; cours de formation sur les incidences du financement de la santé et de la contractualisation organisés dans 5 pays	Organisation de nouveaux cours de formation sur les comptes nationaux de la santé, la fixation des priorités, l'évaluation des coûts, la protection contre les risques et les dépenses catastrophiques dans 2 Régions par an ; organisation de cours de formation sur les incidences du financement de la santé et la contractualisation dans 8 pays	9 cours de formation multipays consacrés à la politique de financement de la santé ont été organisés. D'autres cours de formation ont été consacrés à des domaines tels que la sécurité sociale, le développement des systèmes de santé et notamment le financement, la protection sociale dans les politiques sanitaires, et le rapport coût/efficacité de la lutte contre les maladies infectieuses

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de réseaux d'experts techniques travaillant sur la fixation des priorités et l'évaluation des coûts et du rapport coût/efficacité	2 réseaux opérationnels d'experts des comptes nationaux de la santé	Au moins 1 réseau opérationnel d'experts travaillant sur l'évaluation des coûts, le rapport coût/efficacité et la politique de financement, avec une participation de toutes les Régions	Il existe maintenant 3 réseaux régionaux et 1 réseau interrégional sur l'économie et le financement de la santé, ainsi que 2 réseaux consacrés respectivement au contrôle de l'utilisation des ressources et à l'analyse coût/efficacité. Au niveau mondial, des réseaux ont été constitués pour la sécurité sociale, les comptes de la santé et le contrôle de l'utilisation des ressources par maladie. Il existe aussi un réseau mondial actif de spécialistes OMS du financement de la santé et un autre groupe d'échange d'informations sur la contractualisation stratégique



Pleinement atteint. Les Etats Membres et d'autres partenaires demandent continuellement à l'OMS de participer activement à des programmes de formation et à des débats d'orientation à l'échelon national, sous-régional, régional et international. Il en résulte une disponibilité croissante d'informations au niveau des pays sur l'élaboration des politiques, y compris les dépenses de santé, l'incidence d'une catastrophe financière et d'autres formes d'inégalité, le coût de l'intensification des activités et le rapport coût/efficacité des interventions.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Une des principales difficultés auxquelles est confrontée l'OMS est le manque chronique de fonds dans de nombreux pays. Cela ralentit le développement des services et des systèmes de santé dans bon nombre d'Etats Membres. Une collaboration active avec les ministères des finances, les banques centrales, les institutions financières internationales et des partenaires bilatéraux et multilatéraux est nécessaire pour élaborer des réponses appropriées.
- Il subsiste d'importantes inégalités dans le contexte de la sécurité sociale. Par exemple, un mode de financement des soins de santé axé en grande partie sur les paiements directs est une source d'exclusion et de grosses difficultés financières pour les nombreuses personnes qui ne sont pas protégées des répercussions qu'une mauvaise santé peut avoir sur leurs revenus. Il est d'autant plus difficile de remédier à ces inégalités lorsque les fonds disponibles pour la santé sont insuffisants. Les interventions doivent prendre en compte l'histoire et la culture des pays ainsi que la nature des institutions locales.
- Les actions entreprises dans certains contextes se heurtent au manque de compétences dans les secteurs de l'économie et de la finance. Pour atteindre plus rapidement l'objectif de la couverture universelle, il sera nécessaire de développer ces compétences et aussi d'encourager une compréhension mutuelle entre les spécialistes des finances et ceux de la santé.
- L'échange d'informations entre les Etats Membres sur des actions efficaces pour le financement de la santé et la protection sociale s'est avéré précieux pour l'élaboration de stratégies visant à atteindre la couverture universelle.
- Devant l'augmentation des demandes provenant des Etats Membres en ce qui concerne un appui technique, un travail analytique et le renforcement des capacités, l'OMS doit prendre les mesures nécessaires pour pouvoir les satisfaire.

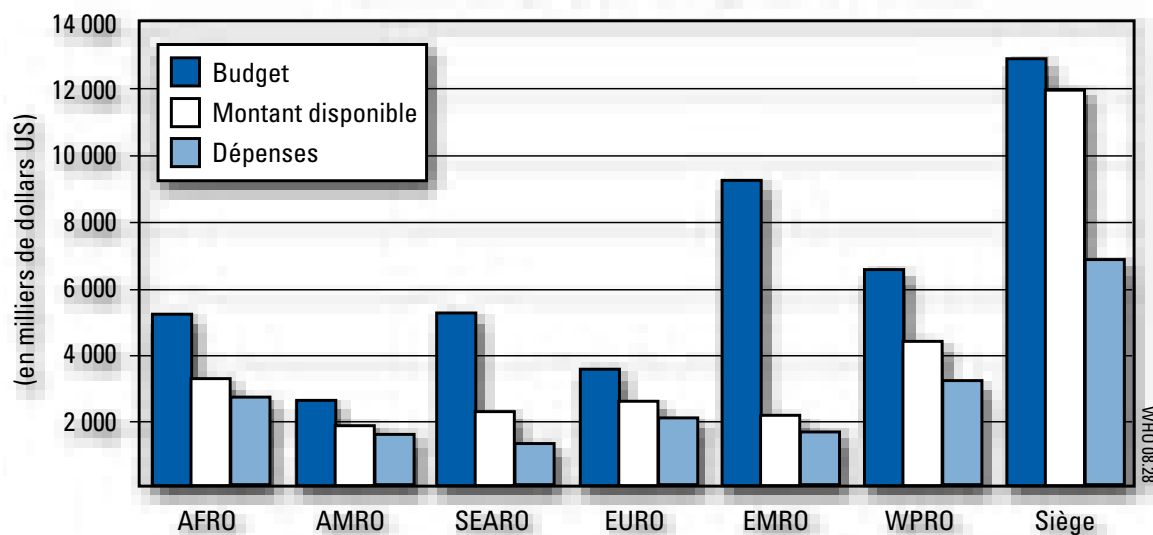
Mesures requises :

- L'OMS devrait mettre l'accent sur la conception de stratégies visant à limiter la part des paiements directs dans le financement des systèmes de santé lorsque les coûts sont élevés. Ceci permettra d'améliorer l'accès à la promotion, à la prévention, au traitement et aux services de réadaptation, et de protéger les gens des conséquences financières de la maladie.
- L'OMS devra faire preuve de souplesse pour pouvoir s'adapter à l'évolution et à l'augmentation des demandes provenant des Etats Membres et maintenir le dialogue avec d'autres institutions multilatérales qui travaillent dans la Région.
- Dans les Régions et les pays qui ne disposent pas des compétences nécessaires en matière de financement et de protection sociale, l'OMS doit travailler avec les Etats Membres pour renforcer leurs capacités dans ce domaine, éventuellement en soutenant les réseaux régionaux.
- Les effectifs de personnel de l'OMS doivent être alignés sur la charge de travail anticipée, et sa capacité à servir les Etats Membres devrait être renforcée par le recrutement de personnes compétentes et jouissant d'une grande considération.
- Il convient d'améliorer le mode de communication des messages essentiels sur le financement de la santé et la protection sociale auprès des Etats Membres et de la communauté mondiale.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Financement de la santé et protection sociale												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	755	4 419	5 174	1 786	1 445	3 231	62.4%	1 786	886	2 672	82.7%	51.6%
AMRO	1 471	1 088	2 559	1 242	572	1 814	70.9%	1 239	288	1 527	84.2%	59.7%
SEARO	3 963	1 213	5 176	1 090	1 134	2 224	43.0%	1 090	164	1 254	56.4%	24.2%
EURO	1 200	2 300	3 500	1 411	1 119	2 530	72.3%	1 411	630	2 041	80.7%	58.3%
EMRO	1 185	8 015	9 200	586	1 515	2 102	22.8%	585	1 007	1 592	75.8%	17.3%
WPRO	1 392	5 108	6 500	1 688	2 667	4 355	67.0%	1 688	1 489	3 177	72.9%	48.9%
Total partiel Régions	9 966	22 143	32 109	7 802	8 453	16 255	50.6%	7 799	4 464	12 263	75.4%	38.2%
Siège	6 179	6 679	12 858	4 637	7 304	11 941	92.9%	4 637	2 176	6 813	57.1%	53.0%
Total	16 145	28 822	44 967	12 439	15 757	28 196	62.7%	12 436	6 640	19 076	67.7%	42.4%

Financement de la santé et protection sociale



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

INFORMATION SANITAIRE, BASES FACTUELLES ET POLITIQUE DE RECHERCHE (IER)

Objectif(s) de l'OMS

Améliorer la disponibilité, la qualité et l'utilisation de l'information sanitaire au niveau des pays ; renforcer la base factuelle aux niveaux régional et mondial afin de surveiller et de réduire les inégalités en matière de santé ; concevoir des systèmes de recherche en santé, mettre en place les moyens de recherche et s'appuyer sur les résultats de la recherche pour renforcer les systèmes de santé nationaux.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Production et utilisation, en temps voulu, d'informations sanitaires exactes dans les pays.* Un nombre important de pays ont évalué leurs systèmes d'information sanitaire et entrepris de remédier à ces faiblesses d'une manière systématique. De meilleures données sont maintenant disponibles sur la couverture des interventions grâce à des enquêtes et à l'amélioration du système de notification des établissements de santé dans certaines Régions. On utilise davantage de données détaillées au niveau national, notamment de données recueillies à partir d'études de la charge de morbidité, pour évaluer les progrès et la performance du système de santé. Toutefois, la disponibilité et la qualité des statistiques sur les causes de décès et les systèmes de santé dans les pays où la mortalité est élevée demeurent limitées.
- *Aptitude des pays à faire rapport sur les principaux objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.* Des progrès ont été enregistrés dans la surveillance de la mortalité juvénile et la couverture de certaines interventions, grâce à la fréquence accrue des enquêtes sanitaires et au renforcement des systèmes de notification des établissements de soins ou à l'effet conjugué de ces deux facteurs. L'aptitude à faire rapport sur les progrès accomplis dans la réalisation de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement portant sur la mortalité maternelle est encore limitée dans les pays où la mortalité est élevée et des retards entravent la collecte de données relatives à la réalisation de l'objectif 4 sur la mortalité juvénile. Une amélioration est intervenue dans la surveillance des progrès accomplis en direction de l'objectif 6, y compris pour la prévalence du VIH/sida et le niveau de couverture des interventions, le taux de succès thérapeutiques pour la tuberculose et le niveau de couverture des interventions antipaludiques.
- *Niveau des ressources mobilisées par rapport à l'insuffisance du financement.* Rien n'indique que des moyens de financement plus importants soient disponibles pour la recherche en santé.
- *Équité d'accès aux connaissances et à l'information sanitaire.* Toutes les Régions et le Siège ont conservé leurs bases de données sur les statistiques sanitaires malgré un taux d'utilisation élevé et ont continué à publier des statistiques sanitaires annuelles. Les activités visant à garantir l'utilisation des informations et des données factuelles dans le processus de décision ont été accélérées dans un nombre croissant de pays, par exemple par l'intermédiaire du réseau EVIPNET.

Principales réalisations

- L'utilisation du Web est encouragée par l'existence de publications et de sites Web fournissant des statistiques sanitaires dans les Régions et au Siège, comme les Statistiques sanitaires mondiales 2007, et des efforts sont entrepris pour garantir à un large public l'accès à ces informations.
- Des efforts accrus ont été déployés au niveau des pays pour renforcer les systèmes de recherche sur les systèmes de santé et d'information sanitaire.
- On a procédé à une analyse des situations sanitaires et des tendances, y compris en ce qui concerne la charge mondiale de morbidité, la mortalité et les causes de décès dans la Région africaine et celle des Amériques et à l'échelle mondiale.
- Un appui a été fourni pour la mise en oeuvre de la Classification internationale des Maladies et de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé et pour la révision de la Classification internationale des Maladies.

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

Consolidation et réforme des systèmes d'information sanitaire des pays qui fournissent et utilisent, en temps voulu, des informations de qualité en ce qui concerne les problèmes et programmes de santé locaux et la surveillance des grands objectifs internationaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dotés de systèmes d'information sanitaire adéquats conformément aux normes internationales telles que définies dans le cadre du réseau de métrologie sanitaire	Nombre de pays répondant actuellement aux normes	Accomplissement de progrès considérables par 25 nouveaux pays pour atteindre les normes d'un système d'information sanitaire solide	Plus de 60 pays ont fait des progrès considérables dans l'évaluation globale de leurs systèmes. Plus de 25 pays ont fait des progrès considérables dans la présentation de données sanitaires plus détaillées pour l'appui aux politiques
Nombre de pays adaptant ou utilisant certains matériels et instruments tels que la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes et la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, et des études sur l'état de santé et la métrologie sanitaire	Nombre de pays utilisant actuellement des matériels et instruments spécifiques	Utilisation par 10 nouveaux pays au moins de matériels et d'instruments spécifiques	Plus de 10 pays ont commencé à utiliser ou utilisent davantage les recommandations et outils essentiels de l'OMS pour l'information sanitaire



Pleinement atteint. Un grand nombre de pays ont pu améliorer considérablement leurs systèmes de collecte de données en procédant à une évaluation complète de leurs systèmes d'information sanitaire dans le cadre du réseau de métrologie sanitaire, bien souvent grâce à des subventions de ce réseau. Des stratégies de renforcement des statistiques de l'état civil et des statistiques sanitaires ont été élaborées et mises en oeuvre dans les Régions des Amériques et de l'Asie du Sud-Est. De nombreux pays ont amélioré certains aspects de leurs systèmes d'information sanitaire, à l'aide des recommandations et des outils de l'OMS, ce qui a facilité la présentation et l'utilisation des informations. Par exemple, plus de 25 pays sont parvenus à fournir des données sanitaires plus détaillées et à élaborer des bases de données d'indicateurs sanitaires en ligne pour soutenir la prise de décisions, en particulier dans les Régions des Amériques et de l'Europe et des évaluations de la prestation de services ont été réalisées dans la Région africaine. Si la mise en oeuvre de la Classification internationale des Maladies n'a guère progressé, des efforts ont été entrepris pour introduire des systèmes d'enregistrement partiel des actes de l'état civil dans au moins cinq pays, pour accélérer le processus dans les Régions des Amériques et de l'Asie du Sud-Est et pour améliorer l'information relative à la morbidité dans la Région de l'Europe. Dix pays au moins ont commencé à utiliser des instruments de cartographie de la disponibilité des services pour obtenir des informations sur le renforcement des systèmes de santé, en particulier dans la Région africaine. Les progrès ont été particulièrement lents en ce qui concerne les causes de mortalité dans les pays qui ne sont pas dotés de systèmes d'enregistrement des actes de l'état civil et qui ne sont guère familiarisés avec le codage de la Classification internationale des Maladies et en ce qui concerne l'information relative aux systèmes de santé dans les pays dont les systèmes de santé sont encore précaires. Des investissements importants devraient être consentis par l'OMS, les partenaires internationaux et les pays dans ces domaines.

Amélioration des connaissances et des bases factuelles indispensables à la prise de décisions en matière de santé grâce au regroupement et à la publication des données factuelles existantes et à la production de connaissances dans les domaines prioritaires

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence d'une base de données de l'OMS regroupant les indicateurs sanitaires essentiels avec des métadonnées, axées sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé	Existence de bases de données partiellement harmonisées dans les bureaux régionaux et au Siège	Existence et utilisation judicieuse de bases de données harmonisées, cohérentes, de grande qualité et comprenant des métadonnées	Les bases de données de statistiques sanitaires nationales comparables sont tenues à jour par le Siège et les bureaux régionaux et amplement utilisées ; tous les bureaux tiennent à jour des profils et des bases de données par pays
Nombre de domaines dans lesquels l'activité de l'OMS a créé de nouvelles données factuelles pour réorienter les programmes de santé ou renforcer les priorités existantes	Nombre de domaines principaux dans lesquels l'OMS doit créer de nouvelles bases factuelles en générant ou en regroupant des données factuelles	Etude de tous les domaines prioritaires s'appuyant, par exemple, sur des rapports analytiques ou des analyses comparatives	Données mondiales et régionales obtenues par l'analyse et la synthèse et appui fourni à la collecte de nouvelles données sur certaines questions importantes comme l'enregistrement des décès, le vieillissement et la santé et la surveillance des systèmes de santé



Pleinement atteint. L'accès à des statistiques sanitaires nationales comparables a été amélioré dans les Régions et au Siège. Tous les bureaux utilisent maintenant un ensemble de statistiques sanitaires de base pour la présentation de rapports et décrivent de plus en plus les métadonnées. Les informations relatives aux pays sont disponibles dans les publications annuelles comme l'*Annuaire de Statistiques sanitaires mondiales* 2007 et dans des brochures publiées par les bureaux régionaux sur les statistiques sanitaires. L'accès aux statistiques sanitaires devra être encore amélioré pour parvenir au même niveau de diffusion que, par exemple, la Région européenne, dans laquelle les partenaires ont été mobilisés pour soutenir la création d'un portail Web plus élaboré. L'OMS fournit aussi des données sanitaires aux systèmes harmonisés de surveillance des objectifs du Millénaire pour le développement qui ont été mis en place par l'Organisation des Nations Unies. Au cours de l'exercice 2006-2007, l'OMS a pu recueillir de nouvelles données utilisables pour les activités de sensibilisation, l'évolution des politiques et le renforcement de l'application des programmes et portant sur toutes sortes de sujets, en faisant la synthèse de données existantes et en participant à la collecte de nouvelles données provenant d'études multipays. Ces données concernent notamment les domaines suivants : les causes de décès, par exemple une série d'articles du *Lancet* et des lignes directrices sur l'utilisation de l'autopsie verbale pour déterminer les causes de décès à partir d'entretiens ; vieillissement et santé ; des informations sanitaires détaillées recueillies grâce à des activités portant sur la charge mondiale de morbidité ; et la surveillance des systèmes de santé et en particulier de la prestation de services. De grandes analyses transversales ont été publiées par les Bureaux régionaux de l'Afrique et des Amériques sur les situations sanitaires et les tendances. Toutefois, les investissements consentis par les pays et les partenaires internationaux dans des efforts bien coordonnés pour recueillir et analyser des données sur les thèmes de santé prioritaires demeurent limités. Par exemple, l'introduction d'un système d'enregistrement des décès nécessite de gros investissements à long terme.

Renforcement de la recherche nationale en santé pour permettre le développement de systèmes de santé dans le cadre de la recherche régionale et internationale et de l'engagement de la société civile ; conception et exécution, sur la base de priorités stratégiques, des programmes à l'initiative de l'OMS sur la recherche concernant le développement des systèmes de santé ainsi que l'accès aux connaissances et l'utilisation de celles-ci

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays visés et de collaborateurs qui utilisent ou adaptent les directives et instruments de l'OMS pour analyser et renforcer les capacités des systèmes nationaux de recherche en santé	Mise à jour par 10 ou 15 pays en développement de leurs stratégies de renforcement des systèmes nationaux de recherche en santé au moyen de directives et instruments de l'OMS	Mise à jour des stratégies de recherche en santé et application des instruments de l'OMS par 10 à 25 pays en développement visés	15 à 20 pays appliquent et ont introduit à l'essai les directives et instruments de l'OMS pour l'évaluation de la performance de leurs systèmes et de leurs stratégies de recherche en santé
Mise à disposition de l'OMS d'un noyau de priorités de recherche sur les systèmes en santé	Projet de cadre pour les priorités	Liste finale des priorités	Un travail est en cours dans plusieurs pays pour déterminer les priorités et évaluer les méthodologies
Efficacité du programme mondial de l'OMS pour la recherche concernant l'élaboration des systèmes de santé	Projet de plan relatif au programme	Lancement et application du programme dans toutes les Régions	Le programme a été lancé par l'Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé avec des pays participants de toutes les Régions OMS
Existence d'initiatives visant à renforcer les capacités de consolidation de la recherche dans les pays	Pas d'initiative coordonnée en place	Mise en oeuvre de l'initiative dans certains pays	Les activités de recherche ont été consolidées par la synthèse de données factuelles permettant d'éclairer les décisions politiques dans 25 pays des Régions de l'Afrique, des Amériques et du Pacifique occidental



Partiellement atteint. Les bureaux régionaux et le Siège ont accompli des progrès dans la mise en oeuvre d'une des recommandations principales du Sommet ministériel de la recherche en santé qui s'est tenu à Mexico, en 2004, à savoir l'adoption d'une approche participative reposant sur les besoins communs pour recenser les problèmes communs. Ils ont toutefois été gênés par la capacité limitée des bureaux de pays et des bureaux régionaux en matière d'analyse des initiatives. Plusieurs pays de la Région africaine continuent à adapter et à tester des indicateurs pour l'évaluation des systèmes nationaux de recherche en santé en utilisant les instruments et les méthodes élaborés par l'initiative pour l'analyse des systèmes de recherche en santé.

Mise en place de réseaux et de partenariats dirigés par l'OMS et améliorant la coopération internationale pour la recherche en santé, et notamment d'un comité consultatif de la recherche en santé efficace aux niveaux régional et mondial, de centres collaborateurs de l'OMS et de tableaux d'experts

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Fonctionnalité de mécanismes tels que le Forum des partenaires pour promouvoir des partenariats solides et la synergie entre les principales organisations au niveau mondial	Coordination minimale, activités indépendantes	Mise en place de mécanismes efficaces de partenariat et coordination des activités entre les principales organisations	Mécanisme fonctionnel impliquant des partenaires multiples (le Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement, le Global Forum for Health Research, l'UNESCO, la Banque mondiale et le Gouvernement malien)

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Couverture du réseau de groupes spéciaux nationaux sur la recherche en santé et les systèmes de santé qui travaillent en étroite collaboration avec leurs homologues de l'OMS aux niveaux mondial, régional et des pays	Mise en place dans des pays visés de 10 à 15 groupes spéciaux nationaux sur les systèmes de recherche en santé	Mise en place dans des pays visés de 10 à 20 groupes spéciaux nationaux supplémentaires sur la recherche en santé et les systèmes de santé	La couverture du réseau est plus étendue dans 25 pays de 3 Régions OMS dans lesquels des groupes spéciaux nationaux ont été constitués en vue de renforcer les liens entre la recherche et l'élaboration de politiques sanitaires
Etendue du maillage entre les centres collaborateurs de l'OMS dans les domaines hautement prioritaires	Plusieurs réseaux dans des domaines hautement prioritaires	Nombre plus important de réseaux dans les zones hautement prioritaires	Plusieurs nouveaux réseaux constitués et d'autres renforcés, par exemple pour la salubrité de l'environnement et la promotion de la santé
Efficacité et impact de la politique de l'OMS pour les centres collaborateurs	Projet relatif à la nouvelle politique agréée par toutes les Régions	Mise en oeuvre intégrale de la nouvelle politique	Nouvelle politique mise en oeuvre
Nombre d'initiatives mises en place à la demande du Comité consultatif mondial de la Recherche en Santé	Aucune initiative importante n'a été élaborée ou mise en oeuvre	Mise en oeuvre de 2 à 3 initiatives dans les zones prioritaires	Toutes les initiatives prévues en vue d'améliorer l'utilisation des données factuelles, les examens éthiques et l'enregistrement des essais cliniques ont été mises en oeuvre



Pleinement atteint. Des mécanismes fonctionnels ont été créés en vue de promouvoir des partenariats solides et une synergie entre les principales organisations au niveau mondial. Le Conseil de la Recherche en Santé pour le Développement, le Global Forum for Health Research, l'UNESCO, la Banque mondiale et le Gouvernement malien ont participé à l'organisation du prochain Forum ministériel mondial sur la Recherche en Santé qui se tiendra à Bamako, du 17 au 20 novembre 2008, et qui a pour objectif de servir de plate-forme de dialogue pour les principaux organismes de financement de la recherche en santé. Les bureaux régionaux et le Siège ont aussi été étroitement impliqués dans l'organisation de réunions préparatoires dans toutes les Régions et dans la création d'équipes nationales pour resserrer les liens entre la recherche et la politique dans trois Régions. Un désir commun de mieux utiliser les bases factuelles dans l'élaboration des politiques a conduit à la conclusion d'un accord sur la nécessité d'un forum de haut niveau pour préserver la visibilité et assurer un soutien continu. Il convient pourtant de tenir compte des caractéristiques et des besoins de chaque Région même s'il paraît difficile de s'entendre sur des objectifs communs, notamment lorsque la capacité est limitée, comme dans le cas des centres collaborateurs. En outre, 25 pays des Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont mis en place des groupes spéciaux nationaux pour resserrer les liens entre les chercheurs et les décideurs, dans le cadre de l'initiative de l'OMS pour des réseaux de politiques reposant sur des données factuelles. Ces groupes collaborent étroitement avec les bureaux régionaux et de pays et reçoivent un solide appui de leurs gouvernements nationaux. De nouveaux réseaux de centres collaborateurs ont été créés et la nouvelle politique mise en oeuvre par étapes.

Fixation de directives et de normes pour garantir une conduite éthique de la recherche en santé et diffusion des meilleures pratiques au sein de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau d'harmonisation des procédures d'examen éthique au Siège et dans les bureaux régionaux	Mise en place au Siège de procédures normalisées d'examen éthique	Harmonisation au Siège et dans les Régions des procédures d'examen éthique	Un niveau d'harmonisation plus élevé a été atteint grâce à de nouveaux mécanismes de renforcement et d'harmonisation de la capacité des examens éthiques dans les bureaux régionaux



Partiellement atteint. Les bureaux régionaux et le Siège ont travaillé de concert à l'identification d'activités spécifiques susceptibles de résoudre les problèmes, c'est ainsi que les comités d'éthique ont été créés dans les bureaux régionaux, un recueil d'examen éthique publié, des ateliers d'examen éthique organisés dans les bureaux régionaux et la participation du personnel des bureaux régionaux encouragée dans les ateliers d'examen éthique au Siège ; des cours de formation à l'examen éthique ont aussi été mis en ligne. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a collaboré étroitement avec le Siège pour l'organisation de cours visant à améliorer sa propre capacité et celle de certains Etats Membres en matière d'examen éthique. La tenue éventuelle d'une réunion interrégionale en vue de l'harmonisation des processus et des normes d'examen éthique fait actuellement l'objet de discussions. Si tous s'accordent à reconnaître que l'examen éthique est une composante importante de la recherche, les progrès sont entravés par le manque de capacité des bureaux régionaux dans ce domaine. Il faudrait donc développer la ressource et la formation au niveau régional.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

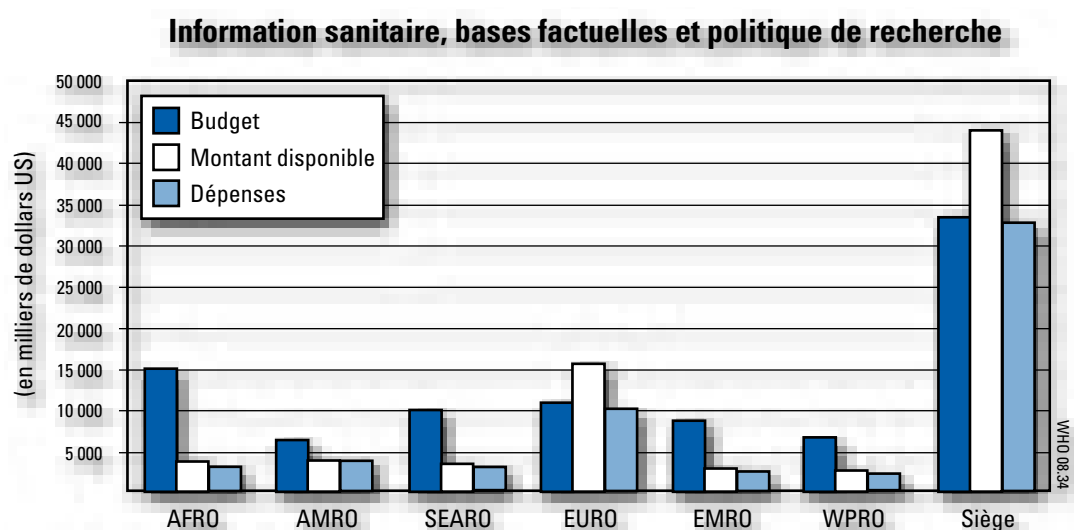
- Avec du temps et le soutien de l'OMS, il devrait être possible de répondre aux demandes croissantes d'information et de données factuelles améliorées en développant les systèmes nationaux d'information sanitaire et de recherche en santé.
- Compte tenu du faible niveau des investissements consentis dans le travail d'information et d'observation dans les bureaux régionaux et au Siège et de l'absence de personnel spécialisé dans les bureaux de pays, il convient de porter une grande attention à l'établissement des priorités d'action et de mettre l'accent sur l'adoption de normes, les approches multipays harmonisées et l'analyse et la synthèse des données.
- Les interactions continues et structurées avec les homologues des bureaux régionaux sont nécessaires pour faciliter l'harmonisation de diverses activités.

Mesures requises :

- Solliciter l'appui de partenaires qui prennent en compte l'évolution du paysage sanitaire dans les pays et les demandes d'information sanitaire.
- Mettre l'accent sur les fonctions essentielles de l'OMS telles que l'établissement de normes, l'adoption d'approches multipays harmonisées pour l'assistance technique, la création de données sur des thèmes négligés et les opérations d'analyse et de synthèse avec la communication efficace de leurs résultats.
- Harmoniser et rationaliser l'échange de données entre les différents niveaux de l'Organisation de manière systématique.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	864	14 040	14 904	1 213	2 560	3 773	25.3%	1 212	1 701	2 913	77.2%	19.5%
AMRO	4 310	1 934	6 244	3 582	415	3 996	64.0%	3 557	265	3 822	95.6%	61.2%
SEARO	1 648	8 327	9 975	2 840	637	3 477	34.9%	2 840	519	3 359	96.6%	33.7%
EURO	3 668	7 082	10 750	2 753	12 853	15 606	145.2%	2 753	7 311	10 064	64.5%	93.6%
EMRO	2 347	6 324	8 671	2 182	592	2 774	32.0%	2 182	264	2 446	88.2%	28.2%
WPRO	1 784	4 816	6 600	2 003	806	2 809	42.6%	2 002	528	2 530	90.1%	38.3%
Total partiel Régions	14 621	42 523	57 144	14 572	17 862	32 434	56.8%	14 546	10 588	25 134	77.5%	44.0%
Siège	6 530	26 732	33 262	6 268	37 593	43 861	131.9%	6 266	26 156	32 422	73.9%	97.5%
Total	21 151	69 255	90 406	20 840	55 455	76 295	84.4%	20 812	36 744	57 556	75.4%	63.7%



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

RESSOURCES HUMAINES POUR LA SANTE (HRH)

Objectif(s) de l'OMS

Contribuer à gérer efficacement et de manière créative l'interaction entre l'offre et la demande de personnels de santé.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Aptitude à conserver dans les pays un personnel de santé en nombre plus important et reprofilé pour mieux répondre aux besoins sanitaires du pays.* A la suite de l'action de sensibilisation qui a marqué la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*, et des efforts concertés de nombreux partenaires, davantage de pays ont pris conscience des difficultés que comportent la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement concernant les ressources humaines pour la santé, et la fourniture de services de soins primaires efficaces. Des documents de consensus stratégiques ont été approuvés par la plupart des Régions, dans lesquels sont soulignés le rôle central des ressources humaines et l'importance de les fidéliser pour améliorer l'efficacité des systèmes de santé et les indicateurs sanitaires. Parmi les stratégies qui ont été adoptées par les pays figurent la garantie de conditions de travail décentes, l'amélioration des compétences des cadres de niveau intermédiaire, l'élaboration de nouvelles stratégies de formation qui répondent mieux aux besoins des communautés et la possibilité de compléter les salaires par des fonds de donateurs. Dans certains pays, on a observé une augmentation du rapport de personnels de santé à la population comparativement à l'exercice précédent.
- *Renforcement de la capacité nationale d'élaboration de politiques et de gestion des personnels de santé.* La plupart des pays passent en revue leurs plans et politiques nationaux de ressources humaines pour la santé ou en établissent de nouveaux sur la base des lignes directrices établies à cette fin. Dans certaines Régions, comme la Région des Amériques, les plans et politiques sont liés aux stratégies et buts régionaux. Plusieurs pays ont révisé et renforcé le rôle des départements des ressources humaines dans les ministères de la santé. Des observatoires régionaux des ressources humaines pour la santé ont été créés dans la Région africaine et dans la Région de la Méditerranée orientale, alors que le réseau traditionnel des observatoires de la Région des Amériques a continué à se développer. Des observatoires nationaux ont également été créés dans 11 pays avec pour tâche de soutenir et d'améliorer le processus d'élaboration des politiques et de prise de décisions fondées sur des données factuelles.

Principales réalisations

- Une action de sensibilisation accrue a permis de placer la crise des ressources humaines pour la santé au premier rang des préoccupations internationales. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé* a mis en exergue la crise mondiale des personnels de santé qui, dans la pratique, se traduit par une pénurie absolue d'environ 4 millions d'agents de santé dans 57 pays, la plupart en Afrique subsaharienne et en Asie. Le rapport a présenté une vue d'ensemble des interventions possibles et proposé un plan d'action sur 10 ans pour résoudre la crise. Une action de sensibilisation dans toutes les Régions à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé 2006, consacrée aux personnels de santé, a aidé à mieux faire prendre conscience de l'ampleur du problème et de la nécessité d'une action d'urgence.
- L'Alliance mondiale pour les personnels de santé a été lancée en mai 2006 avec pour but de renforcer l'action de sensibilisation et de privilégier au niveau international la question des personnels de santé. L'Alliance mondiale collabore avec d'autres partenaires, dont l'OMS, pour mettre en oeuvre des interventions efficaces en vue de réduire la pénurie des agents de santé dans les pays les plus touchés et de constituer des effectifs de personnels de santé compétents partout dans le monde. D'autres alliances et partenariats régionaux ont été créés, notamment l'Alliance pour les ressources humaines pour la santé en Asie et dans le Pacifique, et la toute nouvelle Alliance pour les ressources humaines dans le Pacifique, dans le but d'apporter une réponse cohérente et coordonnée à des problèmes régionaux particuliers.

- Les organes directeurs aux niveaux régional et mondial ont approuvé plusieurs résolutions sur le développement des personnels de santé : la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux¹ et une autre sur l'accélération de la production de personnels de santé,² qui invite instamment les États Membres à accélérer leurs efforts pour développer les personnels de santé et, ce faisant, réduire la pénurie mondiale d'environ 4 millions d'agents de santé. Les Comités régionaux des Amériques, de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe et du Pacifique occidental ont également approuvé des résolutions régionales sur les ressources humaines pour la santé.
- Des stratégies régionales ou des déclarations ministérielles ont également été entérinées dans trois Régions : des buts régionaux concernant les ressources humaines pour la santé 2007-2015 dans la Région des Amériques, la Déclaration d'Islamabad sur les soins infirmiers et obstétricaux dans la Région de la Méditerranée orientale, la Déclaration de Dhaka dans la Région de l'Asie du Sud-Est et le plan stratégique régional pour les soins infirmiers dans la Région du Pacifique occidental. Ce sont tous des exemples de forte volonté politique, au plus haut niveau, de résoudre la crise des personnels de santé.
- Un cadre d'action commun est actuellement mis en oeuvre dans plusieurs pays pour offrir une approche cohérente et complète, nécessaire à l'analyse et à l'élaboration des politiques. Des observatoires régionaux et nationaux ont été créés afin de renforcer et de soutenir le processus d'élaboration de politiques et de prise de décisions fondées sur des données factuelles.

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

Fourniture de conseils et d'un soutien pour l'analyse de la situation et la planification et la gestion efficaces des personnels de santé dans les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays utilisant les lignes directrices de l'OMS pour la planification et la gestion des ressources humaines	A déterminer d'après les enquêtes qui seront effectuées en 2005	Au moins 20 pays supplémentaires	En raison de changements organiques, l'enquête de base prévue n'a pas été effectuée. Aussi, n'a-t-on pas pu fixer une valeur de réalisation pour la cible de l'indicateur. Néanmoins, on sait que 73 pays ont utilisé des lignes directrices pour la planification et la gestion des ressources humaines, pour soit revoir leurs stratégies, politiques et plans nationaux existants de ressources humaines pour la santé, soit en élaborer de nouveaux
Nombre de pays utilisant des instruments fondés sur des données factuelles pour améliorer le recrutement des personnels de santé et aider à retenir ces personnels	A déterminer d'après les enquêtes qui seront effectuées en 2005	Au moins 20 pays supplémentaires	En raison de changements organiques, l'enquête de base prévue n'a pas été effectuée. Aussi, n'a-t-on pas pu fixer une valeur de réalisation pour la cible de l'indicateur. Néanmoins, on sait que 33 pays mettent en oeuvre différents types de stratégies de fidélisation



Données insuffisantes. L'OMS a joué un rôle clé dans une campagne de sensibilisation intensifiée visant à faire prendre davantage conscience de la crise mondiale des ressources humaines pour la santé. Beaucoup d'autres pays ont entrepris de revoir ou d'élaborer de nouveaux plans stratégiques nationaux de ressources humaines pour la santé. Certains pays ont accordé à la question un rang élevé de visibilité politique en créant des mécanismes de surveillance à haut niveau pour encourager la prise de mesures, par exemple un organisme de coordination au niveau du Premier Ministre en Mongolie. De nouveaux outils et instruments d'analyse et de planification ont été mis à la disposition des pays aux niveaux mondial et régional, par exemple le cadre d'action en faveur des ressources humaines pour la santé, élaboré en collaboration avec une série de partenaires. Dans la Région du Pacifique occidental, un code de pratique régional fournit des lignes directrices concernant une approche éthique du recrutement international des agents de

¹ Résolution WHA59.27.
² Résolution WHA59.23.

santé, en tenant compte de l'impact potentiel de ce recrutement sur les services de santé des pays d'origine. Il s'efforce également de protéger les droits des personnes recrutées et la situation de l'emploi dans des pays recruteurs. Il faudrait faire davantage pour rendre les outils et les meilleures pratiques en matière de planification et de fidélisation plus accessibles aux pays.

Renforcement des capacités dans les domaines du leadership, de l'élaboration des politiques, de la santé publique, de la gestion et de la recherche

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dans lesquels l'OMS apporte des preuves tangibles de ses capacités institutionnelles à appuyer le leadership	A déterminer d'après des enquêtes qui seront effectuées en 2005	Au moins 15 pays	En raison de changements organiques, l'enquête de base prévue n'a pas été effectuée. Aussi, n'a-t-on pas pu fixer une valeur de réalisation pour la cible de l'indicateur. Néanmoins, on sait que 63 pays de l'ensemble des Régions ont bénéficié d'une formation au leadership et à la gestion ou ont fait preuve de leur engagement à améliorer les capacités institutionnelles afin de renforcer le leadership
Nombre de produits probants élaborés pour appuyer et maintenir le leadership des ressources humaines pour la santé	10 au début de la période biennale	Au moins 10 répartis de par le monde	10 produits ont été élaborés et diffusés : le Rapport sur la santé dans le monde et 5 notes d'orientation ont été publiés et diffusés dans le monde
Fonctionnement d'un programme de soutien au leadership dans le domaine de la santé	Au moins 35 fonctionnaires participants	Au moins 30 fonctionnaires supplémentaires	116 professionnels – dont 66 hauts fonctionnaires chinois – de 18 pays de 2 Régions ont participé au programme de formation au leadership



Partiellement atteint. Les cibles 2 et 3 ont été atteintes, toutefois il n'a pas été possible d'assigner une valeur à la première. Les travaux ont commencé, en collaboration avec le Siège, afin de répertorier les administrateurs des services de santé dans neuf pays de la Région africaine et de la Région de la Méditerranée orientale afin de mieux comprendre les capacités de gestion et les besoins des pays. Le service de formation des futurs cadres de la santé, dirigé à partir du Siège, a été restructuré pour se concentrer sur la formation de praticiens en Afrique, où la crise est la plus grave. Un nouveau programme de formation au leadership dans le domaine de la santé concernant les soins infirmiers a été lancé en Lituanie et le programme de formation au leadership et à la gestion mis au point par le Conseil international des infirmières a continué d'être mis en oeuvre dans toute la Région de la Méditerranée orientale. Dix produits ont été mis au point et diffusés : Le Rapport sur la santé dans le monde et cinq documents d'orientation, un chapitre sur le leadership à la gestion en matière de santé pour l'*Oxford Textbook of Public Health*³, un programme de formation en ligne sur les politiques et interventions de ressources humaines pour la santé à l'intention des professionnels occupant des postes clés dans la Région des Amériques ; un cours international en ressources humaines pour la santé proposé conjointement avec le Brésil à des participants des pays andins et du Chili ; une étude sur les départements des ressources humaines des ministères de la santé dans la Région des Amériques ; et une publication sur la migration des agents de santé et les répercussions au plan des politiques en Europe. Parmi les publications ou les produits régionaux sur les ressources humaines pour la santé et le leadership, on citera : deux ouvrages sur les personnels de santé publiés par l'Observatoire européen des systèmes et politiques de santé⁴ et deux plans d'action stratégiques pour le développement des soins infirmiers et/ou obstétricaux dans la Région du Pacifique. Des recherches plus ciblées sur le leadership et la gestion doivent être encouragées au cours de l'exercice 2008-2009. L'attention accrue portée à la formation des responsables et des gestionnaires est essentielle pour faire progresser les politiques de ressources humaines. Les documents stratégiques et des déclarations politiques adoptés aux niveaux régional et mondial ont également préparé le terrain en vue du renforcement du leadership et de la gestion des personnels de santé.

³ Detels, Roger et al., eds. *Oxford Textbook of Public Health*, 4^e edn. Oxford, Oxford University Press, 2002.

⁴ Dubois, Carl-Arty et al., eds. *Human resources for health in Europe*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006 et Bernd, Rechel et al., eds. *The health care workforce in Europe: learning from experience*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

Promotion de stratégies visant à réduire l'exode des personnels de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dotés de politiques et de stratégies visant à lutter contre l'exode des personnels de santé	A déterminer d'après des enquêtes qui seront effectuées en 2005	Au moins 25 pays	En raison de changements organiques, l'enquête de base prévue n'a pas été effectuée. Aussi n'a-t-on pas pu fixer de valeurs pour la réalisation de la cible de l'indicateur. Néanmoins, on sait que 24 pays et territoires de 2 Régions se sont dotés de stratégies particulières pour limiter l'exode des personnels de santé



Données insuffisantes. Les migrations internationales de personnels de santé ont continué à motiver les efforts au niveau mondial. Par exemple, l'OMS et l'OCDE collaborent en vue d'accroître le volume de données et d'informations disponibles sur les schémas des migrations de personnels de santé. En collaboration avec l'Alliance mondiale pour les personnels de santé et d'autres partenaires, l'OMS a continué à élaborer des instruments pour le recrutement éthique des agents de santé, ainsi que lui en avait donné mandat la résolution WHA57.19. Une analyse des codes de pratique actuels concernant le recrutement international est en cours et l'on est en train de préparer un cadre pour l'élaboration d'un code de pratique mondial. Il faudrait faire davantage pour associer les pays à des consultations sur les particularités régionales des migrations. La cinquante-septième session du Comité régional de l'Europe a adopté une résolution sur les politiques relatives au personnel sanitaire dans la Région européenne afin de réduire les répercussions des migrations.⁵ Certains pays de la Région des Amériques négocient des accords avec les pays destinataires pour atténuer l'impact de l'exode des agents de santé. Trois pays de la Région africaine ont signalé avoir mis en place des dispositifs d'incitation pour retenir les agents de santé, tandis que trois autres ont mis en oeuvre des protocoles d'accord sur le recrutement des agents de santé. Dans la Région du Pacifique occidental, le Code de pratique pour le recrutement des agents de santé dans le Pacifique et un document de synthèse ont été approuvés par les ministères de la santé des pays insulaires du Pacifique, qui représentent 18 pays et territoires. S'agissant des migrations internes, des lignes directrices et des recommandations mondiales relatives à une stratégie qui permettrait de redistribuer rationnellement les tâches entre les équipes de soins de santé ont été élaborées en vue d'élargir l'accès aux services de santé.

Fourniture de conseils et d'outils pratiques pour assurer la qualité de l'éducation et de la formation et veiller à ce qu'elles soient adaptées aux besoins des pays et utilisées dans les pays cibles

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dans lesquels l'OMS appuie les évaluations de la formation des personnels de santé, y compris l'évaluation des programmes de formation et des programmes d'études	A déterminer d'après les enquêtes qui seront effectuées en 2005	20 pays de plus	En raison de changements organiques, l'enquête de base prévue n'a pas été effectuée. Aussi n'a-t-on pas pu fixer de valeurs pour la réalisation de la cible de l'indicateur. Néanmoins on sait que 35 pays de 4 Régions ont évalué leurs programmes d'éducation ou révisé les programmes des études de médecine, de soins infirmiers et de santé publique
Nombre de pays cibles dans lesquels sont utilisés des outils, des lignes directrices et des méthodes visant à améliorer la qualité et les normes de la formation et de l'éducation des professionnels de la santé	A déterminer d'après des enquêtes qui seront effectuées en 2005	50 pays	En raison de changements organiques, l'enquête de base prévue n'a pas été effectuée. Aussi n'a-t-on pas pu fixer de valeurs pour la réalisation de la cible de l'indicateur. Néanmoins, on sait que 58 pays utilisent des outils et d'autres méthodes pour améliorer la qualité de l'éducation et de la formation des professionnels de santé

⁵ Résolution EUR/RC57/R1.



Données insuffisantes. L'évaluation et l'amélioration de la qualité de l'éducation sont un processus bien établi. La Région africaine, la Région des Amériques, la Région européenne et celle du Pacifique occidental ont évalué leurs programmes d'éducation et de formation dans de nombreux pays et ont mis en œuvre des instruments visant à améliorer la qualité de l'éducation des professionnels de santé, y compris en révisant les programmes d'études et en adoptant des méthodes de formation novatrices. Les centres collaborateurs de l'OMS dans les Régions ont soutenu ces efforts. Le réseau de téléenseignement de la Région du Pacifique occidental, le Pacific Open Learning Health Net, a mis au point 27 cours pendant la période biennale.

Renforcement des institutions et des processus permettant d'accroître les capacités de recherche sur les ressources humaines pour la santé dans les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'institutions dans les pays en développement dotées d'un programme actif de recherche sur les ressources humaines pour la santé	A déterminer d'après des enquêtes qui seront effectuées en 2005	Au moins 30 programmes actifs	En raison de changements organiques, l'enquête de base prévue n'a pas été effectuée. Aussi n'a-t-on pas pu fixer de valeurs pour la réalisation de la cible de l'indicateur. Néanmoins, on sait que 16 pays de 4 Régions soutiennent l'exécution de recherches sur les ressources humaines pour la santé



Données insuffisantes. Des projets de recherche sont actuellement menés dans 10 autres pays, mais ils ne sont pas structurés de la même façon que des programmes de recherche. Le programme de recherche sur les ressources humaines pour la santé en est encore à ses débuts et les activités de recherche dans les pays sont fragmentées et mal coordonnées. Bien que les centres collaborateurs de l'OMS continuent de privilégier la recherche, leurs résultats restent limités. Les principaux obstacles sont un financement insuffisant et le faible rang de priorité accordée aux ressources humaines pour la santé au niveau des pays. Il faudrait faire davantage pour renforcer la recherche et la base de connaissances en vue d'élaborer une approche cohérente de l'apprentissage et la mise en commun des meilleures pratiques. La revue électronique *Human Resources for Health*⁶ a publié 27 nouveaux articles chaque année de l'exercice.

Lignes directrices efficaces concernant l'accréditation, la délivrance de licences et la certification pour appuyer la mise en place de mécanismes et de cadres visant à assurer la qualité de la préparation et de la pratique des professionnels de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Recensement des règlements concernant l'accréditation, la délivrance de licences et la certification des professionnels de la santé	A déterminer d'après des enquêtes qui seront effectuées en 2005	Au moins 100 pays	En raison de changements organiques, l'enquête de base prévue n'a pas été effectuée. Aussi n'a-t-on pas pu fixer de valeurs pour la réalisation de la cible de l'indicateur. Néanmoins, on sait que 72 pays des Régions africaine, européenne, de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est ont recensé les réglementations existantes en matière d'accréditation dans l'enseignement médical et la formation d'autres professions de santé
Mise à disposition des pays de lignes directrices utiles dans au moins 3 langues officielles	A déterminer d'après des enquêtes qui seront effectuées en 2005	20 pays	En raison de changements organiques, l'enquête de base prévue n'a pas été effectuée. Aussi n'a-t-on pas pu fixer de valeurs pour la réalisation de la cible de l'indicateur. Néanmoins, on sait que des lignes directrices sont disponibles dans les pays de la Région des Amériques et dans la Région européenne en anglais, espagnol, portugais et russe

⁶ Consultable à l'adresse : <http://www.human-resources-health.com>.

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays adoptant des lignes directrices pour l'élaboration des règlements nationaux	A déterminer d'après des enquêtes qui seront effectuées en 2005	20 pays	En raison de changements organiques, l'enquête de base prévue n'a pas été effectuée. Aussi n'a-t-on pas pu fixer de valeurs pour la réalisation de la cible de l'indicateur. Néanmoins, on sait que 15 pays de la Région européenne ont adopté des lignes directrices



Données insuffisantes. Les données étaient insuffisantes pour déterminer le degré de réalisation. Les progrès ont été irréguliers dans ce domaine. Au niveau mondial, des efforts ont été faits pour systématiser l'information sur les écoles existantes ainsi que les pratiques en matière d'accréditation et de réglementation. Un protocole d'accord a été signé entre l'OMS et l'Université de Copenhague afin d'administrer une base de données mondiale contenant des répertoires des établissements d'enseignement pour les professionnels de santé. Les écoles de médecine, de pharmacie et de santé publique y figurent déjà et d'autres professions de santé y seront ajoutées progressivement. Les répertoires fournissent des informations sur la répartition et l'accréditation des établissements d'enseignement. La Foundation for Advancement of International Medical Education and Research, la Fédération internationale pharmaceutique, l'International Association of Medical Regulatory Authorities, la Fédération internationale du Diabète, la Fédération mondiale pour l'Enseignement de la Médecine, la Fédération mondiale des Associations de la Santé publique et l'UNESCO, entre autres, sont membres du Conseil consultatif. Toutefois, il faudrait faire davantage au niveau des pays, pour veiller à ce que les lignes directrices mondiales et régionales soient utilisées efficacement. Les ressources limitées dans certaines Régions, alliées au rang de priorité peu élevé assigné au domaine du développement des personnels de santé par rapport à d'autres, ainsi que des insuffisances en matière de gouvernance et de surveillance dans les secteurs privés de l'éducation et de la santé, à la spécificité des structures politiques selon les pays et aux faibles moyens disponibles dans les pays pour répondre aux exigences des partenaires, organismes et programmes sanitaires, ont restreint l'aptitude des pays à donner suite aux efforts des bureaux régionaux. Les tentatives faites par le Bureau régional des Amériques pour recenser les établissements d'accréditation des écoles de médecine n'ont eu que peu d'écho, de même que les efforts déployés par deux autres bureaux régionaux pour entreprendre des exercices généraux d'évaluation, notamment des pratiques de réglementation.

Etablissement d'alliances et d'observatoires régionaux des ressources humaines pour la santé réunissant des partenaires du développement, des organisations professionnelles et d'autres institutions pour s'attaquer, à l'échelon national et régional, aux éléments clés qui contribuent à renforcer le leadership et la capacité des pays à développer ces ressources

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'observatoires/alliances établis	1 réseau mondial, aucun réseau régional	Au moins 2 alliances régionales	2 alliances régionales ont été constituées



Pleinement atteint. Les observatoires des ressources humaines pour la santé sont désormais un dispositif bien établi pour soutenir la prise de décisions fondées sur les données factuelles. Au cours de l'exercice, deux observatoires régionaux ont ouvert leurs portes dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale, et 11 observateurs nationaux ont été créés dans ces Régions. Un observatoire mondial est également en voie de constitution. Le réseau pleinement opérationnel des observatoires des ressources humaines pour la santé comprenant 23 pays de la Région des Amériques soutient désormais également des liens avec d'autres Régions et l'extension du concept et du modèle dans d'autres pays. Dans la même Région, une alliance stratégique existe entre le Brésil et le Canada pour soutenir l'appel à l'action de Toronto par des moyens techniques et financiers. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a contribué à la création du réseau régional des conseils médicaux et en assure désormais le secrétariat. Deux alliances régionales ont été créées avec l'appui des Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental : l'Alliance pour les ressources humaines pour la santé en Asie et dans le Pacifique et la toute nouvelle Alliance des ressources humaines pour la santé dans le Pacifique.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- L'approbation de stratégies et d'engagements régionaux témoigne de l'intérêt politique au niveau mondial, qu'il devrait être possible de traduire en mesures efficaces au niveau des pays.
- Si l'action de sensibilisation au niveau mondial s'est traduite par une prise de conscience accrue et a suscité un niveau de consensus nouveau, les engagements régionaux et mondiaux ne se traduisent pas encore suffisamment en mesures concrètes dans les pays.
- Les moyens dont disposent les pays pour promouvoir les plans et stratégies régionaux sont encore limités, comme en témoigne l'absence d'homologues nationaux chargés des ressources humaines pour la santé dans les bureaux de pays ainsi que dans les ministères de la santé.
- Des résultats positifs ont été obtenus par les pays dotés d'un leadership efficace et de moyens solides au niveau gouvernemental pour orienter le processus de développement des personnels de santé en fonction des besoins de la population. Afin de remplir les engagements stratégiques de haut niveau, il faut être capable de maintenir les capacités existantes tout en formant une masse critique de personnes compétentes aux niveaux central et décentralisé.
- Dans de nombreux pays, les bases factuelles de la prise de décisions en matière de ressources humaines pour la santé sont faibles. Il n'existe pas de recherche active sur la question au niveau des pays et l'information et les données sont fragmentées. Les définitions doivent être harmonisées et des indicateurs communs concernant les ressources humaines pour la santé élaborés.

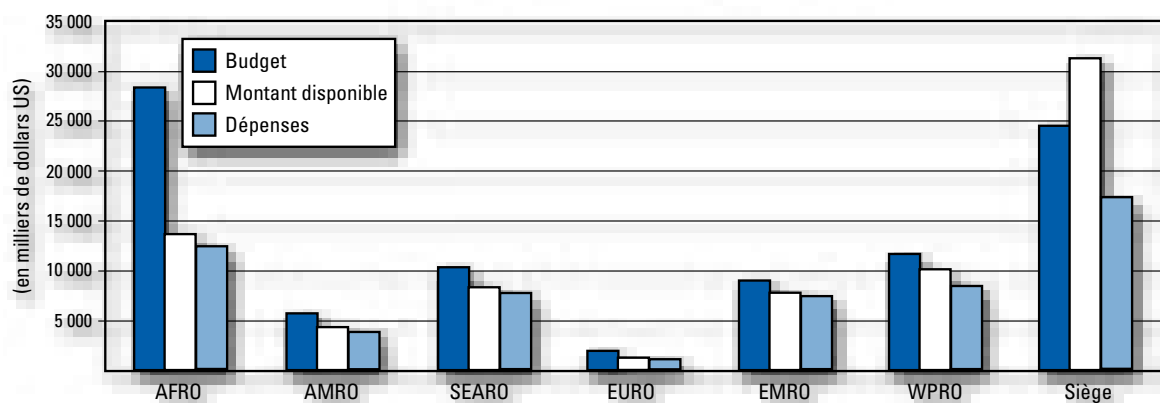
Mesures requises :

- Une approche commune des différents partenaires et des différents secteurs pour soutenir l'élaboration et la mise en oeuvre de stratégies spécifiques aux pays devrait être favorisée. Cela passe par une collaboration continue et plus efficace entre l'OMS et ses partenaires existants, notamment l'Alliance mondiale pour les personnels de santé et les alliances régionales pour des ressources humaines pour la santé, ainsi qu'avec les partenaires du développement et la société civile.
- Deux mesures phares pour accélérer la mise en oeuvre de changements stratégiques de haut niveau dans les pays sont un dialogue fréquent qui se poursuit avec les gouvernements et les homologues nationaux et le renforcement des compétences des bureaux de pays afin d'améliorer l'aptitude de l'OMS à fournir un appui au moment opportun.
- Les domaines prioritaires qui pourront présenter un intérêt technique pour les pays en 2008-2009 seront : les migrations et les cadres de réglementation pour la mobilité des personnels de santé ; le recrutement éthique aux niveaux régional et mondial ; le rôle des personnels de santé publique ; le développement de l'éducation et de la formation des agents de santé en recentrant l'enseignement sur les soins de santé primaires et le renforcement des systèmes de santé ; et le développement à la fois des capacités de recherche et des résultats de la recherche dans les pays en développement.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Ressources humaines pour la santé												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	11 258	16 975	28 233	9 918	3 739	13 657	48.4%	9 905	2 515	12 420	90.9%	44.0%
AMRO	3 056	2 737	5 793	3 643	701	4 344	75.0%	3 618	375	3 993	91.9%	68.9%
SEARO	7 558	2 736	10 294	6 785	1 628	8 413	81.7%	6 785	741	7 526	89.5%	73.1%
EURO	664	1 419	2 083	519	969	1 488	71.5%	519	720	1 239	83.2%	59.5%
EMRO	1 807	7 168	8 975	5 982	1 845	7 827	87.2%	5 982	1 468	7 450	95.2%	83.0%
WPRO	7 742	3 970	11 712	6 608	3 629	10 236	87.4%	6 607	1 864	8 471	82.8%	72.3%
Total partiel Régions	32 085	35 005	67 090	33 455	12 511	45 966	68.5%	33 416	7 683	41 099	89.4%	61.3%
Siège	6 902	17 656	24 558	6 289	24 968	31 257	127.3%	6 247	11 032	17 279	55.3%	70.4%
Total	38 987	52 661	91 648	39 744	37 479	77 223	84.3%	39 663	18 715	58 378	75.6%	63.7%

Ressources humaines pour la santé



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

ELABORATION DE POLITIQUES POUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT (HSD)

Objectif(s) de l'OMS

Maintenir et continuer de développer le caractère central, d'une part, de la santé par rapport à une vaste gamme de processus de développement aux niveaux national, régional et international, et, d'autre part, de l'analyse des aspects éthiques, économiques et relatifs aux droits de l'homme par rapport à la mise en place de politiques et de lois justes et cohérentes aux niveaux national, régional et international.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Reconnaissance du rôle de la santé dans le développement national des instances politiques et de développement et prise en compte de ce rôle dans les politiques, plans et budgets au niveau des pays.* Un nombre accru de pays recherchent et obtiennent des conseils et un appui de l'OMS pour élaborer des plans et des politiques sanitaires et améliorer l'efficacité et l'équité de leurs systèmes de santé. Ils sont aussi plus nombreux à élaborer des cadres de dépenses à moyen terme pour le secteur de la santé, conformément aux stratégies nationales de réduction de la pauvreté et aux cadres macroéconomiques. A la suite du Forum de haut niveau sur les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, une initiative a été lancée en 2006 sur l'harmonisation de la santé en Afrique. Les donateurs s'accordent de plus en plus à reconnaître l'importance de la santé lorsqu'ils s'interrogent sur les moyens d'augmenter l'efficacité de l'aide, conformément aux principes contenus dans la Déclaration de Paris de 2006 sur l'efficacité de l'aide. L'OMS a contribué à la mise en place du Partenariat international pour la santé, qui a été lancé en septembre 2007, et elle a participé à diverses initiatives analogues visant à augmenter l'efficacité de l'aide au développement, à prêter une plus grande attention aux systèmes de santé, à améliorer la prévisibilité du financement de l'aide et à instaurer des systèmes propres à renforcer la responsabilité mutuelle des gouvernements et de leurs partenaires de développement.
- *Reconnaissance de l'éthique, du droit, du commerce et des droits de l'homme dans les consultations de l'OMS et dans les instances politiques, et prise en compte de ces éléments dans les politiques, plans et interventions au niveau des pays.* Une plus grande attention a été portée à la cohérence politique au sein du gouvernement et entre les différents secteurs du gouvernement ainsi que dans le cadre des instances multilatérales, de manière à créer un environnement favorable à la réalisation des objectifs sanitaires aux niveaux national et international. Les pays sont de plus en plus nombreux à demander et à obtenir des compétences techniques et des conseils dans les domaines de l'éthique, du commerce, des droits de l'homme et du droit à l'échelon national et dans le cadre de processus intergouvernementaux et de consultations OMS.

Principales réalisations

- Un nombre accru de pays accordent une place plus importante à la santé dans leur plan de développement national et commencent à utiliser les instruments de politique et de planification et à les adapter aux analyses du développement sanitaire.
- Plusieurs partenariats en matière de santé et de développement ont été constitués ou renforcés, notamment avec certains pays ou avec des institutions des Nations Unies, des institutions nationales de défense des droits de l'homme, des comités nationaux d'éthique et des organisations non gouvernementales.
- Plusieurs documents d'orientation ont été publiés, et notamment une analyse du rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé, des fiches d'information sur la santé et les droits de l'homme, un rapport sur les considérations d'éthique dans l'élaboration d'une action de santé publique contre la grippe pandémique et un cadre méthodologique pour l'évaluation des échanges de services de santé.
- Le renforcement des bureaux régionaux a favorisé un appui accru à la formation et au renforcement des capacités dans les pays dans les domaines de l'équité, des droits de l'homme, du commerce, de l'éthique et de la législation sanitaire.
- L'OMS a contribué à la rédaction et à l'adoption de plusieurs documents de politique générale dont certains portent sur des aspects des droits de l'homme liés à la santé. Il s'agit notamment de contributions aux observations générales des organes créés en vertu d'instruments des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme et aux rapports des rapporteurs spéciaux des Nations Unies, et de publications sur le commerce et la santé, et notamment sur le commerce international des services de santé,¹ ou encore sur la législation sanitaire mondiale, telles que le *Recueil international de Législation sanitaire*.

¹ Blouin, C. et al. *International trade in health services and the GATS: current issues and debates*. Washington, D.C., Banque internationale de Reconstruction et de Développement/Banque mondiale, 2006

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

Renforcement de la capacité des pays afin de s'assurer que les plans et budgets de développement nationaux, les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté, les réformes du secteur public, les programmes sectoriels (y compris les approches sectorielles) et les mécanismes intersectoriels soutiennent l'accroissement des investissements en matière de santé et l'amélioration des résultats sanitaires, y compris la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, et s'attachent à l'impact des mesures proposées sur les pauvres, ainsi que sur les personnes vulnérables et marginalisées

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays à faible revenu dans lesquels l'OMS a joué un rôle marquant en aidant les autorités nationales à rédiger les cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté, les plans de réduction de la pauvreté au niveau national et les programmes sectoriels qui comprennent une approche cohérente et chiffrée de la santé des pauvres	Moins de 10 % des pays concernés	50 % des pays concernés	Dans 90 % des 84 pays ayant élaboré des documents stratégiques sur la réduction de la pauvreté et dans lesquels l'OMS est représentée, l'Organisation a joué un rôle actif ou déterminant en aidant les gouvernements à élaborer la composante sanitaire
Proportion des pays à faible revenu dans lesquels l'OMS a contribué de façon notable à l'évaluation de l'équité dans la préparation des plans de santé nationaux	20 % des pays concernés dans 2 Régions de l'OMS (Asie du Sud-Est et Pacifique occidental)	40 % des pays concernés dans chaque Région	40 % des pays à revenu faible ou intermédiaire (67)



Partiellement atteint. De nouvelles données ont été recueillies et de nouvelles méthodes conçues pour analyser les données existantes. Des réunions politiques de haut niveau ont été organisées, principalement en collaboration avec les bureaux régionaux de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est, afin de préparer l'exécution de nouvelles analyses par pays pour aider les pays dans la planification de l'exercice biennal 2008-2009. Des cadres conceptuels et opérationnels d'évaluation de l'équité et de l'analyse des déterminants sociaux de la santé aux niveaux national et mondial ont été proposés à la Commission des Déterminants sociaux de la Santé. Ces cadres, qui mettent l'accent sur les personnes vulnérables et marginalisées, en analysant aussi les gradients économiques et sociaux, sans toutefois se cantonner aux populations les plus pauvres, ont indiscutablement influencé le projet de rapport de la Commission et ses recommandations préliminaires. Les bureaux régionaux ont encouragé les initiatives communautaires et les politiques nationales visant à instaurer l'équité dans les systèmes de santé.

Engagement total de l'OMS dans le dialogue au niveau mondial et la diffusion des meilleures pratiques et processus en matière de développement, notamment en ce qui concerne les objectifs du Millénaire pour le développement et d'autres mécanismes fondés sur le partenariat, en vue d'intégrer la santé dans le flux des activités de développement, d'accroître les ressources et d'améliorer l'efficacité et l'équité des mécanismes d'aide dans le secteur de la santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des pays à faible revenu qui appliquent une série d'indicateurs recommandée par l'OMS sur l'efficacité de l'aide en matière de santé	-	Indicateurs sur l'efficacité de l'aide conçus et appliqués à 60 % des pays concernés	Les indicateurs sur l'efficacité de l'aide n'ont pas été conçus
Existence d'un système mondial de recherche des ressources	-	Système de suivi instauré et en état de marche	Des recommandations relatives à l'élaboration d'un système de recherche de ressources plus intégré ont été proposées mais elles ne sont pas encore appliquées



Partiellement atteint. Plutôt que de mettre en place un nouveau système, il a été décidé d'élaborer des indicateurs sur l'efficacité de l'aide parallèlement aux activités de suivi de la Déclaration de Paris. Il a aussi été décidé que la surveillance de l'efficacité de l'aide en matière de santé devait faire partie de la surveillance globale de l'exécution. Un cadre a été mis au point en collaboration par les pays et les donateurs sous les auspices du Partenariat international pour la santé. Une étude sur l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé sera réalisée à Accra dans le cadre d'une série d'études de pays sur l'efficacité de l'aide. Un groupe de travail constitué par le Comité d'aide au développement de l'OCDE et le Center for Global Development, auquel l'OMS a participé, a recommandé l'élaboration d'un système de contrôle des ressources plus intégré, qui n'a pas encore été mis en œuvre. L'OMS continue à contrôler l'affectation et l'utilisation des ressources par le biais des comptes nationaux de la santé. Elle a aussi mis au point de nouvelles analyses de l'utilisation de l'aide en se fondant sur des données émanant du programme de notification des pays créanciers du Comité d'aide au développement de l'OCDE.

Approbation par les organes directeurs de l'OMS des recommandations de la Commission de l'OMS sur l'équité et les déterminants sociaux de la santé et adoption de ces recommandations par les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de programmes de pays et d'activités qui comprennent dans leur fonctionnement des recommandations de la Commission de l'OMS sur l'équité et les déterminants sociaux de la santé	-	20 programmes ou activités qui intègrent les recommandations dans leur fonctionnement	En attente de la publication du rapport final
Recommandations de la Commission de l'OMS sur l'équité et les déterminants sociaux de la santé approuvées par les organes directeurs de l'OMS	Elaboration de recommandations	Recommandations approuvées par les organes directeurs de l'OMS	En attente de la publication du rapport final



Reporté. A la suite des travaux réalisés par la Commission des Déterminants sociaux de la Santé pendant l'exercice biennal 2006-2007, plusieurs programmes et activités ont été entrepris au Siège et dans les six Régions en vue de mettre l'accent sur les inégalités en matière de santé et de promouvoir le développement de stratégies et de politiques propres à y remédier qui prennent en considération les déterminants sociaux. Ces activités ont abouti à la production de documents de synthèse, à une évolution de la politique gouvernementale et à une coopération accrue entre les secteurs public et privé.

Mise en oeuvre de la stratégie de l'OMS sur la santé et les droits de l'homme conçue pour faire progresser mondialement le concept de la santé en tant que droit fondamental ; renforcement des capacités au niveau régional pour offrir un soutien aux Etats Membres leur permettant d'intégrer une approche des droits fondamentaux dans leurs politiques, législations et programmes liés à la santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Ampleur des progrès accomplis dans la mise en oeuvre de la stratégie OMS sur la santé et les droits de l'homme	Formulation de la stratégie OMS sur la santé et les droits de l'homme	Approbation de la stratégie sur la santé et les droits de l'homme par les organes directeurs de l'OMS	Création d'un groupe spécial à l'échelle de l'Organisation et avant-projet de stratégie OMS sur la santé et les droits de l'homme
Nombre de partenariats nationaux noués, d'instruments mis à disposition et de projets entamés en vue d'intégrer l'approche des droits fondamentaux dans le développement sanitaire	4 instruments mondiaux mis à la disposition des Régions et des pays	Mise à la disposition du personnel d'instruments et d'une formation dans 3 bureaux régionaux, à l'appui des pays qui mettent en oeuvre la stratégie de l'OMS sur la santé et les droits de l'homme Mise en oeuvre de la stratégie en cours dans 3 pays de chaque Région	Personnel à plein temps dans 2 bureaux régionaux et à temps partiel dans tous les autres bureaux régionaux ; formation assurée dans 4 bureaux régionaux Personnel basé dans les pays dans 3 Régions ; partenariats noués avec des institutions pertinentes des Nations Unies, des organismes régionaux de défense des droits de l'homme et des institutions nationales de défense des droits de l'homme



Partiellement atteint. A défaut de l'adoption d'une stratégie OMS sur la santé et les droits de l'homme, plusieurs activités et projets ont été mis en oeuvre dont des modules de formation et un cours de cyberapprentissage. Des instruments ont été diffusés parmi lesquels un manuel à l'usage des autorités sanitaires sur les stratégies de réduction de la pauvreté du point de vue des droits de l'homme et une nouvelle série de bulletins consacrés à la santé et aux droits de l'homme ont été publiés en collaboration avec le Haut Commissariat aux Droits de l'Homme. Divers matériels de sensibilisation ont été diffusés sous la forme d'une vidéo² et de bandes dessinées sur le thème des droits de l'homme, afin d'améliorer la connaissance et la compréhension des droits de l'homme. Des partenariats plus étroits ont été noués avec des institutions pertinentes des Nations Unies telles que le Forum permanent des Nations Unies sur les questions autochtones.

Augmentation des moyens au niveau des pays, régional ou mondial et au sein de l'Organisation pour évaluer, mesurer et gérer les risques transfrontaliers pour la santé publique dans le contexte de la mondialisation, l'accent étant mis sur les répercussions des accords commerciaux bilatéraux et multilatéraux sur la santé de la population

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Portée des moyens d'évaluation et d'action pour ce qui est des répercussions sanitaires du commerce et de la mondialisation	Nombre de pays dotés de mécanismes ministériels relatifs au commerce et à la santé : non disponible Part du temps consacré par le personnel des Régions aux questions liées au commerce et à la santé : non disponible	4 pays de chaque Région dotés de mécanismes interministériels actifs pour le commerce et la santé Présence à mi-temps d'un conseiller pour le commerce et la santé dans 4 bureaux régionaux	2 dans la Région des Amériques ; 2 dans la Région de l'Asie du Sud-Est ; et 2 dans la Région du Pacifique occidental 3 conseillers : un dans chacune des Régions de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental

² La santé – Mon droit. Vidéo produite par l'Organisation mondiale de la Santé pour commémorer la Journée internationale des droits de l'homme en 2006.



Partiellement atteint. Un certain nombre d'activités et de projets ont été mis en oeuvre à la suite de l'adoption par la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé de la résolution sur le commerce international et la santé,³ qui ont contribué au développement des activités liées au commerce et à la santé dans l'ensemble de l'Organisation. Un outil de diagnostic et un manuel d'accompagnement sont en cours d'élaboration afin de permettre aux décideurs d'élaborer des politiques et des stratégies nationales sur le commerce et la santé et de recenser leurs besoins de renforcement des capacités dans ce domaine. Des cours de formation annuels sur la politique sanitaire dans le contexte de la mondialisation et de la diplomatie sanitaire internationale ainsi que l'inclusion d'un module sur la santé dans le cours de cyberapprentissage de l'Institut de la Banque mondiale consacré au commerce des services et aux accords internationaux ont contribué à développer la capacité du personnel dans les pays et à l'OMS. Des documents essentiels ont été publiés, et notamment une mise à jour de l'ouvrage intitulé *International Trade in health Services and the GATS: current issues and debates*,⁴ des documents de travail sur la propriété intellectuelle, la politique étrangère et la santé, et la diplomatie sanitaire internationale, et des études juridiques sur les accords commerciaux multilatéraux et la santé. L'appui fourni aux représentants de l'OMS en matière de renforcement des capacités a été intensifié grâce à l'inclusion de sessions plénières consacrées au commerce et à la santé et d'activités de formation dans le cadre des réunions mondiales de représentants de l'OMS. Un appui technique dans le secteur du commerce et de la santé a aussi été fourni à certains pays.

Fourniture d'un soutien aux trois niveaux de l'Organisation pour ce qui est de l'analyse des aspects éthiques de la santé et de la recherche ; fourniture d'un soutien aux pays au moyen d'instruments, de normes et de directives en vue d'intégrer une analyse éthique dans la prestation des services de santé, la recherche et les activités de santé publique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de programmes ou d'activités mondiales et régionales qui intègrent l'éthique dans les plans, activités et produits	5 programmes ou activités	10 programmes ou activités	15 programmes ou activités
Mesure dans laquelle les pays intègrent l'éthique dans les programmes et politiques de santé	2 à 3 sujets abordés dans environ 10 % des pays	Au moins 5 sujets abordés dans environ 40 % des pays	5 sujets abordés dans 50 % des pays



Pleinement atteint. Des activités de formation ont été organisées dans toutes les Régions et des documents d'orientation publiés sur toutes sortes de sujets, tels que : l'éthique en matière de recherche, y compris le rôle des comités de recherche en éthique dans bon nombre de pays à revenu faible ou intermédiaire, et l'incorporation de considérations d'éthique dans la recherche sur le secteur pharmaceutique ; la planification préalable et la préparation à une pandémie de grippe ; l'accès équitable des personnes souffrant du VIH/sida aux soins et au traitement ainsi qu'aux services de dépistage et de conseil ; la transplantation d'organes et de tissus ; et les soins palliatifs. Les progrès réalisés dans ce domaine ont notamment été favorisés par la conclusion de partenariats avec des organisations du système des Nations Unies et avec des organisations régionales intergouvernementales et non gouvernementales.

Renforcement de la capacité des Etats Membres de formuler et mettre en oeuvre une législation et une réglementation pour protéger et promouvoir la santé publique au moyen de la coopération technique et de l'échange d'informations aux niveaux des pays, régional et mondial

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant formulé une législation sanitaire pour tenir compte des priorités actuelles de santé publique	A établir à partir d'une enquête qui sera menée au cours du dernier trimestre de 2005	Au moins 2 pays de chaque Région	2 pays dans chaque Région
Existence d'une législation type de santé publique formulée en fonction des objectifs du Millénaire pour le développement	Définition d'un cadre pour une législation type	Mise au point d'une législation type	Progrès accomplis dans l'élaboration d'un guide qui devrait être publié en 2008

³ Résolution WHA59.26.

⁴ Blouin, C. et al. *International trade in health services and the GATS: current issues and debates*. Washington, D.C., Banque internationale pour la Reconstruction et le Développement / Banque mondiale, 2006.



Partiellement atteint. Le personnel de l'OMS au Siège et dans les bureaux régionaux a dispensé des conseils et organisé des missions en vue d'aider les pays dans l'élaboration de leur législation sanitaire nationale. De plus, 3200 nouveaux exemples de législation sanitaire régionale, nationale et internationale ont été recueillis, analysés et résumés ou traduits dans une cinquantaine de langues dans le cadre du *Recueil international de Législation sanitaire* de l'OMS. Des progrès ont été accomplis dans la rédaction d'une législation type de santé publique qui mettra l'accent sur la nécessité d'adopter des dispositions législatives visant à renforcer les systèmes de soins de santé primaires pour atteindre plus rapidement les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Cette législation type prendra aussi en considération les préoccupations liées à l'environnement et à la protection de la santé humaine et favorisera l'élaboration de nouveaux instruments internationaux pour la protection et la promotion de la santé. Les bureaux régionaux ont participé à cet effort, ainsi qu'un nombre croissant de partenaires de projets dans les ministères de la santé et les instituts de recherche et de formation. D'autres activités ont aussi été entreprises, telles que la préparation d'un chapitre sur la législation sanitaire pour les *Principes directeurs à l'intention des programmes antituberculeux pour la prise en charge des tuberculoses pharmacorésistantes*.⁵

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Il convient de renforcer la capacité des ministères de la santé à prendre en compte les questions d'éthique, d'équité et de commerce, les déterminants sociaux de la santé, les droits de l'homme et la législation sanitaire et de les encourager dans les efforts qu'ils déploient pour collaborer avec d'autres secteurs afin d'assurer la cohérence des politiques et l'efficacité des systèmes nationaux de santé.
- Il importe de maintenir et de créer des partenariats avec toutes sortes d'acteurs qui s'intéressent aux questions d'éthique, d'équité et de commerce, aux déterminants sociaux de la santé, aux droits de l'homme et à la législation sanitaire.
- Un financement durable est nécessaire pour faciliter l'élaboration des politiques et la mise en oeuvre de recommandations au niveau des pays.
- Il faut consigner plus soigneusement les données de référence et sélectionner parmi les cibles atteignables celles qui pourraient servir d'indicateurs pour suivre les progrès réalisés.

Mesures requises :

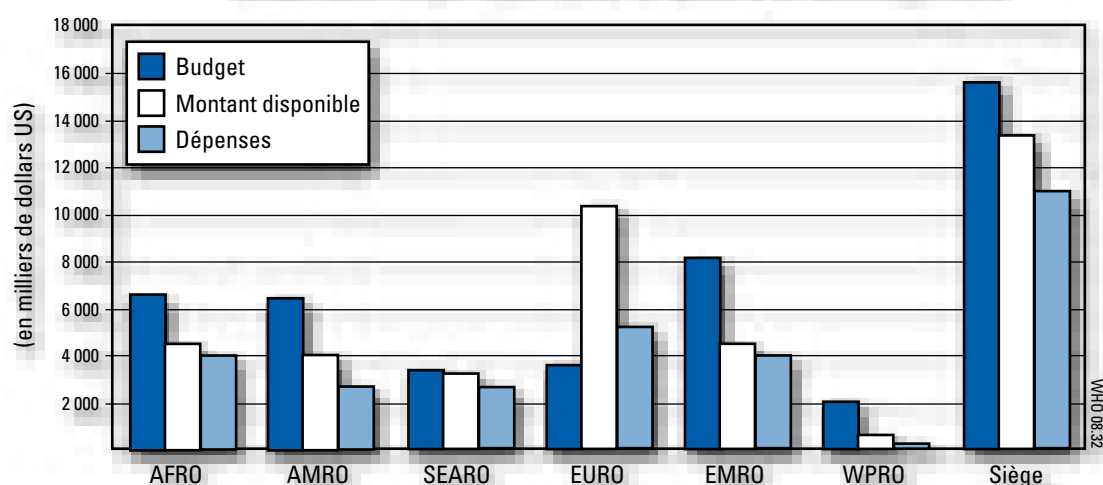
- Continuer à soutenir les ministères de la santé et les autres partenaires principaux de manière à ce que les priorités sanitaires nationales et internationales soient consacrées à des questions en rapport avec l'éthique, l'équité, le commerce, les déterminants sociaux de la santé, les droits de l'homme et la législation sanitaire.
- Continuer à fournir des instruments et des orientations aux acteurs aux niveaux des bureaux régionaux et des pays pour qu'ils soient en mesure de résoudre des problèmes intersectoriels.
- Continuer à rechercher activement un financement durable pour l'exécution des travaux dans ces domaines.
- Continuer à nouer des partenariats durables avec toutes sortes de partenaires, tant à l'échelon mondial que national.

⁵ Croft, Sir John et al. *Principes directeurs à l'intention des programmes antituberculeux pour la prise en charge des tuberculoses pharmacorésistantes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Elaboration de politiques pour la santé et le développement												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	3 414	3 135	6 549	1 929	2 579	4 508	68.8%	1 931	1 999	3 930	87.2%	60.0%
AMRO	4 840	1 511	6 351	1 737	1 100	2 838	44.7%	1 731	917	2 648	93.3%	41.7%
SEARO	2 645	728	3 373	2 473	816	3 289	97.5%	2 473	153	2 626	79.8%	77.9%
EURO	1 144	2 356	3 500	814	9 460	10 274	293.5%	814	4 377	5 191	50.5%	148.3%
EMRO	1 150	6 929	8 079	3 355	1 138	4 493	55.6%	3 356	643	3 999	89.0%	49.5%
WPRO	0	2 000	2 000	76	563	639	32.0%	77	246	323	50.5%	16.2%
Total partiel Régions	13 193	16 659	29 852	10 384	15 657	26 041	87.2%	10 382	8 335	18 717	71.9%	62.7%
Siège	2 967	12 544	15 511	4 448	8 852	13 300	85.7%	4 443	6 472	10 915	82.1%	70.4%
Total	16 160	29 203	45 363	14 832	24 510	39 342	86.7%	14 825	14 807	29 632	75.3%	65.3%

Elaboration de politiques pour la santé et le développement



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

MÉDICAMENTS ESSENTIELS (EDM)

Objectif(s) de l'OMS

Elaborer et mettre en oeuvre des politiques pharmaceutiques nationales et en contrôler l'application en s'efforçant d'accroître l'accès aux médicaments essentiels et de le rendre plus équitable, en particulier pour les problèmes de santé prioritaires et pour les populations pauvres et défavorisées ; garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des médicaments en élaborant des normes internationales et en soutenant la mise en oeuvre de réglementations efficaces dans les pays ; et améliorer l'usage rationnel des médicaments par les professionnels de santé et les consommateurs.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- Nombre de pays qui se sont dotés d'une politique pharmaceutique nationale, nouvelle ou actualisée, depuis 10 ans. Au moins 132 pays.

Principales réalisations

- De nombreux pays ont élaboré ou actualisé leurs politiques pharmaceutiques nationales pour y intégrer tous les éléments du programme de médicaments essentiels. Beaucoup ont reçu une aide pour élaborer, mettre en oeuvre et contrôler l'application de leurs politiques pharmaceutiques.
- Vingt-sept normes mondiales ont été élaborées, y compris des normes de qualité pour les nouveaux médicaments essentiels contre le VIH/sida et le paludisme, des normes pour les médicaments destinés aux enfants et des normes interorganisations pour les organismes d'achat de médicaments du système des Nations Unies.
- Des enquêtes nationales sur les prix des médicaments ont été menées dans 45 pays ; une cartographie des partenaires impliqués dans l'approvisionnement en médicaments a été effectuée dans 10 pays d'Afrique ; les meilleures pratiques en matière de gestion de l'approvisionnement ont été étudiées dans plus de 20 pays ; la première liste modèle des médicaments essentiels destinés aux enfants a été publiée ; et un programme mondial de lutte contre les médicaments contrefaits a été lancé.
- Des directives claires sur la conception d'une politique pharmaceutique nationale ont été édictées au niveau mondial et ont été élargies en y incluant l'accès aux médicaments essentiels en tant que droit humain et une réflexion novatrice sur la santé publique, l'innovation et les droits de propriété intellectuelle.
- La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a adopté des résolutions sur la promotion de l'usage rationnel des médicaments¹ et sur l'amélioration des médicaments destinés aux enfants.²
- Suite au rapport de la Commission sur les Droits de Propriété intellectuelle, l'Innovation et la Santé publique, la Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA59.24 qui créait le groupe de travail intergouvernemental sur la propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique. Le groupe de travail intergouvernemental a rédigé un projet de stratégie et de plan d'action mondiaux qui est actuellement négocié par environ 140 Etats Membres et sera finalisé pour être soumis à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé lors de la reprise des travaux de la deuxième session du groupe de travail intergouvernemental en avril 2008.

¹ Résolution WHA60.16.

² Résolution WHA60.20.

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

Mise en oeuvre et suivi de politiques pharmaceutiques fondées sur le concept de médicaments essentiels, surveillance des répercussions des accords commerciaux sur l'accès à des médicaments essentiels de qualité et renforcement des capacités dans le secteur pharmaceutique : promotion et soutien

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dotés de plans pour la mise en oeuvre de politiques pharmaceutiques nationales nouvelles ou actualisées depuis cinq ans	49 sur 103	62	106
Nombre de pays prévoyant une certaine souplesse pour la protection de la santé publique dans le cadre de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce dans leur législation nationale	32 sur 105	47	61 sans compter les données en provenance des Bureaux régionaux des Amériques et de la Méditerranée orientale



Pleinement atteint. Une centaine de pays élaborent ou mettent en oeuvre actuellement des politiques pharmaceutiques nationales, y compris des pays insulaires du Pacifique et des Caraïbes. Un nombre croissant de pays utilisent les flexibilités prévues dans l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). Par exemple, dans la Région de l'Asie du Sud-Est, les politiques nationales élaborées depuis 10 ans devront peut-être être actualisées pour tirer parti au maximum des faits nouveaux et permettre d'obtenir des données plus claires sur l'efficacité des interventions. On a manqué de ressources et de soutien de la part de bailleurs de fonds pour mettre en place des programmes nationaux complets de médicaments essentiels, de préférence aux programmes verticaux orientés sur des maladies particulières en vigueur dans de nombreux pays en développement et qui tendent à ignorer la nécessité de disposer de médicaments pour traiter des maladies mortelles courantes, comme les maladies diarrhéiques et les infections aiguës des voies respiratoires.

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

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays réglementant les médicaments à base de plantes	39 sur 129	47	65



Pleinement atteint. Au cours du dernier exercice, l'OMS a coordonné, avec les pays intéressés, l'instauration d'une coopération internationale en matière de réglementation des médicaments à base de plantes pour faciliter l'échange d'informations. Sept monographies de l'OMS ou ensembles de lignes directrices techniques sur les médicaments à base de plantes ont été soit finalisés soit publiés pour aider les pays à vérifier l'innocuité et la qualité des médicaments de phytothérapie. L'OMS a également élaboré des principes directeurs de base en matière de formation et de sécurité concernant les sept pratiques et thérapies les plus souvent utilisées en médecine traditionnelle, complémentaire ou parallèle. Ces principes directeurs ont encouragé un exercice qualifié de ces disciplines et facilité la mise en place de dispositifs nationaux de réglementation et d'homologation pour l'exercice de la médecine traditionnelle, complémentaire ou parallèle comme étape préliminaire vers l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé nationaux, y compris de soins de santé primaires.

Fourniture de lignes directrices concernant le financement de l'approvisionnement en médicaments essentiels et l'accroissement de l'offre dans le secteur public et dans le secteur privé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dont les dépenses publiques en médicaments sont inférieures à US \$2 par personne et par an	24 sur 80	16	17 sans compter les données en provenance des Bureaux régionaux de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est
Nombre de pays autorisant la substitution par des génériques dans les pharmacies privées	99 sur 132	106	106 sans compter les données en provenance des Bureaux régionaux de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental



Pleinement atteint. On a observé une augmentation du nombre d'enquêtes nationales effectuées concernant l'offre, les prix et le caractère abordable des médicaments essentiels sur la base de la méthodologie standard OMS/Health Action International. Plusieurs analyses transnationales ont été effectuées concernant les résultats, par exemple sur les médicaments contre les maladies chroniques. Les travaux se poursuivent sur l'utilisation des conclusions de ces études pour l'établissement de systèmes nationaux de surveillance des prix et l'élaboration de politiques générales afin de réduire les prix. Aucune étude n'a été entreprise sur le financement des médicaments ou la promotion des politiques de médicaments génériques faute de ressources humaines et financières. Les enquêtes menées dans de nombreux pays montrent que l'offre de génériques à bas prix est très limitée, ce qui milite en faveur de la promotion de politiques de médicaments génériques et d'autres mesures visant à améliorer la mise à disposition à un prix abordable des médicaments essentiels.

Promotion de systèmes efficaces et sûrs pour l'approvisionnement en médicaments afin d'assurer la continuité de l'offre de médicaments essentiels

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays où les achats du secteur public sont fondés sur une liste nationale des médicaments essentiels	84 sur 127	93	138 sans compter les données en provenance du Bureau régional de la Méditerranée orientale



Partiellement atteint. Deux études interpayes ont été achevées concernant les meilleures pratiques en matière de gestion de l'approvisionnement en médicaments dans les secteurs public et non gouvernemental. Les résultats de ces études sont désormais utilisés pour promouvoir un système complet de gestion de l'approvisionnement en médicaments de préférence aux systèmes verticaux orientés sur les maladies et à l'initiative des donateurs actuellement en place dans de nombreux pays. Des normes mondiales de qualité interorganisations destinées aux organismes d'achat de médicaments ont été élaborées et peuvent désormais être utilisées comme base pour améliorer les systèmes nationaux. La cible est considérée comme partiellement atteinte, car l'indicateur ne reflète qu'une partie du problème. En réalité, l'OMS n'a pas été suffisamment active ou efficace pour promouvoir un système complet d'achat et d'approvisionnement comme alternative plus efficace aux programmes verticaux d'approvisionnement orientés sur les maladies.

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

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de dénominations communes internationales (génériques) attribuées pendant la période biennale	-	300	240
Nombre de substances psychotropes et de stupéfiants passés en revue aux fins de classement pour le contrôle international pendant la période biennale	-	4	9
Nombre de médicaments prioritaires fournis par l'intermédiaire des Nations Unies évalués et inspectés	-	100	65



Partiellement atteint. Vingt-sept nouvelles spécifications mondiales de contrôle de la qualité ont été élaborées et adoptées, y compris pour de nouveaux médicaments essentiels contre le VIH/sida et le paludisme, et des médicaments destinés aux enfants. Un total de 240 dénominations communes internationales dans sept langues ont été attribuées à de nouveaux médicaments. Sur les 115 nouveaux produits qui étaient soumis pour évaluation et inspection, 65 ont été présélectionnés, ce qui augmente considérablement le choix de médicaments de qualité vérifiée. Le nombre de nouveaux médicaments prioritaires qui ont été présélectionnés par les organismes d'achat des Nations Unies est plus faible que prévu, car de nombreux fabricants ont du mal à satisfaire aux exigences très strictes de l'OMS. Par exemple, rien qu'en 2007, 46 inspections mondiales ont été réalisées dans sept pays et 511 rapports d'évaluation ont été rédigés sur les dossiers des produits soumis. Un important programme de soutien a maintenant été mis en place pour aider les fabricants de médicaments prioritaires dans les pays en développement.

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

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dotés d'un système de réglementation de base	90 sur 130	96	137 sans compter les données en provenance du Bureau régional de la Méditerranée orientale



Pleinement atteint. Il est trop tôt pour pouvoir disposer d'informations sur la situation des organismes de réglementation dans le monde, car l'outil d'évaluation est encore en cours de mise au point et tous les organismes n'ont pas été évalués. D'une manière générale, l'appui aux organismes nationaux a été accru, en particulier grâce à l'élément renforcement des capacités du programme de présélection OMS/ONU. Malgré des signes positifs dans certains pays en développement, par exemple l'Ouganda, la Tanzanie et le Zimbabwe, dans de nombreux pays, on observe un manque de reconnaissance politique de l'importance de la réglementation pharmaceutique nationale et, par conséquent, une faiblesse des investissements dans les ressources humaines et financières.

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

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dotés d'une liste nationale des médicaments essentiels mise à jour depuis cinq ans	82 sur 114	85	Au moins 117 pays



Pleinement atteint. La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a adopté des résolutions sur l'usage rationnel des médicaments³ et l'amélioration des médicaments destinés aux enfants.⁴ Dans ce dernier cas, la première liste modèle OMS des médicaments essentiels destinés aux enfants a été publiée. Toutefois, le gaspillage mondial de ressources, tant médicales qu'économiques, découlant de l'usage irrationnel des médicaments, ainsi que l'augmentation de la résistance aux antibiotiques, continuent de poser d'importants problèmes malgré l'existence d'interventions éprouvées reposant sur des données probantes. Ni les gouvernements ni les donateurs internationaux ne semblent vouloir établir de programmes nationaux pour résoudre les problèmes, et l'OMS a été empêchée de prendre des mesures fermes faute de ressources.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Le programme de présélection OMS/ONU est devenu l'un des principaux instruments de renforcement des capacités de réglementation dans les pays en développement, à travers les nombreux programmes de formation sur le tas d'un nombre croissant d'agents de pays en développement chargés de l'évaluation et de la réglementation. Les critères très clairs du programme favorisent une approche de santé publique de l'innovation et servent de guide à l'industrie pour la mise au point des médicaments essentiels manquants.
- La présence de plus de 30 administrateurs de programmes nationaux facilite l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes pharmaceutiques nationaux. Ces administrateurs de programmes nationaux constituent la prochaine génération d'experts techniques mondiaux et l'OMS devrait s'efforcer de les aider dans leur carrière internationale.
- Le risque potentiel pour la santé du manque de réglementation et l'étendue du gaspillage tant médical qu'économique découlant de l'usage irrationnel des médicaments par les prescripteurs et par les consommateurs ne sont toujours pas suffisamment reconnus au niveau national. De ce fait, les gouvernements n'investissent pas assez dans leurs organismes nationaux de réglementation et ne sont pas prêts à adopter des programmes nationaux visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments, malgré l'existence d'interventions probantes et les énormes possibilités d'économies.

Mesures requises :

- Les gouvernements doivent investir davantage dans la mise au point et le renforcement d'une réglementation pharmaceutique nationale et dans des programmes visant à promouvoir l'usage rationnel des médicaments par les prescripteurs et les consommateurs. Ces deux approches sont susceptibles d'améliorer la sécurité du patient et de promouvoir un usage rentable des ressources limitées.
- L'OMS et la communauté internationale des donateurs devraient encore promouvoir et soutenir des systèmes pharmaceutiques horizontaux complets dans les pays, qui allient et renforcent les éléments pharmaceutiques communs des nombreux programmes verticaux orientés sur les maladies.
- Les fonctions normatives et les politiques mondiales de l'OMS dans le domaine des produits pharmaceutiques offrent des indications essentielles aux gouvernements et aux organisations internationales et sont très largement respectées pour leur fondement scientifique et leur indépendance politique. Ces fonctions uniques devraient être considérées comme un bien public mondial et leur développement comme un élément essentiel du mandat de l'OMS dans le monde.

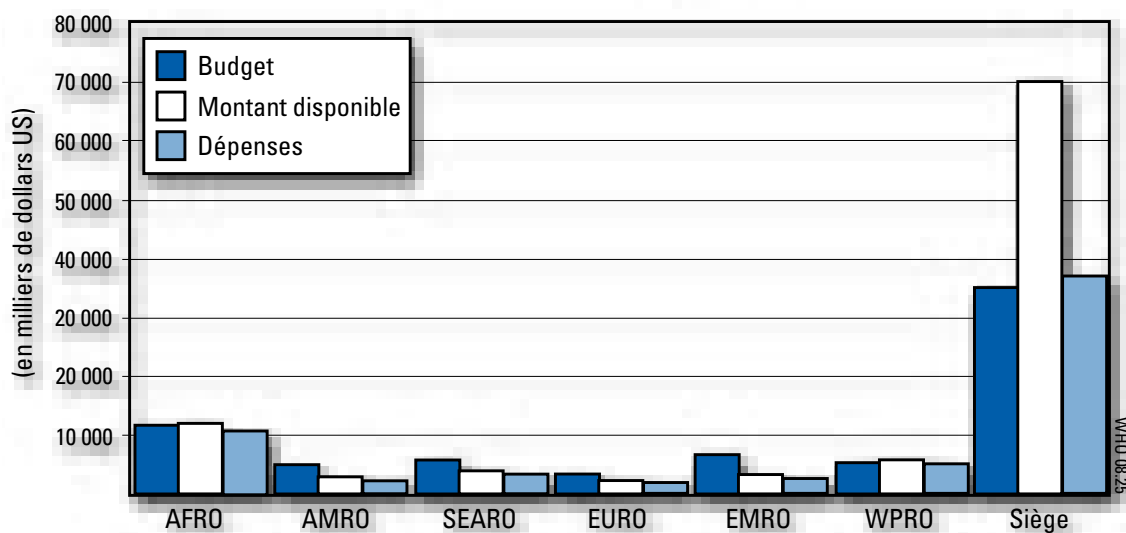
³ Résolution WHA60.16.

⁴ Résolution WHA60.20.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Médicaments essentiels												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	3 556	7 944	11 500	3 964	7 760	11 724	101.9%	3 962	6 387	10 349	88.3%	90.0%
AMRO	687	3 941	4 628	1 189	1 613	2 802	60.6%	1 186	1 351	2 537	90.5%	54.8%
SEARO	2 366	3 134	5 500	2 712	1 158	3 870	70.4%	2 712	461	3 173	82.0%	57.7%
EURO	896	2 354	3 250	870	1 299	2 169	66.8%	870	1 105	1 975	91.0%	60.8%
EMRO	1 468	4 938	6 406	1 155	2 109	3 265	51.0%	1 155	1 514	2 669	81.8%	41.7%
WPRO	1 746	3 254	5 000	1 827	3 738	5 565	111.3%	1 827	3 068	4 895	88.0%	97.9%
Total partiel Régions	10 719	25 565	36 284	11 717	17 678	29 395	81.0%	11 712	13 886	25 598	87.1%	70.5%
Siège	6 310	28 274	34 584	7 095	62 760	69 855	202.0%	7 095	29 706	36 801	52.7%	106.4%
Total	17 029	53 839	70 868	18 812	80 438	99 250	140.1%	18 807	43 592	62 399	62.9%	88.1%

Médicaments essentiels



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

TECHNOLOGIES DE LA SANTE ESSENTIELLES (BCT)

Objectif(s) de l'OMS

Mettre en place des services sûrs et fiables appliquant les technologies de la santé essentielles et utilisant les produits biologiques, grâce à l'adoption de cadres opérationnels de base couvrant l'élaboration des politiques, la qualité, la sécurité, l'accès et l'utilisation.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Nombre de pays utilisant les cadres opérationnels fondamentaux pour l'intégration des technologies de la santé essentielles dans leurs systèmes de santé.* Les cadres opérationnels de base comprennent des normes, des lignes directrices, des informations et des matériels de formation ainsi que d'autres séries de recommandations. Les Etats Membres s'en inspirent pour mettre en place et optimiser les technologies de la santé et pour encourager la recherche. Les technologies de la santé englobent la sécurité des produits sanguins et des transfusions, la sécurité des injections, les transplantations, les soins d'urgence et les gestes chirurgicaux essentiels, l'imagerie diagnostique, les appareils médicaux, les techniques de diagnostic et de laboratoire, et la cybersanté pour la prestation de soins de santé. Avec l'appui technique de l'OMS et d'autres partenaires, 88 pays au total dans cinq Régions ont utilisé les cadres opérationnels de base pour intégrer les technologies de la santé essentielles dans leurs systèmes de santé, dans le cadre de leur politique nationale de gestion des technologies de la santé.

Principales réalisations

- Le système OMS d'achats en gros a facilité l'acquisition d'outils diagnostiques de qualité pour le VIH par 45 Etats Membres et permis de réaliser des économies importantes tout en garantissant la qualité. Un réseau de laboratoires a été mis en place dans la Région africaine pour le dépistage précoce du VIH et le suivi des nourrissons dont la mère était séropositive pour le VIH, et des programmes régionaux extérieurs d'assurance de la qualité pour les marqueurs de laboratoire ont été introduits dans la Région de la Méditerranée orientale. Un appui technique a été fourni aux pays pour la sélection et l'achat de technologies de laboratoire et des directives ont été adoptées sur les technologies CD4 et la gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement.
- A l'occasion de la Journée mondiale du don de sang, qui a été célébrée le 14 juin 2007, une initiative mondiale sur la sécurité transfusionnelle pour la maternité sans risque a été lancée. Vingt-neuf pays supplémentaires ont élaboré des politiques transfusionnelles nationales et des plans stratégiques pour la sécurité transfusionnelle, ce qui porte à 68 le nombre total de ces pays, et 50 pays ont atteint un taux de 100 % de dons de sang bénévoles.
- Quarante-quatre pays ont mis en oeuvre des politiques et des stratégies globales portant sur la sécurité des injections et un réseau de laboratoires contrôlant la qualité et la sécurité des dispositifs d'injection dans 23 pays d'Amérique latine a été mis sur pied.
- La collaboration avec les autorités sanitaires et des organismes scientifiques et professionnels a eu pour effet d'accroître la prise de conscience par la communauté mondiale de la nécessité d'utiliser des pratiques éthiques dans les transplantations. De ce fait, des mesures législatives ont été adoptées interdisant la transplantation commerciale et le tourisme de transplantation, par exemple en Chine et au Pakistan.

- Le mandat du programme sur les appareils médicaux a été renforcé grâce à l'adoption, par la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, de la résolution WHA60.29 sur les technologies sanitaires. Plus de 20 Etats Membres ont bénéficié d'un appui technique direct à l'élaboration de politiques sur les dispositifs médicaux par les bureaux régionaux et le Siège. Un projet sur les dispositifs médicaux prioritaires a aussi été lancé avec le soutien du Gouvernement des Pays-Bas pour examiner et analyser les disparités actuelles et futures en ce qui concerne l'offre et l'accessibilité des dispositifs médicaux.
- En collaboration avec les bureaux régionaux et de pays et les ministères de la santé, les membres de l'initiative mondiale pour les soins chirurgicaux d'urgence et les soins chirurgicaux essentiels, au nombre desquels figurent des universitaires, des économistes et des représentants d'organisations internationales et non gouvernementales, ont fourni un appui à 24 pays dans les six Régions.

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

Promotion de stratégies appropriées et fourniture d'un appui pour la sécurité et la disponibilité des dons de sang, la sécurité des injections et la prévention des maladies transmises par le sang, dont le VIH et les hépatites B et C, dans les établissements de soins

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant mis en oeuvre des stratégies nationales sur la sécurité et la disponibilité des dons de sang avec notamment 100 % de dons de sang bénévoles et des tests sur 100 % des dons pour la recherche du VIH et des marqueurs des virus des hépatites B et C	39 pays	12 pays supplémentaires	29 pays supplémentaires ont élaboré et/ou mis en oeuvre des politiques nationales transfusionnelles, ce qui porte à 68 le nombre total de ces pays ; 50 pays ont atteint la cible de 100 % de dons de sang bénévoles
Nombre de pays ayant mis en oeuvre des stratégies nationales sur la sécurité des injections et la lutte contre les infections qui peuvent leur être associées afin de prévenir les maladies transmises par le sang dans les établissements de soins	Pas de données disponibles	6 pays supplémentaires	44 pays supplémentaires
Nombre de réseaux régionaux pour le renforcement des autorités de réglementation nationale des produits sanguins auxquels participent des pays prioritaires	1 réseau régional mis en place	Etablissement et renforcement de 2 réseaux régionaux	12 pays ont finalisé leur législation sur les transfusions de sang
Nombre de substances biologiques internationales de référence de l'OMS établies ou en cours d'établissement	110	5 autres substances	15 autres préparations biologiques internationales de référence de l'OMS établies



Pleinement atteint. L'OMS a lancé plusieurs initiatives et organisé plusieurs manifestations, telles que le programme de don de sang bénévole non rémunéré, la Journée mondiale du don de sang et la gestion de la qualité des services de transfusion sanguine. En outre, l'OMS a aidé des pays à formuler leur politique transfusionnelle nationale, à mettre en place des services de transfusion sanguine durables et à mettre en oeuvre des stratégies intégrées sur la sécurité transfusionnelle. Grâce à des fonds provenant du plan d'urgence du Président des Etats-Unis pour la lutte contre le VIH/sida, un appui technique a été fourni à des projets de sécurité transfusionnelle en Ethiopie, au Guyana, en Haïti et en Namibie, et des outils et des matériels ont été élaborés pour renforcer les services nationaux de transfusion sanguine. La fourniture d'une assistance technique a aussi permis à 68 pays d'élaborer des politiques transfusionnelles nationales. Des consultations d'experts, des ateliers interrégionaux et des ateliers de formation ont été organisés sur différents aspects de la sécurité transfusionnelle, y compris sur la mise en place de programmes nationaux de transfusion sanguine, la gestion de la qualité et les dons de sang bénévoles, ateliers auxquels ont participé plus de 100 experts des transfusions sanguines et des représentants de plus de 130 pays. La consultation mondiale sur l'accès universel à des transfusions sanguines sans risque

a mis l'accent en particulier sur l'importance d'assurer la sécurité transfusionnelle à l'échelle mondiale, notamment dans le contexte des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, tandis que la collaboration mondiale pour la sécurité transfusionnelle s'est concentrée sur le développement de réseaux d'hémovigilance, de surveillance et d'alerte. Des indicateurs mondiaux de sécurité transfusionnelle ont été élaborés et des rapports publiés par les Bureaux régionaux de l'Afrique et des Amériques sur la base de données mondiales sur la sécurité transfusionnelle.

La plupart des bureaux régionaux ont mis en oeuvre des politiques et des stratégies nationales sur la sécurité des injections, et la majorité des pays d'Afrique ont instauré des systèmes de surveillance des effets indésirables des injections. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, 10 pays sur 11 utilisent désormais exclusivement des seringues autobloquantes dans leurs services de vaccination, et le plan régional de contrôle de la qualité et de la sécurité des seringues est maintenant appliqué dans 23 pays. En outre, six organismes de réglementation des dispositifs médicaux ont constitué un réseau de laboratoires chargés de contrôler les seringues. L'instrument révisé d'évaluation de la sécurité des injections, qui comporte désormais des indicateurs relatifs aux phlébotomies, aux injections et aux perfusions intraveineuses, ainsi qu'à la manipulation des lancettes, a été introduit à l'essai dans deux pays. Cet instrument aidera les pays à connaître les risques associés à chaque mode d'injection et à planifier et mettre en oeuvre les mesures nécessaires pour y remédier. Quinze nouvelles préparations biologiques internationales de référence de l'OMS pour le contrôle des produits sanguins et les dispositifs de diagnostic *in vitro* associés ont été élaborées. Parmi elles, figurent les préparations internationales de référence de l'OMS pour le dépistage de l'hépatite C RNA et de l'hépatite B DNA par le test d'amplification des acides nucléiques, qui sont à la base de la réglementation internationale de la sécurité des produits sanguins.

Renforcement de la capacité et amélioration de la qualité et de la sécurité, ainsi que de l'accès à des substances diagnostiques, dispositifs médicaux et services appropriés de laboratoire (dont des épreuves de dépistage du VIH et des hépatites B et C) et des services de transplantation de cellules, d'organes et de tissus

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays et de partenaires utilisant la liste OMS de substances diagnostiques présélectionnées	24 pays et 5 partenaires	30 pays et 8 partenaires	45 pays et 5 partenaires qui s'approvisionnent par l'intermédiaire de l'OMS
Nombre de laboratoires participant à des systèmes externes d'évaluation de la qualité et pourcentage de laboratoires obtenant de bons ou de meilleurs résultats	600	700 dont 50 % ont de bons ou de meilleurs résultats	700 laboratoires ont participé à un programme OMS d'évaluation externe de la qualité ; 65 % ont obtenu de bons ou de meilleurs résultats
Nombre de pays cibles dotés de systèmes nationaux renforcés de réglementation des dispositifs médicaux	6 pays	Au moins 1 pays dans chaque Région	28 pays dans 4 Régions
Nombre de pays cibles utilisant les normes de base de l'OMS comme fondement de leurs normes nationales en matière de transplantation	A déterminer d'après la base de données mondiale sur les allogreffes qui sera disponible au dernier trimestre 2005	10 % des pays cibles dans chaque Région	10 pays cibles sur 12 dans 6 Régions
Nombre de pays cibles ayant accès à des techniques de transplantation de base	Néant	10 % des pays cibles dans chaque Région	16 pays dans 6 Régions



Pleinement atteint. Des Etats Membres ont eu recours au système OMS d'achats en gros pour se procurer des diagnostics de dépistage du VIH, de l'AgHBs, du VHC et du paludisme. D'autres institutions des Nations Unies se conforment aussi aux recommandations de la liste pour sélectionner des outils diagnostiques de qualité, tel l'UNICEF qui, en 2007, a acheté plus de 10 millions de tests de dépistage du VIH. Le nombre de laboratoires participant à

des programmes externes d'évaluation de la qualité s'est accru dans toutes les Régions. Ces programmes ont été utilisés pour évaluer les examens de base de l'hématologie (y compris l'identification des parasites présents dans le sang), la coagulation sanguine, la numération des cellules CD4 et le sérodiagnostic du VIH, de l'AgHBs et du VHC. Soixante-cinq pour cent des laboratoires participants ont enregistré de bons ou de meilleurs résultats. Quatre pays ont pu, avec l'appui de l'OMS, renforcer leurs systèmes de réglementation des dispositifs médicaux. En revanche, des activités de sensibilisation accrues seront nécessaires pour faire prendre davantage conscience de la nécessité d'une réglementation spécifique pour les dispositifs médicaux et pour renforcer les systèmes existants. La mise en place de systèmes de réglementation devrait être plutôt laborieuse du fait que toutes les activités y relatives nécessitent une procédure législative nationale. L'OMS a joué un rôle de modérateur pour les activités consacrées à la notification des réactions indésirables et elle a participé à l'organisation d'activités de formation à l'échange d'informations sur la réglementation des dispositifs médicaux par le biais des réseaux internationaux, auxquels ont pris part des représentants de plus de 20 pays dans trois Régions. L'Organisation a aussi participé aux efforts déployés pour lutter contre les contrefaçons de produits médicaux, y compris de dispositifs médicaux.

En ce qui concerne la promotion de services de transplantation appropriés et sûrs, les pays jusqu'ici notoirement associés au trafic et au tourisme de la transplantation s'alignent désormais sur les principes de l'OMS qui ont été incorporés dans les dispositions législatives nouvelles ou révisées. L'accès aux services de transplantation de base s'est amélioré grâce à l'augmentation de dons d'organes et de tissus, provenant principalement de personnes décédées. Un document d'orientation à l'intention des Etats Membres, y compris un projet de principes directeurs OMS révisés sur la transplantation d'organes humains, a été élaboré et devrait être présenté au Conseil exécutif. Les directives applicables à la constitution de banques de cellules ou de tissus ainsi qu'à la xénotransplantation ont été diffusées. Une base de données mondiale sur les dons et les transplantations a été élaborée en collaboration avec l'Organización Nacional de Trasplantes d'Espagne. Des instruments visant à encourager la vigilance et à faciliter la surveillance des matériels humains destinés aux transplantations à l'échelle mondiale sont en passe d'être finalisés. Des mesures ont été prises, en collaboration avec les bureaux régionaux et de pays, pour prévenir l'exploitation des personnes et des organes humains pour les transplantations à des fins commerciales. La Chine et le Pakistan ont notamment adopté une législation interdisant la transplantation commerciale et le tourisme de la transplantation. La Transplantation Society et d'autres sociétés scientifiques et professionnelles pertinentes ont publié, avec l'appui de l'OMS, des matériels d'information à l'usage des professionnels.

Etablissement de principes directeurs et fourniture d'un appui pour la mise en oeuvre d'interventions chirurgicales et d'urgence essentielles dans les structures de soins de premier recours

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles utilisant du matériel de formation en chirurgie et anesthésie pour former les dispensateurs de soins de santé dans les hôpitaux de district	Matériel de formation préparé et testé	2 pays dans chaque Région	24 pays



Pleinement atteint. Vingt-quatre pays utilisent des matériels de formation en chirurgie et anesthésie pour former les dispensateurs de soins dans les hôpitaux de district. La formation au renforcement des capacités en vue de la mise en oeuvre d'interventions d'urgence dans ces pays a toujours été organisée en collaboration avec les bureaux régionaux et de pays, les ministères de la santé et les partenaires locaux. Par exemple, des ateliers ont été organisés conjointement avec des ministères de la santé sur l'utilisation de modules adaptés aux conditions locales sur la prise en charge intégrée des soins d'urgence et des soins chirurgicaux essentiels dans des contextes défavorisés, et ils ont débouché sur des activités de formation en cascade dans les établissements de soins de santé primaires. Des réunions consacrées à des thèmes intersectoriels ont aussi été organisées, par exemple sur l'ulcère du Buruli, la prévention des traumatismes, la santé de la mère et de l'enfant, les situations d'urgence et la prévention de l'infection à VIH. En juin 2007, une conférence sur l'amélioration de l'accès aux services chirurgicaux dans les contextes défavorisés de l'Afrique subsaharienne a été organisée par l'OMS en collaboration avec la Faculté des Sciences sanitaires mondiale de l'Université de Californie, à San Francisco, la Banque mondiale, la Fondation Rockefeller et l'Institut Karolinska.

Appui pour le développement des capacités et la mise au point de procédures normalisées et utilisation de listes modèles de dispositifs médicaux essentiels

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de centres dans chaque Région offrant une formation à l'utilisation recommandée de l'imagerie diagnostique	3 centres dans 2 Régions	1 centre dans chaque Région	9 centres dans 5 Régions
Nombre de programmes techniques de l'OMS ayant adopté des procédures normalisées pour établir une liste de dispositifs médicaux essentiels	Néant	4 programmes techniques	0
Nombre de listes thématiques OMS de dispositifs médicaux actualisées et affinées	Néant	4 listes	0



Partiellement atteint. En mai 2007, l'adoption par la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé de la résolution sur les technologies sanitaires, la première résolution consacrée aux dispositifs médicaux, a favorisé un appui accru aux activités entreprises dans ce domaine. Le Conseil exécutif avait été saisi de ce projet de résolution en mai 2006 et avait longuement débattu de la question de l'inclusion des listes de dispositifs médicaux essentiels. L'Assemblée mondiale de la Santé a demandé instamment aux Etats Membres de recueillir, vérifier, mettre à jour et échanger des informations sur les technologies sanitaires, et en particulier les dispositifs médicaux, pour être mieux à même de définir leurs besoins prioritaires et d'affecter des ressources. Les experts désignés par les Etats Membres se sont accordés à reconnaître qu'il n'était pas souhaitable de dresser une liste unique de technologies sanitaires prioritaires. Ils ont proposé en revanche que l'OMS donne aux Etats Membres des orientations sur un ensemble minimum de technologies sanitaires nécessaires pour permettre aux systèmes de santé de jouer pleinement leur rôle et de fournir des soins de santé efficaces, en veillant à ce que ces orientations correspondent aux besoins recensés par les pays et soient adaptées au contexte.

Promotion et fourniture d'un soutien efficace en vue de l'établissement de modules appropriés d'information sous forme électronique utilisables dans les systèmes de soins de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant adopté des politiques nationales pour l'utilisation d'informations sous forme électronique à l'appui des soins de santé	6 pays	10 pays	10 pays supplémentaires
Nombre de pays utilisant les lignes directrices concernant les applications de l'information sous forme électronique pour la prestation des soins de santé	6 pays	10 pays	3 pays supplémentaires



Partiellement atteint. Dans certains pays d'Afrique comme l'Afrique du Sud, le Cameroun, le Kenya, le Mali et le Rwanda, la télémédecine est actuellement utilisée dans certaines structures de soins de santé. A l'exception de l'Afrique du Sud, seul un petit nombre de pays ont adopté des politiques nationales sur l'utilisation d'informations sous forme électronique à l'appui des soins de santé. Une enquête a été réalisée sur la situation de la cybersanté dans les Etats Membres de la Région européenne, dont les résultats ont été publiés, et un site Web consacré aux systèmes de santé, qui peut être géré de façon concertée, a été mis en place à l'intention des services techniques de l'OMS. La collaboration a été poursuivie avec l'Observatoire mondial de la cybersanté, la Commission européenne, le centre collaborateur OMS pour la télémédecine et la cybersanté, la Healthcare Information and Management Systems Society, l'Agence spatiale européenne, et le Barcelona Biomedical Research Park. Tous les pays de la Région de l'Asie du Sud-Est ont élaboré des politiques nationales sur l'utilisation des systèmes d'information électroniques dans le domaine de la santé. La télémédecine semble particulièrement indiquée dans les pays dont les conditions géographiques sont défavorables comme

le Bhoutan, les Maldives et la République populaire démocratique de Corée, mais sa mise en place est très coûteuse et se heurte le plus souvent à une pénurie de ressources. Le cyberapprentissage est progressivement introduit dans bon nombre de pays de la Région de l'Asie du Sud-Est.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- La participation et l'appui des bureaux de pays de l'OMS ainsi que la présence de collaborateurs nationaux au sein des ministères de la santé ont facilité la mise en oeuvre d'activités et favorisé l'obtention de résultats. Une bonne coordination des activités dans l'ensemble de l'OMS au début d'un exercice biennal est essentielle pour améliorer l'efficacité de la planification et faciliter la mise en oeuvre d'activités conjointes. La coordination avec d'autres services a permis de fournir un appui plus efficace aux pays. Les effets conjugués de la décentralisation et de l'intégration des programmes ont favorisé l'accélération de la mise en oeuvre des activités.
- La participation d'autres acteurs tels que les universités et les instituts de recherche aux activités des ministères de la santé a eu pour effet d'améliorer la prise de décisions reposant sur des bases factuelles.
- La stabilité et l'engagement des interlocuteurs nationaux, qui ont bénéficié du soutien des autorités sanitaires, ont permis de mettre en oeuvre les produits ayant fait l'objet d'un commun accord au niveau des pays. Des progrès ont été enregistrés dans la coordination avec l'OMS ainsi qu'avec les principaux partenaires.
- Le ferme engagement et la volonté politique des dirigeants ont été les principaux facteurs de réussite dans divers domaines.
- La nécessité de diffuser les recommandations et les lignes directrices de l'OMS en russe dans les pays d'Europe de l'Est se fait de plus en plus sentir.
- L'intégration des technologies de la santé dans les systèmes de santé paraît désormais nécessaire dans toutes les Régions pour répondre aux besoins à différents niveaux. L'acquisition, la gestion et l'entretien de ces technologies sont une source importante de dépenses et nécessitent un appui financier et technique.
- Les activités de formation des maîtres se sont avérées un moyen efficace de mettre en oeuvre les programmes dans les pays très peuplés ou très étendus.
- L'instauration de la gratuité des dons de sang a favorisé des changements dans d'autres secteurs de la sécurité transfusionnelle et permis à de nombreux Etats Membres d'adopter les réformes structurelles dont ils avaient grandement besoin.

Mesures requises :

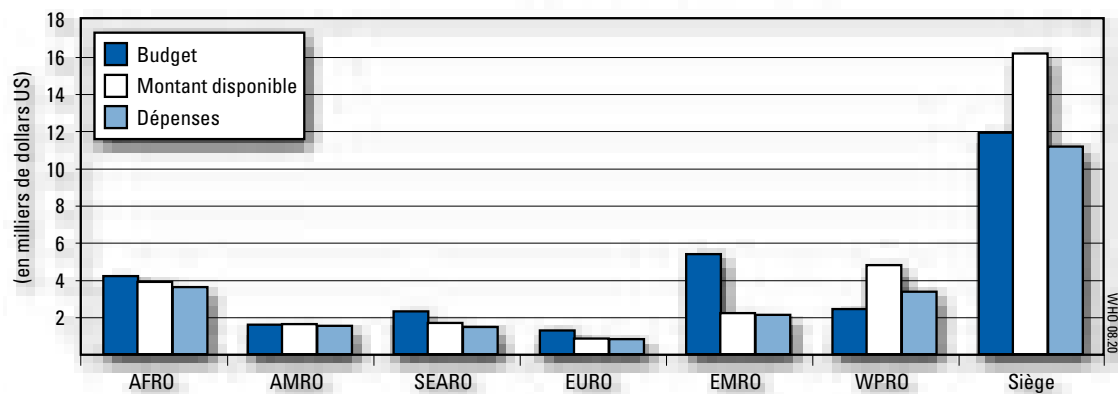
- Mettre en place un programme spécial sur le renforcement des capacités de laboratoire avec une structure intégrée et coordonnée ; renforcer le potentiel de ressources humaines à tous les niveaux de l'Organisation et promouvoir la planification conjointe.
- L'OMS devrait s'efforcer plus activement d'inciter les pays à demander de l'aide pour l'évaluation des technologies avant l'achat d'équipement et à améliorer leur législation en vue d'assurer la qualité et la transparence des dons et des transplantations d'organes. Toutes les Régions devraient disposer d'un réservoir de ressources humaines doté des qualifications nécessaires pour la réglementation des nouvelles technologies. A cette fin, des liens devraient être établis entre les universités et les autorités nationales de réglementation.
- Concentrer davantage l'attention sur les technologies sanitaires à tous les niveaux des systèmes de soins de santé, depuis le secteur des soins de santé primaires jusqu'au niveau tertiaire, du fait que ces technologies représentent un investissement important pour les Etats Membres, et assurer le financement des outils, y compris des lignes directrices.

- Renforcer la communication et la collaboration avec les bureaux de pays de manière à pouvoir développer encore davantage les activités de l'OMS au niveau des pays. Il convient d'identifier le plus tôt possible les interlocuteurs nationaux pour s'assurer que la collaboration se poursuivra pendant toute la durée de l'exercice biennal. La coordination des activités prévues avec les centres collaborateurs OMS devrait aussi être renforcée pour obtenir les meilleurs résultats possibles. La collaboration entre les Régions et le Siège pour tous les programmes devrait aussi être améliorée. D'autres ressources techniques et financières seront nécessaires pour développer la capacité de répondre aux besoins des pays.
- Mettre en place des mécanismes de coordination et de collaboration efficaces et fonctionnels dans toute l'Organisation pour soutenir le développement des services de laboratoire et conserver l'impulsion initiée dans ce domaine par les institutions de développement.
- Améliorer la transparence dans la sélection et l'achat de nouvelles technologies et investir dans des ressources humaines dûment qualifiées, étant donné que la technologie médicale est l'une des ressources les plus coûteuses pour les systèmes de soins de santé.
- Mettre en place des programmes de technologie sanitaire et nommer des coordonnateurs formés dans tous les ministères de la santé et les bureaux de pays de l'OMS pour pouvoir faire face aux difficultés actuelles.
- Développer les activités de sensibilisation et intensifier l'appui technique à la planification, l'évaluation et l'utilisation efficace des technologies de la santé au moyen de lignes directrices, de normes et d'instruments d'évaluation. Tenir les Etats Membres informés des nouvelles technologies sanitaires reposant sur des bases factuelles ; leur fournir l'appui technique nécessaire pour la mise en oeuvre de leurs plans nationaux ; et enfin procéder à une présélection des dispositifs médicaux prioritaires et assurer la gestion de l'information relative aux technologies sanitaires.
- Il convient de mobiliser davantage de ressources pour garantir la réussite des programmes de sécurité transfusionnelle dans les pays prioritaires et un accès équitable à des produits sanguins non contaminés, dans les zones urbaines et rurales.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Technologies de la santé essentielles												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	2 647	1 471	4 118	1 960	1 958	3 918	95.1%	1 959	1 604	3 563	90.9%	86.5%
AMRO	577	908	1 485	361	1 277	1 638	110.3%	357	1 099	1 456	88.9%	98.1%
SEARO	1 310	947	2 257	1 171	508	1 679	74.4%	1 171	298	1 469	87.5%	65.1%
EURO	229	1 003	1 232	236	623	860	69.8%	237	576	813	94.6%	66.0%
EMRO	1 802	3 591	5 393	1 797	415	2 213	41.0%	1 797	277	2 074	93.7%	38.5%
WPRO	929	1 439	2 368	1 663	3 076	4 739	200.1%	1 663	1 640	3 303	69.7%	139.5%
Total partiel Régions	7 494	9 359	16 853	7 190	7 858	15 048	89.3%	7 184	5 494	12 678	84.3%	75.2%
Siège	4 645	7 188	11 833	4 463	11 698	16 161	136.6%	4 453	6 683	11 136	68.9%	94.1%
Total	12 139	16 547	28 686	11 653	19 556	31 209	108.8%	11 637	12 177	23 814	76.3%	83.0%

Technologies de la santé essentielles



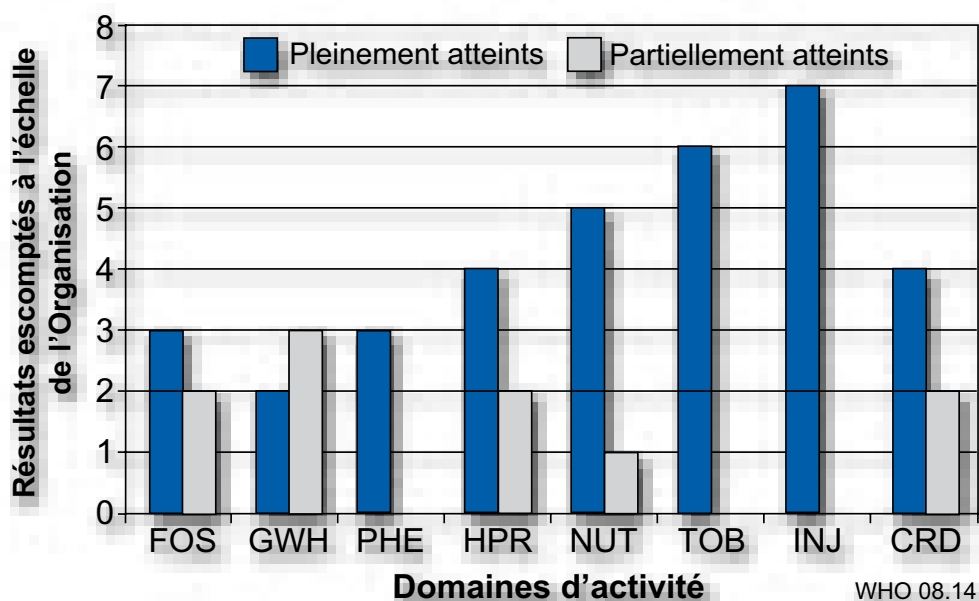
* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.



DETERMINANTS DE LA SANTE

La catégorie des déterminants de la santé regroupe les domaines d'activité ci-après : Sécurité sanitaire des aliments (FOS) ; Parité des sexes en matière de santé (GWH) ; Santé et environnement (PHE) ; Promotion de la santé (HPR) ; Nutrition (NUT) ; Tabac (TOB) ; Violence, traumatismes et incapacités (INJ) ; et Recherche sur les maladies transmissibles (CRD).

Réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation : déterminants de la santé



SECURITE SANITAIRE DES ALIMENTS (FOS)

Objectif(s) de l'OMS

Permettre au secteur de la santé, en coopération avec d'autres secteurs et partenaires, d'évaluer rapidement, de faire connaître et de gérer les risques d'origine alimentaire.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Augmentation du nombre de pays fournissant des données sur les maladies d'origine alimentaire et les risques liés à l'alimentation, ce qui démontre qu'ils ont adopté une approche fondée sur le risque en matière d'évaluation et de gestion des problèmes de sécurité sanitaire des aliments et de communication y relative. A la fin 2007, 78 % des Etats Membres étaient affiliés au réseau mondial OMS de surveillance de la salmonelle en vue de l'échange d'informations sur les maladies d'origine alimentaire, et 85 % des Etats Membres participaient au Réseau international des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments.*

Principales réalisations

- Un nombre croissant d'Etats Membres participent à des réseaux internationaux et fournissent des données sur les maladies d'origine alimentaire et les risques liés à l'alimentation. Dans toutes les Régions, le réseau mondial de surveillance de la salmonelle compte un nombre accru de participants. Ce réseau permet de rassembler des données provenant des laboratoires et établissements nationaux sur d'importantes maladies d'origine alimentaire. Soixante-cinq pour cent des pays de la Région africaine, 100 % des pays de la Région des Amériques, 86 % des pays de la Région européenne, 90 % des pays de la Région de la Méditerranée orientale, 72 % des pays de la Région de l'Asie du Sud-Est et 55 % des pays de la Région du Pacifique occidental comptent maintenant des établissements affiliés à ce réseau.
- Les Etats Membres peuvent aussi fournir et échanger des données par le biais d'autres réseaux en pleine croissance. Dans la Région des Amériques, 29 des 35 pays (83 %) sont membres du Inter-American Food Analysis Laboratories Network et, dans la Région européenne, 15 pays sur 53 (28 %) ont reçu une formation spéciale pour la réalisation d'études de la « ration totale » afin de pouvoir être en mesure d'évaluer l'exposition aux risques liés aux substances chimiques dans la chaîne alimentaire.
- En 2006, l'OMS a mis en oeuvre la stratégie visant à estimer la charge mondiale de morbidité liée aux maladies d'origine alimentaire et elle a créé un groupe consultatif d'experts internationaux qui a entrepris, en 2007, de procéder à des estimations de toutes les causes pathogènes et chimiques de ces maladies jusqu'en 2011.
- Le Fonds fiduciaire du Codex a financé la participation à 34 réunions de la Commission du Codex Alimentarius de 338 experts nationaux de la sécurité sanitaire des aliments venus de 100 pays.
- Un nombre croissant d'Etats Membres sont en train d'élaborer une approche fondée sur le risque en matière d'évaluation de la sécurité sanitaire des aliments, de gestion et de communication. Plus de 238 évaluations des risques ont porté sur les contaminants chimiques et microbiologiques présents dans les aliments, ce qui a permis aux pays de disposer d'orientations et de conseils scientifiques en temps utile pour être mieux à même de gérer les risques sanitaires associés à l'alimentation.

- La diffusion des « cinq clés pour une meilleure alimentation » dans les pays a été favorisée par diverses activités entreprises dans les établissements d'enseignement, sur les marchés et auprès des communautés à l'aide du manuel et de l'affiche élaborés pour cette campagne, qui ont été traduits dans plus de 50 langues.
- En septembre 2007, plus de 50 Etats ont adopté la Déclaration de Beijing sur la sécurité sanitaire des aliments, qui demande instamment à tous les pays d'élaborer des programmes d'activités complets couvrant tous les aspects de la production et de la consommation de produits alimentaires, y compris les produits locaux et les produits importés, et d'assurer la disponibilité des produits alimentaires dans la vie quotidienne et dans les situations d'urgence afin d'améliorer la protection des consommateurs.
- Le deuxième plan d'action européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, qui a été adopté par le Comité régional pour l'Europe à sa cinquante-septième session,¹ souligne l'importance pour les pays d'adopter une approche de la sécurité sanitaire des aliments fondée sur les risques et de mettre en place des systèmes de surveillance efficaces afin d'évaluer en permanence les risques de contamination dans la chaîne alimentaire. Il souligne aussi la nécessité de disposer d'un moyen de communiquer au grand public et à certaines sous-populations des informations sur mesure relatives à la sécurité sanitaire des aliments. Le Comité régional pour l'Afrique, à sa cinquante-septième session, a adopté une résolution intitulée Sécurité sanitaire des aliments et santé : une stratégie pour la Région africaine de l'OMS,² qui met l'accent sur des aspects analogues. D'autres Régions travaillent actuellement dans cette voie.

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

Renforcement des programmes d'action et établissement de réseaux internationaux de surveillance des maladies d'origine alimentaire et des risques liés aux aliments

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage des Etats Membres de l'OMS participant à des réseaux	60 %	80 %	78 % pour le réseau mondial de surveillance de la salmonelle et 85 % pour le Réseau international des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments
Pourcentage d'Etats Membres fournissant à l'OMS des données de surveillance sur une ou plusieurs maladies d'origine alimentaire, ou notifiant des données issues de la surveillance des risques microbiologiques ou chimiques	34 %	50 % au moins dans chaque Région	40 % des Etats Membres ont fourni des données sur la salmonelle au réseau mondial de surveillance de la salmonelle – le pourcentage le plus faible étant relevé dans la Région africaine (13 %) et le plus élevé dans la Région européenne (68 %)



Partiellement atteint. La surveillance des maladies d'origine alimentaire a été renforcée, principalement par les activités de formation et de communication entreprises par les réseaux OMS, en collaboration avec des organisations et des réseaux pertinents et en encourageant une collaboration intersectorielle entre les professionnels de santé humaine et animale et de la sécurité sanitaire des aliments. Plusieurs initiatives régionales entreprises dans les Régions africaine, européenne et du Pacifique occidental ont mis l'accent sur l'importance de la surveillance des maladies d'origine alimentaire et des risques liés à l'alimentation, comme par exemple le réseau Asia FoodNet, qui a été institué en vue de faciliter l'échange d'informations entre les pays d'Asie sur ces questions.

¹ Résolution EUR/RC57/R4.

² Résolution AFR/RC57/R2.

Fourniture en temps utile de conseils scientifiques et d'orientations aux pays en développement pour accroître leur capacité d'évaluation des risques et leur permettre de participer activement à l'évaluation des risques au niveau international

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'évaluations internationales des risques (microbiologiques et chimiques) parachevées par l'OMS et la FAO	Environ 69 évaluations internationales des risques effectuées en 2004-2005	Doubler le nombre d'évaluations des risques	Plus de 238
Nombre de participants de pays en développement aux organes consultatifs d'experts de l'OMS/FAO	Nombre enregistré en 2004-2005	Augmentation de 25 %	12,5 % (contre environ 10 % en 2004-2005)



Partiellement atteint. Le nombre accru d'évaluations internationales des risques, bien supérieur à la cible prévue, a non seulement permis de fournir en temps utile aux pays des conseils scientifiques et des orientations, mais aussi favorisé la participation d'un plus grand nombre de pays en développement aux activités d'évaluation internationale des risques, qui sont indispensables pour l'élaboration de normes internationales. L'évaluation des risques associés à *E. sakazakii* dans les préparations en poudre pour nourrissons est un bon exemple de l'opportunité de ces activités. La question avait été soulevée pour la première fois à la vingt-sixième session du Codex Alimentarius et à la cinquante-huitième session de l'Assemblée mondiale de la Santé. L'OMS a réagi en faisant procéder, en 2004 et en 2006, à des évaluations des risques microbiologiques, sur la base desquelles un nouveau code d'usage en matière d'hygiène a été adopté par le Codex, et de nouveaux critères microbiologiques ont été définis. Ces évaluations des risques ont aussi servi de base à l'élaboration des lignes directrices OMS concernant la préparation, la conservation et la manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour nourrissons, qui ont été distribuées pour commentaires à 150 Etats Membres avant d'être finalisées et traduites en plusieurs langues. Aux niveaux régional et national, une formation et un appui ont été fournis à des Etats Membres pour les aider à entreprendre des activités d'évaluation nationale des risques et à participer plus activement à l'élaboration de normes internationales, et aussi pour les inciter à appliquer davantage les techniques de détermination du profil de risque et d'évaluation des risques pour le contrôle des aliments.

Fourniture de conseils techniques adéquats aux pays pour les aider à évaluer et à gérer les risques et avantages liés aux produits issus des nouvelles technologies dans l'alimentation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'évaluations des risques ou d'outils pour l'évaluation et la gestion des risques validés et diffusés par l'OMS	4 évaluations des risques concernant des aliments génétiquement modifiés effectuées dans les pays en développement	Tenue de 2 consultations sur l'évaluation des risques ; publication d'une série de principes directeurs	1



Partiellement atteint. Une consultation FAO/OMS a été organisée sur la question de l'innocuité des aliments issus d'animaux génétiquement modifiés. C'est la seule consultation d'experts qui avait été réclamée par la Commission du Codex Alimentarius pour cette période dans ce domaine. L'issue de cette consultation ainsi que les travaux préalablement entrepris dans ce domaine ont été diffusés aux Etats Membres et reproduits dans les recommandations formulées en réponse à des besoins spécifiques.

Fourniture d'un soutien effectif aux pays pour l'organisation et la mise en oeuvre de systèmes multi-sectoriels de protection de la sécurité sanitaire des aliments, en mettant l'accent sur la santé et sur la participation à la fixation de normes internationales

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de pays de chaque Région participant activement aux travaux de normalisation internationale (Commission du Codex Alimentarius)	Pourcentage de pays de chaque Région ayant participé à des réunions de normalisation en 2004-2005 122 pays au total y ont participé	Au moins 60 % des pays de l'ensemble des Régions participant à des réunions de normalisation	Région des Amériques : 60 % ; Région africaine : 76 % ; Région européenne : 62 % ; Région de la Méditerranée orientale : 77 % ; Région de l'Asie du Sud-Est : 81 % ; Région du Pacifique occidental : 84 %
Nombre de pays qui, avec l'appui de l'OMS, ont établi ou modifié des politiques, des plans d'action, des lois ou des stratégies d'application en matière de sécurité sanitaire des aliments	3 pays par Région en 2004-2005	5 pays supplémentaires par Région	Pays supplémentaires : Région des Amériques : 11 ; Région africaine : 13 ; Région européenne : 12 ; Région de la Méditerranée orientale : 10 ; Région de l'Asie du Sud-Est : 4 ; Région du Pacifique occidental : 7



Pleinement atteint. Dans chaque Région, plus de 60 % des Etats Membres participent à des réunions de normalisation organisées par la Commission du Codex Alimentarius. Le Fonds fiduciaire du Codex a financé la participation à 34 réunions du Codex de 338 personnes venues de 100 pays, élargissant ainsi la participation des Etats Membres à ses travaux. Dans toutes les Régions, à l'exception d'une seule, au moins cinq pays ont, avec l'appui de l'OMS, formulé ou modifié des politiques, des plans d'action, des lois ou des stratégies d'application de ces mesures dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, seuls quatre pays ont pris de telles mesures, ce qui n'a rien d'étonnant compte tenu de l'exiguïté relative de la Région et du petit nombre d'Etats Membres qu'elle contient. Quelques pays travaillent actuellement à la mise en place d'une autorité unique responsable de la sécurité sanitaire des aliments mais, dans beaucoup d'autres, la lenteur des progrès accomplis dans ce domaine nécessiterait un renforcement déterminant des capacités et des institutions. Des activités de formation visant à encourager la réalisation d'études nationales et à faciliter l'élaboration de protocoles nationaux ont été organisées, comme par exemple le quatrième atelier international sur les études de la « ration totale » et une réunion du groupe consultatif OMS/PNUE sur l'étude mondiale sur les polluants organiques persistants dans le lait maternel.

Fourniture d'un soutien adéquat aux pays prioritaires pour améliorer l'éducation en matière de sécurité sanitaire des aliments, communiquer efficacement sur les risques et gérer les partenariats public-privé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant utilisé et évalué, en matière de sécurité sanitaire des aliments, du matériel fondé sur les principes directeurs de l'OMS pour les aliments sans danger	2 pays par Région en 2004-2005	5 pays supplémentaires par Région	Pays supplémentaires : Région des Amériques : 6 ; Région africaine : 13 ; Région européenne : 8 ; Région de la Méditerranée orientale : 10 ; Région de l'Asie du Sud-Est : 10 ; Région du Pacifique occidental : 8



Pleinement atteint. Dans chaque Région, plus de cinq pays cibles ont suivi les principes directeurs de l'OMS pour les aliments sans danger qui reposent sur le principe des « cinq clés pour des aliments plus sûrs ». Cette approche a aussi été diffusée dans toutes les Régions, en tirant

parti de l'expérience acquise grâce à l'exécution de projets pilotes au cours de l'exercice précédent, auprès de différents groupes cibles, et notamment des écoliers, des vendeurs ambulants de produits alimentaires, des manipulateurs de produits alimentaires et des consommateurs en général. L'affiche des « cinq clés » a été traduite dans plus de 50 langues tandis que le manuel de formation a été finalisé et traduit dans les six langues officielles de l'OMS. L'affiche originale des « cinq clés » a été traduite dans des langues supplémentaires et adaptée à différents contextes.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

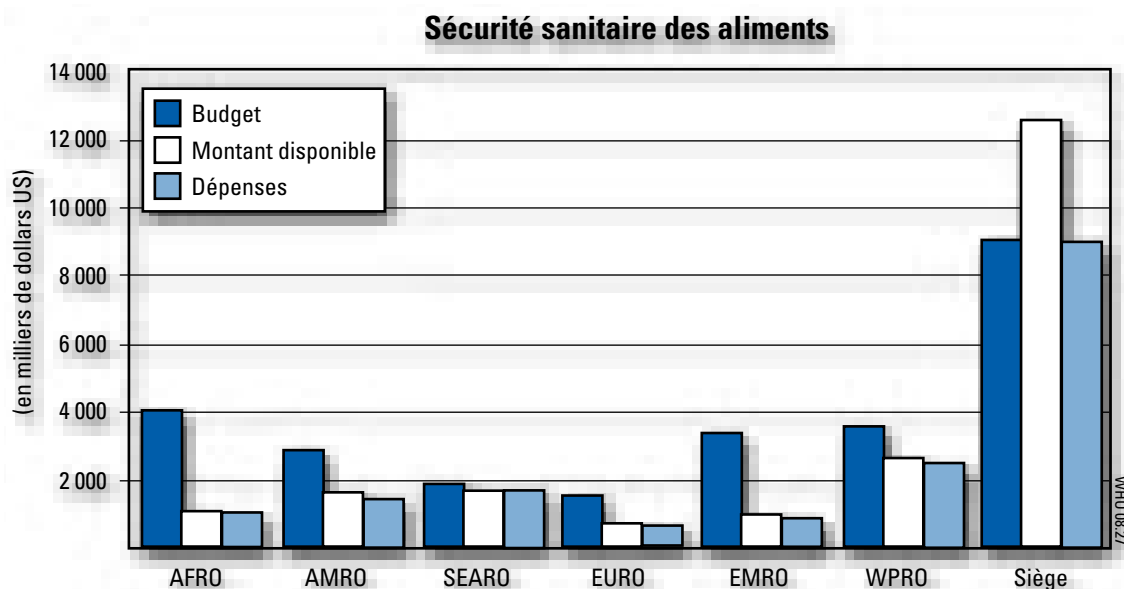
- La constitution de partenariats avec d'autres institutions internationales et organismes nationaux de santé publique s'est à nouveau avérée une stratégie efficace pour atteindre les objectifs de l'OMS.
- Il importe de continuer à mobiliser des ressources pour financer des séries d'activités portant sur des thèmes analogues, comme les « cinq clés pour des aliments plus sûrs » dans différentes Régions.
- La fermeture de l'Institut panaméricain de Protection des Aliments et de Lutte contre les Zoonoses et la réduction des effectifs en décembre 2005 ont sérieusement compromis la coopération technique en matière de sécurité sanitaire des aliments dans la Région des Amériques.
- Il faut améliorer l'information sur les répercussions des maladies d'origine alimentaire sur la santé publique et la société et mettre en place des systèmes holistiques et intersectoriels de sécurité alimentaire en prenant en considération l'ensemble de la chaîne alimentaire, et notamment les questions d'environnement et de production primaire.
- Afin de mieux faire comprendre l'importance du problème des maladies d'origine alimentaire, il convient de poursuivre les activités entreprises sur la charge mondiale de morbidité liée à ces maladies ; les correspondants nationaux devraient aussi recevoir l'appui nécessaire pour être en mesure d'assurer les activités de surveillance et de conduire des enquêtes sur les flambées.
- L'éducation en matière de sécurité sanitaire des aliments doit aller plus loin que la simple information et indiquer les possibilités de changer les comportements.
- Malgré l'adoption de plusieurs initiatives, sans doute trop dispersées, dans la plupart des pays, les consommateurs n'ont guère participé à une amélioration de la qualité des aliments.

Mesures requises :

- Entretenir des partenariats avec d'autres organismes de coopération régionale et internationale pour certains programmes et projets de coopération technique.
- Continuer à relever le niveau des compétences requises pour les activités et les procédures de la Commission du Codex Alimentarius et l'appui fourni à la participation à ses réunions.
- Améliorer l'information sur les répercussions des maladies d'origine alimentaire sur la santé publique et la société et sur la nécessité de mettre en place des systèmes holistiques et intersectoriels de sécurité alimentaire en prenant en considération l'ensemble de la chaîne alimentaire, et notamment les questions d'environnement et de production primaire, et actualiser cette information.
- Mettre en oeuvre le Règlement sanitaire international (2005) afin d'accélérer le renforcement des systèmes nationaux de surveillance des maladies d'origine alimentaire.
- Relever le niveau de compétences spécialisées en matière de sécurité sanitaire des aliments et celui des effectifs de ressources humaines dans les Régions de manière à pouvoir répondre à l'augmentation prévisible des activités en 2008-2009.
- Les nouvelles dispositions institutionnelles en vigueur depuis le début de l'exercice 2008-2009 relatives à l'intégration de la sécurité sanitaire des aliments et de la nutrition devraient permettre d'intensifier la coopération et faciliter la programmation conjointe et la coordination de ces activités.
- Renforcer le Réseau international des Autorités de Sécurité sanitaire des Aliments et le système mondial d'alerte précoce et d'action afin de tirer le meilleur parti de leur potentiel d'action.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Sécurité sanitaire des aliments												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	1 595	2 405	4 000	870	191	1 061	26.5%	839	181	1 020	96.2%	25.5%
AMRO	858	1 970	2 828	1 301	295	1 596	56.4%	1 279	101	1 380	86.5%	48.8%
SEARO	564	1 276	1 840	1 424	234	1 659	90.1%	1 424	229	1 653	99.7%	89.8%
EURO	601	899	1 500	466	240	705	47.0%	466	163	629	89.2%	41.9%
EMRO	771	2 561	3 332	646	301	947	28.4%	645	183	828	87.4%	24.8%
WPRO	837	2 663	3 500	1 077	1 564	2 642	75.5%	1 077	1 387	2 464	93.3%	70.4%
Total partiel Régions	5 226	11 774	17 000	5 783	2 826	8 609	50.6%	5 730	2 244	7 974	92.6%	46.9%
Siège	3 164	5 853	9 017	3 385	9 150	12 535	139.0%	3 384	5 570	8 954	71.4%	99.3%
Total	8 390	17 627	26 017	9 168	11 975	21 144	81.3%	9 114	7 814	16 928	80.1%	65.1%



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

PARITE DES SEXES EN MATIERE DE SANTE (GWH)

Objectif(s) de l'OMS

Intégrer la parité entre les sexes dans les politiques, programmes et recherches liés à la santé afin de s'attaquer au problème du manque d'égalité et d'équité entre les sexes et d'en atténuer l'impact sur la santé.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Proportion des Etats Membres visés et d'autres partenaires en santé qui utilisent un ou plusieurs instruments de l'OMS pour intégrer la parité entre les sexes dans l'élaboration des politiques, stratégies et programmes de santé : 24 % des Etats Membres. Il n'a pas été possible de calculer la proportion des autres partenaires en santé faute de connaître le dénominateur à utiliser pour ce calcul.*

Principales réalisations

- La stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé à sa soixantième session.¹
- Les mécanismes de collaboration, tels que les réunions annuelles du réseau mondial genre et santé de la femme, les consultations électroniques et les communications avec le réseau, ont été renforcés pour améliorer l'efficacité de la planification conjointe et de la fourniture d'un appui technique aux activités d'intégration des femmes à l'échelle de l'Organisation.
- Un coordonnateur à plein temps chargé des questions de parité a été nommé à l'OMS et des activités interinstitutionnelles sont organisées pour lutter contre la violence sexuelle et sexospécifique dans le contexte des situations d'urgence.
- Des informations ont été recueillies au sujet des associations entre l'égalité des sexes et la santé, notamment dans certains contextes tels que le VIH/sida, le paludisme, la santé au travail, la lutte contre le tabac, le vieillissement et les maladies transmissibles.
- Le nombre de partenariats a augmenté et le niveau d'harmonisation s'est élevé dans toute l'Organisation pour la conception de méthodes et d'instruments permettant de développer l'analyse des sexospécificités.

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

Amélioration des connaissances et des bases factuelles sur les liens existant entre les questions liées à la parité des sexes (notamment la violence) et la santé, et sur les interventions fructueuses

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de documents techniques, études de cas et de rapports sur la parité des sexes et la santé publiés et diffusés	48	72	87



Pleinement atteint. Grâce à des activités de planification conjointe dans le cadre du réseau mondial genre et santé de la femme, il a été possible de faire traduire les documents et rapports existants dans d'autres langues des Nations Unies et d'élaborer d'autres documents à l'échelle régionale. Une importance accrue a été accordée à la diffusion dans les pays des documents techniques, études de cas et rapports anciens et récents sur la parité des sexes et la santé. La

¹ Résolution WHA60.25.

publication de certains documents, commencée pendant l'exercice 2004-2005, a été achevée. Les efforts de collaboration en vue de la publication conjointe de documents à double usage permettent de recueillir des informations concernant les répercussions de l'égalité entre les sexes sur toute sorte de questions en rapport avec la santé, et de créer de nouveaux partenariats pour faire progresser la parité entre les sexes en matière de santé tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'OMS. Les bureaux régionaux ont mis l'accent sur la diffusion d'informations de base par l'intermédiaire de divers organes et événements médiatiques. Par exemple, le Bureau régional des Amériques/Organisation panaméricaine de la Santé a publié deux documents de référence^{2,3} qui ont fait l'objet d'une large diffusion et ont incité le Belize, le Costa Rica et le Guatemala à élaborer leurs propres brochures. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a élaboré sept fiches d'information sur les questions de parité des sexes en matière de santé et un document sur les aspects intersectoriels de la parité entre les sexes en matière de santé.⁴ L'insuffisance des données disponibles sur les obstacles qui entravent l'application des mesures visant à rétablir l'égalité en matière de santé dans de nombreux secteurs retarde l'acquisition des nouvelles connaissances nécessaires pour les politiques et les programmes de santé publique.

Prise en compte des bases factuelles dans les normes et les stratégies permettant d'intégrer la parité des sexes dans les programmes et politiques techniques du secteur de la santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'outils et de directives concernant l'intégration des questions liées à la parité des sexes dans les politiques et interventions sanitaires	27	48	38
Progrès de la mise en oeuvre d'une stratégie sur la parité des sexes en matière de santé	Formulation de la stratégie OMS sur la parité des sexes en matière de santé	Approbation de la stratégie par l'Assemblée de la Santé	La Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution sur la stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS



Partiellement atteint. Les réunions organisées dans le cadre du réseau genre et santé de la femme ont notamment eu pour effet de faire porter davantage l'accent sur l'élaboration d'outils et de directives, sur la finalisation de ceux qui avaient été mis en chantier en 2004-2005 et sur l'utilisation des outils et directives existants dans les bureaux régionaux et de pays. De ce fait, le nombre d'outils et de directives est inférieur à celui qui était prévu à l'origine pour 2006-2007, ce qui explique pourquoi la cible n'a été que partiellement atteinte. Il est difficile d'évaluer les progrès accomplis dans l'application de la stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS, qui n'a commencé qu'en 2008. Au cours du dernier trimestre de 2007, tous les bureaux régionaux ont collaboré à l'élaboration d'un cadre de suivi et d'évaluation. Grâce à la collaboration entre le Siège et les bureaux régionaux et de pays pour l'introduction à l'essai de nouveaux outils et de nouvelles directives et l'utilisation de ceux qui existent déjà, il a été possible de répondre aux besoins régionaux et de diffuser des messages homogènes sur les questions de parité en matière de santé, tant à l'intérieur qu'en dehors de l'Organisation. Des ateliers interpays de renforcement des capacités consacrés à l'intégration des questions sexospécifiques dans le contexte de la santé ont été organisés dans les Régions de l'Afrique, des Amériques, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale. Ils ont suscité un regain d'intérêt pour les questions de parité en matière de santé, auxquelles ont été consacrés deux ateliers dans la Région africaine, trois dans celle de l'Asie du Sud-Est et six dans celle de la Méditerranée orientale. A l'issue de nombreuses réunions régionales consacrées à la stratégie OMS, le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a rédigé une série d'orientations stratégiques. En outre, le Bureau régional de l'Afrique a réaffirmé sa stratégie sur la santé de la femme et celui de la Méditerranée orientale ses orientations stratégiques actuelles. La politique de parité entre les sexes de l'Organisation panaméricaine de la Santé a été adoptée par le Quarante-Sixième Conseil directeur.⁵ Les activités de suivi dans les Régions et les pays après la mise en oeuvre des outils et des directives sont entravées par la pénurie de ressources. Le manque de ressources humaines

² *Gender, health, and development in the Americas: basic indicators 2005*. Washington DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2005.

³ *Gender, health, and development in the Americas: basic indicators 2007*. Washington DC, Organisation panaméricaine de la Santé, 2007.

⁴ *Cross-cutting gender issues in women's health in the Eastern Mediterranean Region*. Le Caire, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, 2007.

⁵ Résolution CD46.R16.

et financières, qui sont essentielles pour pouvoir prendre des mesures durables, compromet la réussite à long terme des efforts entrepris. Il compromet aussi le développement du cadre de suivi et d'évaluation et l'exécution de l'évaluation initiale de la stratégie OMS prévue à l'origine pour 2007. Malgré l'enthousiasme qui a présidé à l'élaboration du projet de stratégie, lequel a ensuite été soumis à la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé, une plus forte participation et des déclarations d'engagement résolues de la part du personnel du Siège apparaissent maintenant nécessaires. Pour que la stratégie de l'OMS produise ses effets, les engagements techniques et financiers doivent se traduire par des résultats concrets et cela suppose des mécanismes de responsabilisation.

Amélioration des compétences et capacités du personnel de l'OMS pour ce qui est d'intégrer les perspectives liées à la parité des sexes dans leurs activités

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de programmes de l'OMS qui reçoivent un soutien technique, par exemple une contribution aux outils, aux politiques, etc.	25	41	45
Nombre de domaines d'activité intégrant la parité des sexes dans leurs plans de travail ou projets de programme	12	33	26
Nombre de cours, séminaires et activités de formation menés à l'intention du personnel de l'OMS sur les perspectives en matière de parité des sexes	15	33	35



Partiellement atteint. Depuis 2004-2005, des progrès ont été enregistrés grâce à un effort concerté de l'ensemble de l'Organisation pour intensifier la collaboration avec le réseau mondial genre et santé de la femme sur les questions de parité des sexes en matière de santé. En 2008-2009, ces partenariats seront utilisés pour faire progresser l'institutionnalisation de la prise en compte des questions liées à la parité des sexes. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a déjà accompli des progrès dans l'intégration des questions de parité dans la planification opérationnelle, en ajoutant un module consacré à ces questions dans la formation à la gestion axée sur les résultats. En dépit de ses ressources limitées, le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a élaboré des cadres de collaboration portant sur 15 domaines de travail. Dans les Régions africaine, européenne et celle du Pacifique occidental, des progrès ont été accomplis au niveau de la collaboration entre les programmes des Départements Santé familiale et communautaire, dans lesquels travaillent des administrateurs de programme nationaux. On observe donc indiscutablement une harmonisation des activités des programmes de santé familiale et communautaire et des approches des questions de parité dans ces Régions. En 2008-2009, toutes les Régions devraient pouvoir étendre leurs activités à d'autres domaines que celui de la santé familiale et communautaire.

Le nombre de cours, de séminaires et d'activités de formation menés à l'intention du personnel de l'OMS sur les perspectives en matière de parité des sexes a été légèrement inférieur à la cible fixée du fait que l'on s'est attaché en priorité à répondre aux demandes d'assistance des pays et des Régions pour le renforcement des capacités en vue de l'intégration des questions liées à la parité des sexes dans le secteur de la santé. Les demandes d'assistance présentées dans le sillage des ateliers régionaux ont entravé les activités de renforcement des capacités au Siège. L'augmentation des effectifs de personnels dotés des qualifications nécessaires devrait permettre de combler cette lacune en 2008-2009. Par ailleurs, compte tenu de la pénurie générale de ressources humaines et financières, il est impossible de répondre en temps opportun à toutes les demandes d'assistance technique des Départements, des Régions et des pays. Le fait de désigner des coordonnateurs spécialisés dans les questions de parité et de les doter des ressources nécessaires aiderait les programmes techniques à mieux intégrer les perspectives de parité des sexes dans leurs activités. Tous les Bureaux régionaux, hormis celui des Amériques, ont confié cette responsabilité à un seul fonctionnaire et la plupart des bureaux de pays n'en ont aucun. Ces coordonnateurs, lorsqu'ils existent, ne disposent que d'un maigre budget et ont peu de temps à consacrer à ces activités. En outre, le fait qu'ils ne restent pas longtemps à ce poste dans les ministères de la santé est une source d'incertitude pour les bureaux de pays. Il serait opportun de revoir le système des coordonnateurs des questions de parité dans toute l'Organisation en 2008-2009 pour soutenir les efforts d'intégration des questions liées à la parité des sexes.

Amélioration de la compréhension par le public des questions liées à la parité des sexes au moyen d'une gamme d'activités et de produits de sensibilisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de manifestations nationales, régionales ou internationales sur la parité des sexes	33	53	58
Nombre de produits d'information diffusés pour accroître la compréhension par le public des diverses questions liées à la parité des sexes en matière de santé	20	40	38
Nombre de partenariats et de réseaux mondiaux et régionaux qui travaillent sur la parité des sexes en matière de santé	34	48	59



Partiellement atteint. Le réseau mondial genre et santé de la femme a décidé d'attacher moins d'importance à l'élaboration de nouveaux produits d'information. Si la priorité est désormais accordée à l'élaboration et à la traduction de produits de sensibilisation destinés à toute l'Organisation, afin d'améliorer la compréhension par le public des questions liées à la parité des sexes en matière de santé, il est difficile de progresser dans ce domaine en raison du manque de personnel suffisamment qualifié au Siège et dans les bureaux régionaux pour s'acquitter de ces tâches. La désignation du Représentant spécial du Directeur général chargé des questions de parité et le large soutien dont bénéficie la stratégie visant à intégrer l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS ont permis à l'Organisation d'accroître sa participation à des réseaux et des initiatives interinstitutionnels, régionaux et nationaux sur la parité des sexes en matière de santé. Elle se trouve ainsi en meilleure position pour améliorer la compréhension, influencer l'élaboration de politiques et prendre la tête de l'action de sensibilisation en ce qui concerne les questions de parité dans le secteur de la santé, même si une stratégie bien définie de communication et de sensibilisation doit encore être élaborée. En dépit de l'augmentation de la participation aux différents réseaux spécialisés, peu de temps et peu de ressources ont été consacrés à faire en sorte qu'ils reçoivent des contributions techniques. En raison de l'absence de Représentant spécial du Directeur général chargé des questions de parité pendant la plus grande partie de l'année 2007, due au fait que le poste n'a pas été pourvu, il n'a pas été possible de conserver le rythme des progrès déjà réalisés dans le domaine de la parité entre les sexes en matière de santé.

Renforcement de l'engagement des Etats Membres pour étudier les politiques et les stratégies liées à la parité des sexes en matière de santé

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays (ministères de la santé) qui intègrent une perspective liée à la parité des sexes dans le secteur de la santé avec l'appui de l'OMS	34	47	83



Pleinement atteint. Il n'est pas possible d'évaluer la mesure dans laquelle les pays intègrent la parité des sexes dans le secteur de la santé en l'absence de critères y relatifs. Si l'on peut constater, sur la base de données empiriques, que de nombreux pays déploient des efforts en ce sens, il est certain que des efforts supplémentaires sont nécessaires pour obtenir une pleine intégration des questions de sexospécificité dans les activités du secteur de la santé. Le Siège et les bureaux régionaux et de pays ont intensifié leur collaboration pour s'assurer que les besoins des pays soient bien pris en compte dans les rapports, les outils et les directives, auxquels des modifications ont été apportées le cas échéant, comme dans le cas de deux publications consacrées à l'intégration d'une démarche sexospécifique dans le secteur de la santé.^{6,7} L'absence de coordonnateur des questions de parité des sexes en matière de santé au sein des ministères de la santé ou le fait que ces personnes ne restent pas longtemps à ce poste, associés aux ressources

⁶ Integrating gender into HIV/AIDS programmes in the health sector: guidance to improve responsiveness to women's needs. Genève, Organisation mondiale de la Santé (à paraître).

⁷ Gender mainstreaming manual for health managers: a practical approach. Genève, Organisation mondiale de la Santé (à paraître).

limitées que les Régions consacrent à l'appui aux pays, continuent de faire obstacle à la fourniture d'une assistance technique de bonne qualité dans toutes les Régions. Le renforcement des capacités dans les bureaux régionaux aiderait ces derniers à s'appuyer sur les acquis réalisés au cours de l'exercice 2006-2007.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- La planification et la prise de décisions concertées avec le réseau mondial genre et santé de la femme sont essentielles pour garantir une certaine cohérence entre les activités, les messages et les produits.
- Il importe que l'OMS et ses partenaires du secteur de la santé adoptent de toute urgence une stratégie de communication et de sensibilisation clairement définie. En effet, il convient de lutter contre les idées reçues concernant les répercussions de l'égalité des sexes en matière de santé publique, qui peuvent entraver les progrès dans ce domaine.
- Il ne suffit pas de renforcer les capacités individuelles, il faut aussi, de toute urgence, mettre en place des mécanismes structurels relatifs à l'instauration d'un système de coordonnateur des questions de parité et modifier les modèles de planification pour y intégrer les perspectives sexospécifiques.
- Il est certes nécessaire de limiter le nombre de nouvelles publications, toutefois il convient de recueillir des bases factuelles sur les effets de l'intégration des questions de parité entre les sexes dans les programmes sanitaires autres que ceux de la santé génésique. Cela a été préconisé à plusieurs reprises dans le cadre des activités entreprises en collaboration, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'OMS, car des informations de cette nature peuvent contribuer à bousculer les idées reçues selon lesquelles une telle approche ne serait d'aucune utilité pour la santé publique.
- En se dotant d'un Directeur permanent au Siège, et de conseillers régionaux ainsi que de coordonnateurs nationaux des questions de parité à plein temps, l'Organisation sera mieux à même de répondre aux besoins des pays de façon opportune et harmonisée. La pénurie de ressources humaines, notamment à ces postes, entrave les progrès dans l'intégration des questions de parité entre les sexes.

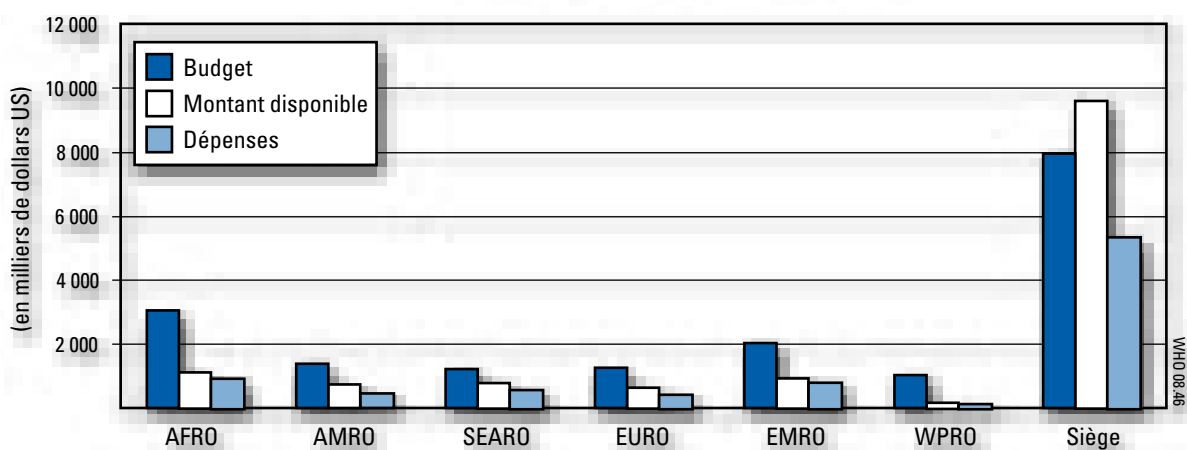
Mesures requises :

- Honorer le plan de ressources humaines approuvé, y compris la nomination d'un Directeur au début de l'année 2008, de sorte que le plan d'activité pour 2008-2009 puisse être exécuté.
- Elaborer et mettre en oeuvre un plan de mobilisation des ressources en vue de l'intégration des questions de parité entre les sexes dans l'ensemble du réseau mondial genre et santé de la femme.
- Elaborer un cahier des charges en vue de la mise en place, à l'échelle de l'Organisation tout entière, d'un système de coordonnateur des questions de parité entre les sexes, en vue d'accélérer l'intégration des questions de parité entre les sexes.
- Recommander aux ministères de la santé de désigner des coordonnateurs des questions de parité entre les sexes afin de favoriser la collaboration avec les coordonnateurs des bureaux de pays.
- Elaborer et appliquer une stratégie clairement définie de communication et de sensibilisation sur l'intégration d'une perspective sexospécifique dans le secteur de la santé, à l'intention de publics interne et externe, qui devrait inclure l'échange d'études de cas et la constitution de réseaux d'échange de savoirs dans le domaine de la parité des sexes en matière de santé.
- Améliorer la prise de conscience de l'utilité de l'intégration des questions de parité entre les sexes dans les programmes et les politiques de santé.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Parité des sexes en matière de santé												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	1 320	1 680	3 000	652	441	1 093	36.4%	652	267	919	84.1%	30.6%
AMRO	433	925	1 358	250	429	680	50.0%	249	127	376	55.3%	27.7%
SEARO	813	373	1 186	471	288	759	64.0%	472	106	578	76.1%	48.7%
EURO	94	1 162	1 256	50	543	593	47.2%	50	339	389	65.6%	31.0%
EMRO	312	1 688	2 000	437	442	879	44.0%	437	296	733	83.4%	36.7%
WPRO	39	961	1 000	2	178	180	18.0%	2	124	126	69.9%	12.6%
Total partiel Régions	3 011	6 789	9 800	1 863	2 321	4 184	42.7%	1 862	1 259	3 121	74.6%	31.8%
Siège	1 362	6 541	7 903	1 310	8 275	9 585	121.3%	1 310	3 965	5 275	55.0%	66.7%
Total	4 373	13 330	17 703	3 173	10 596	13 769	77.8%	3 172	5 224	8 396	61.0%	47.4%

Parité des sexes en matière de santé



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

SANTÉ ET ENVIRONNEMENT (PHE)

Objectif(s) de l'OMS

Veiller à ce que les dimensions sanitaires soient effectivement prises en compte dans les politiques et plans d'action nationaux en matière d'environnement et santé, y compris dans les cadres légaux et réglementaires régissant la gestion de l'environnement humain, ainsi que dans les politiques régionales et mondiales relatives à la santé et à l'environnement.

Indicateur(s) et degré de réalisation

■ Niveau d'engagement à l'égard de la protection de la salubrité de l'environnement, tel qu'il est reflété dans les déclarations de politique générale et les programmes de développement aux niveaux national, régional et international. Plusieurs engagements ont été pris aux niveaux national et régional à l'égard de la protection de la salubrité de l'environnement, et notamment la Déclaration de Bangkok sur l'environnement et la santé, adoptée lors du premier Forum ministériel régional sur l'environnement et la santé, tenu à Bangkok, les 8 et 9 août 2007. Dans la Région européenne, l'examen intergouvernemental à mi-parcours de la mise en oeuvre de la Déclaration de Budapest, qui s'est déroulé à Vienne du 13 au 15 juin 2007, s'est traduit par la réaffirmation de l'engagement en faveur d'un plan d'action relatif à la salubrité de l'environnement des enfants. D'autres mesures ont porté sur des sujets précis comme le cadre d'action pour la qualité de l'eau et la santé dans les pays insulaires du Pacifique, entériné à la réunion des ministres de la santé de ces pays, laquelle a eu lieu au Samoa, en mars 2005 ; plusieurs initiatives avaient trait à l'assainissement, par exemple la Déclaration ministérielle faite lors de la Conférence latino-américaine sur l'assainissement, organisée à Cali (Colombie), en novembre 2007, et l'approbation par l'Assemblée générale des Nations Unies d'une résolution proclamant 2008 l'Année internationale de l'assainissement.¹ Dans le domaine de la santé des travailleurs, la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution portant sur un plan d'action mondial pour la santé des travailleurs² et la Conférence internationale sur la santé au travail, qui s'est déroulée à Muscat en décembre 2006, a rendu publique la Déclaration de Muscat sur la promotion de la santé au travail. La Cinquante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé, pour sa part, a adopté une résolution sur l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques.³ Dans le domaine du changement climatique et de la santé, le Groupe d'experts intergouvernemental des Nations Unies sur l'évolution du climat a, dans son quatrième rapport d'évaluation, mis en évidence les graves répercussions du changement climatique sur la santé humaine. Ce sujet a été plus particulièrement abordé par le Directeur général à l'occasion de la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif a, lors de sa cent vingt-deuxième session, fait sienne une résolution intitulée « Changement climatique et santé ».⁴ Protéger la santé contre les effets du changement climatique est aussi le thème de la Journée mondiale de la Santé en cette année 2008 où l'OMS commémore 60 ans d'action au service de la santé dans le monde. Plusieurs engagements internationaux ont aussi été pris pour s'atteler à des questions environnementales et sanitaires dans des contextes spécifiques, comme la gestion des déchets hospitaliers et la santé sur le lieu de travail, notamment la prise en charge de la silicose.

Principales réalisations

- La mise au point et l'approbation du plan d'action mondial pour la santé des travailleurs a suscité dans les pays un certain nombre d'initiatives et d'actions régionales destinées à répondre aux questions d'environnement et de santé qui touchent les travailleurs et à mettre en place des services élémentaires de santé au travail.
- Les répercussions du changement climatique sur la santé font l'objet d'une attention croissante et, dans le cadre des efforts déployés à l'échelle du système des Nations Unies pour lutter contre le réchauffement de la planète, l'OMS a été chargée de conduire l'action sanitaire mondiale.

¹ Résolution A/C.2/61/L.16/Rev.1.

² Résolution WHA60/26.

³ Résolution WHA59/15.

⁴ Résolution EB122.R4.

- Une série d'évaluations globales de premier plan portant sur la charge de morbidité ont été achevées et publiées au cours de l'exercice biennal 2006-2007 comme, par exemple, le document intitulé *Prévenir la maladie grâce à un environnement sain*,⁵ lequel quantifiait la charge mondiale de morbidité imputable à l'environnement et en présentait le profil dans 192 pays, ainsi que certaines évaluations thématiques comme la charge mondiale de morbidité due au rayonnement ultraviolet.
- Les efforts redoublés des Régions pour mener à bonne fin les plans d'action nationaux en matière d'environnement et de santé se sont traduits par une meilleure coordination intersectorielle entre les ministères intervenant dans la gestion de l'environnement et des risques sanitaires. A son tour, cette amélioration a permis à l'OMS d'agir avec détermination pour renforcer la capacité du secteur sanitaire afin de pouvoir intervenir au niveau intersectoriel, dans le domaine du transport et de l'agriculture, notamment.
- La capacité régionale a été développée dans plusieurs directions, à savoir : gestion de la qualité de l'eau de boisson, plans de contrôle de la salubrité de l'eau, lutte contre la pollution intérieure, salubrité alimentaire, gestion des déchets dangereux, gestion intégrée des vecteurs de maladie, atténuation de la toxicité de l'arsenic, gestion des déchets hospitaliers, santé et sécurité au travail et salubrité du milieu.

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

Formulation, actualisation et promotion de principes directeurs normatifs fondés sur des bases factuelles et de bonnes pratiques pour aider efficacement les pays à évaluer les impacts sur la santé et à prendre des décisions intersectorielles dans les principaux domaines touchant à la salubrité de l'environnement (approvisionnement en eau, assainissement et hygiène, qualité de l'air, risques professionnels, sécurité chimique, radioprotection et changements environnementaux)

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays utilisant les principes directeurs de l'OMS qui ont procédé à des évaluations des risques et pris des mesures pour la gestion des principaux facteurs de risque liés à l'environnement	18	35	44
Nombre de pays bénéficiant d'un appui de l'OMS qui ont élaboré des législations, des normes ou des principes directeurs sur l'environnement et la santé	28	40	40



Pleinement atteint. L'OMS a continué de piloter les innovations concernant l'application des sciences à l'évaluation des risques et à leur gestion, par exemple en matière de méthodologie d'évaluation des risques. Ses produits d'information sont très recherchés : un document d'orientation sur la qualité de l'eau de boisson serait la publication de l'OMS la plus consultée d'après Google et le deuxième document le plus téléchargé depuis le site Web de l'OMS. Plusieurs évaluations importantes de la charge de morbidité au plan mondial ont été menées à terme et publiées au cours de l'exercice 2006-2007 comme, par exemple, le document intitulé « *Prévenir la maladie grâce à un environnement sain* »,⁶ lequel quantifiait la charge mondiale de morbidité imputable à l'environnement et en présentait le profil dans 192 pays, ainsi que des évaluations thématiques comme la charge mondiale de morbidité due au rayonnement ultraviolet et le rapport du Forum des Nations Unies sur Tchernobyl.⁷ Les nouvelles directives de l'OMS concernant la qualité de l'air ont été publiées et largement promues par les médias et les manifestations scientifiques. Elles dotent les décideurs d'une référence fiable leur permettant d'élaborer des normes et des politiques reposant sur des bases factuelles pour améliorer la qualité de l'air. Le système d'information sur l'environnement et la santé dans la Région européenne, conçu avec la participation de 18 Etats Membres, 21 institutions et en collaboration avec la Commission européenne, a été lancé lors de la réunion intergouvernementale d'évaluation à mi-parcours. Les travaux accomplis pendant l'exercice ont essentiellement pu l'être grâce aux conseils pertinents et opportuns prodigués par les bureaux régionaux et de pays, à la sensibilisation accrue des décideurs aux questions d'environnement et de santé, et à une collaboration plus étroite entre les ministères de la santé, de l'environnement et du travail. Cela étant, le manque de ressources humaines et financières et les compétences insuffisantes au niveau des pays, auxquels s'ajoutent des processus internes comme les changements administratifs intervenus au Siège, sont autant de facteurs qui ont porté atteinte à l'exécution de certaines activités menées au Siège de l'OMS et dans les Régions.

⁵ Prüss-Üstün A. et Corvalán C. *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

⁶ Prüss-Üstün A. et Corvalán C. *Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

⁷ Bennet B. et al., eds. *Health effects of the Chernobyl accident and special health care programmes*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

Fourniture d'un soutien adéquat aux pays pour les aider à renforcer leur capacité de gestion de l'information concernant la salubrité de l'environnement et à mettre en oeuvre des politiques et interventions intersectorielles pour la protection de la santé contre les risques environnementaux immédiats et à long terme

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays appliquant des plans d'action en matière de santé et d'environnement avec l'appui de l'OMS	40	51	51
Nombre de pays bénéficiant d'un appui de l'OMS qui ont renforcé la capacité du secteur de la santé de gérer les facteurs de risque liés à l'environnement	15	40	40



Pleinement atteint. La mise en place de plusieurs programmes régionaux et de pays a suscité un intérêt accru dans plusieurs autres pays souhaitant mettre en oeuvre des activités similaires au cours du prochain exercice. Une coopération resserrée dans le domaine de la gestion de l'environnement et des risques sanitaires et des politiques intersectorielles faisant intervenir le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays ont été expérimentées en Chine et devraient être étendues à d'autres pays. Une coopération avec des banques de développement a été instaurée en vue de promouvoir sur le long terme les aspects sanitaires des projets qu'elles financent dans d'autres secteurs que celui de la santé. Le concours que prêtent les partenaires, dont l'AID d'Australie qui subventionne des plans de contrôle de la salubrité de l'eau dans la Région de l'Asie du Sud-Est, et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, qui a débloqué des fonds au titre de la gestion des déchets hospitaliers dans la Région africaine, a permis de progresser dans certains domaines, en dépit de compétences nationales insuffisantes, en particulier en ce qui concerne les modalités économiques, juridiques et politiques liées à la gestion des risques, auxquelles s'ajoutent un manque de moyens humains et financiers.

Prise en compte des problèmes liés à la salubrité de l'environnement rencontrés par les groupes de population vulnérables et à haut risque (en particulier les enfants, les travailleurs et les populations urbaines pauvres) dans le cadre d'initiatives aux niveaux mondial, régional et des pays mises en oeuvre à travers des partenariats, des alliances et des réseaux de centres d'excellence efficaces

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant lancé des actions de partenariat pour s'attaquer aux problèmes de salubrité de l'environnement concernant les enfants, les femmes et les travailleurs	3 pays par Région en 2004-2005	4 pays supplémentaires par Région	14 pays supplémentaires
Nombre de pays bénéficiant d'un appui de l'OMS pour atteindre plus rapidement les objectifs fixés aux niveaux régional et international dans les domaines de la santé et de l'environnement	3 pays par Région en 2004-2005	4 pays supplémentaires par Région	4 pays supplémentaires



Pleinement atteint. Un certain nombre d'engagements internationaux ont été pris pour essayer de résoudre des problèmes d'environnement et de santé dans des contextes spécifiques comme la gestion des déchets hospitaliers et la santé sur le lieu de travail, notamment la prise en charge de la silicose. Le réseau pour la préparation et l'assistance médicale en cas de situation d'urgence radiologique couvre désormais 40 centres, et l'OMS s'investit plus activement dans les réseaux pertinents de partenaires internationaux. Des projets pilotes de niveau national, s'inscrivant dans le cadre de l'initiative OMS/PNUE intitulée « Renforcer les liens entre la santé et l'environnement », ont été menés à bien. De nouveaux accords de coopération portant sur la sécurité chimique ont été conclus avec Singapour et le Canada, et la coopération s'est resserrée avec les centres collaborateurs et les organisations non gouvernementales ayant des relations officielles avec l'OMS. La mise en oeuvre de ces initiatives a été facilitée par les conseils pertinents et opportuns prodigués par les bureaux régionaux et de pays, la sensibilisation accrue des décideurs aux questions d'environnement et de santé et une collaboration plus étroite entre les ministères

de la santé, de l'environnement et du travail. Cela étant, le manque de ressources humaines et financières et les compétences insuffisantes au niveau des pays, auxquels s'ajoutent des processus internes comme les changements administratifs intervenus au Siège, sont autant de facteurs qui ont porté atteinte à l'exécution de certaines activités menées au Siège de l'OMS et dans les Régions.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Le niveau de coordination entre le Siège, les Régions, les bureaux de pays et les homologues nationaux peut avoir une influence sur le bilan global de l'exécution. Il était plus facile de mener à bien des projets et des activités lorsqu'il y avait une bonne coordination entre les différentes parties de l'Organisation. Si les incertitudes transitoires, découlant des changements structurels opérés au Siège, n'ont pas nécessairement affecté la coordination, elles risquent d'avoir rendu plus difficile la mise en oeuvre des activités.
- Bien que les cibles prévues pour l'exercice aient été atteintes, elles auraient pu être dépassées, ce qui aurait permis à un plus grand nombre d'Etats Membres d'en profiter, pour autant que l'on prenne en compte une partie des difficultés techniques et financières. A l'avenir, l'allocation de ressources suffisantes devrait aussi permettre d'atténuer les effets indésirables que la surenchère pourrait avoir sur le bon fonctionnement de l'Organisation.
- La diffusion des messages clairs sur la prévention des maladies par le biais d'environnements sains et de façon ciblée, associée à une bonne stratégie de communication et à une meilleure couverture médiatique, est une méthode qui s'est avérée fort utile pour opérer un recentrage des questions d'environnement et de santé en les plaçant au coeur des stratégies de santé publique. C'est pourquoi il fallait faire mieux connaître le changement climatique et la santé et il conviendrait d'exploiter l'intérêt actuel qu'il suscite pour obtenir d'autres ressources et entraîner une amélioration des politiques et des pratiques relatives à l'environnement et à la santé.
- Le renforcement de l'action intersectorielle peut améliorer l'efficacité des programmes visés – environnement et santé – tout en amplifiant sensiblement la capacité nationale de gestion des risques. L'OMS peut faire office d'animateur en donnant des conseils techniques pour aider le secteur sanitaire à imprimer une direction stratégique et une impulsion qui rejaillissent sur la politique menée dans d'autres secteurs, par exemple l'eau, l'énergie, les transports et l'agriculture, et à conclure des partenariats stratégiques, notamment avec les banques de développement qui financent des projets dans d'autres secteurs.
- Les initiatives de renforcement des capacités, la désignation et la création d'organes nationaux de liaison chargés de l'environnement et de la santé, ainsi que l'octroi d'une aide à la mise en place ou à la révision des politiques nationales en matière d'environnement et de santé ont eu pour effet d'augmenter l'efficacité des interventions au niveau des pays. L'appui aux initiatives nationales devra être conforté plus avant au cours de l'exercice 2008-2009 et, à l'avenir, considéré comme une composante fondamentale des stratégies de mobilisation des ressources.

Mesures requises :

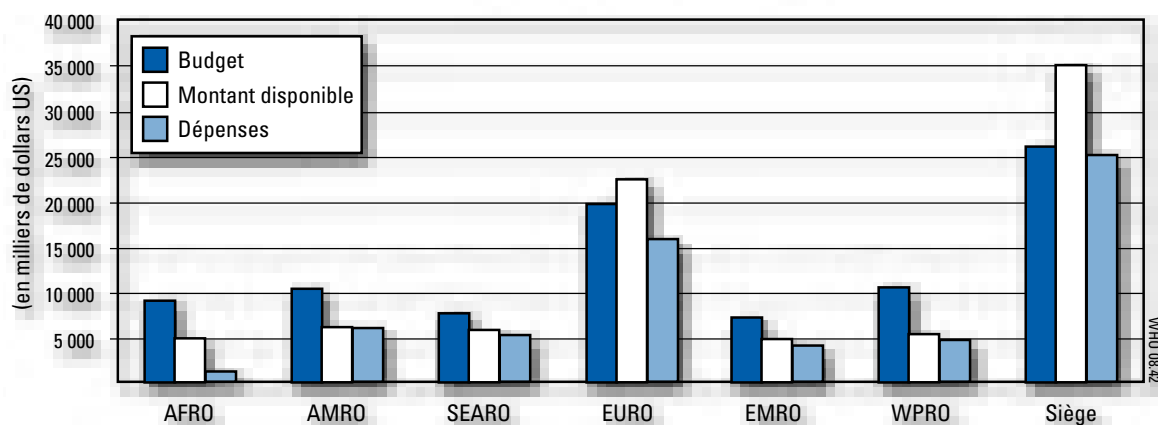
- Suivre les activités afin de veiller à ce que les objectifs de l'OMS soient atteints dans les temps impartis.
- Faciliter la mise en oeuvre en resserrant les liens et la coordination entre le Siège, les bureaux régionaux et les bureaux de pays et en désignant dans les pays des organes de liaison chargés de l'environnement et de la santé.
- Répartir plus équitablement les ressources humaines et financières entre les activités techniques et normatives, d'une part, et l'appui aux pays, de l'autre, afin de mieux servir les Etats Membres.

- Nouer de nouveaux partenariats avec des bailleurs de fonds susceptibles de financer des activités en faveur de l'environnement et de la santé dans les pays, voire dans certains secteurs ou contextes.
- Moduler la stratégie de mobilisation des ressources pour permettre la mise en oeuvre d'activités via l'action menée dans les pays, mais en collaboration avec les bureaux régionaux et le Siège.
- Resserrer la coordination et la collaboration avec le Siège afin d'employer efficacement les ressources et de maximiser l'impact de l'action conduite par l'OMS.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Santé et environnement												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	6 210	2 790	9 000	4 440	467	4 907	54.5%	797	507	1 304	26.6%	14.5%
AMRO	5 997	4 466	10 463	5 942	195	6 137	58.7%	5 886	82	5 968	97.2%	57.0%
SEARO	4 220	3 313	7 533	4 687	1 110	5 797	77.0%	4 687	641	5 328	91.9%	70.7%
EURO	3 141	16 593	19 734	2 580	19 958	22 538	114.2%	2 579	13 266	15 845	70.3%	80.3%
EMRO	3 665	3 439	7 104	3 532	1 363	4 895	68.9%	3 532	577	4 109	83.9%	57.8%
WPRO	3 757	6 643	10 400	3 466	1 794	5 259	50.6%	3 466	1 285	4 751	90.3%	45.7%
Total partiel Régions	26 990	37 244	64 234	24 646	24 887	49 533	77.1%	20 947	16 358	37 305	75.3%	58.1%
Siège	9 809	16 369	26 178	9 426	25 393	34 819	133.0%	9 418	15 754	25 172	72.3%	96.2%
Total	36 799	53 613	90 412	34 072	50 280	84 352	93.3%	30 365	32 112	62 477	74.1%	69.1%

Santé et environnement



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

PROMOTION DE LA SANTE (HPR)

Objectif(s) de l'OMS

Elaborer et mettre en oeuvre des politiques publiques multisectorielles pour la santé et des approches intégrées qui tiennent compte des sexospécificités et de l'âge et favorisent l'autonomisation de la communauté, ainsi que des mesures de promotion de la santé, d'autoprise en charge et de protection de la santé pendant toute la durée de la vie, en coopération avec les partenaires nationaux et internationaux compétents.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Degré d'intégration de la promotion de la santé dans des stratégies et services nationaux de santé et les cadres appropriés.* Depuis l'adoption de la Charte de Bangkok sur la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation en 2005, le nombre de stratégies nationales de promotion de la santé a augmenté rapidement dans toutes les Régions, en rapport avec des préoccupations prioritaires du point de vue de la santé publique, comme le vieillissement, les milieux favorables à la santé, la santé bucco-dentaire, les maladies non transmissibles et les facteurs de risque. L'ampleur de l'application des notions de promotion de la santé illustre la pertinence de la promotion de la santé en tant que stratégie commune.
- *Viabilité du financement des interventions de promotion de la santé dans les pays.* Toute une gamme de nouvelles structures et dispositifs du financement ont été mis en place dans les Régions, dont beaucoup reposent sur un modèle de promotion de la santé financé par les recettes des taxes sur le tabac et l'alcool. On a commencé à étudier une collaboration avec les caisses d'assurance-maladie afin de les encourager à investir directement dans la promotion de la santé.
- *Etablissement d'un cadre général pour la stratégie de promotion de la santé.* Les éléments d'un tel cadre ont été élaborés. Une compilation des mesures de promotion de la santé a été préparée couvrant quatre domaines : le développement et les déterminants de la santé, les besoins des individus et des communautés et la manière d'y répondre, le renforcement des systèmes de santé, et le développement des capacités de promotion de la santé. Un ensemble de références pour la mise en oeuvre de la Charte de Bangkok est actuellement mis au point, qui devrait comprendre un cadre unifié et des modules de renforcement des capacités.

Principales réalisations

- Des stratégies nationales et régionales de promotion de la santé ont été largement adoptées. Elles s'articulent autour d'un ensemble de problèmes de santé et d'approches verticales modèles de promotion de la santé qui mettent l'accent sur l'équité et les interventions en amont.
- Des exercices de renforcement des capacités sous forme de cours universitaires, de cours de formation en cours d'emploi dans les pays et de cours spéciaux au niveau régional ont été organisés en priorité par l'OMS avec les pays. Certains de ces cours ont eu des répercussions visibles et, dans certains cas, amené à créer des fondations pour la promotion de la santé.
- Certains pays ont, grâce à un appui, fait des progrès en mobilisant un financement durable. Toutefois, l'investissement général dans la promotion de la santé reste faible dans de nombreux pays et les modes de financement restent trop peu nombreux.
- L'OMS a fait paraître des publications sur la promotion de la santé, ses aspects théoriques et son efficacité, mais les études réalisées par des pays en développement restent peu nombreuses.
- La promotion de la santé à l'école et la surveillance du comportement sanitaire des enfants d'âge scolaire sont des éléments importants des activités de l'OMS. Elles sont de plus en plus menées par les pays et par des réseaux régionaux, à mesure que les homologues nationaux acquièrent davantage d'autonomie.

- Parmi les principaux faits nouveaux dans le domaine de la promotion de la santé au cours de l'exercice figurent les suivants : l'adoption par la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé de résolutions sur la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation,¹ et sur un plan d'action pour la santé bucco-dentaire intégrant les principes de promotion de la santé et de prévention de la maladie et lié aux activités entreprises dans le domaine des maladies non transmissibles, en particulier les interventions et les facteurs de risque communs,² et l'adoption par le Comité régional de l'Asie du Sud-Est, à sa cinquante-neuvième session, d'une résolution sur une stratégie régionale de promotion de la santé.³ Une réunion mondiale organisée en collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies s'est tenue à Vancouver, au Canada, en juin 2007 et un appel à l'action portant sur la santé à l'école, l'éducation et le développement a été publié, lequel a été repris par les Régions et dans le cadre d'efforts de collaboration avec les organismes partenaires compétents des Nations Unies.
- En 2007, deux forums parlementaires ont été réunis dans les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est afin de promouvoir l'action intersectorielle pour la santé et les approches de promotion de la santé.

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

Fourniture d'un nombre accru de principes directeurs concernant l'intégration de la promotion de la santé – alimentation saine, exercice physique, vieillissement et santé bucco-dentaire – dans les plans d'action sanitaires

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays appuyés par l'OMS ayant intégré dans leurs plans d'action sanitaires des stratégies concernant la lutte contre l'obésité dans différents groupes d'âge, le vieillissement et la santé bucco-dentaire	19	25	42



Pleinement atteint. Le Comité régional de l'Asie du Sud-Est a approuvé, à sa cinquante-neuvième session, la stratégie régionale pour la promotion de la santé : suivi de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé. Dans la Région de la Méditerranée orientale, une stratégie régionale de promotion de la santé, approuvée par le Comité régional à sa cinquante-deuxième session, a été complétée par des outils régionaux visant à établir des plans nationaux reposant sur les éléments clés de la stratégie régionale. En outre, la Thaïlande, à travers ses activités en matière de promotion de la santé bucco-dentaire, et l'Indonésie, à travers ses activités sur l'alimentation et l'exercice physique, ont toutes deux progressé en ce qui concerne l'intégration de la promotion de la santé dans leurs plans nationaux contre les maladies non transmissibles. Dans la Région européenne, 26 pays ont été activement engagés dans un projet du système de santé visant à surveiller, à examiner et à réviser les stratégies nationales et locales pour la promotion de la santé et la prévention chez les enfants pauvres, la santé des Roms et la santé des migrants. Sous les auspices du programme « villes-santé », 65 villes ont achevé leurs profils de santé pour les groupes vulnérables, y compris les personnes âgées. Les travaux se poursuivront pendant l'exercice 2008-2009. Dans la Région africaine, des politiques et stratégies de promotion de la santé ont été mises en place dans six nouveaux pays, ce qui porte le nombre de pays concernés à 17 depuis 2004. Ces interventions portent sur plusieurs déterminants de la santé tels que l'obésité, la santé bucco-dentaire et le fait de vieillir en restant actif. Dans la Région de la Méditerranée orientale, huit Etats Membres ont élaboré des plans nationaux d'action multisectoriels pour la promotion de la santé reposant sur la stratégie régionale de promotion de la santé et les ont intégrés dans les politiques nationales de santé. Le Pakistan a approuvé un plan national pour la lutte contre les maladies non transmissibles et la promotion de la santé qui s'est vu affecter un budget particulier. L'Oman met en oeuvre la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé et a créé un Département au Ministère de la Santé à cette fin. De nombreux Etats Membres envisagent l'élaboration de plans et de stratégies nationales pour la promotion de la santé reposant sur la Charte de Bangkok. La promotion de la santé est de plus en plus considérée comme emblématique d'une approche commune qui devrait inspirer l'ensemble des activités de l'OMS et des Etats Membres en matière de santé publique. Toutefois, certains milieux pensent encore que la promotion de la santé ne consiste qu'en un effort de communication ou en un changement des comportements. Par ailleurs, dans

¹ Résolution WHA60.24.

² Résolution WHA60.17.

³ Résolution SEA/RC59/R4.

de nombreux pays et de nombreuses institutions, la promotion de la santé reste sous-financée, ou n'est que partiellement financée dans le cadre de projets individuels. L'accent mis sur les approches verticales de la santé publique dissocie promotion de la santé du développement des systèmes de santé et peut donner lieu à des pertes de productivité évitables lorsque des programmes différents élaborent des stratégies distinctes de promotion de la santé. Il en résulte souvent un manque de vision commune et une concurrence inutile.

Renforcement des capacités de gouvernance, administration générale, planification et mise en oeuvre de politiques et de programmes multisectoriels de promotion de la santé aux niveaux régional et des pays, sur la base d'approches sexospécifiques visant à promouvoir la santé et le bien-être tout au long de la vie

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant élaboré des profils de pays précis et actualisés concernant la promotion de la santé et les facteurs de risque	48	54	78
Nombre de programmes sanctionnés par un diplôme universitaire en santé publique/promotion de la santé aux niveaux national et des provinces dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, disposant de moyens renforcés	40	44	57



Pleinement atteint. Des cours universitaires en promotion de la santé ont été élaborés ou révisés dans plusieurs pays, ce qui représente un progrès en matière de capacité de formation professionnelle dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen. Les Bureaux régionaux de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental ont entamé une nouvelle série de cours de gestion et de développement des capacités de direction en matière de promotion de la santé (PROLEAD), auxquels participent cinq pays de la Région de la Méditerranée orientale et 12 de la Région du Pacifique occidental. De nouvelles activités de renforcement des capacités ont été mises en place dans la Région de la Méditerranée orientale, notamment un cours de cinq jours conçu et adopté comme modèle pour la Région. Dans la Région africaine, des cours de renforcement des capacités ont été dispensés un peu partout. Le même type de cours axés sur les besoins des populations socialement défavorisées ont été organisés par le Bureau régional de l'Europe. Il faudrait élaborer un ensemble de compétences en matière de promotion de la santé approuvées à l'échelle de l'OMS, et qui puissent être stratifiées selon le public visé et utilisées comme base de la planification et de l'exécution des programmes de formation, en les adaptant aux besoins locaux si nécessaire. Cela sera fait en 2008. Toutefois, le manque de capacités en matière de formation est un problème plus grave. Les compétences en matière de promotion de la santé sont une ressource essentielle pour les systèmes de santé. C'est pourquoi il importe de pouvoir disposer de sources durables de financement pour mettre sur pied et diffuser des programmes à l'intention des personnels travaillant dans le cadre des soins de santé primaires, dans d'autres secteurs de la santé, et dans le domaine de la promotion de la santé, qui ont besoin d'une formation adaptée.

Validation et diffusion de données factuelles concernant l'efficacité des stratégies et interventions de promotion de la santé visant à lutter contre les maladies transmissibles et non transmissibles

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'études d'intervention mettant en évidence l'efficacité de la promotion de la santé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire publiées dans des revues spécialisées	5	10	11



Partiellement atteint. Un numéro spécial de la revue médicale *Health Promotion International* contenait plusieurs articles importants sur la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé.⁴ Dans la Région européenne, trois publications ont retenu l'attention des médias et des milieux politiques et ont déjà contribué à étayer les discussions portant sur la promotion

⁴ « Sixth Global Conference on Health Promotion, Bangkok August 2005 ». *Health Promotion International: Special Issue*. Oxford University Press, December 2006, Volume 21, Supplement 1.

de la santé, les déterminants sociaux et les populations défavorisées en Europe.⁵ Parmi les obstacles à l'accroissement du nombre de publications en matière de promotion de la santé, figurent l'expérience limitée dont disposent les spécialistes de la promotion de la santé en ce qui concerne le suivi et l'évaluation des interventions, et la difficulté d'accès aux établissements universitaires qui pourraient soutenir l'évaluation des projets et la publication des résultats. Les ressources limitées restreignent la possibilité d'évaluer les projets de terrain de façon suffisamment rigoureuse. Même les projets qui comportent un élément de suivi et d'évaluation se heurtent souvent à d'autres obstacles, par exemple en ce qui concerne la conception, qui limitent leurs chances d'être publiés dans des revues à comité de lecture bien qu'ils soient fondés sur des données d'expérience valables. Ce domaine continue d'exiger un soutien technique de l'OMS, en particulier dans de nombreux pays à revenu faible ou moyen.

Application de méthodes nouvelles et novatrices au financement durable des mesures de promotion de la santé et de renforcement des capacités aux niveaux national, local et communautaire

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de fondations pour la promotion de la santé ou autres moyens de financement mis en place dans les pays	6	9	10



Pleinement atteint. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a achevé une étude sur le financement de la promotion de la santé dans la Région, dont les conclusions ont fait l'objet d'un document interne. Dans la Région africaine, les Seychelles ont mis en place un mécanisme permettant de reverser les taxes sur le tabac à une organisation non gouvernementale de promotion de la santé. Dans la Région du Pacifique occidental, trois dispositifs similaires ont été mis en place sur la base du concept d'une fondation pour la promotion de la santé. Une réunion des fondations pour la promotion de la santé : mise en commun des données d'expérience et renforcement des capacités, s'est tenue à Manille en août 2007. Dans la plupart des pays, des pressions accrues s'exercent pour encourager une action coordonnée visant à mobiliser un financement durable en faveur de la promotion de la santé. La dynamique dans ce domaine se poursuivra en 2008-2009 et bénéficiera également des travaux sur les régimes de sécurité sociale. La collaboration avec l'Association internationale de Sécurité sociale a déjà débouché sur l'organisation d'une séance spéciale concernant un projet conjoint de l'Association internationale de Sécurité sociale et de l'OMS lors du Forum mondial de la sécurité sociale tenu à Moscou en septembre 2007.⁶ Parmi les obstacles à un financement plus durable de la promotion de la santé, on citera l'absence de principes directeurs, la résistance aux interventions sur les prix concernant le tabac, l'alcool et d'autres produits et l'affectation des recettes dérivées de ces taxes à la promotion de la santé, et un manque de sensibilisation aux avantages qui pourraient découler pour les caisses d'assurance-maladie d'un investissement dans la promotion de la santé. Ces questions constitueront le fondement d'une action mondiale concertée au cours de la période couverte par le plan stratégique à moyen terme 2008-2013.

Instauration d'un partenariat mondial pour appuyer les pays dans la mise en oeuvre des recommandations de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (tenue à Bangkok du 7 au 11 août 2005) et de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé qui en est issue

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de profils de pays concernant la promotion de la santé ayant été établis	10	120	L'exercice de cartographie des capacités a été réalisé dans plus de 120 pays
Cadre général pour une stratégie efficace de promotion de la santé élaboré pour influencer sur les facteurs de risque et les déterminants sous-jacents	0	1	Une réunion d'experts a été organisée à Londres en juillet 2007 et un projet de cadre élaboré. Une nouvelle consultation régionale devra être organisée et le document sera finalisé en 2008-2009

⁵ Suhrcke, M. et al. *The contribution of health to the economy in the European Union* [La contribution de la santé à l'économie dans l'Union européenne]. Luxembourg, Communauté européenne, 2005. Suhrcke, M. et al. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia* [La santé : un investissement vital pour le développement économique en Europe de l'Est et en Asie centrale]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007. *Health and economic development in South-Eastern Europe* [Le développement sanitaire et économique dans l'Europe du Sud-Est]. Paris, Banque de Développement du Conseil de l'Europe et Bureau régional de l'Europe, et OMS, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 2006. <http://tinyurl.com/22t9rm>, consulté le 12 février 2008.

⁶ Séance du Forum mondial sur la sécurité sociale sur les « Lacunes de la couverture et tendances dans les maladies chroniques : deux défis à relever dans un nouveau contexte ». Consultable en ligne à l'adresse : http://www.issa.int/wss/f07/reports/en/b_9.html.



Partiellement atteint. Une réunion mondiale, accueillie par le Bureau régional de la Méditerranée orientale en Oman en septembre 2006 a entamé un processus de collaboration pour l'élaboration d'éléments de comparaison permettant d'évaluer les progrès dans la mise en oeuvre de la Charte de Bangkok. Ces éléments seront achevés en 2008-2009 et feront partie du cadre global qui devra orienter les mesures spécifiques de promotion de la santé dans les pays. La majorité des pays ont pris part à l'exercice de cartographie des capacités, qui a permis d'établir un bilan de base des pays concernés. L'exercice a encouragé tous les bureaux régionaux à suivre les résultats, à développer de nouvelles capacités et à répéter l'exercice de cartographie pour évaluer les progrès de façon plus localisée. Un rapport technique a été rédigé et sera publié en 2008. Le but du cadre global pour la promotion de la santé est de fournir des indications factuelles axées sur les pays concernant l'action de promotion de la santé. Ces éléments ont été examinés lors d'une réunion d'experts à Londres en juillet 2007 et un projet de cadre est actuellement évalué. Il sera finalisé en 2008 puis servira de document indicatif pour la collaboration avec les pays en matière de renforcement des capacités et de planification stratégique nationale pour la promotion de la santé.

Développement des capacités des ministères de la santé, de l'éducation et d'autres secteurs de planifier, mettre en oeuvre et évaluer des programmes axés sur un contexte précis visant à réduire les risques associés aux principales causes de mortalité, de morbidité et d'incapacité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant réalisé l'enquête mondiale sur la santé à l'école, ou l'enquête sur le comportement en matière de santé des enfants d'âge scolaire	46	64	72
Nombre de pays démontrant l'efficacité de programmes nationaux de santé à l'école et de formation des enseignants à la prévention du VIH	16	24	46
Nombre de réseaux régionaux villes-santé fonctionnels	3	4	4



Pleinement atteint. Toutes les Régions sont désormais dotées de projets et de réseaux fonctionnels sur les milieux favorables à la santé. Cela va d'activités scolaires, de promotion de la santé aux réseaux villes-santé. De nombreux pays travaillent désormais avec leurs propres réseaux nationaux sans le soutien de l'OMS. Le réseau Education for AIDS (EFAIDS) fonctionne dans la Région africaine depuis 10 ans. On estime que 35 pays y participent et que 160 000 enseignants ont été formés à l'éducation sur le VIH/sida, principalement en Afrique. Dans la Région des Amériques, une réunion technique ibéro-américaine, tenue à Brasília en octobre 2007, a utilisé l'appel à l'action concernant l'éducation et la santé scolaire et le développement publié lors de la réunion de Vancouver (Canada) en juin 2007 pour justifier l'établissement d'alliances stratégiques entre les secteurs de l'éducation et de la santé en vue d'accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement pertinents. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a encore renforcé sa série de projets locaux de promotion de la santé à base communautaire en partant du principe qu'une amélioration de la santé n'est possible que lorsque la communauté participe activement à la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Tous les pays de la Région sont maintenant dotés de projets visant à améliorer l'état nutritionnel, à réduire la mortalité lors d'épidémies, à lutter efficacement contre le paludisme et la tuberculose, à accroître l'usage d'une eau de boisson saine, à accroître le taux de fréquentation scolaire et à promouvoir des modes de vie sains. Dans la Région européenne, le Forum OMS/Health Behaviour in School-Aged Children 2006 sur les déterminants socio-économiques des habitudes alimentaires saines et de l'exercice physique s'est tenu à Florence (Italie) en mars 2006 et la Conférence ministérielle de l'OMS de lutte contre l'obésité à Istanbul (Turquie) en novembre 2006. Des représentants de 17 Etats Membres ont participé au Forum sur la cohésion sociale pour le bien-être mental des adolescents tenu à Viareggio (Italie) en octobre 2007, qui a fourni l'occasion aux représentants de l'OMS de mettre en commun leurs expériences en matière de promotion du bien-être mental des adolescents. Au début janvier 2007, le secrétariat technique du Réseau européen des écoles-santé a été transféré à l'Institut néerlandais de Promotion de la Santé et de Prévention de la Maladie. Dans la Région de l'Asie du Sud-Est, une formation en matière de comportement sanitaire des enfants d'âge scolaire a été dispensée dans 9 pays, dont

8 conçoivent désormais leurs propres programmes. Dans la Région du Pacifique occidental, l'Alliance pour des villes-santé comprend 62 villes membres et fonctionne en tant que réseau indépendant, avec l'OMS pour conseiller. Quinze pays insulaires du Pacifique ont reçu une formation en matière de comportement sanitaire chez les enfants d'âge scolaire.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- La promotion de la santé est une stratégie de santé publique efficace pour prendre en considération les déterminants sociaux de la santé. Depuis l'adoption de la Charte de Bangkok, son rôle a été renforcé et ses possibilités reconnues par les décideurs.
- Il existe une forte demande de renforcement des capacités en matière de promotion de la santé et les bureaux régionaux répondent à ces demandes par une gamme de modèles solides de programmes d'études et de cours. Toutefois, les besoins sont encore loin d'être satisfaits même si la promotion de la santé existe en tant que stratégie depuis plus de 20 ans.
- Certains aspects de la promotion de la santé tels que les milieux, écoles et lieux de travail favorables à la santé deviennent de plus en plus des zones d'activités indépendantes dans les pays. Toutefois, des éléments de plus en plus nombreux montrent que d'autres secteurs ont besoin d'un soutien technique, par exemple l'action concernant les déterminants de la santé, l'action multisectorielle et les partenariats pour la promotion de la santé.

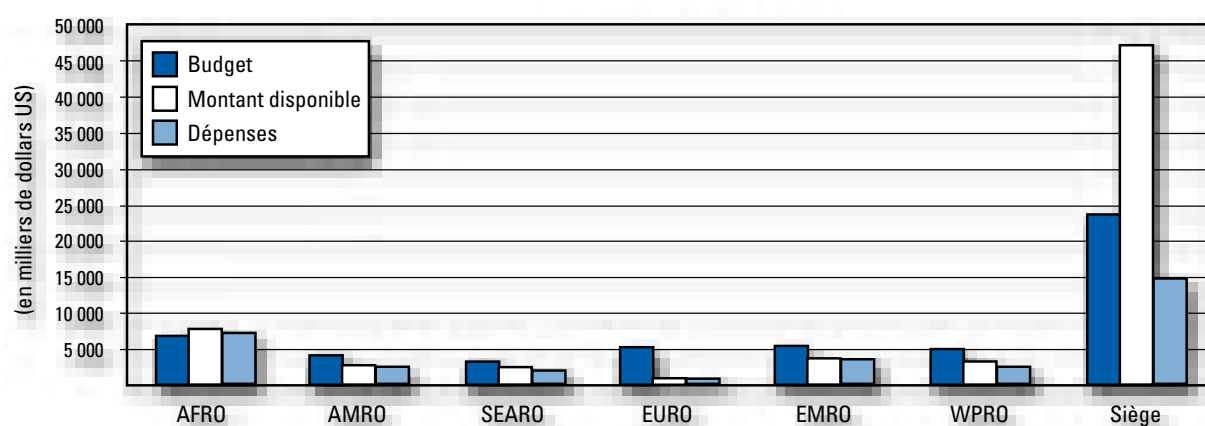
Mesures requises :

- Renforcer l'aptitude des pays en développement à mesurer l'efficacité de leurs projets. Il faudrait davantage d'investissements de sorte que l'impact des projets sur les politiques et le comportement ainsi que la pertinence des questions de sexospécificité puissent être démontrés plus largement que cela n'a été le cas en 2008-2009.
- Étendre la gamme des dispositifs de financement de la promotion de la santé et s'assurer des possibilités de pérennisation du financement dans les pays.
- Renforcer l'action intersectorielle et créer des partenariats mutuellement avantageux pour la promotion de la santé qui soient institutionnalisés aussi bien à l'OMS que dans les États Membres.
- Pour continuer à développer les capacités de mise en œuvre de projets de promotion de la santé dans les États Membres, les approches fondées sur le développement des systèmes de santé ainsi que les stratégies de soins de santé primaires doivent intégrer cet aspect et en tenir compte.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Promotion de la santé												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	5 169	1 429	6 598	6 476	1 151	7 628	115.6%	6 456	836	7 292	95.6%	110.5%
AMRO	2 225	1 939	4 164	2 227	549	2 776	66.7%	2 171	458	2 629	94.7%	63.1%
SEARO	1 949	1 015	2 964	1 769	814	2 583	87.2%	1 769	130	1 899	73.5%	64.1%
EURO	207	4 928	5 135	64	976	1 039	20.2%	63	734	797	76.7%	15.5%
EMRO	2 675	2 591	5 266	3 192	529	3 721	70.7%	3 193	372	3 565	95.8%	67.7%
WPRO	1 226	3 654	4 880	1 608	1 698	3 306	67.8%	1 608	943	2 551	77.2%	52.3%
Total partiel Régions	13 451	15 556	29 007	15 336	5 717	21 054	72.6%	15 260	3 473	18 733	89.0%	64.6%
Siège	1 126	22 514	23 640	2 281	44 772	47 053	199.0%	2 228	12 382	14 610	31.1%	61.8%
Total	14 577	38 070	52 647	17 617	50 489	68 106	129.4%	17 488	15 855	33 343	49.0%	63.3%

Promotion de la santé



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

NUTRITION (NUT)

Objectif(s) de l'OMS

Promouvoir des pratiques nutritionnelles saines et une alimentation optimale des êtres humains tout au long de leur vie et en particulier des femmes et des enfants, par le biais de la mise en oeuvre, du suivi et de l'évaluation des politiques et programmes nationaux.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Nombre de pays dotés de politiques et de programmes efficaces de lutte contre la malnutrition.* Des politiques et des programmes de lutte contre la malnutrition ont été mis en place et en sont à des degrés divers d'élaboration et d'exécution dans 101 pays.
- *Nombre de pays ayant réalisé des progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la nutrition.* Au moins 59 pays.

Principales réalisations

- Les normes OMS pour la croissance de l'enfant ont été publiées en avril 2006. Les progrès de leur diffusion dans le monde ont été favorisés par les efforts régionaux de renforcement des capacités et 83 pays les appliquent déjà.
- En 2006, des directives OMS/FAO sur l'enrichissement des aliments en micronutriments couvrant à la fois les aspects de santé publique et les aspects techniques de l'enrichissement ont été publiées. Elles ont pour principal objet d'aider les pays à concevoir et mettre en oeuvre des programmes adaptés d'enrichissement des aliments.
- La publication d'une déclaration conjointe OMS/PAM/Comité permanent de la Nutrition des Nations Unies/UNICEF sur la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë sévère devrait avoir un impact sur la mortalité de l'enfant.
- Le lancement en octobre 2007 de l'analyse d'ensemble sur la volonté d'agir dans le domaine de la nutrition portant sur 36 pays à forte charge de malnutrition facilite le recensement des possibilités d'intégration de mesures nutritionnelles efficaces, nouvelles et existantes, ce qui permettra ensuite d'évaluer la volonté des pays d'étendre leurs activités en matière de nutrition.

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

Mise en oeuvre des nouvelles normes de croissance OMS et renforcement des systèmes mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance nutritionnelle

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant commencé à mettre en oeuvre les nouvelles normes de croissance de l'OMS	0	20	73
Nombre de pays couverts par la base de données intégrée et mondiale sur l'alimentation assortie de profils nutritionnels complets portant sur les principales formes de malnutrition	79	99	127



Pleinement atteint. Une formation et un soutien ont été dispensés aux pays pour les aider à élaborer des plans pour mettre en oeuvre les nouvelles normes OMS de croissance de l'enfant. De nombreux pays fournissent des données sur les profils nutritionnels qui sont saisies dans les bases de données nutritionnelles et utilisées pour des analyses mondiales telles que la série sur la sous-alimentation de la mère et de l'enfant du Lancet.

Elaboration ou intégration et promotion de politiques et plans nationaux intégrés d'alimentation et de nutrition, afin de satisfaire les besoins nutritionnels tout au long de la vie et de s'attaquer aux problèmes liés à la transition nutritionnelle

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays recevant un appui de l'OMS qui ont révisé et actualisé et/ou élaboré des politiques et plans nutritionnels intégrés	5	15	37



Pleinement atteint. Des cours de formation nationaux portant sur l'élaboration et l'application de plans et de politiques nutritionnels nationaux intégrés en vue du renforcement des capacités ont été organisés dans les Régions de l'Asie du Sud-Est, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental et ont contribué au renforcement des politiques et stratégies nutritionnelles nationales dans 24 pays prioritaires. Un soutien technique et financier a été fourni à de nombreux Etats Membres pour les aider à adapter à la fois la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et la Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé afin qu'elles répondent aux besoins nationaux.

Appui technique et soutien à la formulation de politiques pour la mise en oeuvre de stratégies intégrées visant à améliorer la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant, et notamment à prendre en charge la malnutrition sévère chez l'enfant, favoriser le développement foetal et veiller à la bonne croissance des enfants et à des pratiques optimales d'allaitement au sein et d'alimentation complémentaire

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays qui utilisent ou adaptent les lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge de la malnutrition sévère	30	40	42
Nombre de lignes directrices et de recommandations finalisées concernant l'approche intégrée et plurisectorielle pour favoriser au maximum le développement foetal	0	1	2
Nombre de pays ayant mis en oeuvre au moins trois actions hautement prioritaires de protection, de promotion ou de soutien, selon le cas, telles que définies par la Stratégie mondiale de l'OMS pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	30	60	106



Pleinement atteint. Un soutien a été apporté à plusieurs pays pour leur permettre d'adapter et d'utiliser les lignes directrices de l'OMS sur la prise en charge de la malnutrition sévère. Plusieurs pays ont élaboré des protocoles nationaux sur la prise en charge de la malnutrition sévère. Des pays des six Régions ont participé à une consultation chargée d'examiner un projet de cadre mondial pour promouvoir un développement foetal optimal. De nombreux pays ont mis en oeuvre un grand nombre des cibles opérationnelles de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, en particulier celles qui ont trait à l'allaitement maternel exclusif, à une alimentation de complément appropriée et à l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Appui technique et soutien à la formulation de politiques pour promouvoir une alimentation saine, y compris la révision des lignes directrices concernant l'alimentation, et lutter contre l'obésité et d'autres maladies non transmissibles liées à l'alimentation, dans le cadre de la transition nutritionnelle et compte tenu du double fardeau des carences et des maladies liées à la sous-alimentation et à la suralimentation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays recevant un appui de l'OMS qui ont révisé, actualisé et/ou élaboré des lignes directrices concernant l'alimentation	0	5	34
Nombre de pays recevant un appui de l'OMS qui ont mis en oeuvre des activités de promotion d'une alimentation saine, l'accent étant mis sur une consommation accrue de fruits et légumes	0	10	37
Nombre de lignes directrices de l'OMS sur la lutte contre l'obésité, et notamment l'obésité de l'enfant, mises à disposition	0	2	2



Pleinement atteint. Une étude des lignes directrices nationales concernant l'alimentation a été entreprise dans la Région des Amériques et dans celles de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, et un bilan des connaissances scientifiques pour l'élaboration de lignes directrices dans la Région de la Méditerranée orientale a débouché sur l'élaboration d'un ensemble de projets de directives régionales.

Le cadre de l'initiative des écoles prenant en compte les besoins nutritionnels, qui offre des méthodes et des moyens de mesure pour faire face au double fardeau de la sous-alimentation et de la surcharge pondérale et de l'obésité chez l'enfant, a été mis au point en consultation avec des organismes partenaires et des intervenants essentiels. Le cadre a fait l'objet d'un essai pilote dans plusieurs pays et, dans la Région européenne en particulier, a été désigné comme un outil politique susceptible d'aider les Etats Membres à mettre en oeuvre le deuxième plan d'action pour l'alimentation et la nutrition adopté par le Comité régional en septembre 2007.

Un module de formation sur des stratégies de communication efficaces pour améliorer les programmes nationaux de nutrition a été distribué à certains Etats Membres et la collaboration avec l'UNICEF se poursuit en vue de son introduction dans d'autres. Une mise à jour scientifique sur les hydrates de carbone dans l'alimentation humaine a été effectuée conjointement avec la FAO, et a fourni de nouvelles données sur le rôle de la nutrition dans la prévention des principales maladies chroniques liées à l'alimentation, à savoir l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires et le cancer.

Promotion de méthodes novatrices de supplémentation et de programmes d'enrichissement optimal des aliments en micronutriments importants pour la santé publique, afin d'améliorer les apports en micronutriments pour les populations

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays dotés de programmes nationaux de lutte contre les carences en micronutriments qui ont fait l'objet d'une évaluation par l'OMS	4	6	16
Nombre de pays ayant mis en oeuvre les lignes directrices de l'OMS sur les micronutriments	5	10	79



Pleinement atteint. De nombreux pays font partie du système d'information nutritionnelle sur les vitamines et les minéraux et ont mis en oeuvre des lignes directrices sur la lutte contre l'anémie et contre les carences en iode et en vitamine A à travers l'enrichissement et la supplémentation.

Appui technique et soutien à la formulation de politiques pour améliorer l'alimentation en situation de crise ou dans d'autres situations particulières, y compris pour les personnes vivant avec le VIH/sida

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays recevant un appui de l'OMS ayant élaboré et mis en oeuvre des plans d'action concernant l'alimentation et le VIH/sida	3	35	32
Nombre de lignes directrices de l'OMS sur l'action nutritionnelle pendant et après les situations de crise mises à disposition	4	6	11



Partiellement atteint. Plusieurs pays ont reçu un soutien pour élaborer et mettre en oeuvre des plans d'action sur la nutrition et le VIH/sida. Certains pays ont élaboré des stratégies complètes sur l'alimentation du nourrisson dans le cadre du VIH. Des recommandations et des conseils concernant les pratiques d'allaitement maternel ont été inclus dans les pratiques sanitaires dans certains pays. Une consultation régionale sur la nutrition et le VIH/sida s'est tenue à Bangkok du 8 au 11 octobre 2007 afin d'apporter des solutions concrètes à la double épidémie de VIH/sida et de malnutrition dans la Région de l'Asie du Sud-Est. Une déclaration des participants a été publiée pour marquer l'engagement des pays de la Région, assortie d'obligations et de buts précis et de mesures concrètes. Un projet d'outil de formation révisé pour la prise en charge de la malnutrition sévère et des directives concernant la prise en charge intégrée de la malnutrition sévère sont désormais disponibles.

Une réunion OMS/Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme s'est tenue à Harare du 17 au 20 avril 2007 en vue de faire en sorte que les soins et le soutien nutritionnel soient l'un des éléments essentiels de la riposte en cas d'épidémie. Quelques pays sont parvenus à faire prendre en compte la nutrition lors de la septième série d'octroi de subventions du Fonds mondial. Lors d'une consultation régionale tenue du 2 au 4 mai 2007 à Nairobi pour évaluer les progrès des pays dans l'application des recommandations de la consultation de Durban sur la nutrition et le VIH/sida de 2005, il est apparu que des progrès avaient été faits dans l'élaboration de politiques nationales, le renforcement des moyens humains et la préparation de matériels dans ce domaine crucial. Une consultation régionale OMS/UNICEF sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel s'est tenue à Manille du 20 au 22 juin 2007 afin d'encourager les pays à réitérer leur engagement en faveur des recommandations concernant l'alimentation du nourrisson contenues dans les stratégies mondiales pour la survie de l'enfant, à laquelle ont participé des représentants de 70 Etats Membres.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Plusieurs Etats Membres ont sollicité une aide pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement, en particulier à travers des interventions qui ont des effets directs sur la faim, l'insécurité alimentaire et la malnutrition.
- La mise à disposition de données sur la prévalence de différents troubles nutritionnels et les progrès accomplis grâce aux interventions est essentielle, et une actualisation des bases de données actuelles s'impose donc.
- La mise en commun de l'information parmi les homologues nationaux dans les Etats Membres doit être améliorée, en particulier en ce qui concerne la planification des activités interpayes.
- Une analyse de la situation dans plusieurs pays où la charge de la malnutrition est la plus forte a été entamée avec un appui important des pays.

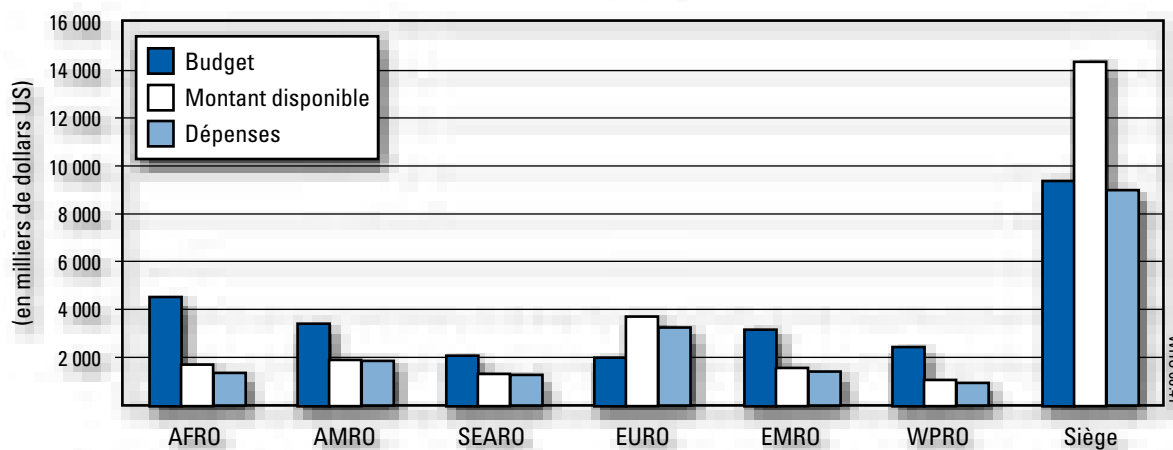
Mesures requises :

- Il convient de mettre davantage l'accent sur les activités liées à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.
- Une promotion plus active des lignes directrices et des protocoles types de l'OMS facilitera la comparaison des interventions entre pays et à l'intérieur des pays.
- Il faudrait donner suite aux propositions contenues dans la série du Lancet sur la sous-alimentation de la mère et de l'enfant en vue d'améliorer l'utilisation des nouveaux outils d'action nutritionnelle.
- L'analyse d'ensemble en cours sur la volonté d'agir dans le domaine nutritionnel doit faire l'objet d'un suivi.
- Des efforts concertés avec d'autres organisations compétentes sont nécessaires d'urgence pour mettre au point des systèmes normalisés pour la fourniture d'avis scientifiques sur la nutrition.
- La possibilité d'une augmentation significative des activités au niveau des pays du fait du regain d'intérêt porté à l'amélioration de la nutrition, de la sécurité sanitaire des aliments et de la sécurité des approvisionnements alimentaires, tout au long de la vie, ainsi que de l'appui en faveur de la santé publique et du développement durable nécessitera l'affectation de davantage de personnel dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays.
- La présence d'un personnel plus nombreux à plus long terme au Siège est une condition préalable indispensable pour accroître de façon significative les activités dans les pays. La séparation du budget empêche de prendre de telles mesures, et des décisions stratégiques qui permettent de remédier à cette situation sont nécessaires d'urgence.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Nutrition												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	2 589	1 911	4 500	799	890	1 689	37.5%	797	507	1 304	77.2%	29.0%
AMRO	1 192	2 170	3 362	1 173	669	1 842	54.8%	1 166	584	1 750	95.0%	52.1%
SEARO	1 109	891	2 000	1 019	317	1 336	66.8%	1 019	229	1 248	93.4%	62.4%
EURO	609	1 291	1 900	891	2 798	3 688	194.1%	891	2 304	3 195	86.6%	168.2%
EMRO	588	2 483	3 071	659	891	1 550	50.5%	659	703	1 362	87.9%	44.4%
WPRO	489	1 861	2 350	511	521	1 032	43.9%	511	360	871	84.4%	37.1%
Total partiel Régions	6 576	10 607	17 183	5 051	6 086	11 137	64.8%	5 043	4 687	9 730	87.4%	56.6%
Siège	2 855	6 470	9 325	2 744	11 568	14 312	153.5%	2 744	6 163	8 907	62.2%	95.5%
Total	9 431	17 077	26 508	7 795	17 654	25 450	96.0%	7 787	10 850	18 637	73.2%	70.3%

Nutrition



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

TABAC (TOB)

Objectif(s) de l'OMS

Réduire de manière notable et continue à la fois l'usage du tabac et l'exposition à la fumée de tabac en mettant en place des mesures efficaces de lutte antitabac et en fournissant un soutien aux Etats Membres pour mettre en oeuvre la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Nombre de pays Parties à la Convention-cadre.* Grâce aux efforts de sensibilisation déployés par l'OMS, 151 Etats Membres sont désormais Parties à la Convention-cadre.
- *Nombre de pays dotés de plans et de politiques antitabac efficaces tenant compte des dispositions de la Convention-cadre.* Seize pays ont décrété une interdiction générale du tabac sans exception dans un minimum de huit structures telles que les hôpitaux, établissements scolaires, universités, bureaux de l'administration publique, lieux de travail fermés, restaurants, bars et autres bâtiments. Trente-cinq autres pays ont décrété une interdiction totale de la consommation de tabac dans les structures sanitaires et éducatives ainsi que dans au moins trois autres contextes. Dans 55 pays, la part du prix d'un paquet de cigarettes représenté par les taxes oscille entre 50 % et 75 %, et dans quatre autres pays elle est supérieure à 75 %. Les normes de la Convention-cadre relatives à l'interdiction de la publicité sont respectées dans 20 pays et les critères fixés pour l'apposition de mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes, y compris l'interdiction de termes trompeurs comme « light » ou « ultra-light », sont respectés dans 41 pays. On estime à 86 le nombre de pays qui satisfont à la norme de la Convention-cadre prévoyant l'établissement progressif d'un système national de surveillance épidémiologique de la consommation de tabac.

Principales réalisations

- Le nombre des Etats Parties à la Convention-cadre a progressé rapidement et un secrétariat permanent de la Convention a été mis en place.
- Des politiques de lutte contre le tabagisme d'un bon rapport coût/efficacité ont été mises en oeuvre dans un grand nombre d'Etats Membres.
- L'OMS a élaboré des recommandations de politique générale sur les politiques de lutte antitabac.
- Un système de surveillance couvrant la majorité des Etats Membres a été mis au point.
- La collecte de données pour le *Rapport OMS sur l'épidémie mondiale de tabac, 2008* a permis de rassembler des informations précieuses pour la surveillance des activités de lutte antitabac.

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

Sensibilisation et fourniture d'un appui pour ratifier, accepter, approuver ou entériner officiellement la Convention-cadre ou adhérer à cette Convention

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'Etats Membres Parties à la Convention-cadre	40	70	151



Pleinement atteint. Grâce à une étroite collaboration entre le Siège et les Régions, 151 Etats Membres sont devenus Parties à la Convention-cadre. Des ateliers de sensibilisation ont été organisés à l'échelle sous-régionale en vue d'augmenter le nombre de Parties contractantes.

Fourniture d'un appui pour tenir compte des dispositions de la Convention-cadre dans les politiques et les plans d'action nationaux de la lutte antitabac

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant adopté une législation ou des mesures équivalentes concernant au moins un des domaines et les articles suivants de la Convention : interdiction de fumer dans les structures sanitaires et éducatives, interdiction de la publicité directe pour les produits du tabac dans les médias nationaux, mises en garde sanitaires sur les produits du tabac qui satisfont aux critères énoncés dans la Convention-cadre et inclusion du sevrage tabagique dans les programmes de santé nationaux	40	80	95
Nombre d'expériences réussies de lutte antitabac et d'enseignements tirés publiés et diffusés par l'OMS	35	50	56



Pleinement atteint. Les cibles ont été dépassées grâce à l'appui fourni par l'OMS aux pays pour les aider à renforcer leurs mesures de lutte antitabac. Quarante-vingt-quinze pays ont adopté des mesures législatives ou autres en vue d'introduire l'interdiction du tabac dans les structures sanitaires et éducatives. Quarante-vingt-deux pays ont interdit la publicité directe en faveur des produits du tabac dans les médias nationaux. Les mises en garde sanitaires conformes aux critères définis dans la Convention-cadre sont apposées sur les produits du tabac de 46 pays et les programmes nationaux de santé de 20 pays englobent des activités d'aide au sevrage.

Fourniture d'un appui pour renforcer la capacité de surveillance et de recherche à l'appui de la lutte antitabac dans les domaines de la santé, de l'économie, de la législation, de l'environnement et des comportements

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays ayant participé au moins deux fois à l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes	40	80	77 pays et 4 territoires
Nombre de pays couverts par le système d'information mondial sur la lutte antitabac	60	120	179 pays et un territoire
Nombre d'études économiques et de recherches fondées sur des interventions appuyées par l'OMS	12	20	22 (dont 2 ne sont pas achevées)



Pleinement atteint. En partenariat avec les Centers for Disease Control and Prevention, 81 Etats Membres et territoires ont participé au moins deux fois à l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes. Grâce à l'appui financier de l'Initiative Bloomberg, l'OMS a pu recueillir des données sur la consommation de tabac et les mesures de lutte antitabac appliquées dans 179 Etats Membres et un territoire et publier la première analyse complète de la lutte antitabac dans le monde. En vue de la publication du deuxième rapport, un travail d'harmonisation des méthodes utilisées par les différents pays pour la collecte et l'analyse des données a été entrepris en collaboration avec les donateurs, les Régions et des experts, de manière à pouvoir disposer d'informations comparables sur l'évolution de la situation dans tous les pays d'une année sur l'autre. Plusieurs études ont aussi été réalisées sur la culture du tabac, un sujet plutôt négligé jusqu'ici.

Les principales études économiques et recherches fondées sur des interventions appuyées par l'OMS portaient sur la culture du tabac et la pauvreté au Bangladesh, le tabac et les cultures de remplacement en Inde, les incidences des maladies liées au tabac au Bangladesh, les répercussions de l'Accord de libre-échange conclu avec les pays de l'Asie du Sud sur le commerce du tabac, les exploitations familiales et les stratégies de diversification mises en place au Brésil, la pauvreté en Bolivie, les plantations de tabac dans l'Union européenne, la culture du tabac et les cultures de remplacement possibles au Kenya, le tabac et la pauvreté dans la Région africaine et un aperçu des travaux consacrés à la substitution des cultures et aux cultures de remplacement du tabac.

Sensibilisation et fourniture d'un appui pour informer le public à la fois des dangers du tabac par une forte couverture médiatique et par la diffusion d'informations complètes sur le site Web, et des activités de l'industrie du tabac

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays célébrant la Journée mondiale sans tabac	60	80	105
Nombre moyen de consultations mensuelles du site Web	400 000	500 000	950 000
Nombre de résultats publiés de recherches par pays concernant les activités de l'industrie du tabac	20	25	31



Pleinement atteint. En 2007, la Journée mondiale sans tabac a mis l'accent sur des espaces 100 % non fumeurs. La campagne a mis en lumière les progrès réalisés ces dernières années par les pays, les villes et les communautés dans l'adoption de mesures et de dispositions législatives antitabac et encouragé un plus grand nombre de pays à appliquer des politiques et des mesures législatives antitabac. Parmi les résultats publiés de recherches concernant les activités de l'industrie du tabac, il faut citer les rapports de pays comme l'Allemagne, le Brésil, la Chine, la Fédération de Russie, le Kenya, le Malawi, l'Ouzbékistan et la Thaïlande, les rapports des Bureaux régionaux de l'Europe et du Pacifique occidental et, à l'échelle mondiale, les rapports du Département de la Justice des États-Unis.

Amélioration de la connaissance des méthodes d'essai pour rendre plus efficace la réglementation des produits du tabac

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de recommandations publiées par le groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits du tabac	8	10	12



Pleinement atteint. Le groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits du tabac a publié un rapport technique sur la réglementation des produits du tabac, qui contient quatre recommandations supplémentaires sur : l'incidence de la composition et de la présentation des produits du tabac sur la dépendance et l'attrait de ces produits pour le consommateur ; les besoins en matière de recherche et sur les produits du tabac aromatisés et de réglementation y relative ; les biomarqueurs de l'exposition au tabac et les problèmes de santé attribués à la fumée du tabac ; et la définition de taux de concentration maximale pour les composants toxiques de la fumée de cigarette.¹ Ces recommandations ont été distribuées aux États Membres pour les aider à élaborer un cadre réglementaire dans ce domaine.

Renforcement de la collaboration multisectorielle en matière de lutte antitabac au moyen de la sensibilisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de nouveaux projets entrepris sous l'égide du groupe de travail spécial interorganisations des Nations Unies pour la lutte antitabac	9	12	13
Nombre de participants mondiaux à GLOBALink	4 500	5 500	6 100



Pleinement atteint. Les activités entreprises par le groupe de travail spécial interorganisations des Nations Unies pour la lutte antitabac ont débouché sur l'adoption, en 2006, d'une résolution du Conseil économique et social des Nations Unies sur l'interdiction du tabac dans les bâtiments

¹ The scientific basis of tobacco product regulation: report of a WHO study group. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Série de Rapports techniques, N° 945, 2007.

des Nations Unies.² La prochaine étape consistera à faire adopter une résolution analogue par l'Assemblée générale des Nations Unies. L'augmentation du nombre de participants mondiaux à GLOBALink est due en partie à l'appui fourni par l'OMS à des forums de discussion dans des langues particulières, notamment en russe, arabe et portugais. Trois autres nouveaux projets ont été mis en route, à savoir la rédaction du quatrième rapport du Secrétaire général au Conseil économique et social des Nations Unies, l'inclusion du tabac parmi les indicateurs de santé de la Commission des Nations Unies sur les Indicateurs de Développement durable et l'organisation d'une réunion interpays sur la lutte antitabac, la réduction de la pauvreté et les objectifs du Millénaire pour le développement, à Dhaka, en août 2007.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Une bonne communication entre le Siège, les Régions et les pays ainsi qu'avec les partenaires est une condition essentielle pour accroître la visibilité de la Convention-cadre et favoriser la mobilisation de ressources.
- Les activités de sensibilisation doivent s'appuyer sur des données relatives à la prévalence et à l'impact socio-économique de la consommation de tabac.
- La mise en oeuvre des activités de lutte antitabac suppose l'allocation de crédits dans les budgets nationaux.
- L'étoffement des effectifs aux niveaux national et régional facilite l'application des programmes mondiaux.
- Au niveau des pays, un processus de sélection rigoureux est nécessaire en cas d'appel à des services de consultants locaux, afin de garantir une qualité optimale du travail et le respect des délais fixés.
- Le rôle directeur de l'OMS dans la lutte contre le tabagisme est de plus en plus reconnu.

Mesures requises :

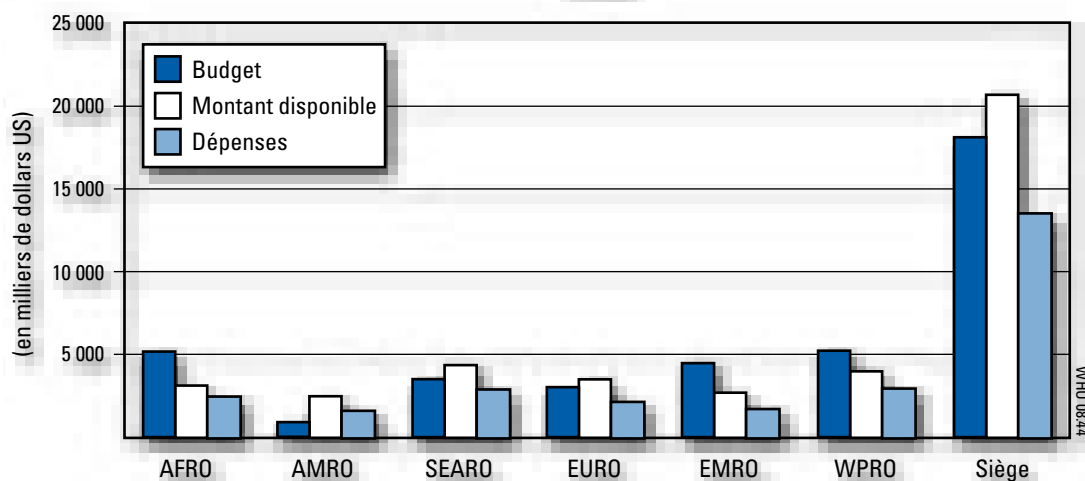
- Renforcer les activités de sensibilisation et fournir un appui accru pour permettre aux pays de ratifier la Convention-cadre ou d'y adhérer.
- Renforcer les capacités nationales pour permettre aux pays de mettre en oeuvre les dispositions contenues dans la Convention-cadre.
- Renforcer les activités de sensibilisation en vue de mobiliser des fonds à objet non désigné pour permettre la poursuite des activités normatives, de sensibilisation et de renforcement des capacités.
- Poursuivre la collecte, la surveillance et le suivi des données.
- Commencer à recueillir des données ventilées par sexe et par âge.
- Rassembler davantage de données sur des aspects économiques pour faciliter l'analyse des répercussions économiques de la consommation de tabac et de la lutte antitabac. Des données plus détaillées sont notamment nécessaires sur les recettes fiscales ainsi que sur la consommation de tabac (avec ou sans fumée).
- Maintenir et optimiser la synergie et la complémentarité entre le Siège et le Secrétariat de la Convention-cadre.

² Résolution 2006/42.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Tabac												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	3 113	1 887	5 000	1 494	1 620	3 115	62.3%	1 495	943	2 438	78.3%	48.8%
AMRO	698	290	988	223	2 169	2 392	242.1%	216	1 385	1 601	66.9%	162.0%
SEARO	2 193	1 237	3 430	1 571	2 722	4 293	125.2%	1 571	1 308	2 879	67.1%	83.9%
EURO	752	2 248	3 000	587	2 784	3 371	112.4%	587	1 511	2 098	62.2%	69.9%
EMRO	1 665	2 699	4 364	697	1 910	2 606	59.7%	697	937	1 634	62.7%	37.4%
WPRO	1 957	3 243	5 200	1 353	2 542	3 895	74.9%	1 353	1 507	2 860	73.4%	55.0%
Total partiel Régions	10 378	11 604	21 982	5 926	13 746	19 672	89.5%	5 919	7 591	13 510	68.7%	61.5%
Siège	3 478	14 610	18 088	4 956	15 689	20 645	114.1%	4 951	8 445	13 396	64.9%	74.1%
Total	13 856	26 214	40 070	10 882	29 435	40 317	100.6%	10 870	16 036	26 906	66.7%	67.1%

Tabac



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

VIOLENCE, TRAUMATISMES ET INCAPACITES (INJ)

Objectif(s) de l'OMS

Formuler et mettre en oeuvre des stratégies efficaces et économiques tenant compte des sexospécificités et de l'âge pour prévenir et atténuer les conséquences de la violence, des traumatismes accidentels et des incapacités et promouvoir et renforcer les services de réadaptation.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- Nombre de pays ayant formulé des politiques et programmes de prévention de la violence et des traumatismes. Quarante-neuf pays ont formulé des politiques et des programmes de prévention de la violence et des traumatismes ou ont demandé l'aide de l'OMS à cette fin.
- Nombre de pays ayant formulé des politiques en matière d'incapacité et mis en oeuvre des plans pour renforcer les services de réadaptation. Quarante-neuf pays ont formulé des politiques en matière d'incapacité et mis en oeuvre des plans pour renforcer les services de réadaptation.

Principales réalisations

- Plusieurs partenariats importants ont été créés ou renforcés à l'échelon mondial, régional et national, et notamment des réseaux mondiaux et régionaux de coordonnateurs des questions de prévention des traumatismes et de la violence au sein des ministères de la santé, le Groupe des Nations Unies pour la collaboration en matière de sécurité routière et l'Alliance pour la prévention de la violence, ainsi que des partenariats conclus avec un ou plusieurs organismes des Nations Unies et d'autres entités en vue de l'élaboration de documents et de la fourniture d'un appui aux pays.
- La Première Semaine mondiale des Nations Unies pour la sécurité routière consacrée à la jeunesse a été célébrée dans la plupart des pays, et des représentants de jeunes venus de 100 pays ont assisté à l'Assemblée mondiale de la Jeunesse.
- Plusieurs documents normatifs ont été publiés, dont *Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health*¹ et *Developing policies to prevent violence and injuries: guidelines for policy-makers and planners*.² D'autres publications devraient paraître dans le courant de l'exercice 2008-2009, comme par exemple le *World report on child injury prevention* (2008) et le *World report on disability and rehabilitation*, de même qu'un rapport sur la situation dans le monde en matière de sécurité routière.
- Les bureaux régionaux disposent maintenant de moyens renforcés pour soutenir les activités au niveau des pays. Des ressources supplémentaires ont aussi été consacrées à des projets au niveau des pays.
- L'OMS a soutenu la rédaction et l'adoption d'importants documents de politique générale tels que la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, la résolution WHA60.22 sur les systèmes de santé : systèmes de soins d'urgence, et une résolution récemment adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies sur la promotion et la protection des droits des enfants.

¹ Krug et al., eds. *Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2007.

² Doris Schopper et al., eds. *Developing policies to prevent violence and injuries: guidelines for policy-makers and planners*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006.

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

Fourniture d'un soutien adéquat aux pays particulièrement prioritaires pour la mise en oeuvre de systèmes de surveillance des principaux déterminants, des causes et de l'issue des traumatismes accidentels et des actes de violence

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles ayant mis en oeuvre des systèmes fonctionnels d'information sur les déterminants, les causes et les issues de la violence, des traumatismes accidentels ou des incapacités	20	44	45



Pleinement atteint. En plus des 20 pays de base, l'OMS a prêté assistance à 25 autres pays dans les six Régions pour la mise en place de systèmes pilotes de collecte de données, la réalisation d'enquêtes auprès de la population et l'élaboration de systèmes de surveillance de routine pour tous les traumatismes, ainsi que de systèmes propres à un thème spécifique lié aux accidents de la route et à la violence. Les données ainsi recueillies sont utilisées pour l'élaboration de plans nationaux et la définition des priorités pour les activités de prévention dans les pays. Plusieurs pays ont publié des rapports nationaux sur les traumatismes et la violence et deux Régions travaillent à la publication de rapports régionaux donnant un aperçu des différents systèmes de collecte de données sur les traumatismes. Les bureaux régionaux ont aussi élaboré des exposés de politique générale, des aide-mémoire et des sites Web, dans l'idée de rassembler des données et des bases factuelles pour les diffuser à un large public de décideurs, de praticiens et de profanes.

Validation et promotion efficace dans les pays d'interventions multisectorielles visant à prévenir la violence et les traumatismes accidentels

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles mettant en oeuvre des interventions multisectorielles validées pour prévenir la violence et les traumatismes accidentels	19	32	56



Pleinement atteint. Treize des pays qui ont mis en oeuvre des mesures de lutte contre la violence et les traumatismes accidentels ont accordé la priorité à la prévention de la violence et 24 à la prévention des traumatismes accidentels (principalement les accidents de la circulation). Plusieurs pays s'efforcent de suivre et d'évaluer les effets des mesures de prévention, soit au niveau communautaire, soit dans les zones métropolitaines ou les provinces.

Fourniture de conseils et d'un soutien efficace pour le renforcement des systèmes de soins à l'intention des personnes victimes de violences et de traumatismes

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles qui renforcent la capacité de leur système de soins préhospitaliers et hospitaliers de faire face à la violence et aux traumatismes accidentels	14	26	38



Pleinement atteint. L'OMS a notamment soutenu l'organisation d'activités de formation s'inspirant des lignes directrices de l'OMS et de visites et missions sur le terrain de membres du personnel des bureaux régionaux et du Siège. En outre, des documents essentiels comme les *Guidelines for essential trauma care*³ et *Prehospital trauma care systems*⁴ ont été traduits en arabe, espagnol, français et vietnamien et largement diffusés. Ces activités ont aidé les pays à améliorer la qualité des soins préhospitaliers de traumatologie et la capacité des services de traumatologie des hôpitaux. Les services de soins de traumatologie ont été encore renforcés par les travaux du groupe consultatif des systèmes de soins de traumatologie et d'urgence, qui compte parmi ses membres

³ Mock, C. et al. *Guidelines for essential trauma care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.

⁴ Sasser, S. et al. *Prehospital trauma care systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

des personnels de services de traumatologie de 12 pays de toutes les Régions. Non seulement ce groupe conseille l'OMS dans des domaines connexes, mais il s'occupe en outre de diffuser et de promouvoir les recommandations contenues dans les documents susmentionnés.

Fourniture d'un soutien efficace pour renforcer la capacité des pays à intégrer les services de réadaptation dans les soins de santé primaires et à exécuter des politiques relatives aux incapacités

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles qui appliquent une stratégie pour l'intégration de services de réadaptation dans les soins de santé primaires	4	8	19
Existence d'une analyse mondiale des connaissances actuelles sur les politiques et les programmes relatifs aux incapacités	Pas de rapport mondial sur les incapacités	Mise en chantier d'un rapport mondial sur les incapacités	Un avant-projet de la quasi-totalité du rapport mondial a été achevé à la fin de l'exercice biennal



Pleinement atteint. Au total, 19 pays ont bénéficié d'un appui sous forme de cours de formation et de visites et missions sur le terrain de membres du personnel OMS des bureaux régionaux et du Siège, en vue de renforcer leurs services de réadaptation. La présence dans deux Régions de personnel technique spécialisé dans les incapacités et la réadaptation a permis d'améliorer la capacité de ces Régions à répondre à des demandes d'assistance des pays et de renforcer les partenariats avec le gouvernement et la société civile. Des ressources supplémentaires et une plus grande participation de tous les secteurs sont nécessaires pour faciliter l'élaboration d'activités régionales susceptibles de garantir l'égalité des chances et une bonne qualité de vie aux personnes handicapées.

La préparation du *World report on disability and rehabilitation* suit son cours : un administrateur a été recruté et des comités consultatifs constitués. Un premier projet de rapport a été publié en novembre 2007, et un projet final incorporant des données et des bases factuelles spécifiques à chaque Région sur divers aspects de la prévention des incapacités, de la réadaptation et des soins fera l'objet de consultations régionales en 2008. Le lancement du rapport à l'échelle mondiale et nationale est prévu pour 2009.

Amélioration de la capacité de certains pays d'élaborer une politique de prévention de la violence et des traumatismes et de prise en charge des incapacités

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles qui disposent de plans nationaux et de mécanismes de mise en oeuvre pour prévenir les traumatismes accidentels et la violence	16	37	68
Nombre de pays cibles dotés de politiques de prise en charge des incapacités	90	105	133



Pleinement atteint. L'OMS a soutenu ou simplement encouragé l'élaboration de politiques de prévention des traumatismes et de la violence dans un certain nombre des 68 pays tandis que d'autres pays se sont inspirés des documents normatifs pour l'élaboration de telles politiques. Quarante-trois pays de toutes les Régions ont ébauché des politiques relatives aux incapacités et à la réadaptation, mais un seul pays a véritablement commencé le travail de formulation d'une telle politique. Plusieurs autres pays renforcent actuellement leurs programmes de prise en charge des incapacités en l'absence d'une politique nationale.

Renforcement dans les pays prioritaires de la capacité de formation en matière de prévention de la violence et des traumatismes et de services de réadaptation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de pays cibles dotés d'écoles de santé publique dispensant une formation en matière de prévention et de prise en charge de la violence et des traumatismes accidentels et de réadaptation	13	34	36



Pleinement atteint. Un appui a été fourni au renforcement des capacités et à des activités connexes dans 36 pays. Un programme complet de formation sur CD-ROM comportant des modules sur la prévention des traumatismes et de la violence dénommé TEACH-VIP a été diffusé dans de nouveaux pays et appuyé par quatre activités de formation régionales. Il a en outre été traduit dans cinq langues des Nations Unies. Une nouvelle version d'auto-apprentissage est en cours d'élaboration. A la suite du lancement de MENTOR-VIP, un programme mondial de mentorat pour la prévention des traumatismes et de la violence, 13 jeunes spécialistes en traumatologie de dix pays ont pu acquérir des connaissances spécialisées grâce à une collaboration structurée avec un mentor. Un chapitre consacré à l'incapacité et à la réadaptation a été ajouté au programme TEACH-VIP. Un document d'information a aussi été élaboré concernant la nécessité pour les écoles de santé publique, facultés de médecine et autres établissements de formation de se doter d'un programme sur l'incapacité et la réadaptation.

Création de réseaux fonctionnels aux niveaux mondial et régional pour renforcer efficacement la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs, avec la participation des organisations du système des Nations Unies, des Etats Membres et des organisations non gouvernementales, y compris celles représentant les personnes atteintes d'incapacités

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de réseaux multisectoriels pour la prévention de la violence, des traumatismes accidentels et des incapacités mis en place aux niveaux mondial et régional avec l'appui de l'OMS	8 réseaux	11 réseaux	11 réseaux



Pleinement atteint. L'OMS participe de plus en plus à la création et au soutien de réseaux qui contribuent à l'échange d'informations, à la coordination d'activités et à l'élaboration de programmes spécifiques. Au niveau mondial, le Groupe des Nations Unies pour la collaboration en matière de sécurité routière, l'Alliance pour la prévention de la violence et le réseau mondial de coordonnateurs des ministères de la santé chargés de la prévention des traumatismes et de la violence se sont réunis à plusieurs occasions et ont organisé en commun plusieurs activités telles que la Semaine mondiale de la sécurité routière des Nations Unies et la publication de manuels des meilleures pratiques en matière de sécurité routière et d'un guide destiné aux ministères de la santé intitulé *Preventing injuries and violence: a guide for ministries of health*. Plusieurs réseaux régionaux de coordonnateurs des ministères de la santé ont aussi été créés ou renforcés dans les Régions de l'Asie du Sud-Est, de l'Europe, de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental. D'autres réseaux régionaux thématiques, tels que la Coalition interaméricaine pour la prévention de la violence, ont aussi continué à se développer. En septembre 2007, les partenaires de l'OMS se sont réunis pour examiner ensemble des activités en rapport avec les incapacités et la réadaptation et ont exprimé leur appui aux projets de l'Organisation dans ce domaine.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Les exercices de planification conjointe et les échanges d'informations régulièrement organisés à tous les niveaux de l'Organisation, sous forme de réunions, de téléconférences et de messages électroniques, ont facilité la mise en oeuvre de programmes harmonisés aux niveaux des pays et des Régions et ont permis de tirer parti des meilleures ressources.
- Le montant des crédits alloués par l'OMS et les gouvernements et le renouvellement des principaux collaborateurs au niveau des pays compromettent la viabilité à long terme des projets.
- Les partenariats exigent, certes, un investissement en temps et ne donnent pas des résultats rapides, mais ils sont efficaces à long terme, et en particulier les partenariats multisectoriels.
- Les procédures administratives restent un obstacle aux interventions rapides et retardent l'application des projets. L'absence de synchronisation entre les cycles de planification des bureaux régionaux et du Siège peut aussi engendrer des difficultés.

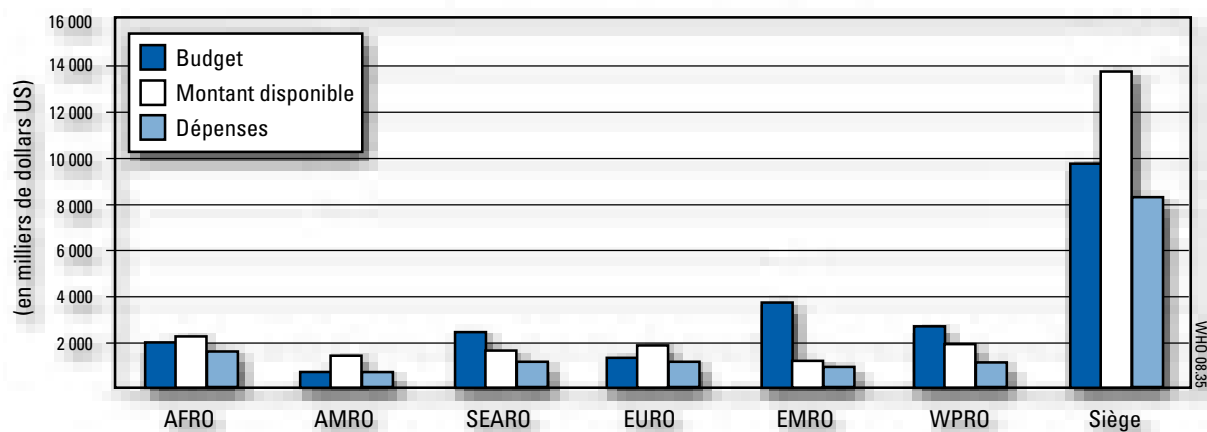
Mesures requises :

- Continuer à renforcer la collaboration entre tous les niveaux de l'OMS et rationaliser en même temps les procédures bureaucratiques.
- Mettre l'accent sur la viabilité des projets en s'assurant l'engagement à long terme des partenaires avant d'entreprendre de nouvelles activités.
- Continuer d'investir dans le développement de nouveaux partenariats ciblés et le maintien de ceux qui existent déjà.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Violence, traumatismes et incapacités												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	751	1 246	1 997	604	1 573	2 177	109.0%	604	974	1 578	72.5%	79.0%
AMRO	186	554	740	262	1 191	1 454	196.4%	257	445	702	48.3%	94.9%
SEARO	952	1 491	2 443	983	644	1 628	66.6%	983	285	1 268	77.9%	51.9%
EURO	112	1 186	1 298	155	1 716	1 871	144.1%	155	1 038	1 193	63.8%	91.9%
EMRO	682	3 028	3 710	525	763	1 288	34.7%	525	426	951	73.9%	25.6%
WPRO	434	2 274	2 708	454	1 495	1 949	72.0%	454	667	1 121	57.5%	41.4%
Total partiel Régions	3 117	9 779	12 896	2 983	7 382	10 365	80.4%	2 978	3 835	6 813	65.7%	52.8%
Siège	1 856	7 849	9 705	1 784	11 973	13 757	141.7%	1 746	6 497	8 243	59.9%	84.9%
Total	4 973	17 628	22 601	4 767	19 355	24 122	106.7%	4 724	10 332	15 056	62.4%	66.6%

Violence, traumatismes et incapacités



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

RECHERCHE SUR LES MALADIES TRANSMISSIBLES (CRD)

Objectif(s) de l'OMS

Mettre au point de nouveaux outils et approches applicables par les pays en développement pour prévenir, diagnostiquer, traiter et combattre les maladies infectieuses négligées, ou améliorer ceux qui existent, et renforcer les capacités des pays d'endémie à entreprendre la recherche nécessaire pour élaborer et mettre en oeuvre des méthodes nouvelles et améliorées de lutte contre ces maladies.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Accessibilité d'approches nouvelles et/ou améliorées pour prévenir, diagnostiquer, traiter et combattre les maladies infectieuses négligées dans les pays en développement d'endémie.* Le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales encourage, avec ses bureaux régionaux et de pays, la recherche sur : l'innovation pour la mise au point de produits concernant les maladies négligées, l'évaluation des interventions en situation réelle afin d'infléchir les politiques, et l'application de la recherche afin d'améliorer l'accès à des outils et interventions de qualité. Ces activités ont été principalement axées sur le paludisme, la co-infection tuberculose/VIH, la leishmaniose, l'onchocercose, la dengue, la trypanosomiase africaine, la filariose lymphatique et la maladie de Chagas. Ces dernières années, on a privilégié les activités inspirées par la recherche sociale et visant à évaluer les approches à base communautaire de la fourniture de soins de santé concernant les maladies infectieuses de la pauvreté. Cela a conduit à des recherches sur la mise en oeuvre conjointe d'interventions dans le cadre des soins de santé primaires. Les résultats des recherches de l'OMS continuent d'avoir des effets au plan mondial.
- *Etendue de la contribution des pays d'endémie à la recherche sur les maladies transmissibles.* Une proportion accrue des pays d'endémie sont désormais en mesure de jouer un rôle important dans la recherche internationale. L'OMS, à travers le Programme spécial, encourage vivement la participation des pays en développement à ces réunions et comités et aux recherches qu'elle fait effectuer. Cette participation passe par la mise au point de formations et de cours ciblés et par la promotion de réseaux. La capacité d'entreprendre des recherches de laboratoire, cliniques et en sciences sociales a été élargie, de même que les capacités de formation dans les principales institutions d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine grâce aux activités de l'OMS et de ses nombreux partenaires mondiaux, régionaux et nationaux. On accorde davantage d'importance à la promotion et au développement des capacités de direction de la recherche dans les pays en développement, en particulier la recherche appliquée axée sur les innovations, qui permet de transformer la recherche fondamentale en outils pratiques, et sur des recherches visant à infléchir les politiques et à en favoriser la mise en oeuvre élargie.

Principales réalisations

- La recherche visant à infléchir la mise en oeuvre des stratégies et des politiques axées sur l'engagement communautaire dans la fourniture des soins de santé a continué à porter ses fruits. Au cours de l'exercice, des études multipays ont mis en évidence que les interventions axées sur la communauté en Afrique pouvaient être élargies à la mise en oeuvre conjointe d'un maximum de cinq interventions, y compris la prise en charge du paludisme à domicile et la distribution de moustiquaires. A travers l'infrastructure communautaire du Programme africain de lutte contre l'onchocercose, il devrait être possible d'élargir rapidement les interventions et de toucher ainsi 60 millions de personnes en Afrique subsaharienne.
- Le Programme spécial a mis au point des réseaux d'innovation « préconcurrentielle » pour la découverte de médicaments, associant des universités et l'industrie de pays développés et de pays en développement. Ces réseaux commencent à proposer de nouveaux projets de recherche pharmaceutique pour les maladies négligées. Le modèle est extrêmement utile pour les discussions en rapport avec les travaux du groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle.

- Les lignes directrices élaborées par un tableau d'experts concernant l'évaluation des outils diagnostiques, qui porte sur les tests diagnostiques dans le cadre des soins de santé primaires, ont mis en lumière la nécessité de pouvoir disposer de moyens diagnostiques de qualité vérifiée. Les principaux résultats de ces recherches ont jusqu'ici concerné la syphilis congénitale, mais au cours de l'exercice 2008-2009, on prévoit qu'elles auront également des répercussions sur d'autres maladies.
- L'engagement accru de l'OMS dans la recherche au niveau régional a débouché sur un certain nombre de discussions régionales et interrégionales de haut niveau, au cours desquelles la recherche sur les maladies transmissibles a été mise en exergue.
- Suite à un examen extérieur et à une vaste consultation des partenaires, le Conseil conjoint de Coordination du Programme spécial a approuvé sa stratégie sur 10 ans. Son but est de favoriser un effort mondial efficace de lutte contre les maladies infectieuses de la pauvreté dans lequel les pays en développement jouent un rôle central.

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

Acquisition et mise à disposition de nouvelles connaissances essentielles sur les déterminants (biomédicaux, sociaux, économiques, comportementaux, sexospécifiques et liés aux systèmes de santé) et autres facteurs importants pour prévenir et combattre les maladies infectieuses

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'avancées scientifiques nouvelles et significatives dans le domaine des sciences biomédicales, sociales, économiques et de santé publique	500	500	453 au moment de l'établissement du rapport. Plusieurs articles de 2007 ne figurant pas encore dans les bases de données, le total définitif devrait atteindre la cible de 500



Pleinement atteint. Au moment de l'établissement du rapport, 453 articles scientifiques (260 en 2006 et 193 en 2007) avaient été répertoriés dans des revues à comité de lecture (d'après les bases de données électroniques) décrivant des progrès nouveaux et significatifs de la recherche en matière de maladies transmissibles ayant bénéficié d'un soutien du Programme spécial et de petites subventions des bureaux régionaux. La liste complète des publications est régulièrement mise à jour.¹

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

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de produits nouveaux et améliorés, par exemple médicaments et vaccins, approuvés par les autorités de réglementation et/ou dont l'extension des indications a été approuvée ou, dans le cas des produits diagnostiques, recommandés en vue d'une utilisation dans la lutte contre les maladies tropicales négligées	3	5	2



Partiellement atteint. L'engagement direct du Programme spécial pour la mise au point de médicaments à homologuer a diminué avec l'apparition de plusieurs partenariats pour la mise au point de produits. Néanmoins, certains projets sont mis en oeuvre avec la participation de partenaires et progressent vers l'obtention de l'approbation réglementaire, tandis que d'autres sont soutenus parce qu'aucune autre organisation compétente n'a pu être trouvée. Au cours de l'exercice, deux médicaments pour lesquels le Programme spécial, au même titre que d'autres organisations, a apporté un soutien ont été approuvés par les autorités de réglementation : une association fixe

¹ Consultable à l'adresse http://www.who.int/tdr/publications/peer_reviewed_articles/peer_reviewed_diseases.htm.

d'artésunate et d'amodiaquine contre le paludisme, avec DNDi et Sanofi-Aventis, et la paromomycine injectable pour la leishmaniose viscérale, avec l'Institute for OneWorld Health. Plusieurs projets, qui n'ont pas obtenu l'approbation réglementaire en 2007, en sont au stade final du processus d'homologation, et il est prévu que l'approbation sera accordée en 2008-2009. Des activités d'évaluation des outils diagnostiques, des bases factuelles à l'appui des politiques étant prévues en 2008-2009, sont également menées pour plusieurs maladies et elles seront soutenues grâce à l'élaboration de recommandations d'experts concernant l'évaluation expérimentale des outils diagnostiques.

Elaboration et validation de méthodes d'intervention nouvelles et améliorées permettant d'appliquer les outils existants ou nouveaux en clinique ou dans la population

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de méthodes d'intervention nouvelles et améliorées validées aux fins de la prévention, du diagnostic, du traitement ou de la réadaptation et destinées aux populations exposées aux maladies infectieuses ou touchées par ces maladies	0	4	5



Pleinement atteint. Une attention accrue a été portée à cet aspect de la recherche. Pendant l'exercice 2006-2007, les données obtenues grâce à la recherche ont permis : une révision de la définition d'un nouveau cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif ; une réduction du nombre d'échantillons à examiner pour le dépistage des cas de tuberculose, ramené de trois à deux là où la charge de travail est très élevée et où les ressources humaines sont limitées ; la reconnaissance de l'importance des complications cliniques de la filariose lymphatique chez l'enfant, et du fait qu'un traitement précoce par la DEC plus albendazole entraîne une régression significative des manifestations cliniques de la maladie ; une recommandation OMS préconisant l'utilisation de l'artésunate par voie rectale dans les zones de forte endémicité palustre pour les patients qui ne peuvent pas prendre un médicament par voie orale avant leur transfert à l'hôpital ; et un nouveau modèle d'analyse intégrée de la télé-détection et des techniques d'évaluation rapide de la loase (RAPLOA) qui accéléreront la cartographie de la maladie et guideront les programmes de distribution d'ivermectine en Afrique. Les bureaux régionaux de l'OMS ont conçu des plans de coopération technique destinés à aider les pays d'endémie, sur la base d'un large éventail d'études, à répertorier les problèmes spécifiques liés aux déterminants de la maladie, à l'accès aux soins de santé, à l'évaluation de nouvelles méthodes et aux stratégies de lutte contre la maladie.

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

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de politiques et de stratégies nouvelles et améliorées visant à accroître l'accès à des interventions de santé publique d'efficacité avérée, formulées, validées et recommandées	2	6	3



Partiellement atteint. La recherche sur laquelle fonder la mise en oeuvre de stratégies et de politiques a permis d'obtenir des données factuelles qui ont conduit à prendre des décisions stratégiques dans trois cas : les interventions orientées sur la communauté adoptées par le Programme africain de lutte contre l'onchocercose pour la distribution d'ivermectine peuvent être élargies afin de mettre en oeuvre conjointement un maximum de cinq interventions, dont la prise en charge du paludisme à domicile et la distribution de moustiquaires ; une association comportant de l'artémisinine, comme le Coartem, peut être administrée par des agents au niveau communautaire malgré un schéma thérapeutique plus complexe ; et des stratégies antivectionnelles intégrées comportant la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations, des moustiquaires à imprégnation durable et un aménagement de l'environnement, ayant déjà fait la preuve de leur efficacité dans la lutte contre la leishmaniose viscérale, ont été introduites dans les stratégies de lutte en Inde et au Népal. La cible concernant la production de données pour

orienter six stratégies d'exécution n'a pas été pleinement atteinte. Dans certains cas, les activités de recherche ont été retardées et des données factuelles seront mises à disposition en 2008 pour orienter l'extension des interventions, par exemple en ce qui concerne les enquêtes sur le vecteur de la dengue. Dans d'autres cas, le manque de fonds a considérablement retardé la mise en oeuvre des résultats de la recherche, par exemple dans le cas des méthodes de traitement de la fièvre chez le jeune enfant atteint de paludisme ou de pneumonie en Afrique.

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

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de nouveaux établissements de recherche renforcés dans les pays d'endémie à faible revenu	4	3	3
Proportion d'avancées scientifiques nouvelles et significatives dues à des chercheurs de pays d'endémie	49 %	60 %	60 %



Pleinement atteint. Les partenariats et les réseaux de recherche sont des composantes essentielles du renforcement des capacités des pays d'endémie. Grâce à eux, des chercheurs et des institutions des pays en développement peuvent acquérir un statut de chef de file aux niveaux local et mondial, ce qui leur donne les moyens d'innover et de produire des données factuelles qui auront des répercussions sur leurs problèmes de santé nationaux. Cette activité est soutenue à travers des projets de recherche, des programmes de formation et des réseaux. Au cours de l'exercice 2006-2007 un soutien à long terme à la recherche a produit des résultats importants et favorisé l'autosuffisance, notamment dans trois institutions : l'Université Pontificia, en Equateur, pour la recherche sur la maladie de Chagas ; l'Université de Sana'a, au Yémen, pour la recherche sur le paludisme, la promotion de liens avec le Soudan, l'Erythrée et le Royaume-Uni ; et l'Institut de la Recherche médicale du Kenya pour la recherche de médicaments utilisant des produits naturels. Près de 60 % des 453 articles scientifiques faisant état de nouveaux progrès en matière de maladies transmissibles ont été rédigés par des auteurs de pays en développement publiés pour la première fois.

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

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de nouveaux instruments de recherche et principes directeurs concernant les maladies infectieuses mis au point et publiés	13	15	20
Nombre de nouveaux rapports publiés fixant les priorités de recherche au niveau mondial concernant les maladies infectieuses négligées	2	4	4



Pleinement atteint. On s'efforce davantage au niveau mondial de publier des articles pour améliorer le niveau de la recherche, soutenir les programmes de recherche et fixer des priorités. L'OMS, y compris à travers le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, joue un rôle important à cet égard : 20 articles définissant et examinant des concepts, instruments et lignes directrices en matière de recherche ont été publiés, notamment : *Neglected diseases: a human rights analysis*² et *Diagnostics for tuberculosis: global demand and market potential*.³ Quatre rapports ont également été publiés définissant les priorités de recherche pour la tuberculose, la schistosomiase, la maladie de Chagas et la dengue.⁴

² Paul Hunt. *Neglected diseases: a human rights analysis*. Genève, Organisation mondiale de la Santé au nom du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, 2007.

³ *Diagnostics for tuberculosis: global demand and market potential*. Genève, Organisation mondiale de la Santé au nom du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales, 2006.

⁴ Consultable à l'adresse <http://www.who.int/tdr/publications/publications/default.htm>.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Une approche cohérente des divers partenaires concernant les programmes et les priorités convenus d'un commun accord est une condition préalable à une action durable.
- Pour utiliser pleinement leurs capacités, il faudrait donner aux établissements de recherche des pays en développement les moyens d'assumer un rôle directeur dans la recherche pertinente.
- De nombreux domaines négligés subsistent dans lesquels des recherches devraient être entreprises. Ils se situent souvent à l'interface entre des disciplines traditionnelles, ou bien l'on sous-estime leurs conséquences, immédiates ou futures.
- Il convient de maintenir le cap sur des objectifs réalisables, régulièrement revus et adaptés, si nécessaire, et de suivre et d'évaluer l'exécution.

Mesures requises :

- Mettre en oeuvre le nouveau *Plan d'activité du TDR 2008-2013*,⁵ ainsi que les recommandations du groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, qui seront soumises à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé pour adoption, et la prochaine stratégie de recherche de l'OMS, qui sera soumise à la Soixante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé.
- Renforcer le rôle d'administration générale de l'OMS afin d'encourager la fixation de programmes d'action cohérents, et créer des groupes d'experts de référence dans toutes les Régions, avec pour tâche de coordonner et d'analyser les besoins de la recherche et d'apporter un appui à de vastes consultations des partenaires. Ces mesures s'accompagneront de la création, avec les autres partenaires, d'un nouveau site Web.⁶
- Donner davantage d'autonomie aux pays en développement et les soutenir dans leur rôle directeur en ciblant la recherche, la formation et la constitution de réseaux. Ainsi, la recherche répondra mieux aux besoins régionaux et tiendra également compte des meilleures pratiques et de la nécessité de pouvoir disposer de systèmes de qualité vérifiée qui tiennent compte de considérations d'éthique, de parité des sexes, d'équité et de droits humains.
- Explorer les nouveaux domaines éventuels dans lesquels des recherches sont nécessaires, par exemple les infections virales émergentes et l'interface entre les maladies et l'environnement, en plus des thèmes classiques. Sélectionner et suivre les projets sur la base des avis stratégiques fournis par des équipes spéciales d'experts, outre les entités de financement classiques.
- Mettre davantage l'accent sur le réexamen du portefeuille du Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales et la réalisation de ses objectifs, principalement à travers le Comité consultatif scientifique et technique.
- Promouvoir les établissements de recherche et de recherche en santé comme faisant partie intégrante des systèmes de santé, notamment dans le cadre de la réflexion stratégique de la communauté internationale des donateurs.

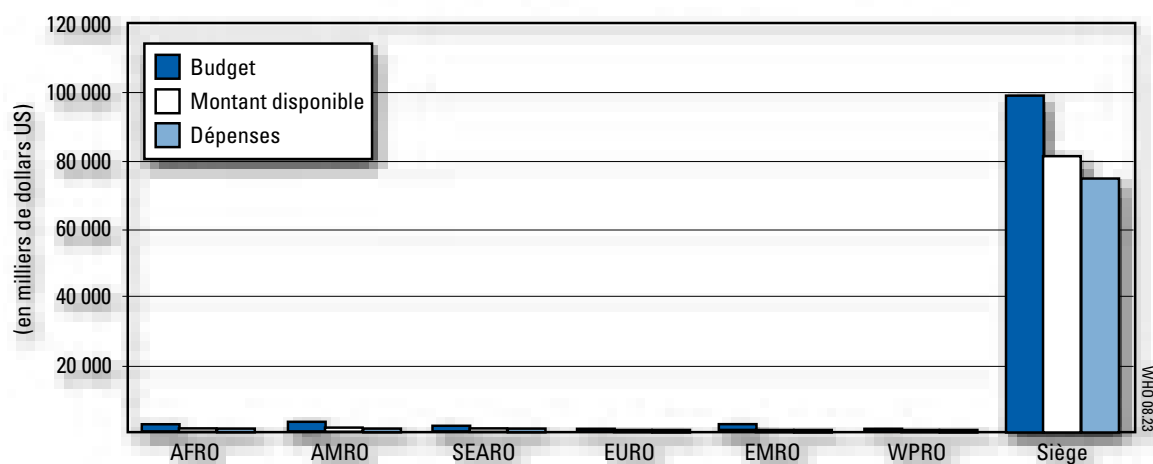
⁵ Consultable à l'adresse http://www.who.int/tdr/about/strategy/pdf/business_plan.pdf

⁶ Consultable à l'adresse <http://www.tropIKA.net>.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Recherche sur les maladies transmissibles												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	553	2 032	2 585	71	1 119	1 189	46.0%	71	732	803	67.5%	31.1%
AMRO	124	2 508	2 632	0	1 146	1 146	43.5%	0	558	558	48.7%	21.2%
SEARO	147	1 258	1 405	605	276	881	62.7%	605	252	857	97.3%	61.0%
EURO	0	300	300	0	100	100	33.3%	0	100	100	100.0%	33.3%
EMRO	113	2 337	2 450	0	434	434	17.7%	0	429	429	98.9%	17.5%
WPRO	0	300	300	0	336	336	112.0%	0	239	239	71.1%	79.7%
Total partiel Régions	937	8 735	9 672	675	3 410	4 086	42.2%	676	2 310	2 986	73.1%	30.9%
Siège	2 820	95 965	98 785	2 711	78 207	80 918	81.9%	2 699	71 542	74 241	91.7%	75.2%
Total	3 757	104 700	108 457	3 386	81 617	85 003	78.4%	3 375	73 852	77 227	90.9%	71.2%

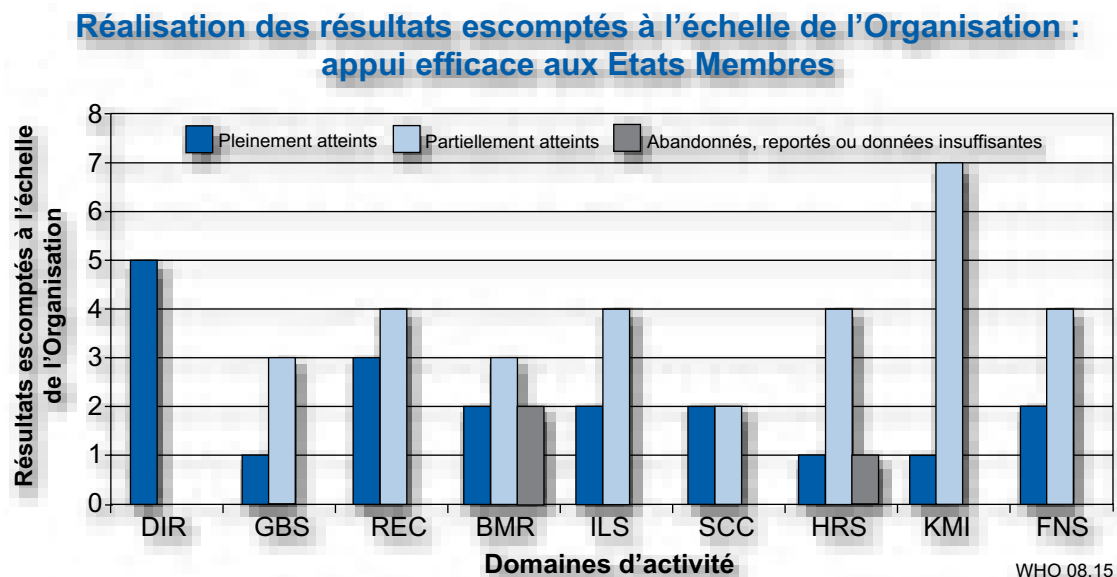
Recherche sur les maladies transmissibles



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

APPUI EFFICACE AUX ETATS MEMBRES

L'appui efficace aux Etats Membres regroupe les domaines d'activité ci-après : Direction (DIR) ; Organes directeurs (GBS) ; Relations extérieures (REC) ; Planification, coordination des ressources et surveillance (BMR) ; Infrastructure et logistique (ILS) ; Présence essentielle de l'OMS dans les pays (SCC) ; Gestion des ressources humaines à l'OMS (HRS) ; Gestion du savoir et technologie de l'information (KMI) ; et Budget et gestion financière (FNS).



DIRECTION (DIR)

Objectif(s) de l'OMS

Orienter l'action de l'Organisation dans le cadre général de la Constitution de l'OMS, de façon à accroître au maximum sa contribution à l'action des Etats Membres et à leur permettre d'améliorer sensiblement la situation sanitaire.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- Ampleur des prestations de tous les domaines d'activité énumérés dans le budget programme, telle qu'elle ressort de l'évaluation de fin d'exercice, ainsi que des évaluations programmatiques et thématiques. D'après l'évaluation de fin d'exercice, la proportion de résultats escomptés pleinement réalisés à l'échelle de l'Organisation était de 55 % (111 sur 201) contre 53 % en 2004-2005 et 24 % en 2002-2003.

Principales réalisations

- Le onzième programme général de travail 2006-2015 a été établi et adopté par les Etats Membres.
- Le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 a été établi et approuvé par les Etats Membres.
- Le Dr Margaret Chan a été élue Directeur général suite au décès soudain du Dr LEE Jong-wook. En 2007, le Dr Chan a procédé à un certain nombre de changements structurels visant à harmoniser plus étroitement tous les aspects de l'action de l'OMS.
- Le Règlement sanitaire international (2005) est entré en vigueur le 15 juin 2007.
- De nombreuses publications ont paru, à savoir : Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé*, le *Rapport sur la santé dans le monde, 2007 – Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXI^e siècle* et le *Rapport sur la santé dans la Région africaine*.
- Les Etats Membres ont approuvé plusieurs stratégies et plans d'action mondiaux de première importance, en particulier la stratégie mondiale de vaccination,¹ la stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles,² la stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS,³ et le plan d'action mondial pour la santé des travailleurs.⁴

¹ Résolution WHA 58.15.

² Résolution WHA 59.19.

³ Résolution WHA 60.25.

⁴ Résolution WHA 60.26.

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

Direction et gestion efficaces de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau d'approbation des rapports soumis aux organes directeurs	Approbation de tous les rapports réguliers sur la mise en oeuvre des résolutions et décisions	Approbation de tous les rapports réguliers sur la mise en oeuvre des résolutions et décisions	Les rapports établis par les Directeurs régionaux à l'intention des comités régionaux et par le Directeur général à l'intention des organes directeurs ont été approuvés. Les résolutions et décisions des organes directeurs ont été adoptées et ont orienté l'action de l'Organisation



Pleinement atteint. Toutes les résolutions adoptées au cours de l'exercice biennal étaient assorties d'un additif présentant les coûts concomitants. L'amélioration de la communication avec les Etats Membres, grâce à la tenue de réunions d'information périodiques au niveau régional et au Siège, a facilité et clarifié la compréhension des sujets évoqués par les comités régionaux et les organes directeurs. Le onzième programme général de travail et le plan stratégique à moyen terme ont tous deux imprimé une orientation claire à l'action future de l'Organisation, et le programme en six points du Directeur général réaffirme que les priorités ont été fixées et harmonisées avec le plan stratégique à moyen terme.

Cohérence et synergie entre l'action des différents éléments de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Degré de collaboration et de coordination pour la planification et la mise en oeuvre des programmes à l'échelle de l'Organisation ; et communication des politiques et des stratégies au cours des réunions directoriales dans toute l'Organisation	Ensemble de la planification mondiale coordonnée entre la direction au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays	Ensemble de la planification mondiale coordonnée entre la direction au Siège, dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays	Toutes les Régions ont activement contribué au plan stratégique à moyen terme à l'échelle de l'Organisation Dans l'ensemble des Régions, les membres du personnel des bureaux régionaux et de pays ont participé à des réunions essentielles et ont diffusé l'information sur les politiques adoptées



Pleinement atteint. Toutes les Régions ont activement pris part à l'élaboration du plan stratégique à moyen terme à l'échelle de l'Organisation. Malgré une amélioration des aspects « communication » et « coordination » dans la planification des programmes, il reste à faire des progrès substantiels pour garantir le financement nécessaire à la mise en oeuvre des programmes. Les Directeurs régionaux et les Directeurs régionaux adjoints se sont entretenus avec le Directeur général et le Directeur général adjoint lors des réunions du Groupe de la politique mondiale. Les retraites périodiques auxquelles prennent part les hauts fonctionnaires ont aussi concouru à resserrer la collaboration et la coordination dans toute l'Organisation. Il n'a, toutefois, pas été possible de mesurer leur incidence, d'où la proposition de mettre en place un mécanisme qui permettrait de le faire. La quatrième réunion mondiale des chefs des bureaux de pays de l'OMS s'est tenue à Genève, du 12 au 14 novembre 2007, offrant ainsi l'occasion d'une concertation entre le Directeur général, les Directeurs régionaux et les chefs des bureaux de pays. Le rapport de cette réunion a mis en lumière 16 points d'action, qui feront tous l'objet d'un suivi au cours de l'exercice 2008-2009.

Protection du statut juridique et des intérêts de l'Organisation moyennant des services et des avis juridiques prompts et précis

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Réponse aux demandes de conseils et de services juridiques	Toutes les demandes ayant trait à des questions juridiques traitées et classées	Toutes les demandes ayant trait à des questions juridiques traitées et classées	Toutes les demandes ayant trait à des questions juridiques ont été traitées et classées



Pleinement atteint. L'amélioration du dialogue et de la communication entre les bureaux régionaux et le bureau du Conseiller juridique au Siège a facilité la protection des intérêts juridiques de l'Organisation dans son ensemble ; une plus grande diligence pourrait, cependant, être apportée à la prestation « conseils ».

Sensibilisation des Etats Membres et des partenaires mondiaux à l'action et au rôle de l'OMS et à sa contribution aux progrès en matière de santé publique (infrastructure, services, politique et résultats)

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Représentation adéquate de l'action de l'OMS dans les principales instances internationales, régionales et nationales	Médias compétents tenus au courant de tous les programmes prioritaires de l'OMS	Médias compétents tenus au courant de tous les programmes prioritaires de l'OMS	Des informations ponctuelles reposant sur des bases factuelles ont été communiquées aux médias internationaux, régionaux et nationaux afin de promouvoir et de conforter une représentation adéquate de l'action de l'OMS



Pleinement atteint. Plusieurs initiatives ont été lancées dans le but d'améliorer la communication sur le Web : l'OPS a créé trois entités, respectivement intitulées : « Director's Corner », « Director's Newsletter » et « Director's blog » ; le Bureau régional de l'Europe et le Siège ont, quant à eux, revalorisé la teneur du site Web. Un groupe de coordination, chargé de sensibiliser les médias, a été constitué au Bureau régional de l'Asie du Sud-Est en vue de moderniser les stratégies de communication. Le Bureau régional de l'Europe a convoqué deux conférences ministérielles consacrées à la lutte contre l'obésité et la tuberculose afin de s'atteler à ces gros problèmes de santé publique. Il est en train d'organiser la Première Conférence ministérielle européenne sur les systèmes de santé, laquelle se tiendra en juin 2008. Plusieurs donateurs ont promis d'apporter leur soutien. Malgré l'action déjà menée dans ce domaine, il y a toujours une marge d'amélioration possible.

Fourniture de fonds de démarrage et de soutien aux programmes relevant du Directeur général et des Directeurs régionaux qui en ont particulièrement besoin

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Allocation stratégique des fonds de développement du Directeur général et des Directeurs régionaux en faveur d'activités et d'initiatives susceptibles de promouvoir la mission de l'Organisation	Fonds alloués selon les directives du Directeur général et des Directeurs régionaux	Fonds alloués selon les directives du Directeur général et des Directeurs régionaux	Des activités de coopération technique importantes pour la mise en oeuvre des programmes de collaboration de l'OMS avec les pays ont reçu un soutien Des fonds ont également été alloués pour faire face aux besoins découlant des situations d'urgence sanitaire résultant de catastrophes naturelles et autres



Pleinement atteint. Les fonds de développement ont été intégralement versés soit sous forme de fonds de démarrage, soit sous forme d'allocations pour besoins spécifiques, à savoir : les réunions régionales du groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation

et la propriété intellectuelle, les actions de lutte contre la grippe aviaire et pandémique, les interventions de santé publique et vétérinaire, le programme Liens mondiaux, les campagnes en faveur du multilinguisme et les initiatives communautaires.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

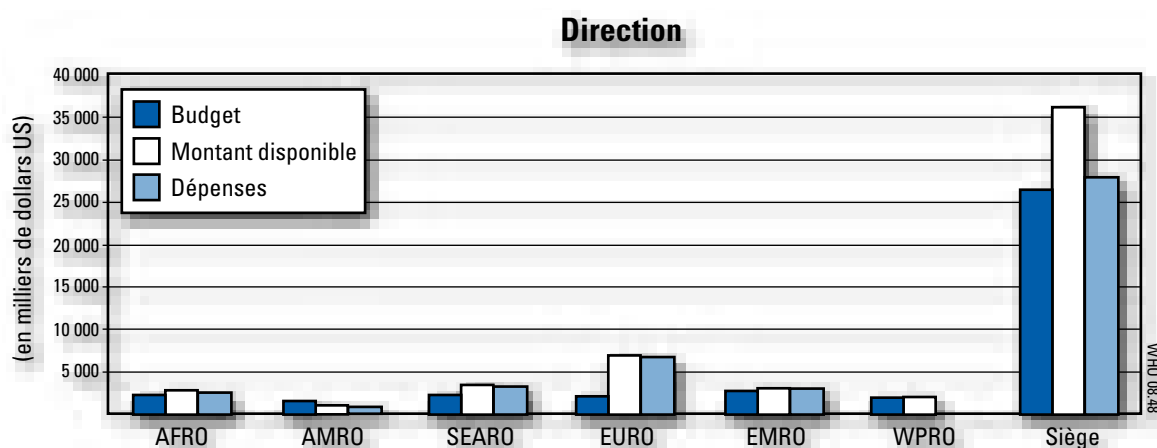
- Les réunions et les retraites organisées à l'intention des hauts fonctionnaires visent à renforcer l'Organisation, mais l'évaluation de leur incidence devrait être affinée au cours de l'exercice biennal.
- La gestion des compétences est un concept difficile à réaliser et n'est pas toujours mise en oeuvre.
- Les réunions d'information et consultations faisant intervenir les États Membres sont un bon moyen d'explicitier les points à l'ordre du jour des organes directeurs.
- Les documents, messages et méthodes de sensibilisation de l'OMS jouent un rôle indispensable pour promouvoir ses politiques auprès des États Membres et des partenaires et devraient faire l'objet d'une large diffusion.

Mesures requises :

- Poursuivre le système des retraites périodiques organisées à l'intention des hauts fonctionnaires de l'Organisation, tout en évaluant leur impact et leur utilité.
- Conforter plus avant le système commun de gestion des compétences en utilisant des indicateurs d'exécution communément acceptés.
- Aider les bureaux régionaux et de pays à communiquer plus efficacement avec le public et les médias.
- Réduire le nombre des publications et améliorer leur qualité.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Direction												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	1 536	592	2 128	1 437	1 359	2 796	131.4%	1 386	1 096	2 482	88.8%	116.6%
AMRO	939	459	1 398	1 012	115	1 128	80.7%	998	109	1 107	98.1%	79.2%
SEARO	1 932	116	2 048	1 483	1 824	3 307	161.5%	1 483	1 599	3 082	93.2%	150.5%
EURO	1 089	878	1 967	2 216	4 471	6 687	340.0%	2 216	4 459	6 675	99.8%	339.3%
EMRO	2 464	146	2 610	2 875	121	2 996	114.8%	2 875	77	2 952	98.5%	113.1%
WPRO	1 719	102	1 821	1 681	106	1 787	98.1%	1	0	1	0.0%	0.0%
Total partiel Régions	9 679	2 293	11 972	10 705	7 997	18 702	156.2%	8 959	7 340	16 299	87.1%	136.1%
Siège	17 108	9 124	26 232	19 897	16 190	36 088	137.6%	19 871	7 753	27 624	76.5%	105.3%
Total	26 787	11 417	38 204	30 602	24 187	54 789	143.4%	28 830	15 093	43 923	80.2%	115.0%



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

ORGANES DIRECTEURS (GBS)

Objectif(s) de l'OMS

Assurer la bonne gouvernance de l'OMS grâce à une bonne préparation et à la conduite efficace des sessions régionales et mondiales des organes directeurs et à des processus décisionnels efficaces.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Un consensus élargi lors des délibérations de l'Assemblée de la Santé, du Conseil exécutif et des comités régionaux. Un consensus élargi entre les Etats Membres a été obtenu, comme en témoignent le nombre de résolutions portant sur des questions techniques et de politiques sanitaires essentielles adoptées par les organes directeurs au Siège et au niveau régional, ainsi que la création d'organes subsidiaires officiels et l'utilisation du mécanisme des consultations informelles pour faciliter l'obtention d'un consensus et, par conséquent, faire progresser les travaux de l'Assemblée de la Santé sur des questions complexes.*

Principales réalisations

- Les services de conférence ont reçu l'appui nécessaire pour pouvoir fonctionner de façon harmonieuse lors des réunions régulières des organes directeurs au Siège et au niveau régional, ce qui a permis de garantir le travail efficace des organes délibérants.
- Des réunions supplémentaires des organes directeurs ont été organisées et conduites, y compris des sessions extraordinaires du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé en 2006, des réunions subsidiaires prescrites par des résolutions de l'Assemblée de la Santé, et deux réunions de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, dont l'une s'est tenue à Bangkok.
- Toutes les réunions des organes directeurs se sont tenues dans les langues officielles appropriées, et la documentation a été fournie dans les langues prescrites par le Règlement intérieur de chaque organe délibérant, ou par l'organe de tutelle dans le cas des commissions subsidiaires.
- Des consultations informelles se tiennent de plus en plus souvent pour renforcer la coopération, la communication et la coordination des politiques entre les Etats Membres et avec le Secrétariat. Cela a favorisé la réussite des réunions des organes directeurs au Siège et au niveau régional.

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

Adoption de résolutions axées sur des questions de politique générale et de stratégie et fournissant des orientations claires aux Etats Membres et au Secrétariat quant à leur mise en oeuvre

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de résolutions adoptées concernant la politique générale et applicables aux niveaux mondial, régional et national	85 %	90 %	Plus de 90 % des résolutions adoptées par les organes directeurs au Siège et au niveau régional portaient sur la politique générale
Adéquation du contenu sanitaire des résolutions ou des politiques adoptées par d'autres organes du système des Nations Unies	Néant	Inclusion d'au moins 1 nouveau domaine d'intérêt sanitaire par an dans les réunions des organes du système des Nations Unies	2 résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies ont été adoptées sur le développement des capacités mondiales de santé publique, ¹ et la Journée mondiale du diabète. ² La Commission de la Condition de la Femme a adopté une résolution sur les mutilations sexuelles féminines. ³ D'autres thèmes liés à la santé tels que la lutte antitabac, la sécurité routière, les ressources humaines pour la santé et le paludisme ont continué d'être abordés dans les discussions de l'Assemblée générale des Nations Unies et du Conseil économique et social
Efficacité du fonctionnement des organes directeurs compte tenu des résultats des sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé	Néant	Evaluation du rôle du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration par le Conseil exécutif	Aucune évaluation officielle des travaux du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration n'a été effectuée



Partiellement atteint. Les bureaux régionaux ont contribué à l'élaboration et à l'adoption de plusieurs résolutions au niveau mondial. Une coordination et des échanges avec les Etats Membres et les unités techniques ont eu lieu, de même qu'une collaboration renforcée entre le Siège et les Régions. Toutefois, le nombre de réunions des organes directeurs et de leurs commissions subsidiaires n'a cessé d'augmenter sans que les ressources humaines aient été adaptées en conséquence. Bien qu'aucune évaluation officielle des travaux du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration n'ait été conduite, ses rapports ont facilité les discussions sur des thèmes liés à la programmation, au budget et à l'administration au cours des sessions du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé.

Amélioration de la communication entre les Etats Membres, les membres du Conseil exécutif et le Secrétariat

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Fréquence de l'utilisation des voies de communication entre les Etats Membres et les organes directeurs, aux niveaux mondial, régional et national, concernant les activités de l'OMS	1 grande consultation intergouvernementale par an par voie électronique	2 grandes consultations intergouvernementales par an par voie électronique	1 consultation intergouvernementale a été conduite par voie électronique au Siège ; aucune au niveau régional



Partiellement atteint. Le Siège et tous les bureaux régionaux ont fourni un accès électronique aux documents de leurs organes directeurs respectifs dans les langues pertinentes. Bien que la possibilité d'avoir recours au Conseil exécutif virtuel existe, les membres du Conseil ne l'utilisent

¹ Résolution A/RES/60/35.
² Résolution A/RES/61/225.
³ Résolution 51/2.

pas pour les consultations. Toutefois, des consultations électroniques ont été organisées au cours des discussions intergouvernementales relatives au groupe de travail intergouvernemental sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. Les partenaires ont tendance à s'en remettre davantage aux mécanismes « classiques » pour des consultations intergouvernementales, aussi faudrait-il rechercher plus avant la manière de développer les moyens de consultation électroniques entre les Etats Membres.

Déroulement des réunions des organes directeurs dans toutes les langues officielles de l'OMS au niveau mondial et dans les langues officielles choisies au niveau des comités régionaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des réunions des organes directeurs tenues dans les langues officielles appropriées	100 %	100 %	100 %
Ponctualité dans la mise à disposition de la documentation dans les langues officielles	90 %	95 %	95 % au niveau régional mais pas au Siège
Progrès du multilinguisme à l'OMS	Premières pages du site Web du Siège rédigées dans les 6 langues officielles	Ajout de nouveaux documents sur le site Web du Siège dans les 6 langues officielles	Tous les documents des organes directeurs ont été mis à disposition sur le site Web de l'OMS dans les 6 langues officielles



Partiellement atteint. Le Siège a assuré le secrétariat de plus nombreuses réunions des organes directeurs. Onze réunions régulières et huit autres réunions, y compris des réunions d'organes subsidiaires, se sont tenues au Siège et dans les six langues officielles. Des réunions des organes directeurs régionaux ont été conduites dans les langues officielles de chaque Région et ont bénéficié de services de secrétariat complets. En ce qui concerne la ponctualité des documents dans les langues officielles, des services de documentation et actes officiels ont été fournis pour 11 réunions régulières et 8 réunions supplémentaires des organes directeurs et des organes subsidiaires tenues au Siège au cours de l'exercice. Des retards continuent d'être entraînés par l'envoi tardif des projets de documents par les auteurs. Les documents des organes directeurs ont cependant été produits à temps dans toutes les Régions. L'augmentation du nombre de réunions tenues au Siège et le fait d'avoir à les organiser sans que le niveau des ressources ait augmenté sont les principales raisons qui expliquent les retards dans la distribution des documents des réunions des organes directeurs au Siège. Si les documents des organes directeurs sont désormais plus souvent disponibles dans les langues officielles voulues au Siège et dans les bureaux régionaux, le contrôle de la qualité demande à être encore renforcé. Les améliorations qui ont été apportées sont largement dues au professionnalisme des membres du personnel malgré une augmentation de leur charge de travail et des ressources insuffisantes pour assurer les services requis. Toutefois, aucun gain de productivité ne peut être durable sans ressources suffisantes. L'envoi tardif de certains projets de documents par les unités techniques et administratives freine également les efforts déployés pour améliorer l'efficacité.

Amélioration de la communication et de la coordination dans l'établissement des programmes de travail au niveau des organes directeurs régionaux et mondiaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Degré de concordance des ordres du jour et des résolutions des organes directeurs régionaux et mondiaux	Prise en compte par les comités régionaux, lors de l'établissement de leur propre ordre du jour, des ordres du jour et des résolutions des organes directeurs mondiaux	Le bureau du Conseil exécutif tient compte des ordres du jour et des résolutions des comités régionaux lorsqu'il établit l'ordre du jour du Conseil de janvier	Les priorités régionales ont continué de faire l'objet d'une attention adéquate dans la planification de l'ordre du jour du Conseil exécutif



Pleinement atteint. On a envisagé l'inscription à l'ordre du jour des réunions des organes directeurs tenues au Siège de questions considérées par les bureaux régionaux comme présentant un intérêt mondial. Par exemple, les Comités régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ont proposé que la question du changement climatique et de la santé soit examinée au niveau mondial, à la suite de quoi elle a été inscrite à l'ordre du jour de la cent vingt-deuxième session du Conseil exécutif. Les réunions des organes directeurs régionaux ont continué d'examiner des points de l'ordre du jour en rapport avec ceux de l'ordre du jour des réunions des organes directeurs tenues au Siège. Une communication plus claire entre le Siège et les points focaux régionaux a permis des améliorations dans ce domaine, mais les échanges et la collaboration doivent encore être renforcés.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Une discipline à tous les niveaux de l'Organisation est indispensable pour la préparation et la conduite des réunions des organes directeurs et la fourniture de la documentation conformément à la Constitution de l'OMS.
- L'augmentation du nombre de réunions supplémentaires des organes directeurs et subsidiaires, ainsi que des services connexes, doit être prise en compte de façon appropriée.
- Une consultation précoce entre auteurs, rédacteurs et hauts responsables permet de faire en sorte que la documentation des organes directeurs soit de qualité et que les documents soient distribués dans les délais.
- Les indicateurs doivent être affinés pour améliorer les résultats.

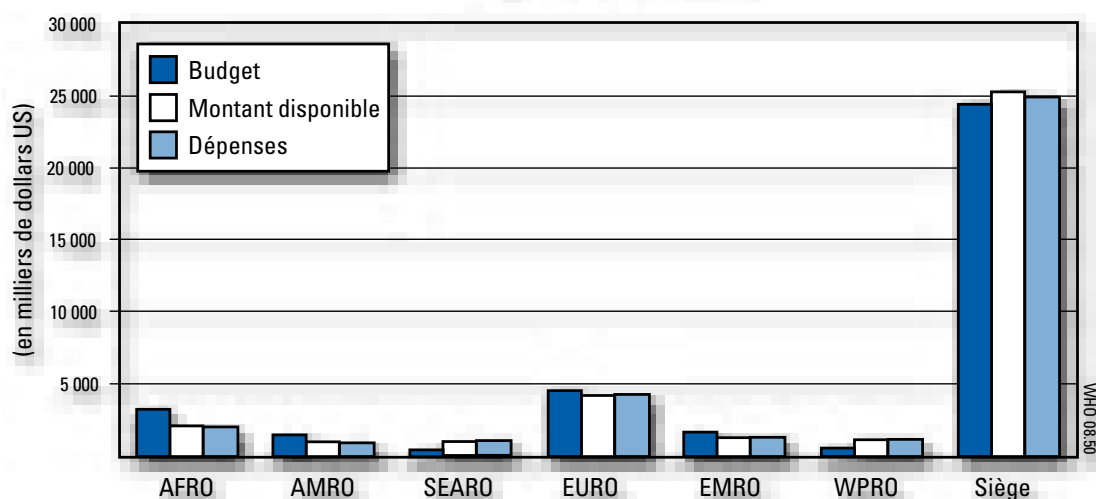
Mesures requises :

- Sensibiliser davantage les unités techniques et administratives à la nécessité d'accorder un rang hautement prioritaire aux réunions des organes directeurs et à leur documentation.
- Veiller à ce que suffisamment de ressources humaines soient disponibles pour gérer la charge de travail accrue occasionnée par le plus grand nombre et la plus grande fréquence des réunions des organes directeurs et de leurs organes subsidiaires.
- Continuer à améliorer la communication et la coordination avec les Etats Membres.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Organes directeurs												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	1 287	1 855	3 142	1 184	865	2 049	65.2%	1 184	865	2 049	100.0%	65.2%
AMRO	647	689	1 336	901	9	910	68.1%	878	9	887	97.4%	66.4%
SEARO	283	17	300	359	566	925	308.3%	359	566	925	100.0%	308.3%
EURO	4 015	319	4 334	3 951	139	4 090	94.4%	3 951	139	4 090	100.0%	94.4%
EMRO	846	677	1 523	1 059	119	1 178	77.3%	1 059	119	1 178	100.0%	77.3%
WPRO	414	25	439	425	610	1 035	235.7%	425	610	1 035	100.0%	235.8%
Total partiel Régions	7 492	3 582	11 074	7 878	2 308	10 187	92.0%	7 856	2 308	10 164	99.8%	91.8%
Siège	17 441	6 864	24 305	18 955	6 269	25 224	103.8%	18 954	5 805	24 759	98.2%	101.9%
Total	24 933	10 446	35 379	26 833	8 576	35 410	100.1%	26 810	8 113	34 923	98.6%	98.7%

Organes directeurs



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

RELATIONS EXTERIEURES (REC)

Objectif(s) de l'OMS

Négocier, maintenir et élargir les partenariats en faveur de la santé au niveau mondial ; renforcer la collaboration avec les organes gouvernementaux et intergouvernementaux, les organisations représentant la société civile, le secteur privé et les fondations ; et garantir la base de ressources de l'Organisation.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Efficacité des relations avec les institutions gouvernementales, intergouvernementales et multilatérales, le secteur privé et la société civile.* Plusieurs objectifs sanitaires ont été développés grâce à la participation de l'OMS à 90 initiatives et partenariats mondiaux pour la santé, aux relations officielles qu'elle entretient avec 186 organisations non gouvernementales et aux mécanismes de collaboration mis en place avec des institutions du système des Nations Unies, les institutions de Bretton Woods et des organisations intergouvernementales et régionales.

Principales réalisations

- L'OMS a travaillé en consultation et en coordination avec des institutions, des fonds et des programmes du système des Nations Unies et elle a participé plus activement à la réforme du système des Nations Unies.
- Les lignes directrices de l'OMS relatives à la collaboration avec le secteur privé ont été appliquées et ont permis d'accroître l'expérience de l'Organisation et de créer de nouvelles possibilités.
- Plusieurs réseaux de partenaires du secteur de la santé ont contribué au développement de secteurs clés comme la sécurité sanitaire, la grippe aviaire et la préparation aux pandémies, le Règlement sanitaire international (2005), le VIH/sida, la tuberculose, les maladies non transmissibles, la lutte antitabac, la recherche en santé, la santé de la mère et du nouveau-né et le renforcement des systèmes de santé.
- La participation du secteur privé, des organisations non gouvernementales, des milieux universitaires et d'autres secteurs s'est développée au cours de l'exercice biennal.
- La question du développement sanitaire a pris de l'importance dans les instances internationales et régionales telles que l'Assemblée générale des Nations Unies, le groupe des pays du G8, l'Union européenne, l'Union africaine, les institutions de Bretton Woods, le Conseil économique et social des Nations Unies, l'Organisation de la Conférence islamique, l'Organisation internationale des Migrations et la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.
- Au total, 186 organisations non gouvernementales entretiennent actuellement des relations officielles avec l'OMS.
- L'OMS a joué un rôle de chef de file dans le processus de réforme des Nations Unies et les huit programmes pilotes de pays, y compris en alignant les activités menées par les pays, en harmonisant les pratiques commerciales et en collaborant avec les équipes des Directeurs régionaux.

- Les activités déployées par l'OMS ont incité le Comité d'Aide au Développement de l'OCDE à utiliser la santé comme secteur indicateur.
- Les bureaux régionaux OMS ont accru leur participation à des réunions et à des institutions régionales : le Bureau régional de l'Afrique a renforcé sa collaboration avec l'Union africaine, le Bureau régional OMS des Amériques/OPS a participé aux activités du groupe de travail mixte pour les sommets ainsi qu'à d'autres réunions d'organisation des sommets dans la Région des Amériques, et le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a entrepris des activités communes avec l'ANASE.
- Une collaboration plus active avec les banques de développement régionales, comme la Banque asiatique de Développement, la Banque africaine de Développement et la Banque interaméricaine de Développement, notamment sur les questions de la grippe aviaire, de la sécurité sanitaire et des études d'impact, s'est avérée bénéfique pour toutes les parties.

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

Mise en place de partenariats durables et élargis en faveur de la santé au niveau mondial ; renforcement de la collaboration avec les organes intergouvernementaux et gouvernementaux, les organisations de la société civile, le secteur privé et les fondations

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de réunions d'information et de consultations avec les organisations de la famille des Nations Unies, d'autres organisations et les parties intéressées du secteur de la santé	Réunions annuelles biennales et ad hoc avec le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP, la Commission européenne, la Banque mondiale et avec des organismes comme l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination ou le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme	Réunions périodiques avec les organisations de la famille des Nations Unies et d'autres organisations s'intéressant au secteur de la santé	Des réunions périodiques ont eu lieu avec le PNUD, l'UNICEF, le FNUAP, le PAM, la Commission européenne et la Banque mondiale ainsi qu'avec le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination. Le nombre de réunions s'accroît régulièrement à mesure que de nouvelles organisations s'intéressent au secteur de la santé
Nombre de domaines d'activité où il y a concordance avec les autres partenaires	Concordance des politiques sur la santé familiale et sur la vaccination	Au moins 2 nouvelles politiques formulées par exercice biennal	5 politiques ou cadres sur la santé de la famille et les vaccinations ont été élaborés conjointement avec d'autres institutions du système des Nations Unies et d'autres partenariats mondiaux pour la santé



Pleinement atteint. Le Siège et les bureaux régionaux et de pays ont participé à de nombreuses actions communes qui ont débouché sur l'élaboration et l'adoption de politiques accordant la priorité à la santé, et notamment au Sommet du G8 à Saint-Petersbourg, en juillet 2006, lequel a abordé la question de la sécurité sanitaire, et à des réunions de hauts responsables et des réunions de haut niveau de l'Union européenne. L'OMS a collaboré activement avec l'Union européenne et la Commission européenne dans certains secteurs de la santé bien précis comme la lutte antitabac, la santé physique, les problèmes de main-d'oeuvre sanitaire en Afrique et dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005). L'OMS a aussi participé régulièrement aux activités de groupes de travail du Comité d'Aide au Développement de l'OCDE sur l'efficacité de l'aide dans le domaine de la santé. Dans le cadre des efforts déployés conjointement par l'OMS et l'Union africaine pour lutter contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, le Bureau régional de l'Afrique a travaillé avec la Banque africaine de Développement, l'ONUSIDA, le FNUAP, l'UNICEF et la Banque mondiale pour élaborer un cadre d'action sur l'harmonisation des actions sanitaires en Afrique.

L'OMS a participé à des réunions du PNUD, de l'UNICEF, du FNUAP et du PAM et entretenu des contacts réguliers avec l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et le Fonds

mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, en assumant des fonctions de secrétariat pour leurs conseils et leurs comités. Le Siège et les bureaux régionaux et de pays ont aussi fourni une assistance aux pays dans l'élaboration des projets qu'ils soumettent à ces organismes et un appui technique à la mise en oeuvre, la surveillance et l'évaluation de projets. Des politiques compatibles ont été formulées sur la santé de la famille et la vaccination, en collaboration avec l'UNICEF, le FNUAP et la Banque mondiale. Ce sont notamment des indicateurs et des recommandations pour les activités de soins obstétricaux d'urgence, l'élaboration de politiques de santé maternelle et néonatale dans plusieurs pays et Régions dans le cadre du Programme de partenariat stratégique, et la publication de déclarations conjointes sur la prise en charge des cas et l'usage des médicaments dans le cadre de la santé maternelle et néonatale. Un accord-cadre a été conclu pour trois ans entre l'OMS et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination en vue de stabiliser et d'accroître la base de ressources financières pour les activités futures de l'OMS en matière de vaccination. Le lancement de nouvelles initiatives mondiales visant à réduire la mortalité maternelle a débouché sur plusieurs activités de sensibilisation menées conjointement avec des organisations non gouvernementales, des institutions des Nations Unies, des associations professionnelles et d'autres partenaires.

Instauration d'une coopération efficace au sein du système des Nations Unies, y compris les institutions de Bretton Woods et les institutions régionales qui influent sur le rôle de la santé dans le développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Présence d'un mécanisme pour formaliser les dialogues et concertations de politique générale au sein du système des Nations Unies, des institutions de Bretton Woods et des institutions régionales	Mécanisme convenu	Mise en oeuvre du mécanisme ; une réunion formelle annuelle avec chacune des institutions	Des mécanismes ont été mis en place pour instaurer un dialogue formel et informel avec les institutions du système des Nations Unies, les institutions de Bretton Woods et les institutions régionales, notamment dans le cadre d'une dizaine de réunions formelles pendant l'exercice biennal



Pleinement atteint. Pendant toute la durée de l'exercice biennal, l'OMS a collaboré avec les institutions du système des Nations Unies, les institutions de Bretton Woods et les organismes régionaux. Sa collaboration avec la Banque mondiale a contribué à la nouvelle stratégie de la Banque sur la santé, la nutrition et la population et devrait renforcer leurs activités communes. L'OMS a participé activement aux activités du Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination et aux activités de suivi des objectifs du Millénaire pour le développement ainsi qu'aux principales politiques de l'ONU sur le changement climatique, à des initiatives sur des emplois décents et à l'harmonisation des pratiques commerciales. Elle a aussi joué un rôle central dans les activités du Groupe des Nations Unies pour le Développement en rapport avec la réforme du système des Nations Unies, dans les programmes pilotes de pays, dans l'évaluation de la situation, dans les activités des équipes de pays des Nations Unies et dans la procédure de sélection du coordonnateur résident.

Base de ressources assurée pour l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau des contributions volontaires	Niveau de financement du budget programme 2004-2005	Financement intégral du projet de budget programme 2006-2007	Un niveau absolu de ressources disponibles a été reçu, qui a dépassé le montant nécessaire pour financer le budget programme. Toutefois, à cause des fonds réservés par les donateurs, certains domaines d'activité et certains bureaux ont été insuffisamment financés tandis que d'autres ont reçu des fonds supérieurs aux engagements



Partiellement atteint. En 2006-2007, le montant total des contributions volontaires reçues a été supérieur au niveau nécessaire pour financer le budget programme approuvé. Cependant, il n'y a pas eu un plein alignement entre les ressources reçues et les niveaux prévus, de sorte que certains secteurs d'activité et certains bureaux sont restés sous-dotés. Le montant moyen des ressources disponibles par rapport aux cibles en 2006-2007 a été légèrement inférieur à celui de 2004-2005, avec une plus grande disparité entre les différents programmes et entre les bureaux régionaux.

Dans l'ensemble, l'OMS a réussi à mobiliser des ressources pour la santé publique, mais elle doit s'assurer de le faire équitablement entre les priorités à mesure que les niveaux du budget programme continuent à monter.

Mise en place d'un mécanisme efficace de coordination des contributions et de la rétroinformation s'agissant d'importantes instances internationales, y compris les grandes conférences et sommets des Nations Unies et les objectifs du Millénaire pour le développement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Degré de prise en compte des objectifs et priorités de l'OMS en matière de santé dans les déclarations finales et les plans d'action des conférences nationales, régionales et mondiales et dans l'élaboration des ordres du jour	Inclusion des activités de l'OMS dans le rapport du Secrétaire général sur les objectifs du Millénaire pour le développement à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2005	Inclusion des buts sanitaires adoptés par l'Assemblée de la Santé à l'issue des réunions relatives à la politique mondiale	Plusieurs buts sanitaires essentiels adoptés par l'Assemblée de la Santé ont été inclus dans des contextes plus larges comme l'Assemblée générale des Nations Unies. Il s'agit notamment des résolutions de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le paludisme, la Journée mondiale du diabète, les personnes handicapées et l'appui au rapport du Secrétaire général sur la violence à l'égard des enfants et sur les maladies infectieuses



Pleinement atteint. L'OMS a été chargée par l'Organisation des Nations Unies de présenter des rapports sur les objectifs du Millénaire pour le développement, en vue de leur inclusion dans le rapport du Secrétaire général et d'autres rapports des Nations Unies. L'appui fourni par l'OMS aux Etats Membres et aux institutions des Nations Unies a favorisé l'adoption des résolutions ci-après de l'Assemblée générale des Nations Unies : 2001-2010 : Décennie pour Faire reculer le paludisme dans les pays en développement, particulièrement en Afrique (61/228), Journée mondiale du diabète (61/225) et Convention relative aux droits des personnes handicapées (61/106). L'OMS a aussi apporté une contribution essentielle à l'élaboration du rapport du Secrétaire général sur la violence à l'égard des enfants¹ et de son introduction au rapport de l'OMS sur l'intensification du renforcement des capacités dans le secteur de la santé publique à travers le monde.² L'OMS a organisé deux sessions thématiques spéciales : l'une consacrée à la grippe aviaire, sous la forme d'une manifestation spéciale informelle tenue sous les auspices du Conseil économique et social de l'ONU en novembre 2005 et l'autre sur le Règlement sanitaire international (2005) pour l'Assemblée générale des Nations Unies. Plusieurs résolutions adoptées par l'Assemblée générale à sa soixante et unième session présentent un intérêt particulier pour l'OMS. Ces résolutions sont énumérées ci-après : Missions d'audit et enquêtes relatives aux opérations de secours menées à la suite du tsunami par le Secrétariat de l'ONU, les fonds et programmes et les institutions spécialisées des Nations Unies (61/265), Examen global du dispositif de gouvernance et de contrôle de l'ONU et des fonds, programmes et institutions spécialisées des Nations Unies (61/245), Application de la Déclaration sur l'octroi de l'indépendance aux pays et aux peuples coloniaux par les institutions spécialisées et les organismes internationaux associés à l'Organisation des Nations Unies (61/231), Coopération internationale face au problème mondial de la drogue (61/183), Suite donnée à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes et application intégrale de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing et des textes issus de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale (61/145),

¹ Pinheiro, P.S. *World report on violence against children*. United Nations Secretary-General's Study on Violence against Children, 2006.

² Document A/61/383.

Renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence fournie par les organismes des Nations Unies (61/134), Renforcement des secours d'urgence et des activités de relèvement, de reconstruction et de prévention à la suite du tsunami catastrophique survenu dans l'Océan indien (61/132), Effets des rayonnements ionisants (61/109) et Le sport, moyen de promouvoir l'éducation, la santé, le développement et la paix (61/10). L'engagement de l'OMS auprès du Comité d'Aide au Développement de l'OCDE a incité ce dernier à adopter la santé comme secteur indicateur de l'efficacité de l'aide. De même, sa collaboration avec l'Union africaine et les institutions des Nations Unies a favorisé l'inclusion de plusieurs politiques sanitaires sur la grippe aviaire, la santé sexuelle et reproductive et le VIH/sida dans des résolutions de l'Union africaine. Par l'intermédiaire du partenariat conclu par l'OPS avec le Sommet des Amériques, un intérêt accru a été porté à des thèmes de santé comme le vieillissement, la protection sociale, les maladies transmissibles et les ressources humaines pour la santé.

Renforcement de la valeur ajoutée de la participation du secteur privé aux programmes de santé publique grâce à une meilleure sélection des partenaires

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Partenariats constructifs avec les entités du secteur privé	Adaptation de lignes directrices sur l'interaction avec le secteur privé afin de développer ce type d'interactions	Application dans toute l'Organisation des lignes directrices sur l'interaction avec le secteur privé	Les lignes directrices de l'OMS sur la collaboration avec le secteur commercial ont été pleinement appliquées dans toute l'Organisation
Capacité de l'OMS de forger des partenariats constructifs avec des entités des secteurs public et privé	Examen des partenariats pour la santé concernant l'OMS	Conclusions et recommandations stratégiques concernant le rôle de l'OMS dans les partenariats public-privé	Les examens et les recommandations stratégiques concernant l'engagement de l'OMS auprès de divers partenariats public-privé ont été en grande partie achevés
Evaluations, conseils et recommandations sur les relations avec le secteur privé, y compris la gestion des conflits d'intérêts fournis au Comité chargé de la collaboration avec le secteur privé et à la direction	Fourniture de 150 évaluations, conseils et recommandations par exercice	Fourniture de mécanismes, y compris l'introduction de mesures pour gérer les conflits d'intérêts avec le secteur privé	Les lignes directrices de l'OMS sur la collaboration avec le secteur commercial ont été pleinement appliquées dans toute l'Organisation
Proportion des organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS pour lesquelles on dispose d'informations essentielles comme la composition et le financement	Moins de 10 %	30 %	Environ 30 % des organisations non gouvernementales entretenant des relations officielles avec l'OMS ont fourni des informations essentielles sur leur composition et leur financement



Partiellement atteint. L'OMS a intensifié son engagement auprès de diverses entités du secteur privé, et les lignes directrices destinées à servir de garde-fous contre toute pression morale ou influence inappropriée ont été respectées. Conformément à ces lignes directrices, plusieurs recommandations et meilleures pratiques sur les dons, les intérêts convergents ou conflictuels, le rôle du secteur privé dans les partenariats multilatéraux et la mobilisation de ressources dans l'ensemble de la population ont été appliquées. Toutes les demandes de collaboration ont été passées au crible et des lignes directrices ont été publiées à l'intention des ambassadeurs itinérants. Un bilan de la collaboration de l'OMS avec le secteur privé a été établi pour servir de référence. L'OMS a formulé une politique révisée sur ses relations avec les organisations non gouvernementales et elle a renforcé sa collaboration avec 186 organisations non gouvernementales et fondations. Le Siège a continué à diffuser des informations sur les organisations non

gouvernementales qui entretiennent actuellement des relations officielles avec l'OMS et celles qui viennent d'être admises, à l'intention du Conseil exécutif, par l'intermédiaire de mécanismes d'établissement de rapports accessibles au public dans toutes les langues. Un projet de développement des connaissances et de l'information sur l'interaction de l'OMS avec les organisations non gouvernementales et les organisations de la société civile a été annulé faute de ressources et en raison de difficultés liées au logiciel utilisé.

Une transparence plus grande et un meilleur accès aux informations concernant les organisations non gouvernementales en relations officielles avec l'OMS et interactions avec les organisations non gouvernementales et d'autres organisations de la société civile

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proposition concernant la révision de la politique applicable aux relations avec les organisations non gouvernementales et divers partenaires	Décision de l'Assemblée de la Santé sur la nouvelle politique applicable aux relations de l'OMS avec les organisations non gouvernementales	Révision de la politique applicable aux relations de l'OMS avec ses partenaires	L'OMS continue d'évaluer et de présenter les demandes d'organisations non gouvernementales en vue de leur admission à des relations officielles avec le Conseil exécutif



Partiellement atteint. Plusieurs changements intervenus au Siège aux niveaux de la gestion et des programmes dans le courant de l'exercice biennal ont conduit à accorder la priorité à l'examen de partenariats. Cela pourrait avoir des répercussions sur la politique de l'OMS applicable aux relations avec les organisations non gouvernementales et une certaine harmonisation pourrait s'avérer nécessaire. C'est la raison pour laquelle les travaux d'élaboration d'une stratégie révisée ont été reportés. Conformément à la politique actuelle, le Conseil exécutif a continué à examiner les rapports triennaux sur la collaboration ou le statut de quelque 200 organisations non gouvernementales entretenant des relations officielles avec l'OMS, ainsi que des demandes d'admission à des relations officielles. Les bureaux régionaux ont signalé une forte participation d'organisations de la société civile dans leurs programmes ainsi qu'à des conférences ministérielles, et renforcé la collaboration avec la société civile au niveau des pays. Dans la Région des Amériques, des lignes directrices ont été élaborées pour les activités avec le secteur privé.

Extension du projet académie de la santé à des Etats Membres dans toutes les Régions

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'Etats Membres dans lesquels une « académie de la santé » est mise en place	Mise en place d'une académie de la santé dans 12 pays	Mise en place d'une académie de la santé dans une vingtaine de pays (dans toutes les Régions)	Mise en place d'une académie de la santé dans 3 pays dans 2 Régions



Partiellement atteint. Le projet académie de la santé a été actif dans la Région africaine et celle de la Méditerranée orientale. D'autres Régions ont exprimé leur intérêt pour le programme, mais elles ne disposent pas de ressources. Le projet académie de la santé a aussi été présenté aux pays du Conseil de Coopération du Golfe au cours d'un atelier officiellement tenu à Riyadh en Arabie saoudite.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Il est essentiel de continuer à assurer la coordination des activités de l'OMS avec celles du système des Nations Unies, des organisations régionales et des institutions de Bretton Woods pour s'assurer que la santé demeure en bonne place dans l'ordre des priorités internationales.
- La gestion d'un environnement sanitaire complexe avec des partenariats nécessite une solide assistance de l'OMS aux pays, en particulier pour les partenariats sur les questions financières ou sanitaires.
- Des discussions ouvertes avec le secteur privé et des organisations non gouvernementales améliorent la connaissance et la compréhension mutuelles et encouragent le dialogue sur différents thèmes de santé. Les lignes directrices OMS jouent un rôle essentiel dans la formulation des procédures opérationnelles de l'OMS.

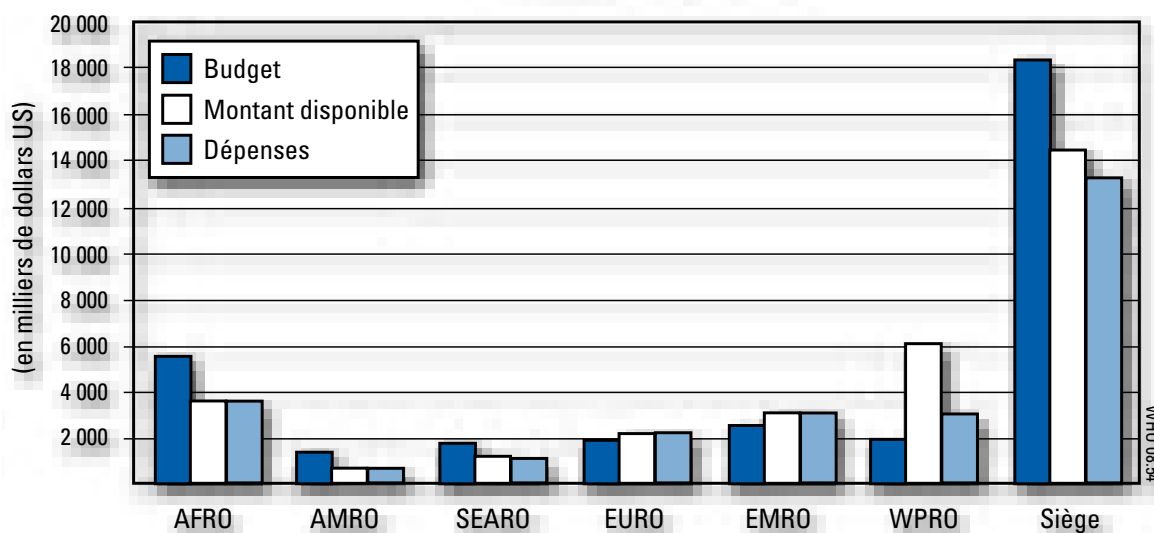
Mesures requises :

- Elaborer des recommandations OMS et des critères permettant de définir clairement le rôle qui incombe à l'OMS dans les partenariats pour la santé, en préconisant des mesures visant à améliorer la transparence et à assurer une gouvernance claire.
- Continuer à surveiller et évaluer le processus de réforme des Nations Unies et à y participer, au niveau des pays ainsi qu'à celui des hauts responsables de l'ONU, tout en prenant en considération à la fois l'ensemble du processus de réforme et les caractéristiques des organisations.
- Faire mieux connaître la réforme du système des Nations Unies et ses effets sur les partenariats sanitaires structurés et les partenariats en général, tout en travaillant avec le secteur privé et en développant des alliances avec les organisations non gouvernementales.
- Former du personnel supplémentaire pour lui permettre d'acquérir les connaissances nécessaires en matière de communication et de présentation ainsi que la capacité à forger des partenariats.
- Renforcer la capacité de l'OMS de constituer des partenariats avec les secteurs qui ont trait au développement et à la santé, ainsi que des relations avec des institutions mondiales, régionales et sous-régionales n'ayant pas nécessairement de liens avec la santé.
- Tirer parti des relations existantes avec le secteur privé et les organisations non gouvernementales, et en développer de nouvelles avec d'autres secteurs.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Relations extérieures												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	2 257	3 233	5 490	1 549	2 033	3 582	65.2%	1 549	1 972	3 521	98.3%	64.1%
AMRO	1 156	154	1 310	618	97	714	54.5%	601	85	686	96.0%	52.4%
SEARO	0	1 728	1 728	0	1 235	1 235	71.5%	0	1 116	1 116	90.4%	64.6%
EURO	1 762	104	1 866	1 560	633	2 193	117.5%	1 560	582	2 142	97.7%	114.8%
EMRO	1 689	729	2 418	2 033	975	3 008	124.4%	2 033	975	3 008	100.0%	124.4%
WPRO	1 063	714	1 777	926	5 032	5 958	335.3%	926	2 047	2 973	49.9%	167.3%
Total partiel Régions	7 927	6 662	14 589	6 686	10 004	16 690	114.4%	6 669	6 777	13 446	80.6%	92.2%
Siège	9 856	8 381	18 237	8 955	5 397	14 351	78.7%	8 950	4 284	13 234	92.2%	72.6%
Total	17 783	15 043	32 826	15 641	15 400	31 041	94.6%	15 619	11 061	26 680	86.0%	81.3%

Relations extérieures



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

PLANIFICATION, COORDINATION DES RESSOURCES ET SURVEILLANCE (BMR)

Objectif(s) de l'OMS

Mettre en place, à l'échelle de l'Organisation, des systèmes et mécanismes pleinement fonctionnels pour une gestion axée sur les résultats qui soutiennent efficacement la politique de l'OMS en matière de responsabilisation et l'action en faveur des pays.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Proportion des résultats escomptés qui sont pleinement atteints à chaque niveau organisationnel.* D'après les informations réunies à l'échelle de l'Organisation, 54 % des résultats escomptés au niveau des bureaux (5044/9305), 78 % des résultats escomptés au niveau régional (769/981), et 55 % des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation (111/201) ont été pleinement atteints pendant l'exercice biennal.
- *Degré d'intégration des recommandations en matière d'évaluation dans le processus gestionnaire de l'Organisation.* Toutes les recommandations ont été examinées et acceptées par les parties ayant fait l'objet de l'évaluation.

Principales réalisations

- Le cadre de gestion OMS fondée sur les résultats a été renouvelé au cours de l'exercice, ce qui a supposé le passage d'un cycle de planification biennal à un cycle de planification stratégique sur six ans, et l'introduction d'une planification et d'une programmation horizontales plus intégrées, les 36 domaines d'activité programmatiques étant ramenés à 13 objectifs stratégiques.
- Le onzième programme général de travail, le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et le budget programme 2008-2009 ont été préparés, finalisés et approuvés dans le cadre d'un vaste exercice fondé sur la participation à l'échelle de l'Organisation.
- Un strict examen des plafonds budgétaires par objectif stratégique, centre budgétaire et segment budgétaire a été effectué dans le cadre du processus d'élaboration du budget programme 2008-2009.
- L'OMS a pu se prévaloir d'un niveau de financement sans précédent (US \$4257 millions) au cours de l'exercice biennal 2006-2007, dont une proportion plus élevée de fonds flexibles.
- Les systèmes et procédures de gestion et d'affectation des contributions volontaires, baptisés fonds communs, pouvant être déployés à l'appui du budget programme dans n'importe quel bureau, ont été mis en place, sous la surveillance du groupe consultatif des ressources financières.
- Les politiques, processus, règles et procédures de planification, mobilisation des ressources et programmation ont été revus, actualisés et rationalisés en prévision de l'introduction du Système mondial de gestion.

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

Application coordonnée et systématique du cadre gestionnaire révisé de l'OMS et des processus y relatifs dans les domaines de la planification stratégique, de la programmation et de la budgétisation biennales, de la planification opérationnelle, de la surveillance des résultats et du compte rendu, appui en faveur des pays compris

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
A chaque niveau organisationnel, proportion des domaines d'activité pour lesquels des plans de travail ont été mis au point et suivis et qui sont pleinement conformes aux plans stratégiques et au budget programme	50 %	75 %	100 % : dans les Régions, tous les domaines d'activité ont établi et suivi des plans de travail correspondant aux plans stratégiques et au budget programme. Au Siège, 97 % des domaines d'activité (35 sur 36) ont élaboré des plans de travail correspondant aux plans stratégiques et au budget programme, mais seulement 63 % des domaines d'activité (23 sur 36) ont fourni des données attestant qu'ils avaient suivi la mise en oeuvre de leurs plans de travail



Partiellement atteint. La cohérence et l'intégration de la planification stratégique et opérationnelle aux trois niveaux de l'Organisation se sont améliorées au cours de l'exercice. La préparation du onzième programme général de travail, du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et du budget programme 2008-2009 a donné la possibilité d'élargir la participation du personnel à l'échelle de l'Organisation aux processus de planification et budgétisation fondés sur les résultats. La révision des politiques, processus, règles et procédures de planification, de programmation et budgétisation, en prévision de l'introduction du Système mondial de gestion, a également été l'occasion de renforcer la planification, le suivi, la budgétisation et le compte rendu des connaissances et pratiques. Parmi les autres améliorations gestionnaires apportées, on citera : l'assurance d'un processus de planification stratégique fondé sur une large participation, l'actualisation en temps opportun de règles et de procédures de planification opérationnelle renouvelées, et la formation à l'appui du nouveau cadre gestionnaire. Néanmoins, les procédures de suivi et d'évaluation n'ont pas été appliquées aussi systématiquement, surtout au Siège. Ces aspects doivent donc faire l'objet d'une plus grande attention si l'on veut consolider les acquis et renforcer les liens entre la gestion fondée sur les résultats et l'exécution.

Application, dans l'ensemble de l'Organisation, du système mondial de planification, de mobilisation, de coordination et d'administration des ressources volontaires à l'appui de la gestion axée sur les résultats et de l'action en faveur des pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des programmes du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays qui appliquent systématiquement le système mis en place à l'échelle de l'Organisation pour planifier, mobiliser, coordonner et administrer les ressources volontaires	Aucune	100 %	100 % : le système à l'échelle de l'Organisation est appliqué de façon systématique dans tous les programmes du Siège et dans les bureaux régionaux. Au niveau des pays, les informations réunies à l'échelle de l'Organisation montrent que le système est appliqué systématiquement dans 57 % des bureaux de pays



Partiellement atteint. Le mécanisme du compte commun, qui vise à assurer l'affectation de fonds communs là où l'on en a le plus besoin, permet une gestion et une affectation des contributions volontaires de base plus systématiques et plus transparentes à l'échelle de l'Organisation. Un système similaire a été mis en place au Bureau régional de l'Afrique. Au Bureau régional de l'Europe, une « feuille de route » donnant une vue d'ensemble des fonds disponibles, des dépenses et des besoins non satisfaits par domaine d'activité, résultat escompté ou bureau de pays, s'est avérée un instrument utile pour la prise de décisions en matière d'affectation des ressources. Toutefois, la qualité des plans destinés à soutenir ces décisions varie selon les bureaux, et les systèmes de planification, mobilisation, coordination et administration des fonds n'ont pas toujours été appliqués de façon rigoureuse.

Renforcement de la capacité des services d'assurance de la qualité et fourniture de conseils et d'une assistance pour permettre, à tous les niveaux de l'Organisation, d'administrer les programmes de manière plus adéquate et rentable

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des administrateurs de programme demandant une assistance pour administrer les programmes de manière plus équitable et rentable	Aucune	75 %	Le nombre précis de demandes reçues et satisfaites n'est pas connu et le niveau de conseils prodigués a varié



Données insuffisantes. L'examen collégial a été largement utilisé au Siège et dans toutes les Régions comme moyen d'assurer la qualité, notamment concernant les plans opérationnels. Dans la Région africaine, les résultats de l'évaluation de fin d'exercice ont également fait l'objet d'un examen collégial avant leur diffusion. La qualité a également été systématiquement examinée et les plans opérationnels validés. Toutefois, une approche systématique à l'échelle de l'Organisation de l'assurance de la qualité, fondée sur des règles, procédures et systèmes convenus, fait encore défaut à tous les stades du cycle de gestion fondée sur les résultats, et la validation des indicateurs pour assurer la pertinence et la clarté des mesures doit encore être améliorée.

Appui, à tous les niveaux de l'Organisation, à la culture et à la pratique de la gestion axée sur les résultats

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion du personnel professionnel, à chaque niveau de l'Organisation, formé aux principes et pratiques qui sous-tendent le cadre gestionnaire révisé de l'OMS axé sur les résultats (planification stratégique et opérationnelle, surveillance des résultats, assurance de la qualité, évaluation et compte rendu)	10 %	75 %	53 %



Partiellement atteint. Des initiatives de formation, alliées au renforcement des connaissances grâce à la participation du personnel au processus de planification stratégique et opérationnelle, ont renforcé la gestion et les pratiques budgétaires fondées sur les résultats. Toutefois, les cibles concernant la formation n'ont pas été atteintes dans tous les bureaux. Par exemple, au Bureau régional de l'Europe, les pénuries de personnel ont contraint à remettre certaines activités de formation à l'exercice 2008-2009. En outre, la qualité de la formation varie en raison d'absence de processus de certification.

Mise en place d'un système d'information sur la gestion des programmes mondialement compatible et pleinement opérationnel, qui intègre les données provenant de tous les niveaux de l'Organisation et soutienne les efforts déployés pour améliorer les résultats et la responsabilisation à tous les niveaux, l'accent étant mis sur l'action en faveur des pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des ensembles de données de base agréés fournis dans les plans de travail à chaque niveau de l'Organisation et insérés dans la base de données mondiale	Aucune	75 %	Il a été décidé d'investir dans le Système mondial de gestion plutôt que de poursuivre la mise en place d'un système d'information pour la gestion des programmes mondialement compatible



Abandonné. Le projet d'une base de données mondiale a été abandonné rapidement au cours de l'exercice afin de concentrer les efforts et les ressources sur la mise en place du Système mondial de gestion, qui offrira une solution plus complète et pleinement intégrée au plan mondial.

Evaluation systématique des activités de l'OMS afin d'en étudier l'impact à moyen terme et de veiller à la bonne gestion des ressources de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre d'évaluations thématiques et programmatiques achevées au cours de l'exercice conformément au cadre d'évaluation programmatique	Aucune	8	12



Pleinement atteint. Outre les huit évaluations thérapeutiques et programmatiques et études de gestion des programmes, quatre études de gestion par pays ont été menées. Grâce aux activités de formation et à la participation directes à des exercices d'évaluation, la connaissance des pratiques d'évaluation a, semble-t-il, progressé dans les Régions africaine et européenne et celle du Pacifique occidental.

Identification et atténuation des risques courus par l'Organisation au moyen de contrôles destinés à assurer une bonne gouvernance institutionnelle

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau d'exécution des plans annuels de vérification des comptes	Exécution du plan annuel de vérification des comptes	Exécution du plan annuel de vérification des comptes	Plan annuel de vérification des comptes exécuté



Pleinement atteint. Des recommandations ont été faites en ce qui concerne la gestion des risques, le maintien des contrôles et le maintien d'une gouvernance efficace au sein du Secrétariat.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Une vaste consultation et une forte participation à l'échelle de l'Organisation sont des éléments essentiels dans l'élaboration du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 et du budget programme 2008-2009, car elles accroissent le sentiment d'appropriation à tous les niveaux de l'Organisation.
- Un plus large recours à l'examen collégial au cours de la planification ainsi que la nomination d'un Comité d'assurance de la qualité pour le processus d'appréciation de l'exécution du budget programme ont permis des améliorations notables de la qualité des plans et des rapports d'évaluation.

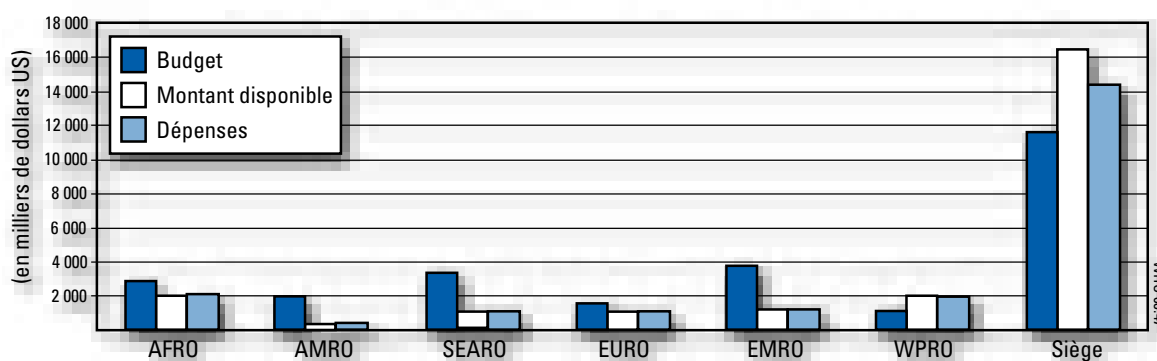
Mesures requises :

- Il faudra redoubler d'efforts pour renforcer les capacités à l'appui de la planification et de la programmation nécessitées par le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 ainsi que par l'introduction du Système mondial de gestion.
- Le suivi et l'appréciation de l'exécution doivent être renforcés et les résultats mieux utilisés lors de la prise de décisions en matière de programmation et d'affectation des ressources. Cela exige que l'on affine les indicateurs, les bases et les cibles, et que l'on utilise plus efficacement les résultats de l'appréciation lors de l'évaluation de l'exécution technique et financière.
- Des efforts soutenus sont nécessaires pour veiller à ce que les dates fixées pour la mise en service du Système mondial de gestion soient respectées.
- L'utilisation de l'examen collégial et autres mécanismes d'assurance de la qualité devrait être élargie et améliorée.
- La ventilation du budget programme en segments reconnaissables, tels que programmes de base, partenariats et activités d'alerte et action en cas d'épidémie, doit être poursuivie afin de pouvoir se répercuter sur l'analyse, le calcul des coûts et la planification du budget programme 2010-2011.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Planification, coordination des ressources et surveillance												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	1 459	1 309	2 768	1 337	713	2 051	74.1%	1 337	712	2 049	99.9%	74.0%
AMRO	1 416	501	1 917	134	183	317	16.6%	122	183	305	96.1%	15.9%
SEARO	1 317	1 968	3 285	736	375	1 111	33.8%	736	371	1 107	99.6%	33.7%
EURO	589	859	1 448	655	389	1 044	72.1%	655	388	1 043	99.9%	72.0%
EMRO	2 076	1 647	3 723	1 148	28	1 176	31.6%	1 148	28	1 176	100.0%	31.6%
WPRO	944	50	994	1 853	29	1 883	189.4%	1 853	29	1 882	100.0%	189.3%
Total partiel Régions	7 801	6 334	14 135	5 864	1 718	7 582	53.6%	5 851	1 711	7 562	99.7%	53.5%
Siège	4 412	7 145	11 557	8 106	8 333	16 439	142.2%	8 105	6 199	14 304	87.0%	123.8%
Total	12 213	13 479	25 692	13 970	10 051	24 021	93.5%	13 956	7 910	21 866	91.0%	85.1%

Planification, coordination des ressources et surveillance



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

INFRASTRUCTURE ET LOGISTIQUE (ILS)

Objectif(s) de l'OMS

Elaborer une politique efficace et créer un environnement institutionnel qui permette d'exécuter dans les délais les programmes de l'OMS dans les Etats Membres.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Adéquation, ponctualité, efficacité dans l'utilisation des ressources et fiabilité des services d'infrastructure et de soutien logistique à tous les niveaux organiques.* La fourniture des services d'infrastructure et de soutien logistique a été proportionnelle au niveau de dotation en personnel et de ressources. Les efforts visant à augmenter l'efficacité, à améliorer la qualité et à rationaliser l'utilisation des ressources ont été poursuivis.

Principales réalisations

- Emménagement de l'OMS dans le nouveau Centre mondial de services à Kuala Lumpur fin 2007.
- Elaboration du premier plan-cadre d'équipement.
- Fin de plusieurs projets d'agrandissement, de rénovation et de construction de locaux, y compris le bâtiment de l'OMS/ONUSIDA au Siège.
- Une augmentation nette de 15 % du montant des achats remboursables pour le compte des Etats Membres a été enregistrée par rapport à l'exercice précédent.
- La négociation d'un contrat mondial pour les services d'impression et de reproduction a engendré des économies importantes.
- Des négociations avec les compagnies aériennes pour l'utilisation de voies aériennes moins coûteuses et le regroupement avec des organisations du système des Nations Unies ont engendré des économies importantes dans les tarifs aériens au niveau mondial.

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

Fonctionnement efficace et économique des services de soutien aux infrastructures

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Coût moyen de certaines activités opérationnelles pour l'administration générale des bâtiments et des services	Coût moyen à la fin de l'exercice 2004-2005	Ne pas dépasser le coût moyen de 2004-2005	Le coût moyen des contrats d'entretien des bâtiments et de certaines activités opérationnelles est resté le même malgré une inflation en hausse. Parmi les mesures d'économie prises, on citera : la renégociation de contrats d'entretien, la mise en place de mesures d'économie d'énergie, la réduction des niveaux de prestation et l'externalisation des services d'impression et de photocopie



Pleinement atteint. Des progrès ont été faits dans la mise à disposition de locaux supplémentaires à usage de bureaux pour le personnel, parallèlement à la mise en place de mesures de nature à rendre le milieu de travail plus convivial. Le nouveau bâtiment de l'OMS/ONUSIDA, par exemple, a été construit de façon économe en utilisant des énergies renouvelables. Par suite du réexamen et de la réévaluation des services, les bureaux ont pu effectuer des gains de productivité et apporter des améliorations à la qualité des services. Ainsi, au Bureau régional du Pacifique occidental, les installations rénovées ou nouvellement construites, ainsi que la mise en place d'un système de notification pour le suivi des demandes, des réparations et de l'entretien préventif et correctif permettent de gérer plus efficacement les ressources disponibles. Toutefois, les exigences liées à l'augmentation des effectifs d'une part et à la stabilisation des budgets de l'autre sont une source de préoccupation.

Gestion efficace et rentable des fonctions de soutien logistique

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Coût moyen de certaines fonctions de soutien logistique relatives à l'impression et à la distribution, aux voyages et à la communication	Coût moyen à la fin de l'exercice 2004-2005	Ne pas dépasser le coût moyen de 2004-2005	Des réductions du coût des voyages aériens ont été obtenues par le Bureau régional de l'Afrique. Au Siège, le nombre de tarifs négociés avec les compagnies aériennes a augmenté. Les dépenses d'imprimerie ont été réduites grâce au recours à des fournisseurs extérieurs



Partiellement atteint. Les efforts visant à réduire les coûts ont été compromis par la dévaluation du dollar des Etats-Unis ainsi que par la hausse de l'inflation due en partie à la hausse du prix des carburants. Face à la renégociation de contrats et à une plus grande efficacité dans la prestation de services, des économies importantes ont pu être réalisées dans plusieurs domaines, en particulier l'impression et les voyages aériens. Le manque de personnel dans certains bureaux a menacé de compromettre la prestation des niveaux appropriés de services.

Fourniture d'un soutien efficace au plan de l'infrastructure et de la logistique aux réunions techniques et aux réunions mondiales des organes directeurs

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de services à améliorer	Nombre de services revus et adaptés au cours de l'année précédente	Diminution du nombre de problèmes à traiter et absence de récurrence	Les problèmes ont été moins nombreux et aucun problème majeur ne s'est reproduit



Partiellement atteint. L'appui apporté aux organes directeurs continue d'être analysé pour être encore amélioré. Cet appui comprend la préparation du lieu et des salles de conférences, l'interprétation, la documentation, la restauration, l'assistance aux voyages et les réservations d'hôtel. Les capacités limitées des salles de réunion dans certains bureaux, jointes à une augmentation du nombre des réunions des organes directeurs sans augmentation correspondante du budget, ont rendu difficile la fourniture du niveau convenu de prestations.

Mise à disposition des programmes techniques et des Etats Membres de fournitures sanitaires de meilleure qualité au meilleur prix

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Augmentation du pourcentage d'achats directs effectués dans le cadre d'accords négociés (UN Web Buy, par exemple)	Pourcentage d'achats directs effectués fin 2005	10 % d'augmentation des achats directs	Selon les bureaux, des augmentations comprises entre 40 et 60 % de l'utilisation du catalogue OMS Web Buy ont été réalisées par rapport à 2004-2005



Pleinement atteint. On a enregistré au cours de l'exercice une augmentation considérable des achats centralisés. A mesure que davantage d'accords à long terme seront conclus et que davantage d'articles essentiels deviendront disponibles par l'intermédiaire des catalogues mondiaux de l'OMS, des économies opérationnelles continueront d'être effectuées.

Amélioration de la sécurité et de la sûreté des terrains et bâtiments

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de sites OMS répondant aux normes minimales de sécurité opérationnelle	Sites répondant aux normes fin 2005	Ensemble des sites	On estime que 68 % des bureaux respectent les normes minimales de sécurité opérationnelle



Partiellement atteint. Malgré un respect accru des normes de sécurité opérationnelles/minimales, le manque de budget spécial et de financement connexe pour les dépenses de sécurité reste un obstacle majeur.

Aménagement des biens immobiliers

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence d'un plan-cadre continu sur 10 ans actualisé concernant les projets immobiliers	Plan-cadre de la période biennale précédente	Plan-cadre continu sur 10 ans adopté	Le projet de plan-cadre d'équipement 2008-2017 couvrant les projets immobiliers dans les principaux bureaux a été adopté par la Soixantième Assemblée mondiale de la Santé ¹
Proportion de projets mis en oeuvre avec le financement du fonds immobilier s'écartant des meilleures pratiques reconnues en ce qui concerne les normes de construction et d'environnement locales	Pourcentage de projets mis en oeuvre fin 2005 s'écartant des meilleures pratiques	Moins de 10 % des projets mis en oeuvre s'écartant des meilleures pratiques	Données insuffisantes pour déterminer la réalisation par rapport à la cible



Partiellement atteint. Malgré des allocations de crédits modestes, les bureaux ont entamé les travaux de rénovation nécessaires. Plusieurs projets d'agrandissement, de rénovation et de construction de locaux ont été achevés, répondant ainsi à la demande de locaux supplémentaires à usage de bureaux.

¹ Résolution WHA60.12.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Les bureaux font état d'une augmentation des demandes de services de dernière minute ainsi que de délais très courts pour l'organisation de manifestations et de réunions importantes.
- Il est prévu que, malgré les mesures d'économies, le coût des services d'appui augmente du fait de l'inflation, de la tendance à la baisse du taux de change du dollar des Etats-Unis d'Amérique et de l'augmentation des prix du pétrole.
- L'externalisation et la délocalisation des services se sont avérées des moyens rentables par rapport à leur coût de réduire les dépenses opérationnelles dans certains bureaux.
- Les négociations avec les principales compagnies aériennes et les alliances en vue d'élargir le régime des tarifs préférentiels ont continué à permettre des économies importantes.

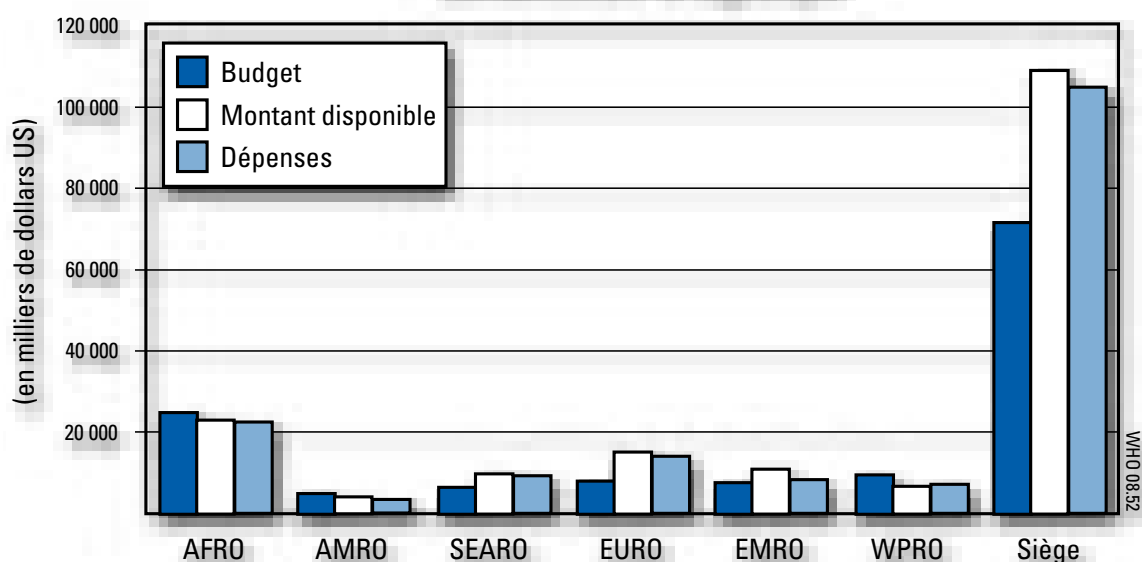
Mesures requises :

- La fixation et la communication de niveaux de services convenus devraient donner lieu à des attentes plus raisonnables.
- Les niveaux de services doivent être ajustés pour tenir compte de la hausse de l'inflation et de la tendance à la baisse du dollar des Etats-Unis d'Amérique, et les changements doivent être communiqués.
- Les réductions de dépenses grâce à l'externalisation et à la délocalisation de services d'appui devraient se poursuivre chaque fois qu'elles sont jugées d'un bon rapport coût/efficacité.
- Des négociations globales devraient être poursuivies dans d'autres domaines où elles sont susceptibles de porter leurs fruits, comme ce fut le cas pour les services d'agences de voyages et de photocopie.
- Les négociations avec les principales compagnies aériennes et les alliances de compagnies aériennes afin d'étendre le régime des tarifs préférentiels devraient être poursuivies et élargies aux vols au départ d'autres villes que Genève mais payés par le Siège et aux vols entre d'autres lieux d'affectation payés par les bureaux régionaux.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Infrastructure et logistique												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	10 029	13 971	24 000	9 548	13 187	22 736	94.7%	9 548	12 891	22 439	98.7%	93.5%
AMRO	2 213	1 976	4 189	2 640	1 013	3 654	87.2%	2 593	1 013	3 606	98.7%	86.1%
SEARO	2 521	3 598	6 119	2 426	6 781	9 207	150.5%	2 426	6 772	9 198	99.9%	150.3%
EURO	5 637	1 642	7 279	5 651	8 980	14 631	201.0%	5 651	7 852	13 503	92.3%	185.5%
EMRO	5 315	1 664	6 979	4 070	5 833	9 903	141.9%	4 070	3 857	7 927	80.1%	113.6%
WPRO	4 789	4 190	8 979	4 190	2 508	6 698	74.6%	4 190	2 508	6 698	100.0%	74.6%
Total partiel Régions	30 504	27 041	57 545	28 526	38 302	66 828	116.1%	28 478	34 893	63 371	94.8%	110.1%
Siège	38 020	32 915	70 935	37 860	70 967	108 827	153.4%	37 831	66 445	104 276	95.8%	147.0% **
Total	68 524	59 956	128 480	66 386	109 269	175 655	136.7%	66 309	101 338	167 647	95.4%	130.5%

Infrastructure et logistique



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

** Les chiffres correspondant aux ressources disponibles et aux dépenses pour le Siège comprennent les fonds fiduciaires pour la fourniture de services, par le biais desquels l'OMS procède à des achats pour le compte des Etats Membres. Ces fonds ne sont pas destinés à la mise en oeuvre des programmes de l'OMS ; il n'en est donc pas tenu compte dans les chiffres du budget programme. Cela explique les différences entre les chiffres du budget et les dépenses dans plusieurs lieux d'affectation et en particulier au Siège.

PRESENCE ESSENTIELLE DE L'OMS DANS LES PAYS (SCC)

Objectif(s) de l'OMS

Assurer la pertinence et l'efficacité de l'action de l'Organisation et lui permettre de s'acquitter de son obligation redditionnelle vis-à-vis des États Membres par une présence essentielle dans les pays reposant sur les atouts de l'OMS et adaptée au contexte de chaque pays tel qu'exposé dans la stratégie de coopération avec le pays ; allouer les ressources techniques et financières nécessaires ; et faire en sorte que le pays ait son mot à dire dans la politique de l'OMS et son action technique et de sensibilisation.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- Nombre de pays dans lesquels l'Organisation est assurée d'une présence essentielle bien définie avec un plan de travail et les ressources requises pour tenir compte des problèmes prioritaires définis dans la stratégie de coopération avec le pays concerné. Dans l'ensemble des 147 pays où l'OMS dispose d'un bureau de pays, sa présence a été fixée en fonction des ressources prévues dans le budget programme 2006-2007.

Principales réalisations

- La plupart des bureaux de pays (80 %) sont maintenant raccordés au réseau privé mondial, ce qui a grandement amélioré la communication au sein de l'Organisation.
- Toutes les Régions sont convenues de mettre en place un système commun de sélection sur concours pour recruter les chefs des bureaux de pays de l'OMS afin de développer leur potentiel.
- Dans certaines Régions, la délégation de pouvoirs est désormais plus importante. Un accord est en outre intervenu sur l'examen ultérieur de la délégation de responsabilité programmatique et gestionnaire en vue d'autonomiser les équipes OMS dans les pays.
- Le compte commun a financé intégralement le renforcement des capacités dans les bureaux régionaux et de pays.
- La Quatrième Réunion mondiale des bureaux de pays de l'OMS avec le Directeur général et les Directeurs régionaux s'est déroulée au Siège en 2007. Cette concertation a débouché sur l'institutionnalisation de la participation des chefs des bureaux de pays au processus de formulation des politiques et sur d'autres points de décision importants auxquels les trois niveaux de l'Organisation sont en train de donner suite.

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

Maintien des bureaux de l'OMS dans les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de bureaux de l'OMS dans les pays	143	143	147 ¹



Pleinement atteint. Dans certains pays, des bureaux auxiliaires ont aussi été mis en place. Dans la Région européenne, un nouveau bureau de pays a ouvert ses portes au Monténégro. Le rapport d'enquête 2007 sur la présence de l'OMS dans les pays, reposant sur un taux de réponse de 100 %, donne des informations détaillées sur les bureaux de pays et les bureaux spéciaux, les bureaux auxiliaires, la dotation en personnel et le financement des bureaux de pays, l'emploi des stratégies de coopération avec les pays et la participation des équipes OMS dans les pays aux

¹ Ce chiffre comprend à la fois les bureaux de pays de l'OMS et les bureaux extérieurs spéciaux, par exemple ceux implantés à la frontière entre les États-Unis et le Mexique et dans le territoire palestinien occupé.

processus de développement national, et sur la participation de l'équipe de pays des Nations Unies. Les troubles et l'instabilité politiques ont été signalés par plusieurs Régions comme faisant obstacle à la mise en oeuvre effective du programme et au fonctionnement des bureaux de pays. Dans la Région des Amériques, l'une des transformations majeures a consisté à restructurer l'ancien bureau de coordination du programme des Caraïbes, implanté à la Barbade, et à le reconvertir en deux entités séparées opérant dans les mêmes locaux, mais avec des missions et des domaines de compétence distincts.

Amélioration de la présence essentielle de l'OMS et de la capacité d'exécuter le programme stratégique de l'OMS au niveau des pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mise en place de systèmes de sélection sur concours des représentants et agents de liaison de l'OMS	Système de sélection mis en place dans une Région	Systèmes de sélection appliqués de façon systématique dans toutes les Régions	Quatre des six Régions ont appliqué un système de sélection sur concours spécifique à la Région pour recruter les chefs de bureaux de pays de l'OMS
Remodelage systématique du profil des équipes OMS dans les pays en fonction des besoins définis dans les stratégies de coopération avec les pays	Méthodologie du remodelage du profil des équipes de pays en cours d'élaboration dans certaines Régions	Remodelage des équipes de pays de l'OMS intégré au processus gestionnaire de l'OMS dans toutes les Régions	La méthodologie du remodelage du profil a été arrêtée à partir de l'expérience réalisée dans une Région. On a ensuite procédé à un remodelage du profil dans toutes les Régions d'après les stratégies de coopération avec les pays, telles qu'elles ont été approuvées dans le budget programme 2006-2007. Deux Régions ont établi la version finale des principes de réaménagement des bureaux de pays, des organigrammes et plans de ressources humaines en s'inspirant du cadre que représentent les stratégies de coopération avec les pays
Proportion de représentants et d'agents de liaison de l'OMS ayant participé au moins une fois pendant la période biennale à des groupes de référence et autres mécanismes de consultation au niveau mondial	Proportion telle que donnée par l'enquête à la fin de 2005	Augmentation de 25 % (enquête à la fin de 2007)	Il n'y a pas eu de suivi systématique permettant d'évaluer le taux d'accroissement de la participation des représentants et agents de liaison de l'OMS aux réunions et consultations mondiales
Mise en place de mécanismes d'exécution des programmes pour que les pays bénéficient d'un appui technique cohérent et coordonné à tous les niveaux et dans tous les domaines d'activité de l'OMS	Les mécanismes d'exécution coordonnée des programmes ont débuté dans quelques Régions	Les mécanismes d'exécution coordonnée des programmes sont en place dans toutes les Régions	Les Régions envisagent différemment, selon leur spécificité, la notion d'appui technique cohérent et coordonné fourni aux pays. Une Région a mis en place une équipe d'appui interpay et une autre a restructuré ses bureaux sous-régionaux afin d'accroître le soutien technique aux pays



Partiellement atteint. Le mandat des chefs des bureaux de pays a été revu afin de refléter l'évolution du rôle de l'OMS à l'échelle des pays ; il a été approuvé par le groupe de la politique mondiale. Toutes les Régions sont convenues de recourir à un système commun de sélection sur concours pour recruter les chefs des bureaux de pays afin de développer leur potentiel.

La politique de l'OMS sur sa présence dans les pays, élaborée sous l'autorité des directeurs de programme adjoints, s'inscrit dans le cadre de la feuille de route définie pour l'action en faveur des pays, laquelle vise à promouvoir les compétences et les aptitudes des équipes dans les pays.

La capacité des bureaux de pays a été confortée de manière à intégrer les partenariats, la mise en conformité et l'harmonisation, ainsi que la réforme des Nations Unies. Le module d'apprentissage de la mise en conformité et de l'harmonisation a été expérimenté sur le terrain dans trois pays et se déploie progressivement depuis 2008. Une équipe d'appui aux pays pour mettre en oeuvre la réforme des Nations Unies a été constituée en vue d'aider les équipes OMS qui y participent dans des pays pilotes. Des informations importantes sur les pays, ainsi que la rétroinformation, sont mises en commun dans le cadre d'un bulletin et d'un lieu de partage dédiés à cet effet.

Le cadre d'harmonisation pour la santé en Afrique a été adopté dans le but de permettre au personnel du Siège et des bureaux régionaux de l'Organisation, ainsi qu'aux partenaires intervenant dans des domaines connexes, de travailler de concert avec les homologues nationaux de 14 pays à la promotion d'une cohérence programmatique à l'échelon des pays. Le Bureau régional des Amériques et l'OPS ont décentralisé 42 postes et redéployé les ressources humaines correspondantes vers les bureaux de pays, souhaitant ainsi renforcer la présence essentielle de l'OMS et sa capacité à mettre en oeuvre, dans les bureaux de pays, le programme stratégique découlant de la stratégie de coopération avec les pays. Le Bureau régional de l'Afrique a mis sur pied une équipe d'appui interpays dans le dessein d'accroître la réactivité des bureaux de pays face aux besoins locaux recensés. La délégation de pouvoirs au bénéfice des chefs des bureaux de pays a progressé dans certaines Régions. Le Bureau régional de l'Europe leur a conféré le titre de superviseurs au premier niveau du personnel technique local et leur a octroyé un rôle de premier plan dans la sélection des administrateurs nationaux. Il a fallu plus de temps que prévu pour dégager un consensus autour d'une proposition de sélection sur concours des chefs des bureaux de pays. Bien que deux Régions aient systématiquement procédé à un remodelage de profil pour définir la présence dans le pays, conformément à la stratégie de coopération avec les pays, les contraintes budgétaires ont empêché d'étendre cet exercice de remodelage à l'ensemble des Régions.

Stratégies de coopération avec les pays élaborées, mises à jour et utilisées aux fins de la planification de l'activité de l'OMS dans les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Nombre de stratégies de coopération avec les pays conformes aux objectifs et aux plans nationaux et correspondant aux programmes et processus, au niveau des pays, de l'Organisation des Nations Unies et d'autres organismes de développement	133 ²	143, dont 25 % revues/mises à jour	148, dont plus de 30 % revues/mises à jour
Application d'un système commun de planification conjointe pour l'établissement d'un plan et budget uniques reposant sur la stratégie de coopération avec les pays	Approche commune mise en place sur la base de l'expérience acquise dans les Régions	Système commun appliqué dans toutes les Régions	Le Système mondial de gestion reconnaît par essence la notion de plan unique de pays. Il sera mis en oeuvre lors du prochain exercice dans le cadre du Système mondial de gestion



Pleinement atteint. Si des progrès ont été réalisés en matière d'institutionnalisation de la stratégie de coopération avec les pays au sein de l'OMS, il faudra surveiller étroitement le processus pour veiller à ce que ces principes et caractéristiques essentiels soient observés dans toute l'Organisation, notamment eu égard au programme destiné à améliorer l'efficacité de l'aide, tel qu'il est préconisé dans la Déclaration de Paris (2005). Des activités inhérentes à la stratégie de coopération avec les pays se sont déroulées tout au long de l'exercice dans le but d'améliorer la mise en conformité avec les priorités nationales et l'harmonisation avec le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement et d'autres bases de partenariat. Les bureaux de pays font appel aux stratégies de coopération avec les pays pour établir leurs plans de travail avec les bureaux régionaux, réajuster leurs compétences et aptitudes, défendre les priorités de l'OMS et mobiliser des ressources. Un nouveau manuel ayant pour objet d'améliorer la qualité ainsi que l'utilisation de ces stratégies est en cours d'élaboration.

La notion et la pratique de la planification conjointe au service d'un plan unique de pays transparaissent maintenant dans les directives de planification opérationnelle. L'application d'un mécanisme commun dans toute l'Organisation se heurte encore à certaines difficultés essentiellement

² Dont une stratégie de coopération avec les pays pour l'Organisation des Etats des Caraïbes orientales et une pour les 14 Etats et territoires couverts par le représentant de l'OMS dans le Pacifique Sud.

dues au non-respect des directives et à une incertitude quant à la nature de la contribution du Siège au plan unique de pays. Bien que la planification par le Secrétariat d'un plan et budget uniques de pays ne soit pas encore une réalité partout, le réseau des unités d'appui aux pays a conçu une méthodologie visant à cartographier systématiquement les priorités de la stratégie de coopération, en indiquant les objectifs stratégiques et les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation du plan stratégique à moyen terme ; l'idée consiste à s'assurer que la stratégie de coopération avec les pays – tant individuellement que collectivement – éclaire la planification opérationnelle à tous les niveaux de l'Organisation.

Renforcement des mécanismes de mise en oeuvre et de suivi efficaces des politiques d'action en faveur des pays et de décentralisation de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Disponibilité d'informations gestionnaires OMS pour la politique en faveur des pays, dont un ensemble minimal d'indicateurs de résultats au niveau des pays	Conception d'un système d'informations gestionnaires pour la politique en faveur des pays	Informations gestionnaires pour la politique en faveur des pays produites et diffusées dans toute l'Organisation	Le réseau des unités d'appui aux pays a contribué à faciliter la mise en oeuvre de la politique et des stratégies en faveur des pays, ainsi qu'à suivre les progrès réalisés et à mettre en commun les informations par le biais des rapports annuels sur l'action en faveur des pays (rédigés en trois langues), du site Web pertinent (disponible en quatre langues) et du portail du réseau
Mise en commun continue des meilleures pratiques par le biais de réunions des représentants et agents de liaison de l'OMS	Une réunion à l'échelle de l'ensemble de l'Organisation et, dans chaque Région, au moins deux réunions par exercice biennal	Une réunion à l'échelle de l'ensemble de l'Organisation et, dans chaque Région, au moins deux réunions par exercice biennal	La Quatrième Réunion des chefs des bureaux de pays de l'OMS avec le Directeur général et les Directeurs régionaux. Tous les chefs des bureaux de pays ont aussi participé au moins une fois par an à leur réunion régionale afin de mettre en commun les meilleures pratiques
Réseau efficace d'unités d'appui aux pays avec la participation des trois niveaux de l'Organisation	Fonctions du réseau des unités d'appui aux pays exécutées comme indiqué dans le rapport du réseau pour 2004 ³	Ensemble des fonctions du réseau exécutées	L'efficacité du réseau des unités d'appui aux pays a contribué à plusieurs avancées importantes à l'échelle de l'Organisation, notamment à renforcer la fonction d'appui au pays
Niveau de satisfaction des représentants et agents de liaison de l'OMS, compte tenu du soutien technique reçu des bureaux régionaux et du Siège pour les stratégies de coopération avec les pays	Résultats de la première enquête qualitative sur le niveau de satisfaction des représentants et agents de liaison de l'OMS (fin 2005)	25 % d'augmentation du niveau de satisfaction tel que mesuré par la deuxième enquête qualitative (fin 2007)	D'après les résultats des enquêtes, aucune modification substantielle n'est intervenue dans le niveau de satisfaction des représentants et agents de liaison de l'OMS, mesuré entre les deux exercices biennaux, compte tenu du soutien technique reçu des bureaux régionaux et du Siège



Partiellement atteint. La politique et les stratégies en faveur des pays ont fait l'objet d'un suivi grâce au portail du réseau des unités d'appui aux pays, et les progrès enregistrés ont été mentionnés dans les rapports annuels établis en 2006 et 2007. Le réseau s'est réuni à quatre occasions pour partager des informations, faire le point sur l'état d'avancement de la mise en oeuvre de la politique en faveur des pays et dégager un consensus sur des actions prioritaires de premier plan. L'une de ces réunions a rassemblé les réseaux des unités d'appui aux pays et de planificateurs qui ont examiné les divers points d'un ordre du jour commun, à savoir notamment : la planification conjointe, le plan unique de pays reposant sur la stratégie de coopération avec les pays et l'imbrication de cette stratégie dans le cadre gestionnaire de l'OMS. L'application des programmes de collaboration entre l'OMS et les pays a été suivie régulièrement au Bureau régional de l'Europe par le programme d'appui à la gestion des opérations des pays et le service d'assistance à l'action des pays, ainsi qu'au Bureau régional des Amériques/OPS. Les consultations entre chefs des bureaux de pays, organisées au plan régional, ont contribué à recenser les lacunes existant dans le domaine de la mise en oeuvre et à rectifier le tir pour améliorer le fonctionnement de l'OMS au niveau des pays. La mise en place et l'application du système de gestion de l'activité des pays

³ Country Support Unit Network 2004 [Réseau des unités d'appui aux pays 2004]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

dans la Région de la Méditerranée orientale a permis d'améliorer l'efficacité des bureaux de pays de la Région et servi de relais pour comprendre et mettre en oeuvre le Système mondial de gestion.

Malgré ces réalisations, la fourniture d'un soutien technique et gestionnaire adéquat aux pays, lequel est décisif pour améliorer le fonctionnement de l'OMS, est encore inégale d'une Région à l'autre et pas assez solide au Siège. Certaines Régions ont commencé à s'intéresser à la façon de faire le bilan de la coopération au niveau des pays. Deux monographies ont été réalisées en 2006-2007 et un plus grand nombre est prévu pour 2008-2009. Une méthodologie est en cours d'élaboration sur la nature de la participation de l'OMS à chaque cycle de la stratégie de coopération avec les pays.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Une connaissance et une compréhension correctes de chacun des pays, ainsi que de leurs besoins et priorités sanitaires stratégiques, constituent un préalable essentiel à la collaboration avec les pays.
- La stratégie de coopération avec les pays est un système qui propose un tremplin de coopération technique en réunissant tous les niveaux de l'Organisation ainsi que tous les autres partenaires de santé, de façon à ce qu'ils apportent une réponse coordonnée aux besoins des pays.
- Les stratégies de coopération avec les pays se sont avérées très utiles pour établir les plans stratégiques à moyen terme et les plans opérationnels.
- Il y aurait lieu de dynamiser la présence essentielle de l'OMS dans les pays et de valoriser sa crédibilité en renforçant la capacité des chefs et des équipes des bureaux de pays au vu de leurs besoins, de même qu'en réaffectant des ressources humaines aux bureaux de pays.
- L'OMS doit être professionnellement et administrativement très présente dans les pays afin d'encourager la collaboration ainsi qu'une coordination et une communication efficaces avec les pouvoirs publics et autres protagonistes de la santé, et de regrouper tous les niveaux de l'Organisation.
- La planification conjointe entre les trois niveaux de l'Organisation et l'ensemble des programmes permet d'accroître la confiance et d'encourager un engagement collectif au service des buts et objectifs escomptés à l'échelle de l'Organisation, comme indiqué lors de la Quatrième Réunion mondiale des chefs des bureaux de pays de l'OMS avec le Directeur général et les Directeurs régionaux.
- Dans le contexte du nouvel environnement de l'assistance, l'obtention de résultats passe par la collaboration avec les acteurs du développement, notamment les partenaires des Nations Unies, conjuguée à l'appui aux pays pour les aider à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

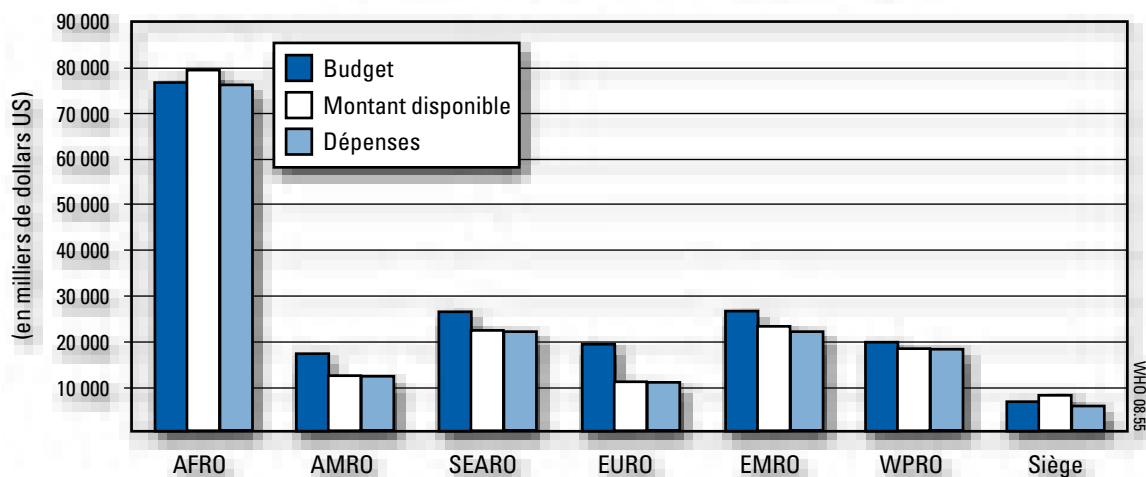
Mesures requises :

- Continuer à encourager et à suivre la mise en oeuvre de la politique en faveur des pays en s'appuyant sur la feuille de route pertinente.
- Pour prendre pleinement conscience des retombées bénéfiques de ces stratégies dans les pays, il faut une approbation, une diffusion et une surveillance officielles des stratégies de coopération avec les pays dans tout le Secrétariat.
- Les stratégies de coopération avec les pays devraient inspirer la planification stratégique à tous les niveaux de l'Organisation.
- La mise au point des stratégies de coopération avec les pays ou leur renouvellement devrait s'articuler autour des actions découlant du cadre d'aide au développement des Nations Unies, des plans de travail nationaux et du remodelage des bureaux de pays afin d'assurer la présence voulue dans les pays.
- Il conviendrait de donner priorité à la formation des équipes des bureaux de pays pour leur permettre de s'occuper des partenariats ainsi que du programme de mise en conformité et d'harmonisation, et notamment de la réforme du système du coordonnateur résident des Nations Unies.
- L'évaluation des résultats de l'action menée par l'OMS dans les pays demande à être affinée.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Présence essentielle de l'OMS dans les pays												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	63 515	13 065	76 580	70 804	8 299	79 103	103.3%	70 730	5 153	75 883	95.9%	99.1%
AMRO	11 702	5 173	16 875	11 459	1 056	12 515	74.2%	11 420	802	12 222	97.7%	72.4%
SEARO	18 636	7 437	26 073	17 298	5 166	22 464	86.2%	17 298	4 623	21 921	97.6%	84.1%
EURO	8 487	10 398	18 885	9 089	2 291	11 380	60.3%	9 089	1 802	10 891	95.7%	57.7%
EMRO	11 701	14 613	26 314	11 906	11 264	23 170	88.1%	11 906	10 264	22 170	95.7%	84.3%
WPRO	11 478	7 848	19 326	11 625	6 686	18 311	94.7%	11 625	6 344	17 969	98.1%	93.0%
Total partiel Régions	125 519	58 534	184 053	132 181	34 761	166 942	90.7%	132 068	28 988	161 056	96.5%	87.5%
Siège	3 105	3 445	6 550	2 984	4 999	7 983	121.9%	2 984	2 770	5 754	72.1%	87.8%
Total	128 624	61 979	190 603	135 165	39 760	174 925	91.8%	135 052	31 758	166 810	95.4%	87.5%

Présence essentielle de l'OMS dans les pays



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

GESTION DES RESSOURCES HUMAINES A L'OMS (HRS)

Objectif(s) de l'OMS

Afin que l'OMS bénéficie de l'appui qui lui est nécessaire pour remplir le rôle de promotion et de protection de la santé, définir les orientations stratégiques, les politiques et les modalités indispensables pour fournir des services de ressources humaines efficaces en temps voulu.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- Niveau d'excellence atteint en ce qui concerne la prestation en temps voulu de services de ressources humaines de grande qualité au Siège, dans les bureaux régionaux et les bureaux de pays. Le Siège et les bureaux régionaux ont conçu et mis en oeuvre les politiques et modalités nécessaires pour faciliter la prestation de services de qualité aux membres du personnel et de l'encadrement dans toute l'Organisation.

Principales réalisations

- Un soutien a été apporté au Centre mondial de services ainsi qu'à la classification des postes, au recrutement et aux relations avec l'extérieur, au développement des carrières, de même qu'à la révision des traitements et indemnités.
- Les prestations se sont améliorées dans les domaines suivants : processus de sélection accéléré, tests électroniques et renforcement des outils électroniques, recrutement groupé pour des postes analogues dans des programmes différents ; et mise sur pied de la planification des ressources humaines dans le cadre du Système mondial de gestion.
- Le cadre des accords contractuels révisés a été approuvé par les organes directeurs de l'OMS et mis en oeuvre.
- La version électronique du Système de gestion et de développement des services du personnel a été modifiée afin d'y incorporer à la fois les compétences du personnel et des plans de valorisation individuelle. Il est utilisé au Siège par toutes les catégories de personnels titulaires d'un contrat de durée déterminée et il est aussi à l'essai dans deux Régions.
- La gamme des possibilités de formation continue et de valorisation à l'appui des compétences essentielles a été étendue grâce à l'adjonction de cours dans les domaines suivants : gestion de la diversité, conduite d'entretiens difficiles, connaissance et contrôle de soi, et communication efficace. Les programmes d'enseignement à distance ont permis au personnel des bureaux de pays de participer à un plus grand nombre de programmes. En outre, la formation destinée à des catégories spécifiques comme les assistants administratifs a été élargie de façon à englober les comportement et compétences allant au-delà des savoirs et savoir-faire exigés dans les processus administratifs.

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

Instauration d'un nouveau système mondial d'information sur les ressources humaines, simplification et refonte des procédures, afin d'offrir au personnel dans le monde entier des informations de meilleure qualité, plus nombreuses et plus facilement accessibles

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Cohérence entre les bureaux des informations mondiales	Manque d'informations cohérentes dans l'ensemble de l'Organisation sur les ressources humaines	Mise en place et bon fonctionnement du module ressources humaines du Système mondial de gestion	Comme le Système mondial de gestion n'est pas encore opérationnel, le module ressources humaines n'a pas encore été mis en place
Mesure dans laquelle il est possible de remodeler les unités et d'analyser l'écart entre les compétences requises et les compétences disponibles	Remodelage limité par le manque d'outils et d'information	Utilisation d'outils de remodelage et analyse des compétences manquantes par toutes les unités	Environ 80 % des unités ont eu recours à des outils de remodelage et/ou à l'analyse des compétences manquantes



Partiellement atteint. L'accès aux outils électroniques s'est amélioré et leur conception s'est affinée en prévision du lancement du Système mondial de gestion. Le Guide électronique des ressources humaines a été actualisé, notamment dans le but de faciliter l'application cohérente des règles et procédures. Les politiques et modalités qui sous-tendent le Système mondial de gestion ont été rédigées et adressées au Conseil mondial personnel/administration ainsi qu'au bureau du Conseiller juridique pour approbation. Dans le cadre de la revue des orientations stratégiques et des compétences, le Siège et les bureaux régionaux ont prêté leur concours à l'élaboration des structures organisationnelles et fonctionnelles, notamment en finançant les missions et la participation, et en tenant le personnel informé de l'application cohérente des outils de remodelage et de l'analyse des compétences manquantes. En 2006, quelque 470 postes à durée déterminée ont été créés suite à la revue des orientations stratégiques et des compétences. Afin d'accélérer le processus de recrutement pour les catégories de postes où il serait judicieux d'utiliser des descriptions génériques, des listes de candidats présélectionnés ont été dressées et des tests, suivis d'entrevues initiales, ont été organisés de façon centrale. Les bureaux régionaux et de pays ont fait de même. Les fonctions dont s'acquittait traditionnellement le personnel recruté sur une base temporaire, et pour lesquelles il existe un besoin permanent bien précis, sont rattachées aux postes nouvellement créés. Le Siège a aussi établi une liste s'accompagnant de la redéfinition des profils des postes et du rapprochement qui en résulte. Un outil de planification a été élaboré afin de veiller à ce que les ressources humaines fassent partie intégrante du processus global de planification opérationnelle, et une table de données temporaire a été conçue pour pouvoir télécharger directement des informations dans le Système mondial de gestion. Cet outil permettra en outre de planifier l'évaluation des ressources humaines, ce qui facilitera le travail des administrateurs. Le personnel chargé des ressources humaines a participé à la conception et à l'expérimentation des applications et des processus de notification et d'examen s'y rapportant au sein du Système mondial de gestion. Le recrutement électronique a, lui aussi, été actualisé, intensifié et amélioré sous l'angle de la sécurité.

Mise en place de programmes de formation efficaces adaptés aux besoins du personnel et de l'Organisation, et utilisation effective de plans de carrière individuels dans l'ensemble de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Satisfaction du personnel quant aux perspectives de carrière qu'offre l'OMS	Perspectives de carrière limitées	Davantage de programmes de formation d'après les estimations de la demande	La gamme des possibilités de valorisation et de formation continue a été étendue
Satisfaction du personnel quant aux capacités de gestion et d'encadrement à l'OMS	Programme limité de formation à l'encadrement et à la gestion	Programme de formation à l'encadrement et à la gestion pour tous les gestionnaires de niveaux supérieur et intermédiaire	Suite à la participation de 400 cadres supérieurs au Programme mondial d'encadrement, la perception de l'efficacité des gestionnaires qu'ont les membres du personnel est passée de 38 à 44 %. En 2007, 66 % des membres du personnel considéraient leur supérieur hiérarchique comme un bon chef d'équipe contre 57 % en 2005



Partiellement atteint. Une politique d'investissement dans la valorisation et la formation continue, qui favorise l'équilibre entre les compétences techniques, l'encadrement, la gestion et l'administration, les compétences essentielles et la mise au courant des nouveaux collaborateurs, a été formulée et mise en pratique dans toute l'Organisation. Bien que tous les domaines soient visés, la valorisation des compétences techniques varie sensiblement et il convient d'adopter une conception plus stratégique et systématique. De même, si les perspectives de carrière sont vastes, le personnel des bureaux de pays doit pouvoir y accéder plus facilement. L'Organisation continuera d'investir dans des moyens novateurs d'enseignement à distance efficaces en vue d'offrir un accès plus équitable. Au cours de l'exercice biennal, un fonctionnaire sur huit s'est inscrit pour suivre des cours dans les langues officielles de l'OMS. L'utilisation des possibilités de formation continue varie énormément : les femmes semblent s'engager davantage que les hommes et la participation a tendance à décroître à mesure qu'augmentent les responsabilités et la classe du poste. Les opportunités de valorisation et de formation continue proposées par l'Organisation doivent prévoir l'impact souhaité sur la réalisation des objectifs énoncés. Il faudra pour cela restructurer les possibilités de formation et investir avec plus de discernement tant individuellement que collectivement. D'après une enquête de l'OMS sur l'encadrement et la gestion, la satisfaction du personnel quant aux perspectives de carrière s'est accrue entre 2005 et 2007. Des plans de valorisation personnelle ont été mis en place pour 65 % des collaborateurs contre 57 % en 2005, et 55 % des administrateurs encouragent désormais la formation continue contre 51 % en 2005. Les supérieurs hiérarchiques proposent une assistance professionnelle pour améliorer les compétences et 35 % des membres du personnel estiment que l'OMS investit dans la valorisation de ses ressources humaines contre 29 % en 2005.

Le Programme d'encadrement mondial a été conçu dans le but d'améliorer la capacité d'encadrement et de gestion des administrateurs de l'OMS. Avant son lancement, une enquête était censée évaluer son impact en mesurant, à l'échelle mondiale, la façon dont les membres du personnel percevaient les actes et le comportement de leurs supérieurs hiérarchiques. Une nouvelle enquête a été menée après que 400 des cadres supérieurs de rang élevé, ayant des responsabilités en ressources humaines et financières dans toute l'Organisation, eurent participé au Programme. Une trentaine de plus que prévus à l'origine ont pu y prendre part suite à l'extension de ce Programme aux cadres moyens ayant des responsabilités importantes. Le Programme a montré qu'il avait eu des répercussions positives sur la perception que le personnel avait des administrateurs de l'OMS à tous les niveaux de l'Organisation. Faute d'établir un lien de causalité directe, l'enquête a révélé des accroissements statistiquement significatifs pour la plupart des indices de mesure. Toutefois, malgré une satisfaction accrue, il reste beaucoup à faire : pérenniser le Programme en 2008-2009 et veiller à ce que les nouveaux venus parmi les administrateurs y participent et qu'un échantillonnage plus vaste de cadres moyens aient les mêmes possibilités. L'évaluation a aussi mis en évidence les points faibles de certains aspects de l'encadrement et de la gestion, qu'il convient de mieux prendre en compte soit par l'intermédiaire du Programme, soit par d'autres moyens, par exemple en accroissant les investissements dans les ressources humaines et en récompensant les collaborateurs qui valorisent leurs compétences.

Application intégrale du système de roulement et de mobilité en publiant au moins une fois par an une liste de vacances de poste

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion de membres du personnel qui, ayant atteint la durée maximum de leur affectation, participent au programme de roulement et de mobilité	Nombre insuffisant de candidats au roulement et à la mobilité	80 %	Le Directeur général a décidé que la mise en place d'un régime mondial de mobilité devrait être reporté à 2008-2009



Reporté. Une politique de roulement et de mobilité a été acceptée par le Conseil mondial personnel/administration et approuvée par le Directeur général, mais sa mise en oeuvre a été ajournée. Sur l'ensemble des postes internationaux du Centre mondial de services, 70 % ont été pourvus par des candidats internes qui étaient disposés à se déplacer. L'incidence de la mobilité sur les membres du personnel et leur famille continue d'être examinée dans le cadre de la stratégie de roulement et de mobilité du personnel. L'OMS participe activement à l'initiative lancée par le Secrétaire général des Nations Unies pour appuyer l'emploi des conjoints expatriés.

Meilleures conditions de travail et mise en oeuvre de politiques avantageuses pour le personnel ; alignement du régime des traitements et indemnités de l'OMS sur celui des organisations de terrain du système des Nations Unies

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mesure dans laquelle les politiques sont devenues plus avantageuses pour le personnel	La politique relative à l'indemnité de subsistance pour opérations spéciales n'est pas appliquée ; absence de programme de prise en charge de l'état de stress post-traumatique et de services de conseils au niveau mondial	Octroi d'une indemnité de subsistance pour opérations spéciales ; programmes de prise en charge du stress et de l'état de stress post-traumatique	Les amendements apportés au Règlement du Personnel sont entrés en vigueur dans les domaines suivants : politiques et modalités d'indemnisation au titre de la mobilité et de la sujétion, politique relative aux partenariats domestiques, congé de paternité, congé de maternité de quatre semaines supplémentaires pour naissances multiples et congé d'adoption accordé indifféremment à l'un ou l'autre des deux parents. Le Règlement du Personnel a aussi été modifié pour tenir compte des recommandations de la Commission de la Fonction publique internationale relatives à la rémunération du personnel de la catégorie professionnelle et de rang supérieur, aux traitements des membres du personnel occupant des postes hors classes et au traitement du Directeur général. La réforme des contrats et le principe « à travail égal, salaire égal » ont aussi été approuvés et mis à exécution



Pleinement atteint. Des sessions d'initiation interactives sur le VIH/sida ont été organisées afin de sensibiliser davantage et de faire mieux connaître au personnel les tenants et les aboutissants du VIH/sida sur le lieu de travail. La réforme des contrats est en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2007 et vise les domaines suivants : conversion en engagements continus des contrats à durée déterminée après une période de service actif ininterrompue d'une durée de cinq ans minimum et des prestations certifiées satisfaisantes ; engagements continus pour ceux qui, au 1^{er} juillet 2007, sont régis par certains critères contractuels ; engagements temporaires de deux ans maximum ; et engagements à durée déterminée d'un an, assortis d'une extension possible d'une durée de cinq ans maximum. Des conditions d'emploi nouvelles et meilleures, applicables au personnel temporaire recruté au plan local ou international, ont été mises en place et portent sur les points ci-après : allocations pour personnes à charge, assurance-maladie du personnel, augmentations à l'intérieur de la classe, prime de connaissances linguistiques, prime de risque, congé de maternité, congé de paternité et congé d'adoption. Des conditions de services nouvelles et meilleures, applicables au personnel temporaire recruté au plan international, quelle que soit la durée du contrat, ont aussi été instaurées ; il s'agit notamment de la prime d'affectation, de réinstallation (somme forfaitaire), des indemnités pour frais d'études, voyages au titre des études, indemnités de sujétion ainsi que des prestations et avantages améliorés.

Maintien des procédures et systèmes afin que l'Organisation recrute du personnel et remplisse ses obligations contractuelles d'employeur tout en offrant à l'ensemble du personnel un environnement de travail propice à son bien-être

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Proportion des réponses exactes et faites en temps utile aux questions et demandes d'assistance et des versements au personnel et aux retraités correspondant à leurs indemnités/allocations respectives, conformément au règlement relatif aux prestations et avantages	Selon l'enquête à la fin de 2005	100 %	Environ 75 %
Fréquence des recours pour non-respect des règles de l'Organisation	Achèvement de l'enquête sur le cadre organisationnel	Amélioration des résultats de l'enquête annuelle	Accroissement des recours, qui passent de 41 en 2006 à 45 en 2007



Partiellement atteint. Les méthodes et systèmes ont été maintenus et des améliorations ont été apportées. On a toutefois observé un accroissement du nombre des recours, lesquels devraient diminuer grâce à la mise en oeuvre de la réforme des contrats et à l'application de modalités de sélection améliorées.

Mise en place de systèmes fiables pour gérer la sécurité du personnel de l'OMS afin de permettre le déroulement des activités dans de bonnes conditions d'efficacité tout en assurant la sécurité, la sûreté et le bien-être du personnel

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de membres du personnel du Siège et des Régions chargés de mener des activités dans les pays, qui sont correctement formés aux procédures des Nations Unies relatives à la gestion de la sécurité et aux règles de sécurité personnelle	95 % des membres du personnel se rendant ou étant affectés dans les pays où une phase de sécurité a été déclarée, qui sont formés aux règles élémentaires de sécurité sur le terrain	100 %	On estime que 99 % des membres du personnel du Siège, des pays et des Régions ont réussi le test de base et 80 % le test avancé
Pourcentage des bureaux de pays qui sont équipés conformément aux normes minimales de sécurité opérationnelle	50 % des pays respectant les normes minimales de sécurité opérationnelle	80 %	75 %



Partiellement atteint. D'après les résultats de l'enquête, 68 % des bureaux, 75 % des bureaux de pays et 27 % des véhicules respectent les normes minimales de sécurité opérationnelle. Suite à l'attaque terroriste qui a frappé le bureau des Nations Unies à Alger, les normes minimales de sécurité opérationnelle seront renforcées dans bon nombre de pays, entraînant ainsi un surcoût non budgétisé.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Le logiciel de formation pour le Système mondial de gestion a nécessité davantage de ressources humaines et financières que prévu à l'origine.
- On aurait dû éviter de mettre en place un système de roulement et de mobilité à une période de grands changements organisationnels.
- Avant de modifier les conditions de service, ce qui suppose un changement de culture dans une Organisation où la représentation géographique est aussi vaste, il aurait fallu procéder à de larges consultations sur des sujets tels que la politique relative aux partenariats domestiques et le congé de paternité.
- Les modalités détaillées qui précèdent la mise en oeuvre de la réforme des contrats, ainsi que certaines mesures transitoires, ont exigé un investissement supplémentaire imprévu en temps et en ressources pour assurer une stratégie de communication et de formation efficaces.
- Davantage de membres du personnel auraient tiré profit de la modification des conditions de service, assortie d'une réorganisation des structures et de la mise en place d'un système de planification des ressources. Les changements devraient intervenir progressivement afin de permettre la réalisation d'un grand nombre de transactions contractuelles.

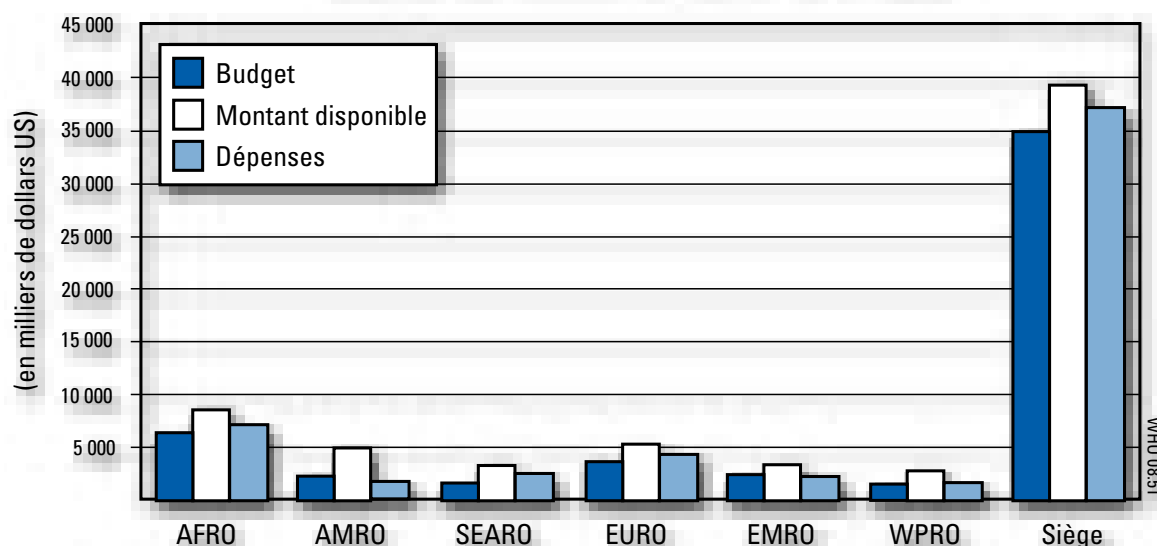
Mesures requises :

- La mise en oeuvre d'un système de roulement et de mobilité devrait être reportée à 2009.
- Il conviendrait d'allouer suffisamment de temps à l'organisation de consultations sur les principaux changements intervenus dans les politiques et pratiques relatives aux ressources humaines.
- Les Départements proposant des services d'appui devraient améliorer leur planification des ressources humaines afin de prévoir l'accroissement de la demande.
- Il serait bon que chaque Région fasse rapport tous les ans sur les progrès enregistrés concernant la réalisation des tests de sécurité.
- Les directeurs de l'Administration et des Finances et les représentants de l'OMS devraient être régulièrement tenus au courant de la formation à la sécurité et des normes minimales de sécurité opérationnelle, sans oublier leur incidence financière.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Gestion des ressources humaines à l'OMS												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	2 287	4 113	6 400	2 177	6 291	8 467	132.3%	2 103	4 978	7 081	83.6%	110.6%
AMRO	872	1 205	2 077	999	3 797	4 796	230.9%	954	790	1 744	36.4%	84.0%
SEARO	826	774	1 600	724	2 517	3 241	202.5%	724	1 640	2 364	72.9%	147.8%
EURO	2 644	956	3 600	2 904	2 218	5 122	142.3%	2 904	1 244	4 148	81.0%	115.2%
EMRO	980	1 257	2 237	1 071	2 347	3 418	152.8%	1 071	944	2 015	58.9%	90.1%
WPRO	733	651	1 384	659	2 028	2 687	194.2%	660	799	1 459	54.3%	105.4%
Total partiel Régions	8 342	8 956	17 298	8 534	19 198	27 732	160.3%	8 416	10 395	18 811	67.8%	108.7%
Siège	14 042	20 533	34 575	13 033	26 017	39 050	112.9%	13 028	23 991	37 019	94.8%	107.1%
Total	22 384	29 489	51 873	21 567	45 215	66 782	128.7%	21 444	34 386	55 830	83.6%	107.6%

Gestion des ressources humaines à l'OMS



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

GESTION DU SAVOIR ET TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION (KMI)

Objectif(s) de l'OMS

Promouvoir une culture organisationnelle s'appuyant sur une infrastructure des technologies de l'information qui réponde, dans les Etats Membres et au sein de l'Organisation, aux besoins des utilisateurs en matière de gestion du savoir et de technologies de l'information.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Existence, dans les systèmes de santé des Etats Membres et dans toute l'Organisation, de programmes adéquats de gestion du savoir adaptés aux besoins.* Le partage et la gestion du savoir ont été développés dans toute l'Organisation et extérieurement à travers la généralisation des communautés de pratique et une diffusion accrue des produits d'information de l'OMS et autres à travers le site Web et d'autres moyens, en plusieurs langues.
- *Existence d'une infrastructure appropriée de l'information et des communications d'un bon rapport coût/efficacité répondant aux besoins des utilisateurs à l'échelle de l'OMS.* Les progrès des infrastructures technologiques aux niveaux mondial, régional et des pays ont permis de mettre des services de télécommunication et des moyens informatiques de base à disposition de toute l'Organisation, ce qui a permis à l'OMS de revoir ses communications et opérations internes.
- *Application efficace du Système mondial de gestion à l'échelle de l'Organisation.* Le Système mondial de gestion repose sur une gamme complète de spécificités. Le personnel a consacré beaucoup de temps à valider ces spécificités et à préparer l'Organisation à la mise en service du système en 2008.

Principales réalisations

- La stratégie mondiale des technologies de l'information et de la communication a été finalisée et publiée.
- La majorité des membres du personnel de l'Organisation ont été raccordés par téléphone et par Internet à travers le réseau privé mondial.
- Des équipes spéciales ont aidé à élaborer le programme de technologie de l'information et des télécommunications pour le Système mondial de gestion.
- L'Index Medicus mondial, créé sous les auspices des bureaux régionaux de l'OMS, donne accès à des informations bibliographiques et à une documentation sanitaire publiés localement. Des outils de partage du savoir, tels que les communautés de pratique, existent dans la plupart des Régions.
- L'initiative d'accès à la recherche Interréseau-Santé et les deux programmes apparentés donnent gratuitement accès à des données médicales, environnementales, agricoles et nutritionnelles en ligne à près de 4500 institutions d'une centaine d'Etats Membres. De nouveaux sites Web ont été créés pour les bureaux de pays, principalement dans la Région africaine, la Région des Amériques, la Région européenne et la Région de la Méditerranée orientale. Une politique Web a été mise en place dans la Région européenne.
- Une politique des publications a été élaborée dans les Régions et au Siège. Un groupe de travail chargé d'examiner, de suivre et de normaliser les politiques en matière de publications dans toute l'Organisation a été créé. La commercialisation et la diffusion des produits d'information sanitaire sont demeurées des activités prioritaires. Un plan d'action destiné à promouvoir le multilinguisme dans toute l'Organisation a été soumis au Conseil exécutif.

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

Elaboration de politiques et de stratégies en matière de gestion du savoir, pour favoriser les apprentissages tant dans les systèmes de santé qu'à l'intérieur de l'Organisation

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence de politiques, de pratiques, d'outils et de formations efficaces en matière de gestion du savoir dans les Etats Membres et l'Organisation	Existence de politiques, d'outils et de formations en matière de gestion du savoir dans certains bureaux	Accès des systèmes de santé et de toute l'Organisation à des politiques, des pratiques et des outils efficaces ; participation de la plupart des pays cibles à leur mise au point	Des politiques et des stratégies de gestion du savoir ont été mises au point et diffusées au Siège et dans certaines Régions où le renforcement des capacités a commencé dans les bureaux de pays. Un projet de cadre complet pour la cybersanté et un cadre pour l'élaboration de politiques des technologies de l'information et de la communication et de la cybersanté au niveau national ont été établis
Existence de communautés de pratique pour renforcer l'efficacité gestionnaire et programmatique	Soutien de certaines communautés de pratique à l'intérieur de l'Organisation	Communautés de pratique actives dans les systèmes de santé cibles et dans toute l'Organisation	Un portail des communautés de pratique a été créé ; des lignes directrices ont été élaborées ; et certaines communautés de pratique ont été créées aux niveaux régional et national



Partiellement atteint. Le premier rapport de l'Observatoire mondial de la cybersanté a été publié. Les profils de pays sont maintenant pratiquement complets et seront publiés sous peu par les bureaux régionaux. Pour orienter la fourniture d'un soutien technique aux Etats Membres, une enquête sur les systèmes de connaissances en santé a été menée, à laquelle ont participé 42 pays. Un meilleur système de notification a été mis au point pour enregistrer les voyages effectués, les consultants employés et les enseignements tirés. Un système automatisé de désignation pour les centres collaborateurs a été mis en service pour améliorer la transparence et l'accessibilité des informations pour les différentes parties prenantes. De nouveaux réseaux de centres collaborateurs sont devenus opérationnels et ont entamé des travaux sur une stratégie de communication collégiale. Un portail des communautés de pratique a été créé, qui permet d'avoir accès facilement aux communautés thématiques à l'intérieur de l'Organisation comme auprès de ses partenaires. La collaboration entre les programmes techniques et les bureaux de l'OMS dans les pays a été efficace, mais le manque de ressources humaines et financières a compromis l'élaboration de normes et de critères régionaux et nationaux pour la gestion du savoir.

Intégration des produits d'information de l'OMS et des technologies de l'information et de la communication en matière de santé dans les systèmes d'apprentissage

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Etendue de l'utilisation d'interfaces spécialement adaptées aux besoins des usagers pour le partage de l'information	Utilisation non optimale des interfaces pour le partage de l'information	Meilleur usage d'environnements propices au partage des connaissances	Suite à leur adoption et à leur utilisation à l'échelle mondiale, un large éventail d'outils d'information modernes font désormais partie intégrante des méthodes de travail de l'OMS et sont indispensables à l'exécution de ses activités programmatiques. SharePoint, un système de gestion des documents ainsi que des outils de téléconférence, des ateliers en ligne et des outils d'enquête sont utilisés de façon systématique pour améliorer l'efficacité des activités de l'OMS, même si leur utilisation reste limitée
Pourcentage du personnel contribuant à l'enrichissement de la base de connaissances et profitant de cette base	Partage vertical des connaissances à l'intérieur de l'Organisation	Partage interinstitutions des connaissances	Tous les membres du personnel ont pu tirer avantage de l'affichage des produits d'information pertinents sur l'Internet et l'Intranet. Dans certains bureaux de pays, toutefois, le personnel n'a pas bénéficié de certains aspects de partage du savoir



Partiellement atteint. De nouvelles initiatives, telles que l'Africa Health Infoway et Sharing eHealth Intellectual Property for Development, ont été lancées dans plusieurs pays. Les Régions OMS se sont activement employées à fournir un accès aux informations et connaissances de santé publique à partir de sources internes et externes. Des sites Web ont été créés, actualisés et tenus à jour à l'échelle de l'Organisation. Des réseaux de partage des connaissances ont été créés dans les Régions, même si une formation supplémentaire à leur utilisation est encore nécessaire.

Conception et mise en place d'une architecture unifiée en matière de gestion et de technologie de l'information au sein de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Pourcentage de documents clés utilisés par l'Organisation pour la prise de décision qui sont saisis, compilés et stockés sous forme électronique	La plupart des documents actuels (mais pas les plus anciens) sont saisis et accessibles sous forme électronique	Tous les documents clés sont saisis, compilés et stockés sous forme électronique	Un modèle de données à l'échelle de l'Organisation et un dictionnaire de données pour les principales applications institutionnelles ont été mis au point et testés dans le cadre de la mise en service du Centre mondial de données et du Système mondial de gestion. SharePoint a été largement utilisé et les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale ont progressé dans le stockage et la mise à disposition sous forme électronique de tous les documents clés
Degré d'uniformisation des normes en matière d'infrastructure, d'information et de communication entre les différents sites de l'OMS	Existence d'une norme de base pour les technologies compatibles, fondée sur des accords informels	Adoption d'une série convenue de normes et de produits pour répondre aux besoins de l'Organisation en matière de compatibilité de l'information, pour permettre le partage de connaissances d'experts et réaliser des économies d'échelle	Les bibliothèques du Bureau régional de l'Asie du Sud-Est et de six bureaux de pays utilisent des normes communes pour la gestion de l'information et son partage. Le Centre mondial de données de l'OMS, qui entre en fonction en 2008 avec la mise en service du Système mondial de gestion, a établi des normes pour la compatibilité de l'information. Le Bureau Régional des Amériques a conclu un accord sur l'alignement avec le Système mondial de gestion



Partiellement atteint. Malgré des progrès satisfaisants dans la mise au point du Système mondial de gestion, il ne sera pas mis en service avant 2008. Les efforts de l'équipe de direction des technologies de l'information, alliés à une solide gestion du projet et à la fixation de normes, ont permis aux services des technologies de l'information de préparer l'infrastructure, les données, les applications et les ressources humaines à la mise en oeuvre du nouveau système. De portée mondiale, le Réseau privé mondial et le Système mondial de gestion ont été conçus pour améliorer le fonctionnement de l'Organisation.

Adoption de stratégies d'information appropriées et mise en place d'une infrastructure technologique adéquate pour répondre aux besoins de l'Organisation sur le plan de la fonctionnalité, de la fiabilité et de la rentabilité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Fiabilité de l'accès aux systèmes de technologies de l'information et fiabilité du contenu de l'information	Rattachement de la plupart des sites de l'OMS entre eux au travers d'un seul fournisseur	Compétitivité démontrée des réseaux de communication par rapport aux normes et prescriptions convenues au niveau institutionnel	Un niveau élevé de disponibilité des systèmes informatiques a été maintenu pour répondre aux besoins des utilisateurs dans toute l'Organisation
Adéquation des systèmes de technologies de l'information et du contenu de l'information au niveau des pays	Niveau variable des infrastructures de technologies de l'information et de service dans les pays	Renforcement de l'infrastructure des bureaux dans les pays afin d'atteindre un niveau de service uniformisé	Les bureaux de pays ont été raccordés par téléphone et par Internet au reste de l'Organisation, et des vidéoconférences sont utilisées largement dans toute l'Organisation. Des outils de collaboration à bande passante étroite ont également été adoptés dans les Régions. Le Bureau régional de l'Asie du Sud-Est a amélioré son infrastructure de technologies de l'information et de la communication pour répondre aux besoins des utilisateurs. Quatre pays de la Région de la Méditerranée orientale ont été raccordés au Réseau privé mondial et une infrastructure de réseau local a été installée dans tous les pays



Partiellement atteint. Un maillage accru entre les bureaux régionaux, les bureaux de pays et le Siège a renforcé la coopération. Le réseau privé mondial de l'OMS a fourni à des éléments autrefois isolés de l'Organisation un meilleur accès à des réseaux téléphoniques et Internet interconnectés. Toutefois, la fiabilité et la rentabilité de ces systèmes doivent encore être améliorées. Des investissements accrus dans l'infrastructure des technologies de l'information et de la communication et la complexité croissante de l'utilisation des produits entraînent une demande d'assistance plus forte de la part des pays ; or il faudra du temps pour apporter les changements nécessaires à l'OMS. Les difficultés que l'on rencontre pour unifier les technologies sont dues au fait que les vendeurs ne sont pas véritablement présents partout dans le monde. En outre, la propriété des solutions entraîne des coûts qui doivent être continuellement revus pour garantir que la technologie reste toujours viable. Il faudrait également que l'on puisse disposer de plus nombreux effectifs dans les équipes régionales des technologies de l'information pour éviter une solution de continuité au niveau gestionnaire. La bonne communication entre les membres du personnel est essentielle aux activités de l'OMS, qui nécessitent d'avoir accès à des infrastructures et à des services de technologies de l'information et de la communication fiables, de même que des ressources financières suffisantes, en particulier au niveau des pays.

Application effective et efficiente des produits et outils d'information de l'OMS permettant d'utiliser des informations sous forme électronique pour résoudre les problèmes de santé dans les pays

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Accessibilité de cadres et d'outils permettant d'appliquer l'information pertinente, y compris sous forme électronique, à l'appui des soins de santé dans les pays	Disponibilité limitée dans les pays de cadres et d'outils aidant aux applications de l'information	Cadres et outils accessibles et disponibles pour tous les travaux prioritaires de l'OMS dans les pays	Plusieurs cadres et outils ont été mis à disposition à travers les sites Web, bibliothèques et centres de documentation du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays. Les initiatives fondées sur des projets, telles que l'initiative d'accès à la recherche Interréseau-Santé, et des versions régionales de l'Index Medicus ont été mises en place dans les Régions et les pays
Bon rapport coût/efficacité de l'utilisation au niveau du pays des produits et outils d'information disponibles permettant d'utiliser l'information sous forme électronique à l'appui des soins de santé	Adoption et utilisation des produits d'information disponibles à un niveau inférieur au niveau optimal	Adoption plus large et utilisation plus cohérente des produits d'information disponibles grâce à une formation et à une action de vulgarisation et d'apprentissage croisé	Des outils de diffusion et de gestion de l'information en libre accès – sans que les utilisateurs aient à payer – ont été utilisés par certaines Régions et au Siège pour un meilleur coût/efficacité



Partiellement atteint. Un large éventail de questions relatives à l'infrastructure ont été traitées au Siège et dans les Régions. De plus, un Index Medicus a été compilé dans la Région du Pacifique occidental pour donner accès à l'information sanitaire en provenance des Etats Membres ; il est publié dans les revues médicales locales mais n'est pas indexé par les services internationaux d'indexage. Dans la Région des Amériques, une formation à l'utilisation du logiciel Virtual Health Library a été dispensée aux personnels travaillant à la BIREME, fondation soutenue par l'OMS/OPS qui met à disposition en ligne des informations sanitaires en espagnol et en portugais. Dans la Région de la Méditerranée orientale, le Réseau pour l'arabisation des sciences de la santé a publié cinq ouvrages en arabe.

Production, diffusion et archivage appropriés de produits d'information prioritaires sélectionnés dans les langues pertinentes, au niveau du Siège et des bureaux régionaux

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Mise à disposition de l'information dans les langues pertinentes en collaboration avec les bureaux régionaux	Disponibilité de la plupart des produits d'information dans plusieurs langues officielles	Disponibilité des produits d'information prioritaires dans les langues les plus communément parlées dans les pays	Le Siège a conclu 178 accords de traduction en 37 langues avec 40 pays ; 19 accords de réimpression ont été signés avec des éditeurs extérieurs ; et le Rapport sur la santé dans le monde, 2007 a été publié dans les six langues officielles
Nombre et répartition des consultations du site Web de l'OMS et des téléchargements à partir de ce site	Plus de 2,5 millions de consultations du site Web et 2 millions de téléchargements par mois	Plus de 4 millions de consultations et 3 millions de téléchargements par mois	L'utilisation des sites Web a augmenté dans toute l'Organisation. On a enregistré au total 4 millions de consultations par mois et 3,9 millions de pages ont été consultées par mois
Impact des produits d'information de l'OMS, mesuré par les citations dans les publications scientifiques et des études, et par les mentions dans les médias	Impact correspondant à une large couverture par les médias mondiaux et la littérature scientifique internationale	Impact indiquant un usage plus ciblé dans les Etats Membres grâce à des initiatives institutionnelles prioritaires	Plus d'un million de versions imprimées de titres OMS assorties d'un numéro international normalisé du livre (ISBN) ont été distribuées. La distribution a été élargie grâce à la création et à l'exploitation de la bibliothèque sanitaire mondiale, de l'Index Medicus mondial et de l'Index Medicus du Pacifique occidental. Plus de 3000 demandes d'autorisation d'utiliser des matériels OMS, y compris des textes, images, figures, tableaux et logo, et 1600 demandes d'exemplaires de produits d'information du Bureau régional de l'Europe ont été reçues en 2006-2007



Pleinement atteint. De nombreuses traductions de titres prioritaires ont été produites et le contenu du Web a été élargi partout dans l'Organisation. La demande en provenance des pays et de partenaires locaux a été à l'origine de nombreuses interventions et une dotation suffisante en personnel sera déterminante pour assurer leur efficacité à l'avenir. Le Bureau régional de l'Europe a publié neuf titres prioritaires en une, deux ou quatre langues et des documents techniques essentiels ont été jugés prioritaires pour être traduits dans des langues locales. Le Bureau régional de l'Afrique a produit et diffusé des documents techniques et sanitaires dans les trois langues officielles de la Région. Les quatre langues officielles de la Région des Amériques ont bénéficié d'un soutien dans le cadre des systèmes institutionnels de technologies de l'information et des télécommunications. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a produit 138 publications en anglais, arabe et français et conclu 12 contrats d'édition en anglais. En 2007, il a passé 73 contrats pour la traduction d'ouvrages et de documents et imprimé et distribué deux documents pour le Programme spécial UNICEF/PNUD/Banque mondiale/OMS de recherche et de formation concernant les maladies tropicales. Il a également traduit des résumés du *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé* et de l'*Eastern Mediterranean Health Journal*, et publié 12 articles dans ce dernier.

Fourniture des technologies existantes à l'Organisation selon un bon rapport coût/efficacité

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence, au niveau des différentes entités, d'applications appuyant à la fois les services techniques et administratifs, conformément aux besoins institutionnels établis	Stratégies d'assurance de la continuité actuellement limitées. Niveaux d'appui et de disponibilité des systèmes variables, ne correspondant pas aux besoins institutionnels	Financement et mise en oeuvre d'activités visant à atteindre les niveaux de service reconnus en matière de technologies de l'information (y compris de plans visant à assurer la continuité des services) afin de répondre aux besoins institutionnels actuels en termes de sécurité, d'exactitude et de facilité d'emploi	Le soutien aux applications administratives a été réduit et les ressources correspondantes réaffectées au Système mondial de gestion



Partiellement atteint. Les applications régionales et institutionnelles sont restées pleinement accessibles alors même qu'elles étaient en cours d'adaptation en vue du lancement du Système mondial de gestion.

Soutien des programmes essentiels par des processus institutionnels rationalisés et des mécanismes de contrôle appropriés ; système mondial d'information gestionnaire mis en place afin de faciliter le travail de l'Organisation et pouvant être adapté à la taille de chaque bureau de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Existence d'une base d'information mondiale aux fins de la gestion et de l'administration	L'information disponible au niveau local se présente sous une forme fragmentée	Disponibilité en temps voulu d'une information complète sous forme électronique	Tous les systèmes en vigueur sont restés pleinement accessibles parallèlement à la mise en place des nouveaux projets
Niveau d'uniformisation requis des données administratives	Systèmes d'information fragmentés nécessitant une harmonisation manuelle	Nécessité d'une harmonisation manuelle supprimée	Les normes actuelles d'harmonisation au sein de l'OMS (tant manuelles qu'électroniques) sont restées en place et ont été pleinement appuyées tandis que le nouveau système était en cours d'élaboration. Les programmes de base ont été maintenus et des processus rationalisés ont été mis en oeuvre ; toutefois on ne connaîtra pas la pleine ampleur des répercussions sur le fonctionnement opérationnel tant que le Système mondial de gestion n'aura pas été mis en oeuvre en 2008



Partiellement atteint. En utilisant pleinement le cadre de technologies de l'information de plus en plus complet, les utilisateurs disposent d'outils plus efficaces qui, cependant, n'offriront leur plein potentiel qu'une fois le Système mondial de gestion mis en service en 2008.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- La coordination et le travail d'équipe assurés par le personnel travaillant pour le Système mondial de gestion doivent être maintenus.
- Des ressources financières et des moyens en personnel suffisants doivent être prévus et préconisés bien avant le moment où l'on en aura besoin.
- Une bonne communication et une bonne coordination entre les bureaux et à l'intérieur de ceux-ci augmentent les chances de réussite du projet.

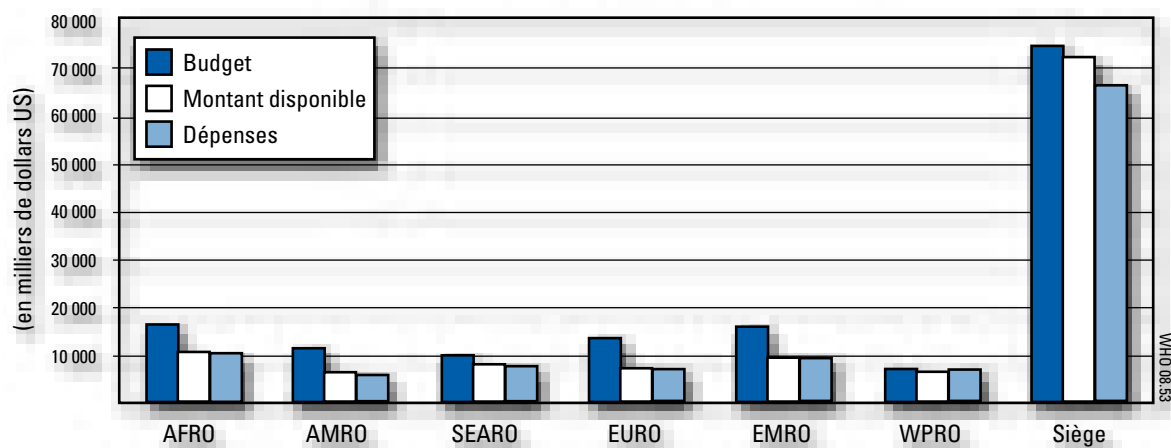
Mesures requises :

- La mise en oeuvre du Système mondial de gestion dans toutes les Régions exige une gouvernance solide.
- Des ressources financières suffisantes et une infrastructure complète et bien gérée couvrant la technologie de l'information, les outils et les méthodes de travail doivent être mises en place avant le début de l'exercice. Une préparation, notamment par la formation du personnel, est indispensable pour la mise en oeuvre et le bon fonctionnement du Système mondial de gestion.
- Des processus de planification, de suivi et de révision efficaces sont nécessaires pour garantir la qualité des publications de l'OMS.
- Il faudrait encourager, grâce à des activités de communication et de promotion, une meilleure connaissance et une utilisation accrue des activités d'appui et une plus grande collaboration au sein de l'Organisation.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Gestion du savoir et technologie de l'information												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	5 753	10 147	15 900	5 318	5 208	10 527	66.2%	5 319	5 183	10 502	99.8%	66.1%
AMRO	4 700	6 193	10 893	5 705	104	5 810	53.3%	5 632	103	5 735	98.7%	52.6%
SEARO	651	8 949	9 600	3 550	4 402	7 952	82.8%	3 550	4 352	7 902	99.4%	82.3%
EURO	4 028	9 272	13 300	3 937	2 919	6 856	51.5%	3 937	2 896	6 833	99.7%	51.4%
EMRO	4 957	10 630	15 587	4 919	4 297	9 215	59.1%	4 918	4 120	9 038	98.1%	58.0%
WPRO	2 617	4 133	6 750	2 741	3 825	6 567	97.3%	2 741	3 806	6 547	99.7%	97.0%
Total partiel Régions	22 706	49 324	72 030	26 170	20 756	46 926	65.1%	26 097	20 460	46 557	99.2%	64.6%
Siège	34 613	39 537	74 150	33 237	38 764	72 001	97.1%	33 222	32 770	65 992	91.7%	89.0%
Total	57 319	88 861	146 180	59 407	59 519	118 927	81.4%	59 319	53 230	112 549	94.6%	77.0%

Gestion du savoir et technologie de l'information



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

BUDGET ET GESTION FINANCIERE (FNS)

Objectif(s) de l'OMS

Appliquer les meilleures pratiques de gestion budgétaire et financière, en faisant preuve d'intégrité et de transparence, et apporter un soutien efficace et rationnel aux administrateurs du budget et des finances de toute l'Organisation pour toutes les sources de fonds, y compris l'établissement des rapports financiers appropriés à tous les niveaux, aux plans interne et externe.

Indicateur(s) et degré de réalisation

- *Information financière ponctuelle et instruments d'analyse accessibles permettant aux administrateurs à tous les niveaux de l'Organisation de prendre des décisions concernant la planification et les opérations en connaissance de cause.* Des rapports mensuels de comptabilité financière sont établis, dans lesquels les dépenses des bureaux régionaux et de pays sont récapitulées. Des faiblesses persistent en ce qui concerne la rapidité avec laquelle certaines dépenses sont notifiées, et notamment les retards de certains bureaux des représentants de l'OMS dans l'enregistrement des dépenses sur le terrain. Cette question sera traitée lorsque le nouveau Système mondial de gestion sera devenu pleinement opérationnel d'ici fin 2009. Le compte rendu analytique, qui permet aux gestionnaires de prendre des décisions en connaissance de cause sur les questions opérationnelles, doit être amélioré : certains bureaux ont établi des mécanismes satisfaisants à cet égard, d'autres continuent de rencontrer des difficultés. L'amélioration du compte rendu analytique est nécessaire pour faciliter les mouvements de fonds à l'intérieur de l'Organisation, et les ventiler selon les différents types de fonds.
- *Présentation, exécution et suivi du budget qui permettent aux Etats Membres et aux autres donateurs de juger des résultats financiers.* Des progrès ont été faits en ce qui concerne le suivi budgétaire, notamment la gestion des contributions volontaires et des fonds du budget ordinaire a été mieux intégrée ; les délais pour la présentation de rapports aux donateurs sont désormais respectés ; des tableaux sur l'exécution du budget sont présentés aux Etats Membres selon les calendriers statutaires ; et de nouvelles politiques de comptabilisation des recettes et des dépenses ont été mises en oeuvre en prévision de l'introduction des nouvelles normes comptables internationales du secteur public, pour permettre de mieux faire correspondre les résultats et les dépenses encourues pour atteindre ces résultats.
- *Acceptation par les organes directeurs du rapport financier biennal, des états financiers vérifiés (y compris l'opinion sans réserve du Commissaire aux Comptes) et du rapport et des états financiers intérimaires.* Délai respecté pour la présentation du rapport financier 2006-2007 à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, et également pour obtenir l'opinion sans réserve du Commissaire aux Comptes.
- *Application des recommandations contenues dans les rapports de vérification interne et externe des comptes, entraînant une plus grande transparence et favorisant les contrôles internes appropriés.* Des progrès satisfaisants ont été faits dans la mise en oeuvre des recommandations du Commissaire aux Comptes et du vérificateur intérieur des comptes, en particulier dans les bureaux régionaux et de pays. Au total, 31 rapports de vérification interne et 26 rapports de vérification externe ont été publiés. Toutefois, les recommandations contenues dans 19 rapports de vérification interne et 10 rapports externes n'ont pas été pleinement mises en oeuvre. La formation des représentants et des agents de liaison de l'OMS a été encouragée par plusieurs bureaux régionaux afin d'améliorer la responsabilité des bureaux de pays en matière de gestion budgétaire et financière. Certaines recommandations n'ont toujours pas été appliquées, notamment la mise en oeuvre d'un cadre de gestion des risques afin de mieux repérer et atténuer systématiquement les risques dans les domaines de compétence de l'administration.

Principales réalisations

- Des progrès ont été faits dans la préparation à l'introduction des nouveaux systèmes de gestion et de comptabilité budgétaire et financière, qui amélioreront considérablement la rapidité et la qualité des comptes rendus financiers et analytiques.
- Tous les calendriers statutaires pour l'établissement des rapports ont été respectés.

- L'application des recommandations des vérifications internes et externes et le maintien des contrôles internes adéquats ont été satisfaisants.
- Des progrès ont été faits dans la mise en oeuvre des nouvelles normes comptables internationales du secteur public, notamment grâce à la modification des méthodes de travail et à la formation.
- Le rendement des investissements a été bon avec des intérêts créditeurs record.
- Néanmoins, des améliorations peuvent encore être apportées en ce qui concerne l'intégration et la rapidité des comptes rendus des dépenses, l'appui budgétaire et l'analyse de l'exécution.

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

Elaboration de politiques et de conseils pour l'application de fonctions nouvelles et simplifiées sous l'autorité déléguée aux pays et aux Régions, conformément à la mise en oeuvre du nouveau Système mondial de gestion

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Compréhension et application dans toute l'Organisation des politiques qui sous-tendent le Système mondial de gestion	Manuel de l'OMS et procédures connexes actualisés et programme de formation adapté	Prise en compte de la politique et des procédures révisées dans le Manuel de l'OMS et application du programme de formation à tous les niveaux	On se prépare à élaborer et à diffuser les politiques et procédures relatives au Système mondial de gestion ; certaines mises à jour du Manuel de l'OMS n'ont pas été effectuées



Partiellement atteint. Certaines parties du Manuel de l'OMS doivent encore être mises à jour. La préparation de matériel de formation relatif au nouveau Système mondial de gestion, sur laquelle doit s'appuyer la révision du Manuel, a été achevée. Le Règlement financier, les Règles de Gestion financière et les procédures ont été actualisés en prévision de l'introduction du Système mondial de gestion, et des formations approfondies aux nouvelles méthodes ont été dispensées. La base indiquée ci-dessus est incorrecte : le Manuel de l'OMS n'avait pas été pleinement actualisé au début de 2006.

Etablissement de prévisions budgétaires intégrées, stratégies de financement comprises ; mise en oeuvre intégrée des projections, du suivi et des rapports concernant les recettes et les dépenses pour toutes les sources de financement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Présentation ponctuelle des prévisions budgétaires aux organes directeurs	Application du Règlement financier	Application du Règlement financier	Pleine application du Règlement financier
Présentation ponctuelle des rapports, compte tenu des besoins de la gestion interne et des exigences des Etats Membres	Actualisation de la base de données mondiale consolidée, au plus tard le 18 ^e jour ouvrable de chaque mois ; rapports spéciaux sur les activités financières	Actualisation de la base de données mondiale consolidée, au plus tard le 10 ^e jour ouvrable de chaque mois ; présentation d'un rapport mensuel le 15 ^e jour ouvrable au plus tard	La cible du 10 ^e jour ouvrable n'a pas été atteinte en raison de retards mineurs dans certains bureaux régionaux. La cible du 15 ^e jour ouvrable a été atteinte la plupart du temps



Partiellement atteint. Certaines difficultés ont été rencontrées pour respecter la cible du dixième jour ouvrable pour la présentation des rapports financiers mensuels en raison de manque de moyens humains et financiers dans certaines unités du budget et des finances. L'actualisation des dépenses en provenance des bureaux de pays a parfois été retardée en raison d'insuffisances du

système, auxquelles il sera remédié une fois le Système mondial de gestion pleinement opérationnel. Un soutien budgétaire et financier insuffisant entraîne des difficultés financières dans certains lieux d'affectation, tandis que certains postes non pourvus ou un manque de formation du personnel entraînent des difficultés sur le plan des ressources humaines.

Elaboration et soumission des rapports financiers et autres rapports réglementaires à l'Assemblée de la Santé, conformément au Règlement financier et aux Règles de Gestion financière et aux politiques et procédures de l'OMS

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Présentation du rapport financier intérimaire pour l'exercice 2006-2007 au Commissaire aux Comptes, le 31 mars 2007 au plus tard	Achèvement du rapport financier intérimaire le 31 mars au plus tard	Achèvement du rapport financier intérimaire le 28 février 2007 au plus tard	Cible non respectée en raison des changements organiques et des contraintes en matière de ressources humaines au Siège. La base a été maintenue
Présentation du rapport financier définitif pour l'exercice 2006-2007 au Commissaire aux Comptes, le 31 mars 2008 au plus tard	Achèvement du rapport financier définitif le 31 mars au plus tard	Achèvement du rapport financier définitif le 28 février 2008 au plus tard	Impossible de savoir si cette cible sera atteinte
Opinion et recommandations du Commissaire aux Comptes	Opinion sans réserve du Commissaire aux Comptes	Opinion sans réserve du Commissaire aux Comptes	La vérification des comptes par le Commissaire aux Comptes n'est pas terminée



Partiellement atteint. La cible consistant à avancer la date de clôture de l'exercice n'a pas été respectée en raison du travail supplémentaire représenté par le traitement des données pour le Système mondial de gestion, ainsi qu'en raison d'une réorganisation interne des fonctions du budget et des finances au Siège, notamment avec la création du Centre de services au Siège, la revue des orientations stratégiques et des compétences et la liste des postes établie par la suite, ainsi que les préparatifs en vue du Centre mondial de services.

Elaboration et application effectives de la stratégie de financement pour la gestion budgétaire intégrée (recettes et comptes débiteurs)

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Comptabilisation ponctuelle des recettes	Comptabilisation des recettes dans les 5 jours	Comptabilisation des recettes dans les 2 jours	Non réalisé
Exactitude de la base de données sur les recettes	Plan comptable aligné sur le budget programme	Plan comptable aligné sur le budget programme	Réalisé
Niveau et ponctualité de la collecte des sommes à recevoir pour toutes les sources de financement	Taux réel de recouvrement 2004-2005	Amélioration du taux de recouvrement par rapport à 2004-2005	Amélioration du taux de collecte des contributions par rapport à 2004-2005 ; le taux de recouvrement général pour l'exercice a été de 95 % (2004-2005 : 94 %)



Partiellement atteint. Les retards dans la comptabilisation des recettes étaient dus au manque d'effectifs, allié au travail supplémentaire créé par des activités supplémentaires de partenariats et une augmentation des contributions volontaires à objet désigné. La réorganisation de la comptabilisation des recettes, jointe aux nouvelles méthodes intégrées dans le cadre du Système mondial de gestion, entraînera une amélioration des rapports en 2008-2009.

Gestion des dépenses et des comptes créditeurs permettant la mise en oeuvre du budget programme intégré

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Exactitude de la base de données sur les dépenses	Alignement du plan comptable sur le budget programme	Alignement du plan comptable sur le budget programme	Réalisé
Païement ponctuel des fournisseurs et des entrepreneurs conformément aux termes du contrat	Païement dans les 10 jours suivant la réception de l'instruction de paiement	Païement à la date stipulée dans le contrat	Réalisé



Pleinement atteint.

Investissement des fonds de l'Organisation et gestion des risques de change dans les limites de paramètres de liquidités et de risque acceptables permettant de maintenir le niveau nécessaire de liquidités et d'accroître au maximum le potentiel d'investissement

Indicateur	Base	Cible	Réalisation
Niveau du produit des investissements par rapport au point de référence accepté	Résultat effectif pour 2004-2005 par rapport au pourcentage des investissements de référence	Amélioration de 0,25 % du produit des investissements de référence	Réalisé
Performance des opérations bancaires et créditrices	Niveau des frais bancaires pour 2004-2005	Stabilisation des frais bancaires	Réalisé
Exécution des opérations de couverture dans les limites des crédits ouverts par l'Assemblée de la Santé	Taux de protection réalisé pour 2004-2005 dans les limites des crédits ouverts	Protection totale contre les risques de change dans les limites des crédits ouverts	Protection légèrement améliorée de l'exposition au risque de change avec certaines monnaies par rapport aux hypothèses budgétaires pour 2006-2007. Gains à la couverture des risques de change de US \$7,8 millions



Pleinement atteint. Toutes les cibles ont été pleinement atteintes grâce au rendement record des investissements au titre d'un portefeuille d'investissements diversifié ; excellent rendement des investissements à long terme de la Caisse d'Assurance-Maladie du Personnel ; et programme de couverture du risque de change qui a compensé la dépréciation du dollar des Etats-Unis en 2006-2007.

Enseignements tirés et mesures requises pour améliorer l'exécution

Enseignements tirés :

- Il faut veiller à ce que les ressources soient affectées dans le cadre d'opérations de planification et budgétisation strictes pour atteindre les objectifs.
- Des contraintes financières se sont traduites par un manque de personnel du budget et des finances et des postes laissés vacants dans certains lieux d'affectation. L'incertitude au sujet du financement au Siège a conduit à recruter du personnel à court terme, ce qui est moins efficace que de pourvoir des postes de façon permanente.
- L'appui aux unités techniques doit être renforcé pour que l'on comprenne mieux quelles sont les ressources disponibles, les dépenses et la situation de l'exécution financière.

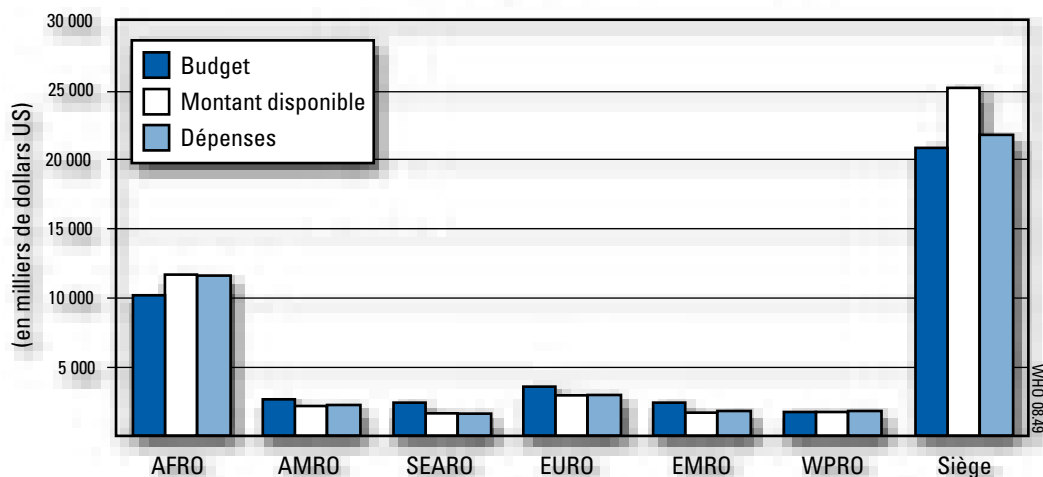
Mesures requises :

- Améliorer l'analyse fondée sur les besoins des ressources nécessaires et assurer un financement durable et suffisant pour atteindre les résultats.
- Améliorer la qualité de l'analyse et des rapports sur l'exécution afin de mieux gérer les flux de trésorerie.
- Exercer une vigilance afin d'éliminer rapidement les faiblesses au niveau des contrôles internes répertoriées dans le rapport du vérificateur intérieur des comptes et celui du Commissaire aux Comptes.
- Terminer avec succès les préparatifs en vue de la mise en oeuvre du Système mondial de gestion, et en particulier la conversion des données, les essais et la formation afin d'améliorer l'analyse et le compte rendu financier.

EXÉCUTION FINANCIÈRE

Budget et gestion financière												
	Budget			Montant disponible *				Dépenses				
	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du budget	Budget ordinaire	Contributions volontaires	Total	% du montant disponible	% du budget
AFRO	3 372	6 686	10 058	3 740	8 010	11 750	116.8%	3 740	7 834	11 574	98.5%	115.1%
AMRO	1 888	612	2 500	1 518	605	2 123	84.9%	1 510	605	2 115	99.6%	84.6%
SEARO	873	1 332	2 205	916	617	1 534	69.6%	916	617	1 533	100.0%	69.5%
EURO	2 785	645	3 430	2 384	552	2 936	85.6%	2 384	552	2 936	100.0%	85.6%
EMRO	1 158	1 138	2 296	1 223	454	1 677	73.0%	1 223	454	1 677	100.0%	73.0%
WPRO	1 082	544	1 626	893	830	1 723	106.0%	893	830	1 723	100.0%	106.0%
Total partiel Régions	11 158	10 957	22 115	10 675	11 068	21 743	98.3%	10 666	10 892	21 558	99.1%	97.5%
Siège	10 669	10 093	20 762	9 773	15 263	25 036	120.6%	9 773	11 878	21 651	86.5%	104.3%
Total	21 827	21 050	42 877	20 448	26 331	46 779	109.1%	20 439	22 770	43 209	92.4%	100.8%

Budget et gestion financière



* Les montants disponibles ne figurent pas comme tels dans le rapport financier et les états financiers vérifiés mais comprennent des éléments provenant à la fois des recettes perçues en 2006-2007 et des soldes reportés au 1^{er} janvier 2006.

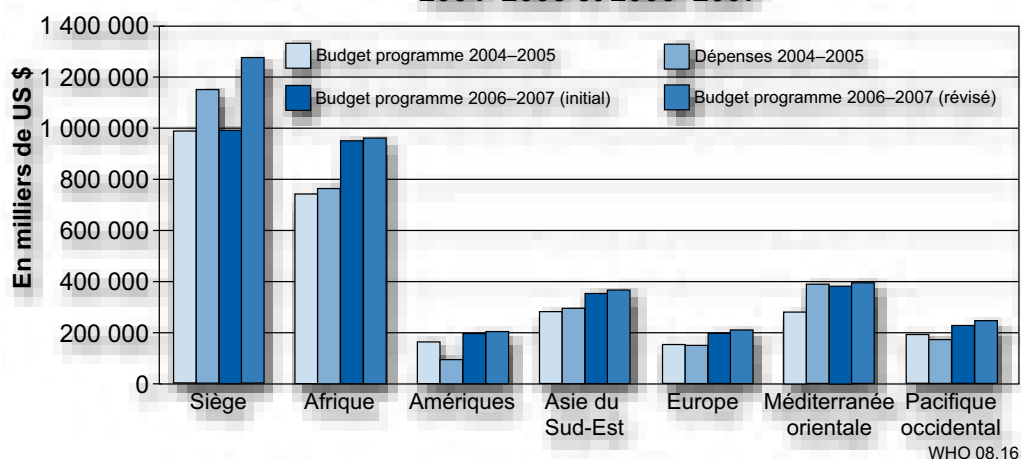
III. EXECUTION FINANCIERE

Vue d'ensemble

Le montant de US \$3313 millions prévu à l'origine dans le budget programme 2006-2007 est passé à US \$3670 millions au cours de l'exercice. Le dernier chiffre représente une augmentation de 30 % par rapport au budget programme 2004-2005. De nouvelles exigences pèsent sur l'OMS et de nouveaux mécanismes de financement ont été mis à disposition pour soutenir la mise en oeuvre des priorités approuvées dans des propositions supérieures à ce qui était prévu à l'origine dans le budget programme 2006-2007.

La croissance du budget programme 2006-2007 a été en grande partie due à une augmentation des allocations budgétaires dans les domaines suivants : Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose, activités liées à la grippe aviaire, activités supplémentaires en matière de vaccins et de vaccination concernant l'Alliance GAVI, présélection des médicaments, ressources humaines pour la santé et sécurité des patients. Les activités dans ces domaines sont principalement mises en oeuvre par le Siège ; c'est pour cette raison que l'augmentation la plus importante du budget a été attribuée au Siège, des augmentations moins importantes étant consenties aux niveaux régional et national.

**Niveau du budget programme par bureau,
2004-2005 et 2006-2007**



Les dépenses des programmes au cours de l'exercice 2006-2007 se sont montées à US \$3098 millions, soit 93,5 % du montant initial couvert par le budget programme 2006-2007 et 84,4% du budget programme révisé pour la même période.

	2006-2007	2004-2005	Augmentation en pourcentage entre 2004-2005 et 2006-2007
Millions de US \$			
Budget programme (révisé)	3670	2824	30.0
(niveau d'origine US \$3313 millions)			
Recettes des programmes	4257	2984	42.7
Dépenses des programmes	3098	2729	13.5

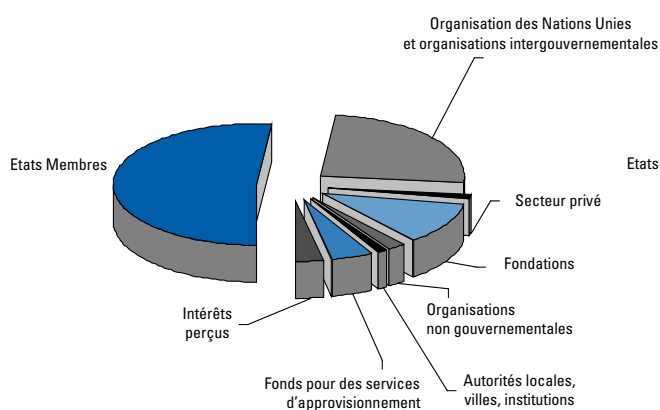
Recettes

Le budget ordinaire n'a représenté que 21 % des recettes effectives, contre 29 % pour l'exercice 2004 2005, ce qui illustre le maintien d'une dépendance croissante vis-à-vis des contributions volontaires pour financer des activités de l'Organisation. Ces contributions volontaires ont été dans une large mesure réservées à des activités déterminées et inégalement réparties entre les programmes et les principaux bureaux. Une proportion importante de ces fonds était également destinée à des partenariats et à des accords de collaboration que l'OMS ne maîtrise pas pleinement.

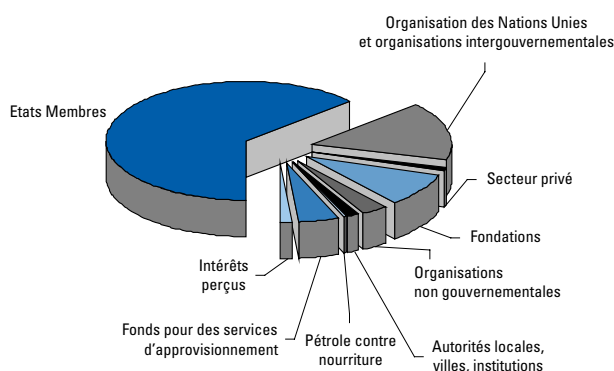
L'affectation à des activités déterminées d'une grande partie des fonds mis à disposition de l'Organisation a également constitué une contrainte majeure. Bien que, grâce à l'évolution de certains donateurs vers un financement plus souple, l'on soit parvenu à élever le niveau absolu des fonds de cette nature mis à disposition, en proportion du montant total des contributions volontaires, cela n'a pas permis de dépasser le montant perçu pour l'exercice 2004 2005. De ce fait, l'alignement entre le financement et les besoins du budget programme au cours de l'exercice 2006-2007 est resté largement inchangé par rapport à l'exercice précédent. Pour surmonter cette difficulté, l'Organisation poursuit le dialogue avec les donateurs en vue d'accroître la proportion de fonds prévisibles et flexibles qu'elle recevra à compter de l'exercice 2008 2009.

La nature de la dépendance vis-à-vis des recettes a également évolué entre l'exercice 2004 2005 et l'exercice 2006-2007. L'Organisation reste plus dépendante des contributions des Etats Membres que de tout autre type de fonds, mais l'importance de cette dépendance a diminué du fait d'un soutien accru de l'Organisation des Nations Unies et d'organisations intergouvernementales (notamment la Commission européenne et la Banque mondiale), ainsi que de fondations privées (y compris la Fondation Bill & Melinda Gates). Toutefois, les Etats Membres ont continué à verser plus de la moitié du total des contributions volontaires, dont la grande majorité suppose un soutien très précisément défini. Il est important de noter qu'à ce jour, seul un nombre limité d'Etats Membres autorisent une utilisation souple des fonds qu'ils versent et l'on espère qu'ils seront plus nombreux à l'avenir.

2006–2007

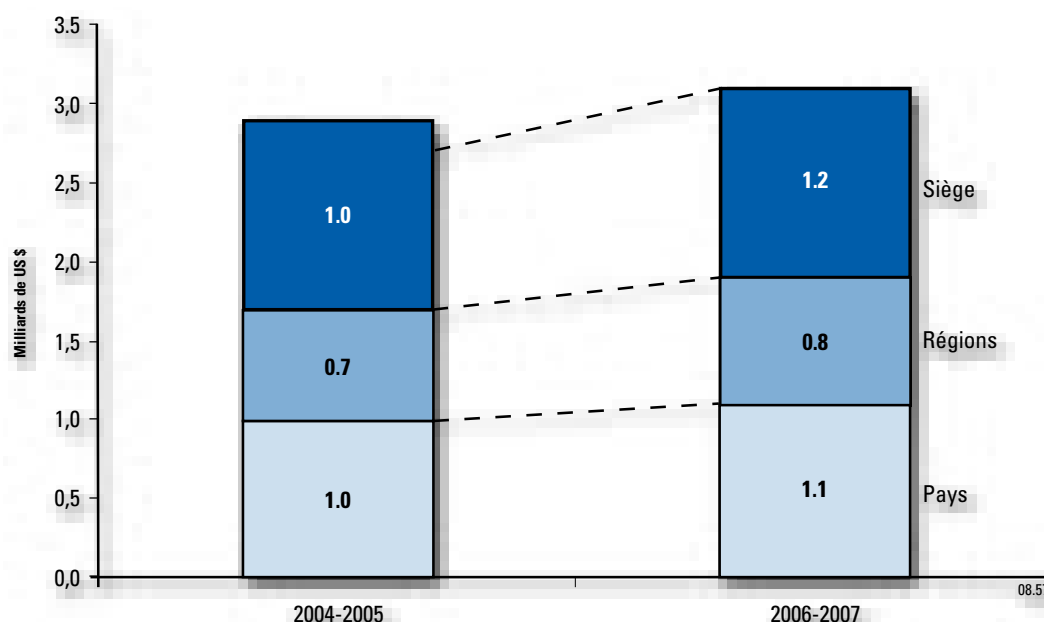


2004–2005



Dépenses et exécution

Un niveau record de dépenses a été enregistré pendant l'exercice 2006-2007 pour l'exécution du programme, qui a augmenté de 14 % par rapport à l'exercice 2004-2005, des augmentations étant observées aux trois niveaux de l'Organisation.



Toutefois, la répartition des dépenses entre le Siège et les Régions est restée inchangée entre l'exercice 2004-2005 et l'exercice 2006-2007 (Siège 38 %, Région et pays 62 %).

L'analyse globale de l'exécution du budget programme doit tenir compte d'un certain nombre de nouvelles politiques comptables.

- Conformément à la politique comptable révisée, appliquant une méthodologie selon laquelle les contributions volontaires sont comptabilisées à la signature des accords avec les donateurs, les recettes comptabilisées pour l'exercice 2006-2007 ont augmenté de US \$423,8 millions, ce qui a eu un impact non négligeable sur le montant reporté.
- L'application, au titre des nouvelles règles comptables, du principe d'exécution effective, c'est-à-dire que les dépenses comptabilisées correspondent aux résultats atteints, a eu des répercussions sur le niveau des dépenses notifiées, faisant apparaître l'exécution comme plus faible (la différence estimée pour l'exercice 2006-2007 est d'environ US \$125 millions). Cela entraîne une légère distorsion de la comparaison des dépenses d'un exercice à l'autre.

Parmi les facteurs qui ont une incidence sur le niveau d'exécution du budget, on citera les difficultés à développer les capacités techniques et administratives proportionnellement à la croissance de la demande et des recettes. Le développement au niveau des pays a été particulièrement difficile, d'autant plus en raison d'un déploiement des ressources humaines décalé dans le temps, allié à des retards dans les transferts de fonds vers les Régions et les pays pour des raisons administratives. On espère que les efforts faits pendant l'exercice 2006-2007 pour accroître les capacités d'exécution – notamment la réforme de la gestion des ressources humaines, la rationalisation des procédures de recrutement et l'introduction du Système mondial de gestion – permettront d'accroître le taux d'exécution à partir de l'exercice 2008-2009, surtout au niveau des pays.

L'impact sur les dépenses est également influencé par les dons arrivant tardivement dans l'exercice ; toutefois, c'est un problème récurrent et le volume des dons n'a pas changé sensiblement entre l'exercice 2004-2005 et l'exercice 2006-2007.

Pendant l'exercice 2006-2007, l'Organisation a pris des mesures pour améliorer l'équilibre dans l'exécution entre les lieux d'affectation et les domaines d'activité. Un groupe consultatif sur

les ressources financières a été créé, dont tous les Sous-Directeurs généraux et les Directeurs de la gestion des programmes des bureaux régionaux sont membres permanents. Ce groupe, désormais placé sous la présidence du Directeur général adjoint, jouera un rôle de plus en plus important au cours de l'exercice 2008-2009. Il conseillera le Directeur général sur la disponibilité et l'utilisation des ressources et la recherche de résultats par rapport aux objectifs fixés dans le budget programme. Il contrôlera l'exécution de la totalité du programme de l'Organisation et donnera des avis sur les mesures éventuelles à prendre pour assurer une exécution efficace en vue d'atteindre les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation définis dans le plan stratégique à moyen terme, et les résultats exprimés dans les plans de travail à tous les niveaux de l'Organisation.

La création de comptes communs est essentielle pour soutenir les activités du groupe consultatif. Pendant l'exercice 2006-2007, ces comptes ont détenu des ressources dont l'utilisation était tout à fait souple ou des ressources dont l'affectation ne précisait que le domaine d'activité. Les décisions concernant la répartition des ressources entre les principaux bureaux ont été fondées sur un dialogue au sein même des domaines d'activité, associant le Siège et les bureaux régionaux. Ce processus avait pour but de soutenir la mise en oeuvre des priorités définies dans le budget programme. Le soutien des donateurs à cette initiative a été encourageant, 11 Etats Membres donateurs ayant versé des fonds suffisamment souples entrant dans cette catégorie de recettes.

Le mécanisme des comptes communs a permis – tant au plan interne qu'au plan externe – de mieux comprendre les complexités et les difficultés inhérentes au financement de l'OMS. Compte tenu des interconnexions qui existent entre les différentes parties de l'Organisation, le groupe consultatif sur les ressources financières peut jouer un rôle important pour résoudre ces difficultés. Le dialogue se poursuit avec les donateurs de façon à ce qu'un mécanisme solide puisse être mis en place pour augmenter la proportion de fonds moins strictement réservés lors des futurs exercices. Sur la base de l'expérience du groupe consultatif et du mécanisme des comptes communs, un fonds commun des contributions volontaires a été constitué. Il est géré de manière transparente et responsable, assurant le versement de crédits pour combler les déficits de financement les plus graves au Siège et dans les Régions. Le fonds a pour but d'offrir une vue d'ensemble à haut niveau de la mise en oeuvre du budget programme de sorte que l'on puisse intervenir pour améliorer des résultats particuliers de même que l'efficacité générale de l'Organisation.

Comme on le verra ci après, pendant l'exercice 2006-2007, six domaines d'activité se sont partagé un peu moins de la moitié des recettes de l'OMS.

Domaine d'activité	Part en pourcentage des recettes des programmes	Part en pourcentage du budget programme
Vaccination et mise au point de vaccins (contre la poliomyélite)	17,0	8,3
Vaccination et mise au point de vaccins (autres)	6,1	14,4
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	8,6	3,0
Tuberculose	6,6	6,3
Alerte et action en cas d'épidémie	6,2	6,2
VIH/sida	5,1	7,4
Paludisme	2,7	3,7
Autres	47,7	50,7
TOTAL	100,0	100,0

Historiquement, ces domaines d'activité ont mobilisé avec succès des ressources à usage déterminé.

Inversement, un certain nombre de domaines d'activité plus restreints ont été confrontés à de plus grandes difficultés pour mobiliser des fonds à usage déterminé et sont donc restés plus lourdement tributaires de fonds flexibles. Par conséquent, une augmentation, fût-ce minime, de la proportion de fonds flexibles reçus par l'Organisation pourrait se traduire par des progrès importants du point de vue de l'alignement des ressources sur le budget programme approuvé.

Degré de flexibilité des recettes pour l'exercice 2006-2007	Pourcentage des contributions volontaires totales
Entièrement flexibles	1.0
Très flexibles	5.6
Moyennement flexibles	10.6
A usage déterminé	82.8

Reports

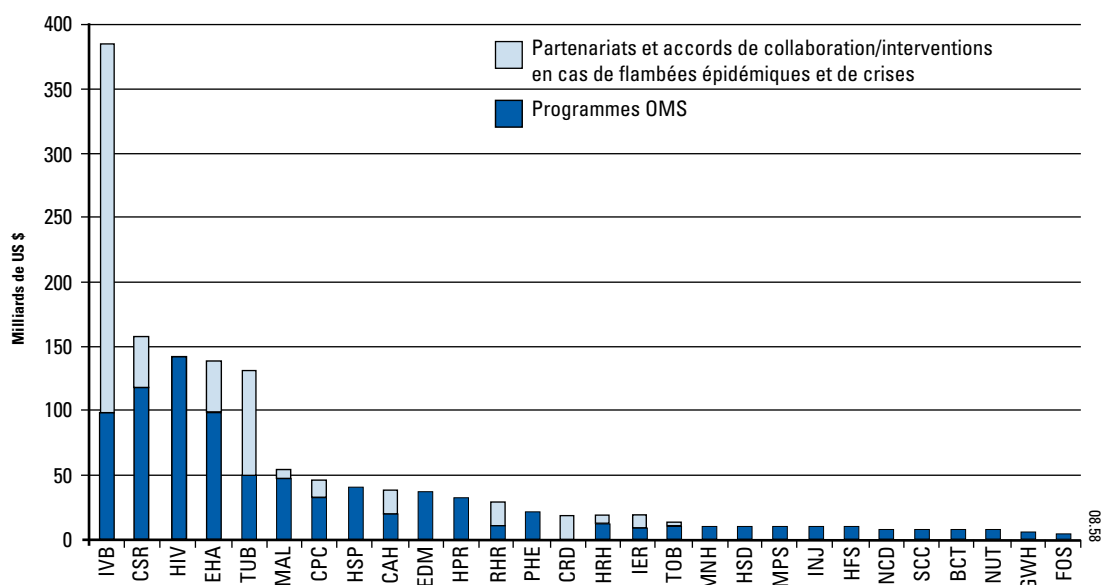
La dépendance croissante de l'Organisation vis-à-vis des contributions volontaires suppose qu'un montant important de crédits est susceptible d'être reporté d'un exercice sur l'autre afin d'assurer la continuité de l'exécution et d'éviter toute interruption de l'activité programmatique.

Conformément aux Règles de Gestion financière, les dépenses de personnel doivent être provisionnées pour au moins six mois, même si une durée de 12 mois constitue un horizon de planification plus raisonnable compte tenu du manque de prévisibilité des contributions volontaires. En fonction de la répartition des recettes provenant des contributions fixes et des contributions volontaires, et de la proportion de personnel affecté aux activités à l'intérieur d'un programme donné, un pourcentage compris entre 25 % et 40 % des dépenses de l'exercice antérieur doit être reporté de façon à assurer la sécurité du financement au titre des contributions volontaires. Les programmes comportant un élément de dotation en personnel élevé se situent à l'extrémité supérieure de cette fourchette, ce qui est caractéristique des programmes exerçant une importante fonction normative de façon continue.

Tout domaine d'activité technique reportant un pourcentage de contributions volontaires inférieur à 25 % de son niveau de dépenses passées peut être considéré comme en difficulté, alors qu'un report supérieur à 40 % doit être justifié.

Dans la limite du montant global de US \$1600 millions reporté pour le financement des programmes, des variations considérables ont pu être observées entre les principaux bureaux et domaines techniques. Près de 68 % du montant total concernaient le financement de projets à objet désigné ; 57 % seulement concernaient des programmes OMS, alors que 43 % concernaient des partenariats/accords de collaboration et des interventions en cas de flambées ou de crises.

Reports de l'exercice 2006-2007 par domaine d'activité technique (à l'exclusion des domaines d'activité apportant un appui)



Même si le montant total des fonds reportés est nettement supérieur à ce qu'il était par le passé, le graphique ci-dessus illustre clairement que cinq domaines d'activité s'en partagent les deux tiers. Sur les domaines d'activité concernés, deux contiennent des éléments importants de partenariats et d'accords de collaboration, et deux autres des éléments importants d'interventions en cas de flambées et de crises.

Or cette répartition inégale des fonds reportés est en fait encore une manifestation des problèmes d'alignement que l'Organisation s'efforce de résoudre. Si les mesures actuellement envisagées sont efficaces, et si le nouveau Système mondial de gestion parvient à faciliter la gestion des liquidités, on espère que les fonds reportés seront plus équitablement répartis, ce qui permettra aux programmes d'assurer l'exécution ininterrompue de leurs engagements au titre du budget programme.

TABLEAUX

Tableau 1. Récapitulation du budget et des dépenses

Budget ordinaire par niveau organique et montant total des contributions volontaires

Exercice 2006-2007

(en milliers de US \$)

	Budget programme 2006-2007	Virements effectués et soldes non affectés	Budget effectif a/ au 31 décembre 2007	Dépenses 2006-2007	Taux d'exécution c/ en % du budget effectif
Budget ordinaire					
Pays	355 021	(12 700)	342 321	337 194	98.5
Régions	246 257	63	246 320	245 222	99.6
Niveau mondial (Siège)	278 528	3 060	281 588	280 932	99.8
Total partiel	879 806	(9 577)	870 229	863 348	99.2
Divers	35 509	(231)	35 278	35 278	100.0
Total budget ordinaire	915 315	(9 808)	905 507	898 626	99.2
Contributions volontaires	2 754 846 b/		2 754 846	2 372 488	86.1
Total	3 670 161	(9 808)	3 660 353	3 271 114	89.4
A déduire :					
Elimination - Activités liées aux programmes de l'OMS Etat I annexe 2 (à l'exclusion des dépenses d'appui aux programmes US \$ 152 091(en milliers))				172 850	
Total - Activités liées aux programmes de l'OMS	<u>3 670 161</u>			<u>3 098 264</u>	<u>84.4</u>

a/ Le budget effectif représente la partie du budget programme qui a été affectée et ajustée au moyen de virements entre des sections de la résolution portant ouverture de crédits et/ou les bureaux.

b/ Chiffres concernant les autres sources d'après le document EB120/3 (document EBPBAC5/5).

c/ Le taux d'exécution repose sur le budget effectif tel qu'il figure dans ce Tableau, tandis que les Tableaux 2, 3 et 4 font apparaître le taux d'exécution sur la base du budget programme approuvé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA58.4 et indiqué dans le document EB120/3 (document EBPBAC5/5).

Table 2. Récapitulation du budget et des dépenses par domaine d'activité - tous bureaux confondus

Exercice 2006-2007 (en milliers de US \$)

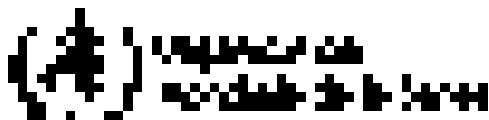
Domaine d'activité	Budget ordinaire			Contributions volontaires			Ensemble des fonds		
	Budget programme	Dépenses	%	Budget programme	Dépenses	%	Budget programme	Dépenses	%
Maladies transmissibles prévention et lutte	20 059	24 112		132 924	79 060		152 983	103 172	67.4
Recherche sur les maladies transmissibles	3 757	3 375		104 700	73 852		108 457	77 227	71.2
Alerte et action en cas d'épidémie	47 925	41 439		182 594	101 428		230 519	142 867	62.0
Paludisme	15 085	15 905		122 424	154 795		137 509	170 700	124.1
Tuberculose	11 836	10 600		222 690	174 927		234 526	185 527	79.1
VIH/sida	16 148	14 474		258 745	138 694		274 893	153 168	55.7
Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles	30 728	25 951		33 375	13 437		64 103	39 388	61.4
Promotion de la santé	14 577	17 488		38 070	15 855		52 647	33 343	63.3
Santé mentale et toxicomanie	12 772	10 738		19 492	10 004		32 264	20 742	64.3
Tabac	13 856	10 870		26 214	16 036		40 070	26 906	67.1
Nutrition	9 431	7 787		17 077	10 850		26 508	18 637	70.3
Santé et environnement	36 799	33 997		53 613	32 010		90 412	66 007	73.0
Sécurité sanitaire des aliments	8 390	9 114		17 627	7 814		26 017	16 928	65.1
Violence, traumatismes et incapacités	4 973	4 724		17 628	10 332		22 601	15 056	66.6
Santé génésique	8 074	8 697		68 498	52 525		76 572	61 222	80.0
Pour une grossesse à moindre risque	24 857	17 068		40 294	17 621		65 151	34 689	53.2
Parité des sexes en matière de santé	4 373	3 172		13 330	5 224		17 703	8 396	47.4
Santé de l'enfant et de l'adolescent	27 453	17 576		75 004	40 333		102 457	57 909	56.5
Vaccination et mise au point des vaccins	14 371	17 089		512 369	636 490		526 740	653 579	124.1
Médicaments essentiels	17 029	18 807		53 839	43 592		70 868	62 399	88.0
Technologies de la santé essentielle	12 139	11 637		16 547	12 177		28 686	23 814	83.0
Elaboration de politiques pour la santé et le développement	16 160	14 825		29 203	14 807		45 363	29 632	65.3
Politiques relatives au système de santé et prestation des services	43 302	50 869		88 365	35 564		131 667	86 433	65.6
Ressources humaines pour la santé	38 987	39 663		52 661	18 715		91 648	58 378	63.7
Financement de la santé et protection sociale	16 145	12 436		28 822	6 640		44 967	19 076	42.4
Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche	21 151	20 812		69 255	36 744		90 406	57 556	63.7
Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	9 035	10 666		100 402	271 354		109 437	282 020	257.7
Présence essentielle de l'OMS dans les pays	128 624	135 052		61 979	31 758		190 603	166 810	87.5
Gestion du savoir et technologie de l'information	57 319	59 319		88 861	53 230		146 180	112 549	77.0
Planification, coordination des ressources et surveillance	12 213	13 956		13 479	7 910		25 692	21 866	85.1
Gestion des ressources humaines à l'OMS	22 384	21 444		29 489	34 386		51 873	55 830	107.6
Budget et gestion financière	21 827	20 439		21 050	22 770		42 877	43 209	100.8
Infrastructure et logistique	68 524	66 309		61 259	101 338		129 783	167 647	129.2
Organes directeurs	24 933	26 810		10 446	8 113		35 379	34 923	98.7
Relations extérieures	17 783	15 619		15 043	11 061		32 826	26 680	81.3
Direction	26 787	30 509		11 417	15 170		38 204	45 679	119.6
Domaines d'activité fondamentaux-Total	879 806	863 348		2 708 785	2 316 616		3 588 591	3 179 964	88.6
Divers									
Couverture du risque de change	15 000	14 775		5 000	1 825		20 000	16 600	
Fonds immobilier	7 509	7 396		6 061	409		13 570	7 805	a/
Fonds pour la technologie de l'information	10 000	9 850		15 000	27 188		25 000	37 038	a/
Fonds pour la sécurité	3 000	3 257		20 000	26 450		23 000	29 707	a/
Total - Divers	35 509	35 278		46 061	55 872		81 570	91 150	
Total - ENSEMBLE DES BUREAUX	915 315	898 626	98.2	2 754 846	2 372 488	86.1	3 670 161	3 271 114	89.1

Tableau 3. Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pleinement atteints, partiellement atteints, abandonnés, reportés ou pour lesquels les données qui permettraient de déterminer le degré de réalisation sont insuffisantes – par domaine d'activité

Sigle	Domaine d'activité	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pleinement atteints	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation partiellement atteints	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation abandonnés, reportés ou pour lesquels les données qui permettraient de déterminer le degré de réalisation sont insuffisantes	Totaux
Interventions sanitaires essentielles					
CPC	Maladies transmissibles : prévention et lutte	3	2	0	5
CSR	Alerte et action en cas d'épidémie	5	0	0	5
MAL	Paludisme	0	5	0	5
TUB	Tuberculose	2	5	0	7
HIV	VIH/sida	3	4	0	7
NCD	Surveillance, prévention et prise en charge des maladies chroniques non transmissibles	5	0	0	5
MNH	Santé mentale et toxicomanie	4	1	0	5
RHR	Santé génésique	5	1	0	6
MPS	Pour une grossesse à moindre risque	2	2	0	4
CAH	Santé de l'enfant et de l'adolescent	3	1	0	4
IVB	Vaccination et mise au point de vaccins	4	3	0	7
EHA	Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours	3	1	0	4
Politiques et systèmes de santé et produits y relatifs					
HSP	Politiques relatives au système de santé et prestation des services	2	1	2	5
HFS	Financement de la santé et protection sociale	4	0	0	4
IER	Information sanitaire, bases factuelles et politique de recherche	3	2	0	5
HRH	Ressources humaines pour la santé	1	1	5	7

Sigle	Domaine d'activité	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pleinement atteints	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation partiellement atteints	Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation abandonnés, reportés ou pour lesquels les données qui permettraient de déterminer le degré de réalisation sont insuffisantes	Totaux
HSD	Elaboration de politiques pour la santé et le développement	1	5	1	7
EDM	Médicaments essentiels	5	2	0	7
BCT	Technologies de la santé essentielles	3	2	0	5
Déterminants de la santé					
FOS	Sécurité sanitaire des aliments	3	2	0	5
GWH	Parité des sexes en matière de santé	2	3	0	5
PHE	Santé et environnement	3	0	0	3
HPR	Promotion de la santé	4	2	0	6
NUT	Nutrition	5	1	0	6
TOB	Tabac	6	0	0	6
INJ	Violence, traumatismes et incapacités	7	0	0	7
CRD	Recherche sur les maladies transmissibles	4	2	0	6
Appui efficace aux Etats Membres					
DIR	Direction	5	0	0	5
GBS	Organes directeurs	1	3	0	4
REC	Relations extérieures	3	4	0	7
BMR	Planification, coordination des ressources et surveillance	2	3	2	7
ILS	Infrastructure et logistique	2	4	0	6
SCC	Présence essentielle de l'OMS dans les pays	2	2	0	4
HRS	Gestion des ressources humaines à l'OMS	1	4	1	6
KMI	Gestion du savoir et technologie de l'information	1	7	0	8
FNS	Budget et gestion financière	2	4	0	6
Totaux		111	79	11	201

ANNEXE 1



SOIXANTE ET UNIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ
Point 14.1 de l'ordre du jour provisoire

A61/21
16 mai 2008

Budget programme 2006-2007 : appréciation de l'exécution

Premier rapport du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif à la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé

1. La huitième réunion du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif a eu lieu à Genève les 15 et 16 mai 2008 sous la présidence du Professeur J. Pereira Miguel (Portugal). La liste des participants est jointe en annexe.

2. Le Comité a adopté son ordre du jour.¹

3. Il a été fait rapport au Comité sur l'exécution par le Secrétariat du budget programme 2006-2007, du point de vue tant financier que programmatique. Un résumé du rapport à paraître sur l'appréciation de l'exécution,² ainsi que le rapport financier et les états financiers vérifiés pour l'exercice 1^{er} janvier 2006-31 décembre 2007,³ avaient été distribués au préalable.

4. Les questions ci-après ont été examinées de façon relativement détaillée : 1) tendances passées concernant les recettes, les dépenses, le rapport entre les contributions fixées et les contributions volontaires, ainsi que le degré d'alignement des recettes sur les chiffres du budget programme ; 2) les mesures prises pour s'adapter au nouvel environnement budgétaire, dans le cadre duquel les contributions volontaires à objet désigné prennent une place croissante ; 3) les facteurs contribuant à l'important report financier de l'exercice 2006-2007 sur l'exercice 2008-2009 ; 4) la préparation du rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2006-2007, y compris un aperçu de son but principal, de la méthodologie et du calendrier du processus, ainsi que des principales conclusions du rapport.

5. Il a été noté que, même si les dépenses globales de l'exercice 2006-2007 n'étaient que marginalement inférieures au niveau du budget programme initialement approuvé, les taux d'exécution financière continuaient de varier entre différents domaines d'activité. Parmi les principaux facteurs qui expliquent le sous-financement de certains domaines et le niveau relativement élevé de report dans d'autres figurent la difficulté à prévoir la date de réception des fonds, la spécificité des affectations particulières pour la plus grande partie des contributions volontaires, la forte proportion de

¹ Document EBPBAC8/1.

² Document A61/19.

³ Documents A61/20 et A61/20 Add.1.

contributions volontaires versées pour des partenariats et d'autres modalités de collaboration placés sous les auspices de l'OMS ; enfin, les changements de politique concernant l'enregistrement des recettes et des dépenses. Le Secrétariat a souligné que, même si toutes les contributions volontaires qui aident à mettre en oeuvre le budget programme approuvé étaient extrêmement importantes et bienvenues, le manque relatif de ressources pouvant être utilisées avec souplesse et la diminution de la proportion des contributions dont les Etats Membres sont redevables posent d'importants problèmes pour la pleine exécution du budget programme.

6. Le Comité a pris connaissance avec intérêt du résumé du rapport sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2006-2007 et a dit attendre avec intérêt d'examiner la version intégrale, révisée compte tenu de ses propres observations. La version intégrale sera examinée lors des réunions des comités régionaux, ainsi que par le Conseil exécutif à sa cent vingt-quatrième session.

7. Le Comité a fait observer que les conclusions relatives à l'appréciation de l'exécution étaient importantes pour la prise de décisions en connaissance de cause au sujet de la reprogrammation et pour la préparation du budget programme 2010-2011. Le Comité a d'autre part souligné l'importance du processus d'appréciation, qui fait partie intégrante du cadre OMS de gestion fondée sur les résultats et qui aide les donateurs à faire preuve d'une plus grande souplesse en ce qui concerne leurs contributions volontaires.

8. Le Comité a fait quelques observations sur les problèmes de délais dans la préparation du rapport résumé et du rapport intégral sur l'appréciation de l'exécution, tout en soulignant qu'il était important de recevoir les deux rapports en temps opportuns. Il est nécessaire de connaître l'ensemble des conclusions sur l'appréciation de l'exécution pour pouvoir éclairer les discussions sur le budget programme 2010-2011. Certains membres du Comité ont regretté que le calendrier fixé pour les discussions prive les Etats Membres de la possibilité d'examiner le rapport intégral avant que les organes directeurs se penchent sur les futurs projets de budget programme. Il a été proposé que le Secrétariat soumette des propositions en vue de redresser la situation à une réunion ultérieure du Comité.

Le Comité, au nom du Conseil exécutif, a recommandé que l'Assemblée de la Santé prenne note du rapport contenu dans le document A61/19.

ANNEXE

LISTE DES PARTICIPANTS

MEMBRES ET SUPPLEANTS

Portugal

Professeur J. Pereira Miguel (Président)

Libéria

Dr W. T. Gwenigale (Vice-Président)

Afghanistan

M. O. K. Noori (suppléant du Dr H. Ahmadzai)

Danemark

Mme M. Kristensen (suppléant de M. J. Fisker)

Mme M. Skovbjerg-Jensen (suppléant)

M. A. Berling-Rasmussen (suppléant)

Etats-Unis d'Amérique

M. D. E. Hohman (suppléant du Dr J. Garcia)

Mme A. Chick (suppléant)

Indonésie

Dr W. Lukito (suppléant du Dr S. F. Supari)

Dr A. Somantri (suppléant)

Dr T. W. Putri (suppléant)

Dr Widiyarti (suppléant)

Japon

Dr Y. Sugiura (suppléant du Dr H. Shinozaki)

Mexique

Mme D. M. Valle Álvarez (suppléant du Dr M. Hernández Ávila)

Mme M. A. Jaquez (suppléant)

Mme M. E. Coronado Martínez (suppléant)

Nouvelle-Zélande

Mme D. Roche (suppléant de M. D. Cunliffe)

Sri Lanka

M. N. de Silva

Mme M. Mallikaratchy (suppléant)

Tunisie

Dr H. Abdesselem

Membre ex-qualité**Singapour**

Dr B. Sadasivan (Président du Conseil exécutif)

ETATS MEMBRES QUI NE SONT PAS MEMBRES DU COMITE

M. E. H. Elbey (Algérie)

Mme C. Patterson (Autriche)

Mme R. Enn (Autriche)

Dr F. Helmut (Autriche)

M. C. Wurzer (Autriche)

M. D. MacPhee (Canada)

M. P. Blais (Canada)

Dr Xing Jun (Chine)

Mme Han Jixiu (Chine)

Dr A. Pavlov (Fédération de Russie)

Mme P. Renoul (France)

M. U. Fenchel (Allemagne)

M. J. B. Alexandre (Haïti)

Dr T. Mboya Okeyo (Kenya)

Mme S. Tashmatova (Kirghizistan)

M. M. Achgalou (Maroc)

Mme Z. Chraïbi (Maroc)

M. T. E. Lindgren (Norvège)

M. J. A. Sousa Fialho (Portugal)

M. C. Segura (République dominicaine)

Mme C. Kitsell (Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord)

Mme C. Kamikazi (Rwanda)

M. A. Kayitayire (Rwanda)

M. Tan York Chor (Singapour)

M. S. N. Syed Hassim (Singapour)

M. C. Wong (Singapour)

M. T. S. Sadanadom (Singapour)

Mme F. Gan (Singapour)

Mme A. Hellgren (Suède)

*Annexe**A61/21*

Mme L. Andersson (Suède)
M. D. Rychner (Suisse)
M. N. Plattner (Suisse)
Mme P. Kanchanahattakij (Thaïlande)

= = =

ANNEXE 2

Résumé des recommandations du Comité d'assurance de la qualité

Le Secrétariat a décidé d'entreprendre un examen de la qualité des rapports d'appréciation de l'exécution du budget programme 2006-2007 établis par les points focaux pour les 36 domaines d'activité. Un Comité d'assurance de la qualité comprenant deux évaluateurs extérieurs a été créé à cette fin.

Aux termes de son mandat, le Comité d'assurance de la qualité était chargé d'examiner les rapports pour les 36 domaines d'activité, de repérer les omissions, les incohérences et les erreurs factuelles, et d'apprécier la complétude, la qualité et la justification des valeurs des indicateurs en vue de garantir l'exactitude des données. Le Comité était également prié de rédiger un rapport final assorti de recommandations destinées à améliorer l'établissement des rapports et des produits connexes à l'avenir.

Le Comité d'assurance de la qualité a constaté que les rapports d'appréciation de l'exécution étaient de qualité extrêmement variable. Aucun n'était remarquable et beaucoup laissaient à désirer. L'un des problèmes les plus courants était dû au fait que les unités établissant les rapports n'avaient pas suivi les directives données, ce qui s'est traduit par la fourniture d'éléments superflus et l'absence de cohérence à l'intérieur des rapports et entre eux. Les problèmes plus particuliers rencontrés et les recommandations relatives aux indicateurs et aux rapports régionaux sont exposés ci-après.

INDICATEURS

De nombreux indicateurs du budget programme 2006-2007 sont de mauvaise qualité. Certains ne sont pas clairs, sont peu précis, sont inutiles ou ne sont pas pertinents ; d'autres sont difficiles voire impossibles à mesurer, ou ne reflètent pas les activités du Secrétariat. Les valeurs de base ne sont pas toujours indiquées et les cibles connexes sont par conséquent mal définies. Les réalisations indiquées ne correspondent pas toujours à l'indicateur auquel elles se rapportent ou ne renvoient pas précisément aux réalisations du Secrétariat. Le plan stratégique à moyen terme 2008-2013 contient 243 indicateurs pertinents à l'échelle de l'Organisation. Rendre ces indicateurs utiles à tous les niveaux de l'Organisation représente un défi majeur, notamment compte tenu du fait que l'on ne dispose pas à l'heure actuelle de moyens de coordination ou de vue d'ensemble institutionnelle efficace des indicateurs. Pour résoudre les problèmes liés aux indicateurs, il faudra reconsidérer un certain nombre de questions dans le cadre d'un processus plus large que celui qui est actuellement envisagé.

Recommandation

- Il faudrait s'efforcer d'améliorer les indicateurs et de veiller à ce qu'ils soient plus clairement définis, mesurables, spécifiques, utiles et pertinents. L'examen récemment effectué des indicateurs constitue un instrument important pour apporter des améliorations dans ce domaine.

RAPPORTS REGIONAUX

Les rapports régionaux d'appréciation de l'exécution, qui représentaient la principale source des rapports à l'échelle de l'Organisation, sont de qualité extrêmement variable. Cette constatation concerne l'ensemble des Régions et des domaines d'activité. En fait, une Région n'a même pas rendu compte conformément aux directives prescrites et a adopté une approche tout à fait différente.

Le Comité a constaté que certaines Régions perçoivent l'exercice régional de compte rendu comme leur étant peu utile, ce qui montre bien la nécessité de mieux intégrer et aligner les processus d'appréciation à l'échelle de l'Organisation et à l'échelle des Régions, et d'accroître la pertinence du processus d'établissement des rapports pour les Régions.

Recommandations

- Il faudrait rechercher les moyens d'accroître la pertinence des processus de compte rendu pour les Régions par un meilleur alignement et une plus grande harmonisation des procédures d'établissement des rapports et en faisant mieux comprendre aux Régions l'objet et le contexte des rapports.
- La responsabilité de l'établissement des futurs rapports régionaux devrait dès le départ être clairement définie comme incombant aux responsables d'objectif stratégique.
- Le groupe Administration devrait solliciter le point de vue du personnel aussi bien technique qu'administratif des Régions et compiler les suggestions de façon à améliorer la qualité et la coordination du système des rapports sur l'appréciation de l'exécution.