



**Organisation  
mondiale de la Santé**

BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Afrique**

**AFR/RC56/18**

11 juillet 2006

**COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE**

**ORIGINAL : ANGLAIS**

Cinquante-sixième session

Addis-Abéba, Éthiopie, 28 août –1<sup>er</sup> septembre 2006

Point 9 de l'ordre du jour provisoire

**PROJET DE PLAN STRATÉGIQUE À MOYEN TERME 2008-2013**

**AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2008-2009**

**PROJET DE PLAN STRATEGIQUE A MOYEN TERME 2008-2013**

**AVANT-PROJET DE BUDGET PROGRAMME 2008-2009**

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.

Genève, juillet 2006

## TABLE DES MATIERES

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Avant-propos du Directeur général</b>  | <b>1</b>  |
| <b>Résumé d'orientation</b>   | <b>2</b>  |
| <b>Partie I Projet de plan stratégique à moyen terme</b>  | <b>5</b>  |
| <b>I. Relever les défis, combler les lacunes et répondre aux besoins futurs</b>   | <b>5</b>  |
| <b>II. Enseignements tirés de l'expérience</b>  | <b>7</b>  |
| <b>III. Cadre de gestion fondée sur les résultats adopté par l'OMS</b>  | <b>8</b>  |
| <b>IV. Orientation stratégique pour 2008-2013</b>   | <b>9</b>  |
| <b>V. Mise en oeuvre efficace et efficiente</b>   | <b>13</b> |
| <b>VI. Financement du plan stratégique à moyen terme</b>  | <b>14</b> |
| <b>VII. Objectifs stratégiques</b>  | <b>20</b> |
| 1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles  | 20        |
| 2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose  | 28        |
| 3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes  | 35        |
| 4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités | 40        |
| 5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques  | 47        |
| 6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés  | 52        |
| 7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme   | 59        |
| 8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement   | 65        |
| 9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable   | 72        |
| 10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé   | 78        |
| 11. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent   | 82        |
| 12. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation   | 87        |
| 13. Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires  | 91        |
| 14. Etendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable  | 96        |

|   |            |
|---|------------|
| 15. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail   | 102        |
| 16. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat   | 107        |
| Suivi et évaluation du plan stratégique à moyen terme et du budget programme  | 113        |
| <b>Partie II Avant-projet de budget programme 2008-2009</b>   | <b>115</b> |
| <b>Orientation 2008-2009 par objectifs stratégiques</b>   | <b>115</b> |
| 1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles  | 115        |
| 2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose  | 116        |
| 3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes  | 117        |
| 4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités | 118        |
| 5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques  | 119        |
| 6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés  | 120        |
| 7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme   | 121        |
| 8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement   | 122        |
| 9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable   | 123        |
| 10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé   | 124        |
| 11. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent   | 125        |
| 12. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation   | 126        |
| 13. Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires  | 127        |
| 14. Étendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable  | 128        |
| 15. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail   | 129        |
| 16. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat   | 130        |

|  |     |
|--|-----|
| Annexe 1 : Allocations par objectif stratégique et par bureau, 2008-2009   | 132 |
| Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et par bureau, 2008-2009  | 134 |
| Annexe 3 : Allocations par objectif stratégique et par bureau (contributions au budget ordinaire et montant estimatif total des contributions volontaires), tous niveaux, 2008-2009          | 156 |
| Annexe 4 : Allocations détaillées par objectif stratégique et par bureau (contributions au budget ordinaire et montant estimatif total des contributions volontaires), par Région, 2008-2009 | 158 |



## Avant-propos du Directeur général

## Résumé d'orientation

1. Le onzième programme général de travail couvre la période de dix ans qui s'étend de 2006 à 2015. Il envisage dans une optique à long terme les déterminants et les tendances de la santé et propose un programme mondial d'action sanitaire en sept points qui définit le cadre stratégique général et les grandes orientations de l'action des Etats Membres de l'OMS, de leurs partenaires et du Secrétariat. Les sept points sont les suivants :

1. Investir dans la santé pour réduire la pauvreté
2. Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale
3. Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé
4. Influer sur les déterminants de la santé
5. Renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable
6. Exploiter le savoir, la science et la technologie
7. Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.

2. A compter de l'exercice 2008-2009, un plan stratégique à moyen terme couvrant trois exercices biennaux servira de cadre à la gestion fondée sur les résultats, qui préside à l'exécution du programme mondial d'action sanitaire. Grâce au plan stratégique à moyen terme et au budget programme, présentés ici à l'état de projet pour le premier et d'avant-projet pour le second, l'OMS pourra s'adapter avec souplesse et dynamisme à l'évolution de l'environnement sanitaire international.

3. Ces 20 dernières années, l'espérance de vie a beaucoup augmenté d'une manière générale, mais les inégalités sanitaires se creusent et les progrès enregistrés dans certains pays ont été anéantis à cause notamment de plusieurs maladies infectieuses, dont le VIH/SIDA, de l'effondrement des services de santé et de la détérioration des conditions sociales et économiques. L'échéance des objectifs du Millénaire pour le développement est fixée à 2015, mais les tendances concernant les objectifs sanitaires ne sont guère encourageantes. La façon dont est structuré le secteur de la santé au niveau mondial a radicalement changé ces dix dernières années et les partenariats internationaux se sont multipliés. Les partenariats mondiaux permettent d'allier les forces des organisations publiques et privées et de la société civile pour s'attaquer aux problèmes de santé. L'ensemble du système des Nations Unies doit satisfaire à des impératifs croissants, en particulier celui de se réformer et d'apporter des preuves plus convaincantes de son efficacité.

4. L'OMS conçoit son action en fonction de ses objectifs, de ses contraintes et des enseignements qu'elle tire de son expérience. Nul n'est mieux placé qu'elle pour influencer sur la structure et les priorités du secteur de la santé publique à l'échelle mondiale par la recherche d'un consensus ou la conclusion d'accords ayant force obligatoire. Elle s'emploiera à harmoniser les structures sanitaires au niveau des pays et participera activement à la réforme engagée pour créer des équipes de pays efficaces dirigées en commun par l'ensemble du système des Nations Unies. Elle collaborera également avec d'autres partenaires en vue d'harmoniser les structures sanitaires mondiales et d'offrir des tribunes aux entités concernées, de plus en plus nombreuses et diverses, pour engager un dialogue sur les enjeux de la santé aux niveaux local et mondial. Les organes directeurs de l'OMS continueront à jouer leur rôle de direction vu l'importance croissante de la santé dans les questions de développement et de sécurité.

5. L'OMS mènera à bien ses activités prioritaires en s'acquittant des six fonctions essentielles définies dans le onzième programme général de travail :



1. Jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire
  2. Fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles
  3. Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application
  4. Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes
  5. Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles
  6. Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.
6. Cinq grands axes ont été définis pour la période couverte par le plan stratégique à moyen terme :
1. Apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique
  2. Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde
  3. Concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé
  4. Développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la santé
  5. Renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays.
7. Ces activités s'organisent autour de 16 objectifs communs qui forment une structure programmatique plus stratégique et plus souple, qui tiennent compte des besoins des Etats Membres, facilitent la collaboration à tous les niveaux de l'Organisation et procèdent d'une approche fondée sur les résultats.
8. Une vaste réforme a été engagée pour mieux gérer et administrer l'Organisation et garantir ainsi une mise en oeuvre plus efficace et plus efficiente. Elle devrait déboucher sur une collaboration fructueuse entre les programmes distincts mais apparentés et entre les pays, les Régions et le Siège, et permettre de travailler de façon décentralisée, de reconnaître le rôle déterminant des administrateurs et de coopérer au sein du système des Nations Unies et avec d'autres partenaires.
9. Un budget global de US \$4263 millions sera nécessaire pour financer le plan stratégique à moyen terme au cours des deux prochaines années, et de XX millions pour toute la période couverte.<sup>1</sup> Si l'on se base sur les dépenses prévues pendant l'exercice 2006-2007, le budget programme devra augmenter de 17,2 %. Les cibles, certes ambitieuses mais réalistes, que l'Organisation doit atteindre pour satisfaire à des sollicitations croissantes justifient cette augmentation. Les fonds supplémentaires seront principalement utilisés pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement qui concernent la santé de la mère et de l'enfant, mettre davantage l'accent sur les maladies non transmissibles, appliquer le Règlement sanitaire international (2005) et contribuer à un développement sanitaire durable en prêtant une plus grande attention aux déterminants de la santé et en renforçant les systèmes de santé indispensables à toute action efficace.

---

<sup>1</sup> On est en train de calculer le budget pour les deux derniers exercices du plan. Il figurera dans le document qui sera soumis au Conseil exécutif à sa cent vingtième session (janvier 2007).

10. L'OMS entend faire appel à trois sources de fonds pour financer le plan stratégique : les contributions fixées et recettes diverses, qui ensemble constituent le budget ordinaire ; les contributions volontaires de base négociées ; et les contributions volontaires destinées à des projets.

11. L'OMS étant une organisation qui regroupe des Etats Membres par lesquels elle est chargée d'effectuer un travail technique normatif au niveau mondial, il est indispensable, pour sa crédibilité et son intégrité, qu'une part importante de son budget provienne des contributions fixées dont ses Etats Membres sont redevables. Un budget ordinaire de US \$1 milliard est donc proposé afin de maintenir un équilibre entre les sources de fonds budgétaires et extrabudgétaires, soit une augmentation de 9,3 % par rapport à l'exercice 2006-2007. Les contributions fixées représenteraient seulement 23 % du budget global.

## Partie I : Projet de plan stratégique à moyen terme

### I. RELEVER LES DEFIS, COMBLER LES LACUNES ET REpondre AUX BESOINS FUTURS

12. Le onzième programme général de travail 2006-2015 analyse les enjeux de la santé aujourd'hui. La santé est de plus en plus considérée comme un aspect fondamental de la sécurité humaine et occupe une place importante dans les débats sur les priorités du développement.

13. Ces 20 dernières années, l'espérance de vie a beaucoup augmenté d'une manière générale, mais les inégalités sanitaires se creusent et les progrès enregistrés dans certains pays ont été anéantis à cause notamment de plusieurs maladies infectieuses, dont le VIH/SIDA, de l'effondrement des services de santé et de la détérioration des conditions sociales et économiques. L'échéance des objectifs du Millénaire pour le développement est fixée à 2015, mais les tendances concernant les objectifs sanitaires ne sont guère encourageantes. Le programme d'action sanitaire est défini par les accords adoptés par les dirigeants politiques du monde entier. En septembre 2000, les pays signataires de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies se sont engagés à former un partenariat mondial pour réduire la pauvreté, améliorer la santé, assurer l'éducation primaire et promouvoir la paix, les droits de l'homme, l'égalité des sexes et un environnement durable.

14. Il ressort de l'analyse faite dans le programme général de travail que, dans plusieurs domaines, toutes les possibilités d'améliorer la santé des populations, en particulier celle des plus démunis, ne sont pas exploitées. Les éléments manquants peuvent être globalement regroupés comme suit :

- lacunes en matière de justice sociale : les politiques et mesures prévues pour garantir la justice sociale, le respect des droits fondamentaux liés à la santé et l'égalité des sexes sont insuffisantes
- lacunes en matière de responsabilité : l'accroissement du nombre de secteurs, d'acteurs et de partenaires associés à l'action de santé a créé des problèmes de responsabilisation et entravé la coordination synergique des mesures destinées à améliorer la santé
- lacunes dans la mise en oeuvre : de nombreuses populations sont encore privées des interventions de santé publique essentielles ; l'aide internationale est souvent mal adaptée aux priorités et aux systèmes nationaux ou peu harmonisée entre les organisations
- lacunes des connaissances : on connaît mal encore les moyens de s'attaquer à certains grands problèmes de santé ; la recherche ne porte pas toujours sur les domaines les plus indispensables et les politiques sanitaires ne reposent pas systématiquement sur les données scientifiques les plus solides.

15. Des progrès ne sont possibles qu'avec une forte volonté politique, des politiques intégrées et une large participation. Tout progrès important dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé nécessitera l'intervention de nombreux secteurs à tous les niveaux – individuel, communautaire, national, régional et mondial. Le nombre de partenariats internationaux en santé a considérablement augmenté ces dix dernières années. Les partenariats mondiaux en santé permettent d'allier les forces des organisations publiques et privées et de la société civile pour s'attaquer aux problèmes de santé. L'ensemble du système des Nations Unies doit répondre à des impératifs de plus en plus nombreux, en particulier celui de se réformer et d'apporter des preuves plus convaincantes de son efficacité. L'acquisition de connaissances et l'utilisation qui en est faite continuent de dépendre des orientations de la recherche menée par le milieu universitaire, l'industrie, les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux.

16. Le plan mondial d'action sanitaire en sept points prévu dans le onzième programme général de travail nécessite la participation de nombreux acteurs de la communauté internationale, de la société et des gouvernements. Les sept points sont exposés ci-après.

17. **Investir dans la santé pour réduire la pauvreté.** Dans tous les pays, la pauvreté est associée à une forte mortalité des enfants et des mères, et à une augmentation du risque de maladie infectieuse et de malnutrition. La relation entre pauvreté et santé est réciproque : la réduction de la pauvreté suppose une amélioration de la santé, et inversement.
18. **Renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale.** La question de la sécurité sanitaire mondiale devient de plus en plus préoccupante car, plus fréquents qu'auparavant, les conflits, les catastrophes naturelles, les flambées épidémiques et les zoonoses ont des conséquences de plus en plus importantes sur la santé. L'essor du commerce international de denrées alimentaires et le nombre important de personnes qui voyagent d'un pays à un autre peuvent accélérer la transmission des maladies. Au niveau des ménages dans les communautés les plus défavorisées, la lutte contre les maladies infectieuses est prioritaire, mais les risques pour la santé liés à l'insalubrité des aliments et de l'eau posent un problème tout aussi important. Dans de nombreuses régions du monde, la violence sexuelle à l'encontre des femmes et le viol sont des pratiques répandues.
19. **Promouvoir la couverture universelle, l'égalité des sexes et les droits fondamentaux liés à la santé.** La difficulté pour les pauvres et les autres groupes marginalisés d'accéder aux services de santé essentiels est un grave problème dans de nombreux pays. Les objectifs du Millénaire pour le développement reconnaissent que l'autonomisation des femmes et l'égalité des sexes sont des conditions préalables au développement. La réalisation de tous les objectifs liés à la santé nécessite des mesures dans ce domaine.
20. **Influer sur les déterminants de la santé.** Tout effort sérieux pour améliorer la santé des plus vulnérables et réduire les inégalités doit viser les principaux déterminants de la santé. Certains, tels que le revenu, les rôles sexospécifiques, l'éducation et l'appartenance ethnique, sont liés à l'exclusion sociale ; d'autres, tels que les conditions de vie, l'environnement professionnel, les rapports sexuels à risque et l'approvisionnement en nourriture et en eau, sont davantage liés à l'exposition aux risques. Parmi les déterminants économiques, politiques et environnementaux d'ordre plus général figurent l'urbanisation, les droits de propriété intellectuelle, le commerce et les subventions, la mondialisation, la pollution atmosphérique et le changement climatique.
21. **Renforcer les systèmes de santé et rendre l'accès plus équitable.** Faute d'investissements importants et durables, les systèmes de santé ne seront pas en mesure de progresser vers la couverture universelle et les écarts ne seront pas comblés. Le renforcement des systèmes de santé, ou leur reconstruction le cas échéant, s'inscrira dans une action plus large des pouvoirs publics, comme la réforme de la fonction publique et des dépenses publiques, la décentralisation et les stratégies de lutte contre la pauvreté.
22. **Exploiter le savoir, la science et la technologie.** La mortalité prématurée et la morbidité enregistrées actuellement dans le monde pourraient être en grande partie réduites si l'on appliquait des solutions efficaces et relativement peu coûteuses qui s'inscrivent dans un ensemble cohérent et coordonné de mesures de santé publique. Mais de nouvelles découvertes scientifiques et de nouvelles connaissances n'en sont pas moins nécessaires pour mettre au point des moyens de diagnostic, des traitements et des vaccins efficaces, pour mieux comprendre les liens entre les déterminants et leurs conséquences et pour concevoir des interventions à l'intention des pauvres.
23. **Renforcer la gouvernance, le rôle directeur et la responsabilité.** Une forte volonté politique, une bonne gouvernance et une direction avisée s'imposent au niveau national. La santé de la population doit être l'une des principales préoccupations des gouvernements. L'élaboration d'une politique publique est toujours l'occasion de rendre plus cohérente l'action sanitaire. Les ministères de la santé doivent faire preuve d'initiative et promouvoir un dialogue et des stratégies d'intervention intersectorielles qui associent secteur public et secteur privé.

## II. ENSEIGNEMENTS TIRES DE L'EXPERIENCE

24. Nul n'est mieux placé que l'OMS pour influencer sur les priorités de la santé publique à l'échelle mondiale par la recherche d'un consensus ou par la conclusion d'accords ayant force obligatoire, par exemple la Convention-Cadre pour la lutte antitabac et le Règlement sanitaire international (2005) adoptés récemment. Ce travail lui a permis de déterminer les questions sanitaires qui appellent un accord officiel et celles qu'il vaut mieux aborder en recherchant un consensus. L'OMS participe à plus de 80 partenariats mondiaux pour la santé et à de nombreux réseaux mondiaux, régionaux et nationaux, qui profitent de son pouvoir fédérateur et de ses compétences techniques. L'OMS continue à étudier la meilleure façon de participer à ces partenariats tout en conservant son identité et le mandat qui lui est propre.

25. Pour satisfaire à des sollicitations croissantes, l'Organisation s'efforcera de conclure des alliances plus fructueuses avec les institutions du système des Nations Unies et l'ensemble des organismes qui oeuvrent pour le développement. Elle collaborera à l'harmonisation des structures de santé au niveau des pays et participera à la réforme engagée pour mettre en place des équipes de pays efficaces dirigées en commun par l'ensemble du système des Nations Unies. Elle offrira des tribunes aux entités toujours plus nombreuses et diverses qui interviennent dans la santé et le développement et engagera un dialogue avec elles. Ses organes directeurs continueront à jouer leur rôle de direction, qui est capital pour l'efficacité et le dynamisme de l'Organisation.

26. Au cours des 60 dernières années, l'OMS a joué un rôle de premier plan en concevant, en coordonnant et en mettant en oeuvre des programmes et des initiatives de santé publique. On peut citer à son actif l'éradication de la variole, le Programme élargi de vaccination, le Programme d'action pour les médicaments essentiels, le Programme mondial de lutte contre le SIDA, le Programme de lutte contre l'onchocercose en Afrique de l'Ouest, l'initiative Halte à la tuberculose, les opérations visant à éradiquer la poliomyélite, éliminer la lèpre, endiguer le SRAS et la grippe aviaire. Elle a montré à de nombreuses reprises qu'elle pouvait s'adapter voire se transformer pour répondre aux besoins de certains programmes de santé publique. Il est apparu en 2004-2005 que l'une des principales raisons pour lesquelles il est difficile d'améliorer la performance des systèmes de santé est l'absence de consensus international sur la façon dont ces systèmes doivent fonctionner et sur les moyens de les renforcer. L'absence de consensus peut empêcher de mobiliser le soutien financier et technique nécessaire pour renforcer les systèmes de santé des pays les plus démunis selon une démarche concertée.

27. Nombre de déterminants importants de la santé échappent à la sphère d'influence directe du secteur de la santé. L'OMS tire les leçons de l'expérience et développe les moyens de collaboration avec des secteurs autres que celui de la santé afin de faire avec eux une estimation réaliste de ce qu'il est possible de faire pour améliorer la situation sanitaire dans les pays. Elle suivra de près l'évolution des tendances mondiales pouvant avoir une incidence sur la santé dans certains secteurs comme le commerce et l'agriculture et collaborera avec les ministères de la santé pour y réagir de façon appropriée.

28. L'OMS doit éclaircir et rendre plus cohérente la notion d'équité en santé et l'intégrer dans tous les volets de son action où elle a sa place. L'OMS montrera l'exemple en tenant compte de la question de l'égalité des sexes dans ses activités courantes, en incorporant dans ses travaux d'orientation technique et travaux normatifs et en utilisant des données ventilées par sexe pour la planifier et suivre l'exécution de ses programmes.

29. Dans le but d'accélérer l'extension des interventions de santé publique, l'OMS collaborera avec les gouvernements et ses partenaires pour dépasser le stade des projets pilotes qui servent à recueillir des données probantes ou à tester la faisabilité de certaines activités et concevoir des plans réalistes de développement des services et de financement durable. Dans les situations de crise, l'OMS doit réagir rapidement pour se montrer un partenaire efficace et les ministères de la santé doivent disposer de plans établis à l'avance.

30. L'OMS entretiendra des contacts plus systématiques avec la société civile et l'industrie, y compris les firmes médicales et pharmaceutiques internationales, et engagera un dialogue sur les priorités et l'éthique de la recherche à mesure que la science progresse.

31. De nombreuses initiatives ont été prises ces dernières années dans les domaines de la gestion et de l'administration. La tâche consiste maintenant à asseoir et institutionnaliser les changements opérés et à achever les réformes sans compromettre la capacité opérationnelle de l'Organisation ni ébranler la confiance de son personnel.

32. L'OMS a su mobiliser des ressources, mais la difficulté consiste à les mettre en adéquation avec les activités prévues, car les contributions volontaires sont souvent destinées à des programmes particuliers et il manque des mécanismes internes pour acheminer les ressources là où elles sont le plus nécessaires. Certes, la situation s'est améliorée, mais il faudra faire un effort supplémentaire pour éviter que les fonds affectés à un programme ou à un endroit ne soient inutilisés ou sous-utilisés alors qu'on en manque ailleurs. Tant les bailleurs de contributions volontaires que l'Organisation elle-même devront y veiller.

33. Dans une organisation qui consacre près de la moitié de ses ressources au personnel, la gestion des ressources humaines revêt une importance capitale. Or les politiques et les pratiques suivies jusqu'ici dans ce domaine n'ont guère contribué à la mobilité du personnel, qui permet d'affecter au bon endroit des agents compétents ayant les qualifications voulues. Le système de gestion et de développement des services du personnel n'est pas suffisamment exploité et doit être renforcé. Les premiers résultats du programme d'encadrement mondial sont bons et il faut poursuivre dans cette voie.

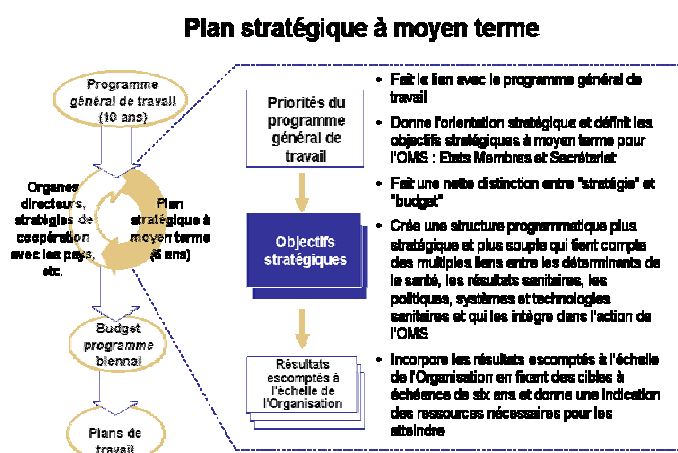
34. Pendant l'exercice 2004-2005, un changement sans précédent est survenu dans la répartition des dépenses entre les différents niveaux de l'Organisation : davantage de ressources ont été consacrées à l'action dans les pays et les Régions. Cette évolution positive nécessite de développer les compétences et le potentiel gestionnaires des pays et des Régions et d'instaurer un dispositif plus strict de responsabilisation.

### III. CADRE DE GESTION FONDEE SUR LES RESULTATS ADOPTE PAR L'OMS

35. Jusqu'à présent, c'était le budget programme biennal qui servait de plan stratégique à l'OMS. Mais il a été jugé que la période de deux ans que couvre le budget programme limitait son utilité en tant que document de planification stratégique, car elle est trop courte pour embrasser la nature plus stratégique des activités de l'OMS. A compter de l'exercice 2008-2009, un plan stratégique à moyen terme couvrant une période de six ans, soit trois exercices biennaux, servira de cadre à la gestion fondée sur les résultats dans le contexte du programme général de travail.

36. Le onzième programme général de travail couvre la période de dix ans qui s'étend de 2006 à 2015. Il envisage dans une optique à long terme les déterminants de la santé et les mesures nécessaires pour améliorer la santé et présente un programme mondial d'action sanitaire. Il définit un cadre stratégique général et fixe les grandes orientations.

37. Le projet de plan stratégique à moyen terme 2008-2013 découle du programme général de travail. Il indique les orientations stratégiques que l'Organisation devra suivre pendant la période de six ans considérée et facilite l'exécution du programme d'action sanitaire exposé dans le onzième

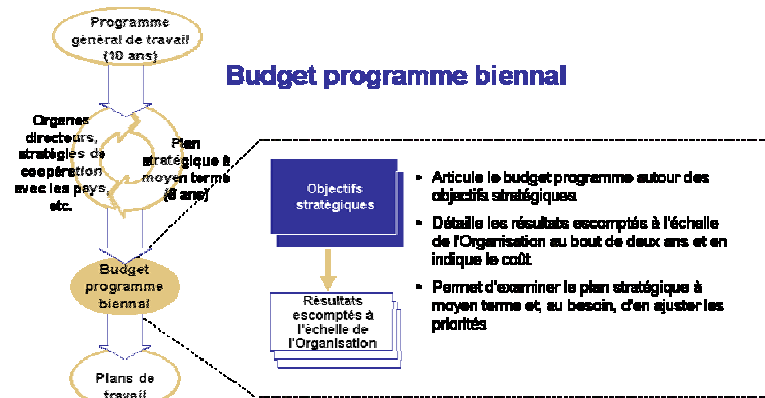


programme général de travail en définissant un cadre qui couvre plusieurs exercices et dont on se servira pour établir les budgets programmes et plans opérationnels biennaux.

38. Le projet de plan stratégique à moyen terme s'organise autour de 16 objectifs stratégiques communs que l'OMS s'engage à atteindre. Ces objectifs forment une structure programmatique plus stratégique et plus souple qui tient mieux compte des besoins des pays et des Régions tout en facilitant la collaboration à tous les niveaux de l'Organisation.

39. Le plan indique les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et dont le Secrétariat sera comptable pendant les trois exercices 2008-2009, 2010-2011 et 2012-2013. Il définit des indicateurs, fixe des cibles à échéance de six ans et indique les ressources nécessaires pour les atteindre.

40. Le budget programme qu'il est proposé d'adopter est l'application concrète du plan stratégique à moyen terme. Il recense les principales questions dont il faut traiter et indique quelles devront être les réalisations pendant l'exercice. Pour chacun des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, il fixe des cibles pour 2008-2009 et indique les ressources nécessaires pour les atteindre.



41. Le budget programme qu'il est proposé d'adopter reste le fondement de la planification opérationnelle. Pendant la phase de planification opérationnelle, les bureaux de pays, les bureaux régionaux et le Siège dresseront des plans dans lesquels ils indiqueront comment ils comptent contribuer à l'obtention des résultats attendus de l'ensemble de l'Organisation. Ces plans opérationnels, appelés aussi plans de travail, déterminent comment, grâce aux services assurés et aux produits fournis, il sera satisfait aux engagements pris par le Secrétariat dans le plan stratégique et les budgets biennaux de l'Organisation. Ils fixent des échéances et définissent les responsabilités de chaque entité à chaque niveau de l'Organisation dans la fourniture de produits et services, mettant ainsi les objectifs stratégiques et les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation en correspondance avec la structure organisationnelle.

#### IV. ORIENTATION STRATEGIQUE POUR 2008-2013

42. L'OMS continuera à jouer le rôle de chef de file dans le domaine de la santé publique et à faire valoir son impartialité et sa composition quasi universelle. Les orientations fournies par les gouvernements par la voie du Conseil exécutif, de l'Assemblée de la Santé et des comités régionaux donnent leur légitimité à l'action de l'Organisation ; en retour, le Secrétariat rend compte de la mise en oeuvre aux organes directeurs. Le pouvoir fédérateur de l'OMS permet à différents groupes d'encourager une action collective dans l'ensemble du monde.

43. L'OMS joue un rôle unique dans la lutte contre la maladie en réunissant des preuves scientifiques, en prônant des stratégies mondiales d'éradication, d'élimination ou de prévention, ou encore en repérant et en enrayant les flambées.

44. L'OMS s'attachera à promouvoir des débats, des analyses et des politiques sanitaires fondés sur des données probantes dans les activités du Secrétariat, des groupes d'experts et des groupes consultatifs, des centres collaborateurs et des nombreux réseaux formels et informels dont elle fait partie.

45. La structure du Secrétariat de l'OMS est conçue pour lui permettre de collaborer avec les pays. Le Siège s'occupe des questions de portée mondiale et apporte un appui technique aux Régions et aux pays. Les bureaux régionaux s'occupent du soutien technique et du renforcement des capacités nationales. La présence de l'OMS dans les pays lui permet d'avoir des contacts rapprochés avec les ministères de la santé et avec ses partenaires au sein et en dehors des gouvernements. L'Organisation travaille en étroite collaboration avec les organismes du système des Nations Unies et canalise l'aide d'urgence.

46. Les trois niveaux de son Secrétariat et les relations de travail étroites qu'elle entretient avec les gouvernements permettent à l'Organisation de rassembler des informations sanitaires et de suivre l'évolution de la situation dans l'ensemble des pays, des Régions et du monde.

47. Les fonctions essentielles de l'OMS orienteront les activités du Secrétariat et serviront de référence pour évaluer la cohérence et la qualité des résultats au niveau mondial, au niveau régional et au niveau des pays. Le onzième programme général de travail définit **six fonctions essentielles** :

1. jouer le rôle de chef de file dans les domaines essentiels pour la santé et créer des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire
2. fixer les priorités de la recherche et inciter à acquérir, appliquer et diffuser des connaissances utiles
3. fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application
4. définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes
5. fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles
6. surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances.

48. C'est le programme général de travail – et plus précisément le programme mondial d'action sanitaire et les fonctions essentielles de l'OMS – qui servira de cadre aux activités de l'OMS pendant la période 2008-2013. Elles s'articuleront autour des cinq axes indiqués ci-après.

### **Apporter un appui aux pays pour qu'ils instaurent la couverture universelle des interventions efficaces de santé publique**

49. Compte tenu de la nécessité urgente où l'on se trouve de réduire la charge mondiale des maladies transmissibles, l'OMS a adopté plusieurs stratégies pour étendre les interventions contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et les maladies à prévention vaccinale et pour parvenir rapidement à éradiquer, éliminer ou maîtriser des maladies comme la poliomyélite, la lèpre, la dracunculose, l'onchocercose, la schistosomiase et la filariose lymphatique. L'application du Règlement sanitaire international (2005) offrira un cadre pour renforcer la surveillance des maladies transmissibles, mieux s'y préparer et mieux les combattre.

50. Les Etats Membres sont convenus de plusieurs stratégies que doit appliquer l'OMS pour améliorer la santé génésique et la santé de l'enfant et pour combattre les maladies non transmissibles comme le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Les interventions relevant de la santé de la mère et de l'enfant seront rattachées les unes aux autres selon le principe de continuité des soins tout au long de l'existence. Quand la poliomyélite aura été éradiquée, l'OMS resserrera sa collaboration avec l'UNICEF, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination et d'autres de ses partenaires pour appliquer une stratégie mondiale de vaccination.

51. Le soutien de l'OMS aux Etats Membres prend essentiellement la forme d'une collaboration avec les autres organisations du système des Nations Unies et d'autres partenaires. Dans les domaines indiqués ci-dessus, il s'agit surtout d'un soutien technique de haut niveau. Il



est rare en effet que l'OMS soit amenée à intervenir directement, comme elle le fait par exemple dans les opérations d'éradication de la poliomyélite.

### **Renforcer la sécurité sanitaire dans le monde**

52. L'OMS continuera d'agir en cas d'urgence sanitaire, de crise ou de conflit, et notamment de concourir à l'élaboration de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours ainsi que de plans de transition et de reconstruction après un conflit ou une catastrophe. Elle étendra son champ d'action aux crises écologiques, à la nutrition dans les situations d'urgence et à la lutte contre les maladies transmissibles en temps de crise.

53. L'action de l'OMS sera conforme à la réforme de l'action humanitaire dans le système des Nations Unies et menée en partenariat avec d'autres organisations du système, des organisations non gouvernementales et les instances nationales concernées.

### **Concevoir des mesures durables dans tous les secteurs concernés pour influencer sur les déterminants comportementaux, sociaux, économiques et environnementaux de la santé**

54. Le rapport de la Commission des Déterminants sociaux de la santé, prévu pour le début de 2008, devrait exposer les mesures à prendre pour influencer sur les facteurs qui conditionnent la santé des populations et indiquer comment, par un engagement commun, l'OMS peut collaborer efficacement avec les secteurs autres que celui de la santé pour instaurer l'équité et résorber la pauvreté.

55. Des stratégies qui abordent les problèmes à la fois en population et du point de vue comportemental seront appliquées pour réduire les risques tels que l'obésité, l'hypertension, l'usage nocif d'alcool et les rapports sexuels non protégés. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac continuera de guider les efforts faits pour réduire la consommation de tabac. L'OMS renforcera et développera aussi ses activités dans les domaines de la promotion de la santé, de la nutrition, de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité alimentaire et de la prévention de la violence et des traumatismes.

### **Développer les moyens institutionnels d'exercer les fonctions essentielles de la santé publique sous la direction renforcée des ministères de la santé**

56. La couverture universelle des interventions de santé publique efficaces demande un système de santé performant. Le Rapport sur la santé dans le monde publié en 2006 appelle l'attention sur la crise mondiale du personnel de santé et indique les mesures que les pays et leurs partenaires doivent prendre dans les années à venir pour remplir leurs engagements en matière de santé et atteindre des cibles comme celles des objectifs du Millénaire pour le développement.<sup>1</sup> L'OMS apportera aussi son concours aux Etats Membres qui adoptent des stratégies pour renforcer d'autres capacités et systèmes institutionnels cruciaux comme le financement durable, l'information, la recherche, les médicaments et technologies essentiels.

### **Renforcer le rôle directeur de l'OMS aux niveaux mondial et régional et soutenir l'action des gouvernements au niveau des pays**

57. Le onzième programme général de travail souligne que le nombre d'acteurs a beaucoup augmenté dans le domaine de la santé aux niveaux national et international et que l'OMS doit réagir rapidement et avec souplesse à ce changement. En plus d'oeuvrer plus efficacement dans le cadre de partenariats, l'OMS usera de son pouvoir fédérateur pour inciter tous les secteurs concernés à agir et renforcera parallèlement la capacité des gouvernements à assumer ce rôle au niveau national. Elle prendra la direction des opérations visant à façonner la structure du secteur de la santé à l'échelle mondiale et participera aux réformes du système des Nations Unies au

<sup>1</sup> *Rapport sur la santé dans le monde, 2006 – Travailler ensemble pour la santé.* Genève. Organisation mondiale de la Santé, 2006.

niveau mondial, au niveau régional et au niveau des pays. Par un apprentissage continu, l'OMS continuera à évoluer et à développer ses moyens de gestion pour mener ces tâches à bien.

58. Les activités de l'OMS organisées autour de ces cinq axes viseront **16 objectifs stratégiques** qui découlent du cadre de gestion fondée sur les résultats et qui définissent les résultats – clairs, mesurables et budgétisés – attendus de l'Organisation pendant la période couverte par le plan stratégique à moyen terme. Ces objectifs encouragent la collaboration entre les programmes consacrés à différentes maladies, car ils tiennent compte des multiples liens entre les déterminants de la santé, les résultats, les politiques, les systèmes et les technologies sanitaires. Ils sont énumérés ci-après.

1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.
2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.
3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.
4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités.
5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.
6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés.
7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.
8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.
9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.
10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.
11. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.
12. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation.
13. Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.
14. Etendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.
15. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.
16. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.

59. Il est probable que les besoins et les possibilités en matière de santé changeront rapidement dans les années qui viennent. Souplesse et réactivité seront indispensables et l'OMS continuera à suivre l'évolution des tendances et à modifier en conséquence les plans et les résultats escomptés.

## V. MISE EN OEUVRE EFFICACE ET EFFICIENTE

60. Le projet de plan stratégique à moyen terme est de grande envergure. Des plans et des approches rigoureux sur le plan technique ainsi qu'un environnement favorable seront indispensables à sa bonne exécution. Par environnement favorable, il faut entendre notamment une gestion souple et rationnelle de l'Organisation et la capacité d'oeuvrer stratégiquement avec un vaste ensemble de partenaires. Il existe des mécanismes solides de responsabilisation pour garantir que la performance de l'Organisation est évaluée et ses ressources gérées en toute intégrité.

61. Pour mieux administrer l'Organisation, une vaste réforme gestionnaire a été engagée, dont l'idée force correspond à l'objectif 16 : faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat. Cette réforme est également exposée dans un guide concernant l'ensemble de l'Organisation qui est revu en permanence afin de tenir compte de l'évolution des besoins de l'Organisation.<sup>1</sup> La réforme gestionnaire figure en permanence à l'ordre du jour du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif.<sup>2</sup> Le champ d'application de ces réformes englobe le cadre de gestion fondée sur les résultats, la gestion des ressources financières, le soutien opérationnel et l'obligation redditionnelle.

62. Comme nombre de grandes organisations d'envergure mondiale à la structure complexe, l'OMS a pour mission d'agir efficacement dans des domaines programmatiques distincts mais apparentés, et aussi bien dans les pays que dans les Régions et au Siège. Les méthodes de travail telles que la planification conjointe et les examens collégiaux peuvent lui faciliter la tâche ainsi que les principes de collaboration qui favorisent l'interdépendance, par exemple la mobilité et la rotation du personnel au sein de l'Organisation.

63. L'OMS, qui, outre le Siège, compte 142 bureaux de pays et six bureaux régionaux, est une organisation décentralisée. Pour gérer les programmes avec efficacité et efficacie dans une telle structure, il faut trouver un équilibre entre l'approche et les responsabilités étendues à toute l'Organisation d'une part, et les particularités régionales d'autre part. On mettra en place dans l'ensemble de l'Organisation davantage de mécanismes de gouvernance transparents, d'approches et de systèmes communs, on déléguera davantage de pouvoirs décisionnels et on renforcera le dispositif de responsabilisation. On passera ainsi d'une gestion fondée sur une vérification stricte de type bureaucratique à un système de suivi.

64. Les administrateurs, qui se feront les agents du changement au sein de l'Organisation pour la rendre plus efficace et plus performante, joueront un rôle crucial. Ils doivent faciliter l'intégration et encourager le travail d'équipe, veiller à ce que les ressources soient utilisées rationnellement, former des partenariats ou encourager leur formation dans toute l'Organisation et montrer l'exemple en matière de déontologie. Ce sont eux également qui gèrent l'exécution des programmes et les services du personnel. Le Programme d'encadrement mondial mis sur pied par l'OMS vise à les aider à remplir ces fonctions.

65. Si l'Organisation veut oeuvrer avec efficacité et efficacie pour atteindre ses objectifs stratégiques, elle doit collaborer de façon plus stratégique avec tout un ensemble de partenaires dans les domaines de la santé publique et de l'aide au développement. Dans son travail technique quotidien, le Secrétariat fait appel à un vaste réseau d'experts scientifiques du milieu universitaire, d'instituts de recherche publics et privés et d'autres centres d'excellence, dont beaucoup sont des

<sup>1</sup> *Increasing managerial effectiveness and efficiency: an organizational roadmap*, avril 2006.

<sup>2</sup> Voir par exemple le document EBPBAC4/3.

centres collaborateurs de l'OMS. Ce type de collaboration est au coeur de la plupart des activités de l'OMS en tant qu'institution technique chargée de fixer des normes et des critères valables à l'échelle mondiale concernant toute une série de questions de santé.

66. L'OMS oeuvrera de façon stratégique avec ses principaux partenaires, en plus de ce réseau d'experts scientifiques, afin d'exercer la plus grande influence possible sur la santé dans le monde. Les compétences de ces partenaires peuvent compléter celles de l'Organisation dans des domaines comme les opérations ou fournir d'importantes ressources à dépenser au niveau des pays. L'OMS fait partie d'un nombre important de partenariats mondiaux pour la santé, dans le cadre desquels elle jouera un rôle directeur tout en conservant son indépendance dans les domaines techniques.

67. Depuis longtemps, l'OMS travaille en étroite collaboration avec les organisations apparentées du système des Nations Unies comme la FAO, l'UNICEF, le PNUE, le FNUAP ou l'ONUSIDA, et des organismes internationaux de financement comme la Banque mondiale. Elle renforcera ses liens avec d'autres partenaires au niveau des pays afin d'apporter un soutien continu aux gouvernements qui demandent des conseils techniques et qui veulent renforcer leurs capacités. Si l'OMS veut apporter un soutien de meilleure qualité aux pays, elle doit se montrer plus active au sein d'une équipe des Nations Unies unifiée, tout en entretenant des relations de travail étroites avec les ministères de la santé.

68. En tant qu'institution spécialisée du système des Nations Unies, l'OMS participe aux initiatives interinstitutions visant à améliorer le fonctionnement du système d'une manière générale et à le rendre plus cohérent. Une collaboration plus étroite entre institutions pour mener à bien certaines réformes gestionnaires permettrait de gagner encore en efficacité et en efficience. L'OMS aurait tout avantage à participer activement à la rationalisation des procédures administratives, à utiliser le pouvoir d'achat collectif du système, à profiter de l'expérience des autres et à leur faire profiter de la sienne en matière de réforme administrative.

69. L'obligation de rendre des comptes est un élément indispensable de la gestion fondée sur les résultats. L'OMS a adopté un dispositif de responsabilisation qui regroupe pouvoirs, responsabilités et obligation redditionnelle et qui repose sur les principes de bonne gouvernance : valeurs professionnelles bien comprises, conduite, buts, gestion compétente des risques et présentation de rapports transparents à toutes les parties intéressées.

70. Il existe plusieurs mécanismes de responsabilisation et d'incitation à l'intégrité dans l'Organisation : suivi et évaluation des programmes, évaluations au sein des programmes, vérification intérieure des comptes, commissaire aux comptes indépendant qui fait directement rapport à l'Assemblée de la Santé, Statut et Règlement du Personnel, Règles de Gestion financière et Règlement financier, médiateur, mécanismes de justice interne, rapport annuel sur les ressources financières et humaines présenté aux organes directeurs, système d'évaluation des membres du personnel. Tant les principaux acteurs extérieurs que l'Organisation elle-même accordent de plus en plus d'attention à ces fonctions importantes.

## **VI. FINANCEMENT DU PLAN STRATEGIQUE A MOYEN TERME**

71. Un budget global de US \$4263 millions sera nécessaire pour atteindre les objectifs du plan stratégique à moyen terme au cours des deux prochaines années, et de XX millions pour la période de six ans couverte.<sup>1</sup> Si l'on se base sur les dépenses prévues pendant l'exercice 2006-2007, le budget programme devra augmenter de 17,2 %. Les cibles, certes ambitieuses mais réalistes, que l'Organisation doit atteindre pour satisfaire à des sollicitations croissantes justifient cette augmentation.

---

<sup>1</sup> On est en train de calculer le budget pour les deux derniers exercices du plan stratégique à moyen terme. Il figurera dans le document qui sera soumis au Conseil exécutif à sa cent vingtième session (janvier 2007).

72. Les fonds supplémentaires seront principalement utilisés pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement qui concernent la santé de la mère et de l'enfant, mettre davantage l'accent sur les maladies non transmissibles, appliquer le Règlement sanitaire international (2005) et contribuer à un développement sanitaire durable en prêtant une plus grande attention aux déterminants de la santé et en renforçant les systèmes de santé indispensables à toute action efficace. Pour un bon financement des résultats visés par le plan, il faudra bien gérer les différentes sources de revenu et veiller à ce que les ressources soient réparties équitablement dans l'ensemble de l'Organisation.

### Sources de recettes et plan financier

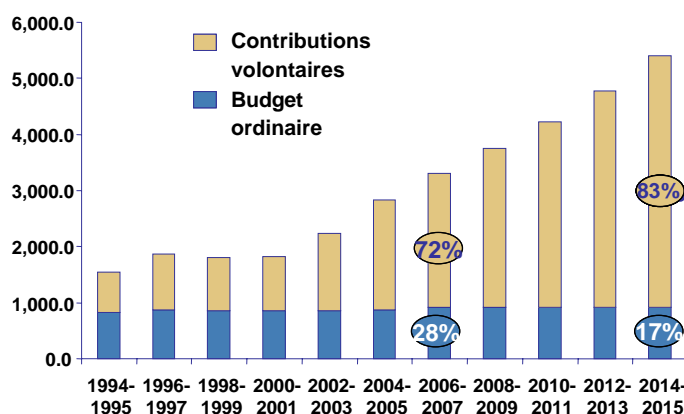
73. La façon dont l'OMS gère ses ressources financières a progressivement évolué avec le temps, en partie pour tenir compte du fait qu'une part croissante des ressources de l'Organisation provient de contributions volontaires. Depuis 2000, l'OMS a adopté une approche fondée sur les résultats pour déterminer ses besoins en ressources. Elle exécute désormais un budget intégré englobant toutes les sources de fonds. L'OMS s'efforce en outre avec ses partenaires et les donateurs de mieux aligner les contributions volontaires sur le budget programme. Pour les six prochaines années, l'OMS vise à financer le plan stratégique à moyen terme par les trois sources de fonds suivantes : les contributions fixées et les recettes diverses qui, ensemble, constituent le budget ordinaire ; les contributions volontaires de base négociées ; et les contributions volontaires destinées à des projets.

### Contributions fixées et recettes diverses

74. Tous les Etats Membres versent une contribution à l'OMS ; le montant total de ces contributions est resté constant pendant de nombreux exercices. Prenant en compte les sollicitations accrues auxquelles doit répondre l'OMS et le déséquilibre croissant entre contributions volontaires et budget ordinaire, l'Assemblée de la Santé a approuvé, par la résolution WHA58.4, une augmentation de 4 % des contributions fixées. En effet, pour des raisons de crédibilité et d'intégrité, il est impératif qu'une part importante du budget d'une organisation assumant la responsabilité mondiale de l'action technique normative soit financée par des contributions versées par ses Etats Membres.

75. Depuis deux ans, on demande de plus en plus à l'OMS et l'on en attend aussi davantage, comme en témoigne l'augmentation de 61 % des dépenses au titre des contributions volontaires par rapport à l'exercice biennal précédent. Un budget ordinaire d'un montant de US \$1 milliard est donc proposé pour maintenir un équilibre raisonnable entre les deux sources de fonds. Cela représente une augmentation de 9,3 % par rapport à l'exercice 2006-2007. Même à ce niveau, les contributions fixées ne représenteraient que 23 % du budget total. Le budget ordinaire, en pourcentage du budget programme total, devrait continuer à diminuer pendant la période de six ans considérée.

Equilibre entre budget ordinaire et contributions volontaires (en millions de US \$)



76. Les recettes diverses proviennent de plusieurs sources, dont les plus importantes sont les intérêts perçus sur les fonds du budget ordinaire, les arriérés de contributions recouverts et les fonds du budget ordinaire non dépensés à la fin d'un exercice biennal. Ces trois composantes sont sujettes à d'importantes fluctuations, notamment les intérêts perçus, qui dépendent à la fois de la ponctualité du versement des contributions et des taux d'intérêt du marché. Le niveau des fonds du budget ordinaire non dépensés à la fin d'un exercice dépend de la qualité et du déroulement du programme. Les améliorations apportées récemment au processus de planification ont eu tendance à faire baisser le montant de ces fonds non dépensés et cette tendance devrait se poursuivre. Le niveau des recettes diverses globales devrait se maintenir à environ US \$30 millions par exercice.

### **Contributions volontaires de base négociées**

77. Pendant l'exercice biennal 2004-2005, environ 74 % des recettes totales provenaient de contributions volontaires. Plus de 75 % des contributions volontaires provenaient de moins d'une douzaine de sources différentes, alors que les 25 % restants provenaient de plus de 420 sources. La plupart des contributions volontaires sont destinées à des activités de développement et d'aide humanitaire et sont versées principalement par des organismes de développement bilatéraux et multilatéraux et des fondations privées. Si ces ressources sont les bienvenues et sont nécessaires pour exécuter le budget programme, la forme sous laquelle elles sont versées pose un problème lorsqu'il s'agit d'aligner le budget programme et sa mise en oeuvre. En outre, l'administration de milliers d'accords distincts et l'établissement de rapports spécifiques dans chaque cas augmentent sensiblement les frais de transaction pour l'Organisation.

78. En collaboration avec ses principaux partenaires et bailleurs de fonds, l'OMS s'emploie à obtenir qu'une plus grande part des contributions volontaires de base ou bien ne soit pas affectée à des fins particulières ou bien soit négociée à l'échelle de l'Organisation. Cet arrangement permettrait d'aligner plus efficacement les ressources à tous les niveaux de l'Organisation, de combler des déficits de financement criants et d'améliorer l'exécution du budget programme. A l'heure actuelle, un peu moins de 10 % des contributions volontaires sont considérées comme des contributions volontaires de base négociées. L'OMS s'efforcera de porter la part des contributions volontaires de base à 30 % des ressources totales d'ici 2013. Pour l'exercice 2008-2009, le but est de doubler le niveau des contributions volontaires de base pour atteindre environ US \$600 millions par rapport aux montants actuels escomptés, ce qui représenterait environ 16 % des ressources totales.

### **Contributions volontaires destinées à des projets**

79. A l'heure actuelle, l'Organisation est financée en grande partie par des contributions volontaires à objet désigné, tendance qui devrait se poursuivre au cours des six prochaines années. Pour l'exercice 2008-2009, compte tenu des contributions au budget ordinaire et des contributions volontaires de base, il restera encore à mobiliser quelque US \$2600 millions. A en juger par les tendances passées, c'est un objectif réaliste. Le degré élevé de spécificité d'une grande partie des fonds destinés aux projets, y compris quelque US \$1 milliard ayant trait à des partenariats situés à l'OMS ou à des appels particuliers, fait qu'il est difficile de financer entièrement l'ensemble des activités prévues de l'OMS. Le financement de projets comprend les partenariats hébergés par l'OMS mais dotés d'une structure de gouvernance distincte, les interventions en cas de situation d'urgence ou de flambée épidémique, des initiatives spéciales pour l'éradication de maladies et les achats au nom des Etats Membres.

80. Le Tableau 1 ci-après récapitule le plan financier de l'OMS sur la période de six ans. Au-delà de l'exercice 2008-2009, les chiffres ne sont qu'indicatifs et pourront être révisés au cours de la préparation du prochain cycle biennal. Le tableau fait apparaître le budget programme 2006-2007 et les dépenses prévues, actuellement plus élevées, du fait que l'OMS doit répondre à des demandes et à des besoins qui évoluent. En effet, depuis l'adoption du budget programme, les dépenses budgétaires globales escomptées ont augmenté parallèlement à l'augmentation des

activités concernant la préparation à une pandémie de grippe et la participation de l'OMS à des partenariats existants et nouveaux comme le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments, le partenariat Halte à la tuberculose, l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients, l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé et les divers partenariats relatifs à la cécité et à la surdité. Ces dépenses doivent être considérées comme la base par rapport à laquelle le projet de budget programme doit *de facto* être comparé.

**Tableau 1. Evolution proposée du financement du budget programme pendant la période couverte par le plan stratégique à moyen terme (en millions de US \$)**

| Sources de recettes                         | Base, 2006-2007            |                            | Projets de budgets programmes, 2008-2013 |   |           |           |
|---|----------------------------|----------------------------|--|---|-----------|-----------|
|   | Budget programme 2006-2007 | Dépenses prévues 2006-2007 | Projet de budget programme 2008-2009     | Augmentation par rapport aux dépenses prévues 2006/2007 % | 2010-2011 | 2012-2013 |
| Contributions fixées                        | 893                        | 893                        | 970                                      | 8,6   |           |           |
| Recettes diverses                           | 22                         | 30                         | 30                                       | 0,0   |           |           |
| <b>Budget ordinaire total</b>               | <b>915</b>                 | <b>923</b>                 | <b>1 000</b>                             | <b>8,6</b>  |           |           |
| Contributions volontaires de base négociées | ---                        | 300                        | 600                                      | 100,0   |           |           |
| Contributions pour des projets particuliers | ---                        | 2 413                      | 2 663                                    | 10,4  |           |           |
| <b>Total contributions volontaires</b>      | <b>2 398</b>               | <b>2 713</b>               | <b>3 263</b>                             | <b>20,3</b>   |           |           |
| <b>Total des fonds</b>                      | <b>3 313</b>               | <b>3 636</b>               | <b>4 263</b>                             | <b>17,2</b>   |           |           |

### Répartition proposée du budget

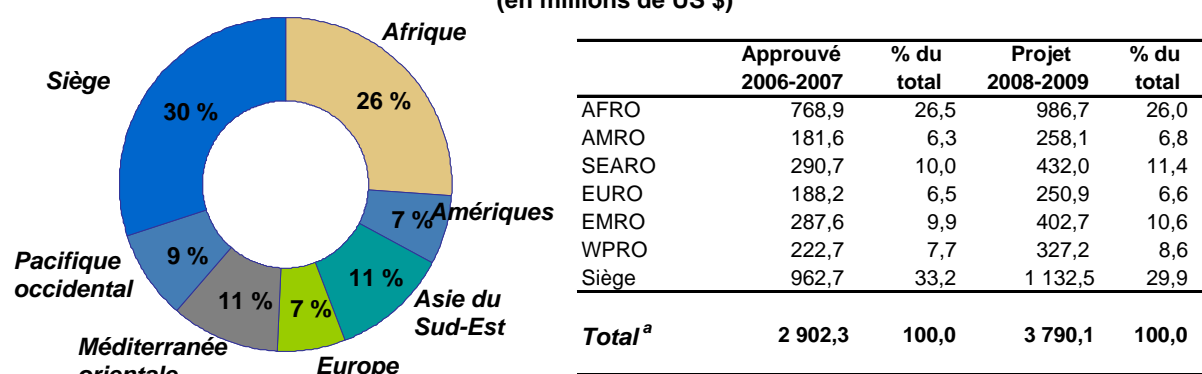
81. Le Tableau 2 ci-après indique la répartition, par niveau et par principale source de fonds du projet de budget programme, calculée sur la base des besoins et du coût estimatif de la réalisation des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation.

**Tableau 2. Projet de budget programme 2008-2009 par rapport au budget programme 2006-2007 par bureau et principale source de fonds (en millions de US \$)**

| Niveau                 | Budget programme 2006-2007 |                           |                | Projet de budget programme 2008-2009 |                           |                |
|------------------------|----------------------------|---------------------------|----------------|--------------------------------------|---------------------------|----------------|
|                        | Budget ordinaire           | Contributions volontaires | Total          | Budget ordinaire                     | Contributions volontaires | Total          |
| Bureau régional :      |                            |                           |                |                                      |                           |                |
| Afrique                | 203,6                      | 745,8                     | 949,5          | 222,5                                | 966,0                     | 1 188,5        |
| Amériques              | 77,8                       | 120,8                     | 198,5          | 85,0                                 | 197,0                     | 282,0          |
| Asie du Sud-Est        | 99,3                       | 258,0                     | 357,2          | 108,4                                | 387,6                     | 496,0          |
| Europe                 | 58,2                       | 142,4                     | 200,6          | 63,6                                 | 213,4                     | 277,0          |
| Méditerranée orientale | 87,5                       | 294,4                     | 381,8          | 95,5                                 | 373,4                     | 468,9          |
| Pacifique occidental   | 76,5                       | 156,4                     | 232,9          | 83,6                                 | 267,7                     | 351,3          |
| Siège                  | 312,5                      | 680,4                     | 993,0          | 341,4                                | 858,0                     | 1 199,4        |
| <b>Total</b>           | <b>915,3</b>               | <b>2 398,1</b>            | <b>3 313,4</b> | <b>1 000,0</b>                       | <b>3 263,0</b>            | <b>4 263,0</b> |

82. Poursuivant la stratégie de l'Organisation qui vise à renforcer le soutien de première ligne aux pays en apportant un appui adéquat aux niveaux mondial et régional, l'essentiel du budget sera dépensé dans les Régions et les pays. La répartition des ressources entre les Régions tient compte des besoins des programmes, conformément à l'approche fondée sur les résultats, et correspond aux indications découlant du dispositif de validation de l'allocation stratégique des ressources examiné dernièrement par le Conseil exécutif.<sup>1</sup> Les budgets programmes biennaux suivants tiendront compte des changements programmatiques entre Régions, mais devraient rester relativement semblables sur la période de six ans considérée. Le Tableau 3 ci-après fait apparaître l'évolution du budget entre 2006-2007 et 2008-2009, à l'exclusion de l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et des interventions de l'OMS en situation d'urgence, de façon à pouvoir être comparé au dispositif de validation.

**Tableau 3. Répartition du budget entre les bureaux régionaux et le Siège<sup>a</sup>**  
(en millions de US \$)



<sup>a</sup> Budget du Siège excluant l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et les interventions de l'OMS en situation d'urgence, de façon à le rendre comparable au dispositif de validation.

83. Le Tableau 4 ci-après fait apparaître les projets de budget par objectif stratégique pour toute la durée du plan stratégique. Conformément au programme général de travail, ils ont été regroupés en domaines principaux.

**Tableau 4. Projets de budgets biennaux 2006 à 2013**  
Ventilation par exercice biennal et selon les cinq domaines principaux (en millions de US \$)

| Domaine                               | Budget programme<br>2006-2007 | Dépenses<br>escomptées<br>2006-2007 | Pourcentage<br>du total | Projet de<br>budget<br>programme<br>2008-2009 | Pourcentage<br>du total | Augmentation<br>par rapport<br>aux dépenses<br>escomptées<br>2006-2007 | 2010-<br>2011 | 2012-<br>2013 | Total<br>Plan<br>stratégique<br>à moyen<br>terme |
|---------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|---|-------------------------|--|---------------|---------------|--|
| Interventions<br>de santé<br>publique | 1 706                         | 1 963                               | 54,0                    | 2 130   | 50,0                    | 8,5  |               |               |  |
| Sécurité<br>sanitaire<br>mondiale     | 130                           | 132                                 | 3,6                     | 220   | 5,1                     | 66,5   |               |               |  |
| Déterminants<br>de la santé           | 249                           | 255                                 | 7,1                     | 488   | 11,5                    | 91,7   |               |               |  |
| Systèmes de<br>santé                  | 500                           | 552                                 | 15,1                    | 644   | 15,1                    | 16,8   |               |               |  |
| Rôle<br>directeur et<br>gouvernance   | 728                           | 735                                 | 20,2                    | 781   | 18,3                    | 6,3  |               |               |  |
|                                       | <b>3 313</b>                  | <b>3 636</b>                        | <b>100,0</b>            | <b>4 263</b>                                  | <b>100,0</b>            | <b>17,2</b>  |               |               |  |

<sup>1</sup> Voir document EB118/2006/REC/1, procès-verbal de la quatrième séance, section 4.



84. Les besoins dans le domaine de l'appui aux pays en vue de l'instauration de la couverture universelle par des interventions de santé publique efficaces, qui absorbent déjà la part la plus importante des ressources financières de l'Organisation, augmenteront pendant l'exercice 2008-2009 de 8,5 % par rapport aux dépenses escomptées en 2006-2007, et continueront à augmenter pendant toute la durée du plan stratégique à moyen terme, bien que dans une moindre mesure que dans d'autres domaines. Ce domaine d'activité continuera de représenter la plus forte part du budget de l'Organisation.

85. La préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours et les activités liées au renforcement de la sécurité sanitaire mondiale augmenteront en 2008-2009 de 66,5 % et de xx % sur la période de six ans considérée. Toutefois, les ressources dans ce domaine sont en partie difficiles à planifier compte tenu de la nature de celui-ci.

86. Les activités cruciales concernant les déterminants de la santé, qui n'ont pas reçu une attention et des ressources suffisantes ces dernières années, augmenteront en 2008-2009 de 91,7 % et devraient augmenter d'environ xx % au cours des six années considérées ; les ressources étaient cependant relativement faibles au départ.

87. La réorientation prévue en 2008-2009, qui a pour but de consacrer une part plus importante des ressources au renforcement des systèmes de santé, sera poursuivie avec une augmentation de 16,8 % et de xx % sur les six années considérées.

88. Avec le renforcement du rôle directeur de l'OMS et de l'appui qu'elle apporte aux gouvernements, qui concernent aussi bien les activités que la gestion de l'Organisation, l'OMS continuera de rechercher des économies d'échelle et des gains de productivité accrus. Le niveau du budget restera relativement stable, ce qui représentera une diminution relative en pourcentage du total de 20 % à 18 %. Un financement plus rationnel du budget programme selon les grandes lignes décrites ci-dessus devrait permettre de réaliser des économies.

## VII. OBJECTIFS STRATEGIQUES

### OBJECTIF STRATEGIQUE 1

#### Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.

##### Portée

Les activités au titre de cet objectif stratégique portent sur la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement des maladies transmissibles qui affectent principalement les populations pauvres et marginalisées, et les mesures de lutte, d'élimination et d'éradication dirigées contre ces maladies. Les maladies visées incluent notamment : les maladies évitables par la vaccination, les maladies tropicales, les zoonoses et les maladies potentiellement épidémiques, à l'exception du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme.

##### Indicateurs et cibles

- Taux de mortalité dû aux maladies évitables par la vaccination réduit des deux tiers d'ici à 2013.
- Couverture par les interventions destinées à combattre, éliminer ou éradiquer les maladies tropicales : 80 % dans 49 Etats Membres à risque d'ici à 2013.
- Proportion des pays ayant mené à bien et maintenant la certification de l'éradication de la poliomyélite et la destruction ou le confinement approprié de tous les poliovirus : 100 % d'ici à 2010.
- Nombre des pays suivant les prescriptions principales du Règlement sanitaire international (2005) pour la surveillance, la déclaration, la notification, la vérification et l'action : 192 d'ici à 2013.

##### Liens avec d'autres objectifs stratégiques

Les activités seront liées à celles qui sont mises en oeuvre au titre des objectifs stratégiques suivants :

- objectifs stratégiques 2, 3, 4, 6 et 9 : pour ce qui est de la lutte intégrée contre les maladies, de la surveillance des facteurs de risque et des initiatives de recherche harmonisées ;
- objectif stratégique 5 : pour ce qui est de l'appui mutuel dans les opérations de terrain ;
- objectif stratégique 9 : pour ce qui est des aspects des zoonoses relatifs à l'eau et à l'assainissement ;
- objectifs stratégiques 10, 11, 13 et 14 : pour ce qui est de la mise en oeuvre des programmes par des actions financièrement durables des systèmes de santé ;
- objectif stratégique 12 : pour ce qui est de l'accès à des vaccins, des médicaments et des interventions sûrs et efficaces, et de l'assurance de la qualité des matériels diagnostiques et des services de laboratoire ; et
- objectif stratégique 8 : pour ce qui est de l'adoption de solutions adéquates pour la gestion des déchets des activités de soins.

### PROBLEMES ET ENJEUX

Les activités mises en oeuvre au titre de cet objectif stratégique visent à réduire durablement le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles. Ces activités, qui s'inscrivent dans la ligne du programme mondial d'action sanitaire défini dans le onzième programme général de travail 2006-2015, sont les suivantes : investir dans la santé pour réduire la pauvreté, renforcer la sécurité sanitaire individuelle et mondiale, exploiter le savoir, la science et la technologie, renforcer les systèmes de santé et améliorer l'accès universel.

Les maladies transmissibles sont l'un des principaux obstacles potentiels à la réalisation du programme mondial d'action sanitaire car, hormis le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, elles sont responsables de 20 % des décès dans toutes les classes d'âge, de 50 % des décès d'enfants et de 33 % des décès dans les pays les moins avancés. Sans une réduction de cette charge de morbidité et de mortalité, la réalisation des autres objectifs liés à la santé, et de ceux qui concernent l'éducation, l'égalité des sexes, la réduction de la pauvreté et la croissance économique, sera compromise. La lutte contre le fardeau dû aux maladies transmissibles est donc un élément clé de deux stratégies de l'OMS pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, à savoir : concevoir des stratégies sanitaires qui répondent aux besoins variés et changeants des pays, et utilisent des méthodes à la fois efficaces et économiques pour combattre les maladies et les conditions responsables de l'essentiel du fardeau ; et adopter des systèmes de surveillance intégrés pour combattre les maladies transmissibles et améliorer la qualité des données sanitaires.

Les épidémies peuvent solliciter les systèmes de santé de façon soudaine et intense. Elles révèlent leurs faiblesses existantes et, au-delà de leurs effets sur la morbidité et la mortalité, elles peuvent désorganiser l'activité économique et le développement. La nécessité d'intervenir rapidement détourne les ressources, le personnel et les fournitures des priorités de la santé publique préalablement définies et des activités ordinaires de lutte contre les maladies, comme la vaccination des enfants ou la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Un rôle de premier plan

incombe à l'OMS dans la préparation, la détection, l'évaluation des risques et la communication et la mise en oeuvre des mesures de lutte dans les situations d'urgence de santé publique comme les épidémies et les pandémies. L'OMS a vérifié l'existence de plus de 1000 épidémies de portée internationale au cours de ces cinq dernières années.

Aux termes du Règlement sanitaire international révisé (2005), qui entrera en vigueur en 2007, l'OMS sera juridiquement tenue de renforcer sa capacité interne d'alerte et d'action en cas d'épidémie/d'urgence de santé publique et d'aider les Etats Membres à acquérir et maintenir les capacités essentielles minimales pour détecter et évaluer les risques et les urgences de santé publique, imputables en majorité aux maladies transmissibles, et y faire face.

Le rôle joué par l'OMS dans la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère a démontré l'importance de la coordination, de l'encadrement et de la transparence dans la lutte contre les épidémies et les pandémies. L'initiative pour l'éradication de la poliomyélite a également montré qu'il était important d'associer des mesures ciblées contre les maladies, comme les campagnes de lutte, au renforcement général des systèmes de santé.

Les enseignements tirés montrent que :

- La prévention et la surveillance des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies sont autant d'éléments essentiels de la sécurité humaine, y compris la sécurité sanitaire, du développement économique et du commerce.
- Les urgences de santé publique liées aux maladies transmissibles peuvent coûter des milliards de dollars, non seulement en dépenses de santé directes, mais aussi du fait des retombées que les épidémies peuvent avoir sur le commerce et les finances.
- La prévention des maladies transmissibles, l'une des interventions de santé publique à la fois les plus efficaces et les plus économiques, peut en outre avoir des retombées économiques positives, en particulier dans les groupes de population les plus marginalisés et économiquement défavorisés.
- La lutte contre les maladies évitables par la vaccination, les maladies à tendance épidémique et les maladies tropicales a très largement contribué à réduire les inégalités en atteignant les populations marginalisées, les pauvres, les jeunes et les femmes, en particulier les mères, d'accès difficile.
- Ces interventions figurent parmi les éléments les plus efficaces des systèmes de santé dans de nombreux pays ; elles permettent aussi la diffusion d'autres services de santé publique essentiels.
- L'OMS devrait jouer un rôle mobilisateur dans la mise en place d'un programme mondial de recherche qui aura des effets novateurs et durables sur la lutte contre les maladies grâce à l'amélioration, la mise au point et l'évaluation de nouveaux outils, et de nouvelles interventions et stratégies.

Pour réaliser cet objectif stratégique, il sera indispensable de dépasser les programmes verticaux cloisonnés et, sur la base d'une évaluation approfondie des succès et des échecs passés liés à la création de stratégies pour l'élaboration de systèmes de santé intégrés, de tirer parti des atouts passés et de remédier aux faiblesses.

## APPROCHES STRATEGIQUES

Pour réaliser cet objectif, les Etats Membres devront investir des ressources humaines, politiques et financières pour assurer et étendre l'accès équitable à des interventions sûres et de qualité pour la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement des maladies transmissibles dans toutes les populations et la lutte contre ces maladies. La pérennité financière et opérationnelle de la prévention des maladies transmissibles et de la lutte contre ces maladies dépendra notamment de l'établissement et du maintien par les Etats Membres de mécanismes de coordination efficaces avec tous les partenaires et entre tous les secteurs concernés dans les pays, et de leur volonté de collaborer avec le Secrétariat pour étendre ces mécanismes de coordination aux sphères régionale et internationale. Une participation nationale accrue aux activités de recherche, par la réalisation des objectifs liés aux investissements dans la recherche en santé, le renforcement du potentiel de recherche et l'intégration de la recherche dans les programmes et les plans de recherche nationaux, sera indispensable pour améliorer l'accès aux résultats des recherches et leur utilisation. Le Règlement sanitaire international (2005) exigera des Etats Membres qu'ils adoptent les dispositions juridiques, administratives, financières, techniques et politiques nécessaires pour concevoir, renforcer et maintenir des systèmes de surveillance intégrés aux niveaux primaire, intermédiaire et national et des activités connexes, afin de pouvoir détecter, signaler, et combattre les risques pour la santé publique et les urgences de santé publique potentielles, et générer les données destinées à étayer les décisions des responsables concernant les interventions de santé publique.

Le Secrétariat, par son appui aux activités des Etats Membres, s'attachera à :

- renforcer son rôle mobilisateur, en même temps que sa collaboration avec les acteurs oeuvrant pour la santé dans le monde, les partenariats et la société civile, tout en collaborant avec les Etats Membres à la formulation de politiques éthiques, reposant sur des données factuelles. Il devrait ainsi aider à élargir l'accès des communautés aux outils et stratégies existants ou nouveaux, y compris les vaccins et les médicaments, qui sont conformes aux normes acceptables de qualité, de sécurité, d'efficacité et de rationalité économique, tout en réduisant l'inégalité d'accès ;
- renforcer sa capacité à s'acquitter de son obligation de fournir une assistance technique, de renforcer le potentiel des Etats Membres et de répondre à leurs demandes, en particulier pour ce qui est des engagements contractés par les résolutions de l'Assemblée de la Santé concernant les maladies transmissibles et le Règlement sanitaire international.

- Il facilitera notamment les initiatives nationales et internationales de mobilisation de ressources et de sensibilisation ;
- maintenir et renforcer un système international efficace d'alerte et d'action en cas d'épidémie et d'autres urgences de santé publique en apportant un soutien technique immédiat aux Etats touchés et en organisant une action internationale collective d'endiguement et de lutte ;
  - faciliter la préparation des systèmes de santé publique en collaboration avec les autres institutions des Nations Unies et les partenaires, y compris, selon le cas, des organisations privées et de la société civile ;
  - fournir aux Etats Membres les instruments, les stratégies et l'assistance technique nécessaires pour évaluer et renforcer leurs systèmes de suivi et de surveillance ;
  - coordonner les activités de surveillance intégrées aux niveaux mondial et régional pour étayer les décisions des responsables et les mesures de santé publique ;
  - élaborer le programme de recherche sur les maladies transmissibles et encourager et soutenir la génération, la traduction et la diffusion de connaissances utiles pour la formulation d'options politiques éthiques et fondées sur des données factuelles ; et
  - renforcer la capacité des Etats Membres à effectuer des recherches en santé, en particulier sur la mise au point d'instruments et de stratégies pour la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies.

### CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

Cet objectif stratégique pourra être réalisé à condition :

- que l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international en 2007 amène tous les Etats Membres à renouveler leur engagement de renforcer leurs systèmes nationaux de surveillance et d'action, et suscite un intérêt et un appui durables de la part des donateurs et des partenaires techniques, réseaux et partenariats compris, en faveur des activités de l'OMS ;
- que l'objectif de la mise au point et du renforcement des systèmes de santé nationaux reste l'accès universel aux interventions sanitaires essentielles ;
- qu'une coordination et une harmonisation efficaces soient instaurées entre les acteurs de plus en plus nombreux du secteur de la santé publique mondiale ; et
- que les canaux de communication restent ouverts pour maintenir une coordination solide et interactive des activités au niveau mondial.

Les risques suivants pourraient entraver la réalisation de l'objectif stratégique :

- pression accrue pour détourner les ressources des maladies transmissibles au profit d'autres aspects de la santé, et le fait que la prévention des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies ne sont pas reconnues et maintenues visiblement comme des priorités sanitaires, en particulier dans les pays les moins avancés. Les activités destinées à prévenir et combattre les maladies transmissibles resteront prioritaires dans les programmes de santé nationaux et internationaux dès lors que les messages de politique générale du Secrétariat et des autres partenaires internationaux soient harmonisés ;
- insuffisance des investissements en faveur du Règlement sanitaire international et mise en oeuvre parcellaire du Règlement par les gouvernements ;
- inadéquation des mesures unilatérales et du secteur privé pour recueillir les fonds destinés à combler le déficit d'investissement dans la recherche, observé il y a plus de dix ans ; moins de 10 % des ressources mondiales pour la recherche en santé sont consacrées aux problèmes de santé qui touchent 90 % de la population mondiale. La promotion et la coordination de politiques et d'actions fondées sur le principe des biens publics mondiaux peuvent optimiser la valeur des investissements ;
- inachèvement de l'interruption de la transmission de la poliomyélite avant la fin de 2007, qui nécessitera un surcroît d'activités de vaccination supplémentaires et suscitera des dépenses supplémentaires. Les risques pourront être réduits par l'utilisation de nouveaux outils et stratégies pour accélérer l'interruption de la transmission du poliovirus sauvage, et le renforcement des activités de sensibilisation et de mobilisation à tous les niveaux ; et
- pandémie de grippe pouvant être cause d'une morbidité et d'une mortalité sans précédent, et de dommages économiques graves. La planification préalable de stratégies appropriées de détection et d'action, et notamment de stratégies d'endiguement et de lutte et de recherche pour la mise au point de vaccins et de médicaments, réduira au maximum la déstabilisation qui pourrait résulter d'une pandémie.

|   |  |   |  |  |
|---|--|---|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>1.</b> Fourniture aux Etats Membres d'un appui technique et stratégique pour accroître au maximum l'accès équitable de tous à des vaccins de qualité garantie, nouveaux produits et technologies de vaccination compris, et intégrer d'autres interventions essentielles de santé des enfants dans la vaccination.  |   |  |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>1.1</b> Nombre de pays en développement ayant réalisé une couverture nationale d'au moins 90 % par la vaccination et une couverture vaccinale d'au moins 80 % dans chaque unité administrative.   | <b>1.2</b> Nombre de pays en développement qui bénéficient d'une aide pour décider des changements appropriés et des activités à ajouter au programme de vaccination, y compris l'adoption de nouveaux vaccins et/ou de nouvelles technologies. | <b>1.3</b> Nombre d'interventions essentielles de santé des enfants intégrées dans la vaccination pour lesquelles il existe des directives sur la gestion courante des programmes. | <b>1.4</b> Nombre de pays qui ont des dispositions législatives ou un poste budgétaire national spécial pour assurer le financement durable de la vaccination. |
| <b>BASE</b>   | 39   | 25  | 1  | 166  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 90/165   | 60/165  | 5  | 180  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 140/165  | 117/165   | 9  | 192/192  |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                           |  |   |  |  |
| Coûts 2008-2009   |  |   |  |  |
| Estimations 2010-2011                                     |  |   |  |  |
| Estimations 2012-2013                                     |  |   |  |  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>En accueillant avec satisfaction l'initiative La vaccination dans le monde : vision et stratégie, l'Assemblée de la Santé s'est engagée à fournir un appui technique et stratégique aux Etats Membres afin d'accroître la protection contre un plus grand nombre de maladies en permettant à toutes les personnes remplissant les conditions requises de bénéficier de la vaccination, en adoptant de nouveaux vaccins et de nouvelles technologies et en associant la vaccination à la mise en oeuvre d'autres interventions sanitaires et au développement général du secteur de la santé. Plus de 75 % des ressources sont destinées à des activités aux niveaux régional et des pays. <b>Ce qui est nouveau</b> : les partenariats pour la santé dans le monde, telle l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, et l'augmentation des ressources fournies aux Etats Membres pour appliquer les programmes de vaccination moyennant des initiatives telles que le Dispositif international pour le financement de la vaccination, l'accroissement de la pression qui s'exerce sur le Secrétariat pour qu'il fournisse un appui technique et stratégique afin d'aider les Etats Membres à adopter une approche des systèmes de santé fondée sur des données factuelles pour assurer que les ressources soient utilisées d'une façon financièrement durable à long terme. Les hausses proposées dans le budget du Secrétariat sont peut-être faibles compte tenu de ces attentes accrues.</i></p> |   |  |  |

|   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>2.</b> Bonne coordination et appui aux Etats Membres pour la certification de l'éradication de la poliomyélite et la destruction, ou le confinement approprié, des poliovirus, conduisant à l'arrêt simultané partout dans le monde de la vaccination antipoliomyélique orale. |  |   |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>2.1</b> Pourcentage de pays utilisant un vaccin antipoliomyélique oral selon un calendrier et un processus convenus sur le plan international pour l'arrêt de la vaccination antipoliomyélique orale.  | <b>2.2</b> Pourcentage de rapports finals ou sur l'état de la situation dans les pays communiqués aux commissions de certification régionales appropriées et examinés par ces commissions. | <b>2.3</b> Nombre d'établissements dans le monde stockant ou manipulant des poliovirus après l'arrêt mondial de la vaccination antipoliomyélique orale. | <b>2.4</b> Nombre des pays les moins avancés ayant établi des plans pour assurer la transition des infrastructures de surveillance de la paralysie flasque aiguë financés par l'OMS pour renforcer leurs capacités nationales de base conformément au Règlement sanitaire international. |
| <b>BASE</b>   | 0   | 63 %   |   | 0  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 100 % de 135 pays   | 75 % de 215 pays   | sans objet  | 20   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 100 % de 135 pays   | 100 % de 215 pays  | <20   | 35   |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                           |   |  |   |  |
| Coûts 2008-2009   |   |  |   |  |
| Estimations 2010-2011                                     |   |  |   |  |
| Estimations 2012-2013                                     |   |  |   |  |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>JUSTIFICATION</b> | <i>Les flambées récentes de poliomyélite ont retardé l'initiative pour l'éradication de la poliomyélite. Il convient donc d'espérer que les campagnes de lutte contre la poliomyélite dans certains pays continueront en 2008 et que l'OMS devra maintenir son appui technique aux campagnes de lutte et aux infrastructures de surveillance de la poliomyélite. <b>Ce qui est nouveau</b> : dès lors que la transmission sera interrompue, les dépenses de l'OMS seront réduites, mais les activités liées à la certification mondiale, à l'arrêt de la vaccination antipoliomyélique orale et au confinement continueront jusqu'à fin 2013. Pendant cette période, les infrastructures de surveillance des pays les moins avancés – système primaire d'alerte précoce pour la détection des urgences de santé publique et les mesures de lutte appropriées – connaîtront une transition progressive destinée à accroître la capacité des pays conformément aux dispositions du Règlement sanitaire international.</i> |
|----------------------|---|

|   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>3. Bonne coordination et appui aux Etats Membres pour assurer l'accès de toutes les populations aux interventions de prévention, de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées, y compris les zoonoses.</b> |  |  |   |
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>3.1</b> Nombre de pays menant à bien la certification de l'éradication de la maladie du ver de Guinée.   | <b>3.2</b> Nombre de pays ayant réalisé l'élimination de la lèpre aux niveaux national et infranational. | <b>3.3</b> Population exposée à la filariose lymphatique dans les pays d'endémie devant faire l'objet d'une administration médicamenteuse ou d'une chimiothérapie préventive de masse. | <b>3.4</b> Couverture des enfants d'âge scolaire exposés dans les pays d'endémie par un traitement régulier contre la schistosomiase et les géohelminthiases. |
| <b>BASE</b>   |   |  |  |   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 10  | 22   | 900 millions   | 56 %  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 20  | 24   | 1200 millions  | 75 %  |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |  |  |   |
|   | Coûts 2008-2009   | 152 288  |  |   |
|   | Estimations 2010-2011   | ~ 000  |  |   |
|   | Estimations 2012-2013   | ~ 000  |  |   |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>JUSTIFICATION</b> | <i>Si des interventions à la fois efficaces et économiques sont disponibles et mises en oeuvre, il est indispensable, pour démontrer que de nombreuses maladies tropicales négligées peuvent être éliminées en tant que problèmes de santé publique, que l'OMS facilite l'exécution des programmes de lutte inter pays, que des interventions nouvelles ou améliorées soient mises au point pour combattre la pharmacorésistance et que le secteur privé apporte son soutien. Vu l'avantage social de la maîtrise de ces maladies par rapport à son coût, les interventions dans ce domaine peuvent fortement contribuer à réduire la pauvreté. <b>Ce qui est nouveau</b> : à mesure qu'approche la réalisation des objectifs de l'élimination/ l'éradication de la maladie du ver de Guinée et de la lèpre et de la réduction de moitié du taux de mortalité lié à la rage, le Secrétariat doit intensifier son action pour consolider les résultats obtenus et maintenir l'élan, d'où la nécessité d'accroître les ressources en 2010-2013. L'approche intégrée des solutions fondées sur les systèmes de santé pour combattre les maladies tropicales requiert une augmentation graduelle et durable du soutien de l'OMS aux Etats Membres en 2008-2013.</i> |
|----------------------|---|

|   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>4. Fourniture d'un soutien technique et stratégique aux Etats Membres pour renforcer leur capacité à assurer la surveillance et le suivi de toutes les maladies transmissibles importantes pour la santé publique.</b> |  |  |   |
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>4.1</b> Pourcentage des pays dotés d'un système de surveillance intégré de toutes les maladies transmissibles importantes pour la santé publique.  | <b>4.2</b> Nombre de pays bénéficiant d'une assistance technique de l'OMS pour adapter des instruments ou des protocoles génériques de surveillance et de suivi des maladies transmissibles à la situation de chaque pays. | <b>4.3</b> Pourcentage de formules de déclaration communes sur la surveillance et le suivi de la vaccination reçues à temps au niveau mondial conformément aux délais fixés. | <b>4.4</b> Nombre de pays recevant l'appui de l'OMS pour établir un système au niveau du district pour l'enregistrement, l'analyse et l'évaluation de la qualité et de la sécurité de l'administration des vaccins/des médicaments et de la mise en oeuvre des interventions. |
| <b>BASE</b>   | 30 %  | 40 (en 2004-2005)  |  | Pas de suivi actuel   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 50 % de 192 pays  | 40   |  | 25 % de 192 pays  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 75 % de 192 pays  | 117  | 95 % de 192 pays   | 75 % de 192 pays  |

|                      |  |
|----------------------|--|
|                      | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>  |
|                      | Coûts 2008-2009 71 832   |
|                      | Estimations 2010-2011 ~ 000  |
|                      | Estimations 2012-2013 ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>La surveillance joue un rôle essentiel dans l'allocation des ressources et la gestion efficace et rationnelle des interventions de santé publique par les ministères de la santé et des finances et les donateurs, ainsi que pour assurer la collecte de données destinées à surveiller l'égalité d'accès aux interventions dans tous les groupes de population, en particulier les femmes et les enfants. <b>Ce qui est nouveau</b> : un rôle clé incombe à l'OMS dans l'intégration des programmes de surveillance verticaux, l'établissement d'un consensus sur le contenu critique de la surveillance et la coordination des partenariats entre les pays, les partenaires financiers et les organisations multilatérales pour générer les niveaux appropriés d'investissement dans les infrastructures des systèmes de surveillance. L'OMS doit montrer la voie à suivre en encourageant la surveillance intégrée des maladies en tant qu'élément essentiel de systèmes de santé pleinement fonctionnels, et l'utilisation accrue de données pour améliorer l'alerte et l'action dans les situations d'urgence de santé publique, et la surveillance des maladies transmissibles importantes pour la santé publique, et comme fondement des décisions. Des mesures doivent être prises pour améliorer le maillage entre tous les mécanismes de surveillance des maladies transmissibles, et notamment le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, et des maladies non transmissibles.</i></p> |

|   |  |  |  |   |
|---|--|--|--|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 5. Mise au point et validation de connaissances, d'instruments et de stratégies d'intervention nouveaux répondant aux besoins prioritaires pour la prévention des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies, et augmentation du nombre des scientifiques de pays en développement à la tête de ces recherches.   |  |  |   |
| <b>INDICATEURS</b>  | 5.1 Nombre de rapports de consensus publiés sur les besoins et les priorités de la recherche mondiale concernant une maladie ou un type d'intervention.  | 5.2 Nombre d'instruments nouveaux ou améliorés (par exemple médicaments, vaccins ou matériels diagnostiques) dont l'utilisation est approuvée au plan international. | 5.3 Nombre d'interventions et de stratégies de mise en oeuvre nouvelles ou améliorées dont l'efficacité a été déterminée, les preuves à l'appui ayant été communiquées aux établissements appropriés pour la prise des décisions stratégiques. | 5.4 Proportion des publications ayant fait l'objet d'un examen collégial basé sur des recherches soutenues par l'OMS là où l'établissement de l'auteur principal est situé dans un pays en développement. |
| <b>BASE</b>   | 3/exercice biennal   | 1/exercice biennal   | 2/exercice biennal   | 48 %  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 3  | 2  | 3  | 55 %  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 6  | 6  | 8  | 60 %  |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>  |  |  |   |
|   | Coûts 2008-2009  | 74 166   |  |   |
|   | Estimations 2010-2011  | ~ 000  |  |   |
|   | Estimations 2012-2013  | ~ 000  |  |   |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>Si 85 % de la charge mondiale d'incapacité et de mortalité prématurée touche les pays en développement, moins de 4 % des résultats de la recherche mondiale sont consacrés aux affections qui représentent la majeure partie de la charge de morbidité dans les pays en développement. <b>Ce qui est nouveau</b> : vu l'augmentation des fonds alloués à la recherche, et le rôle croissant des partenariats public-privé, il est essentiel que le Secrétariat intègre, harmonise et définisse le programme mondial de recherche en santé et aide les pays à fonder leurs décisions stratégiques sur des données factuelles.</i></p> |  |  |   |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 6. Les Etats Membres bénéficient d'un soutien pour se doter des capacités essentielles minimales requises aux termes du Règlement sanitaire international pour l'établissement et le renforcement de systèmes d'alerte et d'action à utiliser en cas d'épidémie ou d'autres urgences de santé publique de portée internationale.  |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|--|---|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 6.1 Nombre de pays ayant achevé l'évaluation des capacités essentielles de surveillance et d'action, conformément aux obligations que leur impose le Règlement sanitaire international (2005).  | 6.2 Nombre de pays bénéficiant de l'appui de l'OMS pour concevoir des plans d'action au moyen desquels ils se doteront des capacités essentielles minimales requises pour la détection et l'action précoces conformément aux obligations que leur impose le Règlement sanitaire international. | 6.3 Nombre de pays dont le système de laboratoire national travaille sur au moins un programme de contrôle interne ou externe de la qualité pour les maladies transmissibles. | 6.4 Nombre d'Etats Membres qui participent à des programmes de formation portant sur le renforcement des systèmes d'alerte précoce, des laboratoires de santé publique ou des capacités d'intervention en cas de flambée. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 150   | 115  | 135   | 150   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 192   | 192  | 192   | 192   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>80 848</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |  |   |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 80 848 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 80 848  |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>Dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005), tous les Etats Parties se sont engagés à évaluer leurs capacités essentielles de surveillance et d'action dans les deux années suivant son entrée en vigueur en mai 2007, et à acquérir et maintenir les mêmes capacités essentielles dans les cinq ans (avec un délai supplémentaire de deux ans le cas échéant) suivant cette date. Les principales capacités définies dans le Règlement sanitaire incluent la surveillance et la détection précoce des maladies potentiellement épidémiques et les capacités essentielles en matière de diagnostic, d'action et de communication. <b>Ce qui est nouveau</b> : en 2008-2009, l'OMS aura besoin de ressources techniques et financières internes suffisantes pour soutenir les évaluations nationales et l'élaboration de plans d'action. En 2010-2013, des ressources seront nécessaires principalement pour la mise en oeuvre et pour le suivi et l'évaluation des résultats.</i></p> |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 7. Les Etats Membres et la communauté internationale sont équipés pour détecter, évaluer et combattre les grandes maladies épidémiques et les maladies potentiellement pandémiques (grippe, méningite, fièvre jaune, fièvres hémorragiques, peste et variole, notamment) moyennant la conception et la mise en oeuvre d'instruments, de méthodes, de pratiques, de réseaux et de partenariats efficaces pour la prévention, la détection, la préparation et l'intervention. |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|---|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 7.1 Nombre de pays ayant mis en place des plans de préparation et des modes opératoires normalisés nationaux pour les principales maladies potentiellement épidémiques (telle la grippe pandémique).  | 7.2 Nombre de mécanismes de soutien internationaux pour le diagnostic et les interventions de masse (par exemple réseaux internationaux de surveillance de laboratoire ou mécanismes de stockage GIC pour la méningite, les fièvres hémorragiques, la peste, la fièvre jaune, la grippe, la variole). | 7.3 Nombre de pays dotés des capacités essentielles pour assurer dans de bonnes conditions de sécurité l'isolement des cas infectieux et la manipulation au laboratoire d'agents pathogènes dangereux. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 135   | 10  | 100  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 192   | 18  | 192  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>62 214</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |   |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 62 214 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 62 214  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |



|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>Il faut à l'OMS de solides programmes et projets axés sur une maladie ou un thème spécifique pour assurer que les principales menaces soient traitées de manière systématique et que l'OMS maintienne le niveau de compétence requis au plan mondial dans des domaines cruciaux (grippe, variole, sécurité biologique, épidémies intentionnelles, fièvre jaune, notamment). La crise de la grippe aviaire a montré que l'OMS devait accélérer sa coopération avec les Etats Membres pour assurer qu'ils aient la capacité de détecter, évaluer et combattre la menace que représentent les maladies infectieuses émergentes ou potentiellement épidémiques connues. <b>Ce qui est nouveau</b> : l'élaboration de modes opératoires normalisés et le stockage des médicaments et vaccins nécessaires jouent un rôle clé dans la réduction des effets potentiels de ces maladies. Le maintien et l'élargissement des réseaux et partenariats existants à l'appui des Etats Membres pour les différents aspects de la préparation et de la riposte à certains risques épidémiques, et l'établissement de nouveaux réseaux et partenariats le cas échéant, sont des éléments essentiels de la stratégie de l'OMS. Fin 2007, tous les Etats Membres auront conçu, appliqué et testé des plans de préparation nationaux, qui constitueront un solide fondement pour la riposte à une éventuelle pandémie.</i></p> |
|----------------------|---|

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <p><b>8.</b> Coordination des capacités régionales et mondiales, rapidement disponibles pour les Etats Membres, pour la détection, la vérification, l'évaluation des risques et l'action en cas d'épidémie et d'autres urgences de santé publique de portée internationale.</p>   |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|---|--|---|---------------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | <p><b>8.1</b> Système mondial de gestion des événements mis en place pour aider à coordonner l'évaluation des risques, la communication et les opérations de terrain pour le Siège et les bureaux régionaux et de pays.</p>   | <p><b>8.2</b> Nombre d'établissements partenaires participant au réseau mondial d'alerte et d'action en cas de flambée et à d'autres sous-réseaux régionaux pertinents.</p> | <p><b>8.3</b> Proportion de demandes d'assistance émanant d'Etats Membres pour lesquels l'OMS mobilise un appui international complet et coordonné pour les activités de lutte contre les maladies, les investigations et la caractérisation des événements et pour l'endigement durable des flambées.</p> | <p><b>8.4</b> Délai moyen jusqu'à la vérification des flambées de portée internationale, y compris la confirmation au laboratoire de l'étiologie.</p> |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 1   | 200   | 100 %  | 4 jours   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 1   | 400   | 100 %  | 2 jours   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th colspan="2"><b>RESSOURCES (EN US \$000)</b></th> </tr> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">57 871</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </table>  |   |  |   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b> |  | Coûts 2008-2009 | 57 871 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                           |   |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 57 871  |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>Des demandes toujours plus nombreuses sont adressées à l'OMS pour qu'elle établisse un système mondial efficace de collecte d'informations relatives aux épidémies, de vérification, d'évaluation des risques, de gestion de l'information et d'action rapide sur le terrain utilisant des technologies de l'information innovantes, des modes opératoires normalisés et les ressources des partenaires du réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémies (GOARN) et d'autres réseaux régionaux pertinents. La fourniture de ce service est désormais obligatoire et des dépenses sont engagées à cet effet, conformément au Règlement sanitaire international (2005). <b>Ce qui est nouveau</b> : l'accent mis sur le renforcement des opérations d'alerte et d'action de l'OMS en cas d'épidémie aux niveaux régional et des pays ; la normalisation et la coordination accrues des opérations à l'échelle de l'Organisation ; et le niveau accru de responsabilité des décideurs surtout lorsque les décisions affectent les voyages et le commerce.</i></p> |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |

## OBJECTIF STRATEGIQUE 2

### Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.

#### Portée

Les activités au titre de cet objectif stratégique porteront sur l'intensification et l'amélioration des interventions de prévention, de traitement, de soins et d'appui liées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme pour réaliser l'accès universel, notamment dans les groupes de population à forte charge de morbidité, tels les femmes, les nourrissons, les enfants, les adolescents et les groupes défavorisés et vulnérables ; l'accélération des recherches connexes ; l'élimination des principaux obstacles qui entravent l'accès aux interventions et leur utilisation et affectent leur qualité ; et les moyens de renforcer plus généralement les systèmes de santé.

#### Indicateurs et cibles

- Décès liés au VIH évités chaque année dans les pays à revenu faible ou intermédiaire grâce aux traitements antirétroviraux d'ici à 2013 (Base : 300 000 en 2005).
- Réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : Cible : réduction de 60 % du pourcentage des nourrissons infectés par le VIH nés de mères infectées par le VIH, ramené à 10 % d'ici à 2013 (Base : 25 % en 2005).
- Réduction de la prévalence du VIH dans les groupes de population vulnérables : Cible : tous les (136) pays à faible taux de prévalence et où l'épidémie de VIH est concentrée ayant arrêté ou inversé la prévalence du VIH dans les groupes les plus exposés (utilisateurs de drogues injectables, professionnels du sexe et hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes), d'ici à 2013 (Base : 0 pays en 2005).
- Réduction de l'incidence de la tuberculose : Cible : avoir arrêté ou commencé à inverser l'incidence de la tuberculose d'ici à 2013 (Base : incidence annuelle en hausse en 1990).
- Réduction de la mortalité due à la tuberculose : Cible : réduction de 47 % d'ici à 2013 (Base : chiffres de 1990).
- Réduction de la mortalité due au paludisme dans les pays d'endémie : Cible : réduction de 50 % d'ici à 2013 (Base : 1,2 million de décès dans le monde en 2002).
- Elimination du paludisme dans les pays où l'élimination est actuellement considérée comme réalisable d'ici à 2013 : Cible : 7 pays certifiés ou engagés dans un processus OMS de certification pour les pays où le paludisme a été éliminé, d'ici à 2013 (Base : 0 pays en 2005).

#### Liens avec d'autres objectifs stratégiques

Ces activités seront également liées à des activités mises en oeuvre au titre des objectifs stratégiques suivants :

- objectif stratégique 1 : en particulier les activités liées à la mise en oeuvre d'interventions ; au renforcement des capacités de recherche et à l'élargissement de l'accès aux nouveaux outils et stratégies, tels des vaccins ; et au renforcement des systèmes de suivi et de surveillance des maladies transmissibles ;
- objectif stratégique 4 : en particulier les mesures déployées pour soutenir la recherche et le développement de nouveaux outils et interventions ; répondre aux besoins particuliers des enfants des deux sexes, des adolescents et des femmes en âge de procréer ; formuler et mettre en oeuvre des interventions efficaces et sexospécifiques et lutter contre les infections sexuellement transmissibles ;
- objectif stratégique 7 : en particulier les activités liées aux approches destinées à améliorer l'équité, favorables aux pauvres, sexospécifiques, éthiques et axées sur les droits de l'homme ;
- objectif stratégique 10 : en particulier les activités liées à l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé ;
- objectif stratégique 12 : en particulier les activités liées aux médicaments essentiels, aux produits médicaux et aux technologies pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme ;
- objectif stratégique 13 : en particulier les domaines du renforcement des capacités des ressources humaines, de la formation intégrée et de l'élargissement des réseaux de prestataires de services ; et

- objectif stratégique 14 : en particulier les activités visant à réduire au maximum le risque de catastrophe financière et d'appauvrissement dû au paiement direct des dépenses de santé.

## PROBLEMES ET ENJEUX

Les pandémies mondiales de VIH/SIDA, de tuberculose et de paludisme sont responsables chaque année de plus de six millions de décès et elles aggravent sensiblement la pauvreté nationale et individuelle. La réalisation de nombreux objectifs du Millénaire pour le développement passe par la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et le succès des mesures déployées contre ces trois maladies contribuera aussi dans une large mesure à la réduction de la pauvreté et de la mortalité infantile, et à l'amélioration de la santé de la mère et du nouveau-né, tout en favorisant d'autres résultats sanitaires ; la réussite de ces activités aidera en outre à réduire le fardeau qui pèse sur les particuliers, les communautés, les pays et leurs systèmes de santé. Les enseignements tirés témoignent de la nécessité de diverses approches stratégiques pour combattre ces trois maladies.

## APPROCHES STRATEGIQUES

Dans ce contexte, on s'emploiera principalement à encourager la mise en oeuvre d'interventions essentielles pour la prévention, le traitement, les soins et l'appui en vue de stopper la transmission et de réduire la morbidité et la mortalité dues à ces trois maladies, et à favoriser l'accès universel à ces interventions. Au niveau des soins primaires, l'harmonisation de ces activités renforcera au maximum l'efficacité d'une interaction donnée entre un malade et le système de santé ; et elle optimisera les divers points d'entrée. On s'attachera plus particulièrement à accroître au maximum la prévention ; on s'assurera que les services sont également adaptés et dispensés aux groupes défavorisés et vulnérables et aux populations d'accès difficile, et notamment les consommateurs de drogues injectables, les professionnels du sexe et les prisonniers ; on tentera de répondre aux besoins des populations dans les situations de conflit et les crises humanitaires ; on veillera à prendre en compte les contextes socioculturels ; et on encouragera l'utilisation de données factuelles, de normes et de critères pour la formulation des politiques et des programmes.

Le renforcement et l'appui aux ressources humaines et aux réseaux de prestataires et le développement des ensembles public-privé seront cruciaux ; y compris la formation et l'amélioration des compétences des professionnels de la santé et des agents communautaires ; l'élargissement des réseaux de prestation de services et du groupe de prestataires ; le renforcement des capacités de gestion des ressources humaines ; le resserrement de la participation des établissements non gouvernementaux et du secteur privé ; le renforcement des systèmes de transfert ; l'exploitation du potentiel des agents de santé communautaires, des personnes vivant avec ces maladies et des membres de leur famille ; et la promotion des stratégies destinées à retenir les personnels de santé.

Il sera par ailleurs essentiel de faciliter la disponibilité et d'encourager l'utilisation appropriée de médicaments, matériels diagnostiques, insecticides et produits médicaux de qualité, sûrs et financièrement abordables ; d'étendre les réseaux de laboratoire de qualité garantie ; et d'assurer le bon fonctionnement des chaînes d'approvisionnement publiques et privées.

On s'emploiera à développer les systèmes de suivi, d'évaluation et de surveillance pour la prise des décisions, le suivi et la responsabilité concernant les progrès sur la voie de la réalisation des objectifs liés au VIH, à la tuberculose et au paludisme ; et à améliorer l'efficacité et la rationalité des systèmes d'information (génération et utilisation de données ventilées par âge et par sexe) ; à renforcer la surveillance épidémiologique et des comportements, ainsi que la collecte et la capacité d'analyse des données (y compris le suivi financier) ; à évaluer les effets des interventions et l'évolution des trois maladies dans certains groupes de population ; à affiner les indicateurs pour les principales interventions nouvelles (comme les effets à long terme des traitements antirétroviraux chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA et le suivi de la résistance).

Les mesures qui seront prises pour pérenniser l'engagement politique, associer plus étroitement les communautés et les personnes touchées, et accroître l'efficacité des partenariats joueront aussi un rôle déterminant et la sensibilisation en faveur d'activités concertées de lutte contre ces trois maladies sera un important facteur de réussite.

Il faudra également fournir les moyens nécessaires et promouvoir la recherche, en particulier dans les domaines de la sécurité et de l'efficacité des technologies de prévention (comme les vaccins et les microbicides), des médicaments (y compris les schémas thérapeutiques simplifiés) et des outils diagnostiques ; et des recherches opérationnelles pour déterminer l'efficacité des méthodes de prestation des services, dans les différents contextes.

Le Secrétariat de l'OMS, par son appui aux activités des Etats Membres, s'attachera à :

- élaborer des politiques, des stratégies et des normes mondiales liées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme ;
- assurer aux Etats Membres la coopération technique et la coordination requises pour la mise en oeuvre des politiques, des stratégies et des normes ;
- faciliter la disponibilité et l'utilisation appropriée de médicaments et de produits de qualité ;
- mesurer les progrès sur la voie de la réalisation des cibles mondiales et régionales et évaluer les résultats, le financement et les effets des programmes et des systèmes nationaux ;

- faciliter les partenariats, la sensibilisation et la communication ;
- soutenir les initiatives mondiales, régionales, sous-régionales et inter pays axées sur la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme ;
- aider les Etats Membres, le cas échéant, à concevoir et appliquer des mécanismes pour la mobilisation et l'utilisation des ressources ; et
- encourager et soutenir la recherche et le renforcement des capacités de recherche dans les pays cibles.

### CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

Pour permettre aux programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme d'intensifier leur action, les Etats Membres doivent disposer en permanence de solides capacités (à tous les niveaux) pour élaborer des politiques à bases factuelles, analyser leurs effets et les ajuster si besoin est. Une augmentation sensible des ressources est également nécessaire, ainsi que le renforcement des systèmes de santé et celui des capacités institutionnelles pour surmonter les contraintes opérationnelles. Cet objectif stratégique pourra être réalisé à condition :

- que le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme continuent d'être reconnus comme des problèmes de santé nationaux et internationaux prioritaires ;
- que le renforcement des systèmes de santé nationaux fasse l'objet d'une sensibilisation accrue, l'objectif étant la réalisation de l'accès universel aux services et aux soins de santé essentiels ;
- que les mécanismes des partenariats et la participation des acteurs concernés soient renforcés, pour atteindre les cibles convenues aux niveaux national et régional ; et que la synergie et la coordination entre les acteurs de plus en plus nombreux dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme deviennent une réalité ; et
- que les inégalités entre les sexes, la discrimination et l'ostracisme qui aggravent actuellement ces trois maladies soient combattus en tant que problèmes généraux prioritaires.

Les risques suivants pourraient entraver la réalisation de l'objectif stratégique :

- difficulté de recueillir et de maintenir les ressources nécessaires – pour l'OMS comme pour les Etats Membres, compte tenu de l'émergence de priorités concurrentielles toujours plus nombreuses ;
- les acquis sanitaires réalisés par l'OMS et les Etats Membres dans le domaine du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme pourraient être perdus dans les pays les moins avancés si l'engagement politique et financier n'est pas renforcé ; et
- difficulté de maintenir les fonctions d'encadrement de l'OMS et l'interface dans le large éventail d'acteurs, compte tenu du nombre croissant de ces acteurs et des partenariats, de la concurrence croissante pour l'obtention de ressources et des problèmes spéciaux de coordination et d'harmonisation.

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 1. Elaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables. |   |   |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | 1.1 Nombre de pays bénéficiant d'un soutien qui réalisent les objectifs nationaux liés aux interventions pour le VIH/SIDA.   | 1.2 Nombre de pays bénéficiant d'un soutien qui réalisent les objectifs nationaux liés aux interventions pour le paludisme. | 1.3 Nombre de pays bénéficiant d'un soutien qui réalisent les objectifs pour le dépistage et le traitement de la tuberculose. | 1.4 Nombre de pays qui réalisent les objectifs pour la prévention et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles.   |
| <b>BASE</b>   |  |   |   |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         |  |   | XXX pays atteignent la cible du dépistage de plus de 70 % des cas de tuberculose et d'au moins 85 % de succès thérapeutiques. | Au moins 70 % des personnes qui présentent des infections sexuellement transmissibles bénéficient d'un diagnostic, d'un traitement et d'un conseil appropriés dans des services de santé dans 60 % des pays à forte charge de morbidité. |

|                                   |  |  |  |   |
|-----------------------------------|--|--|--|---|
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b> |  | Tous les pays d'endémie réalisent 80 % des objectifs liés aux interventions. | Tous les pays réalisent un taux de dépistage supérieur à 70 % et un taux de réussite supérieur à 85 %. | Au moins 90 % des personnes qui présentent des infections sexuellement transmissibles bénéficient d'un diagnostic, d'un traitement et d'un conseil appropriés dans tous les pays à forte charge de morbidité. |
|-----------------------------------|--|--|--|---|

|                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b> |         |
| Coûts 2008-2009                 | 124 000 |
| Estimations 2010-2011           | ~ 000   |
| Estimations 2012-2013           | ~ 000   |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>JUSTIFICATION</b> | <i>L'OMS s'est fermement engagée à accroître au maximum l'accès aux interventions contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, comme l'indiquent diverses résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé, la stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/SIDA, les plans mondiaux Halte à la tuberculose et Faire reculer le paludisme ; la formulation de la contribution de l'OMS pour parvenir à l'accès universel à la prévention, aux soins et au traitement en matière de VIH/SIDA (et la nécessité de faire progresser les activités mises en oeuvre dans le cadre de l'initiative « 3 millions d'ici 2005 ») ; et à oeuvrer pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, et d'autres objectifs. La plupart des ressources sont destinées aux activités aux niveaux régional et national.</i> |
|----------------------|--|

|   |   |
|---|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>2.</b> Fourniture d'un soutien stratégique et technique aux pays pour étendre la mise en oeuvre des interventions de prévention, de traitement et de soins liées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme ; y compris l'intégration de la formation et de la prestation des services ; l'élargissement des réseaux de prestataires de services ; le renforcement des capacités de laboratoire et l'amélioration des liens avec d'autres services de santé, comme la santé procréative, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, la nutrition, les services de traitement des toxicomanes, les soins aux personnes présentant des affections respiratoires, la lutte contre les maladies négligées et la salubrité de l'environnement. |
|---|---|

|                    |   |   |  |   |
|--------------------|---|---|--|---|
| <b>INDICATEURS</b> | 2.1 Nombre de pays cibles ayant élaboré des politiques intégrées/coordonnées sur le VIH/SIDA et la tuberculose. | 2.2 Nombre de pays cibles ayant élaboré et appliqué des stratégies relatives aux personnels de santé et des plans intégrant les besoins pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. | 2.3 Nombre de pays suivant l'accès aux services de santé pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme et la qualité de ces services. | 2.4 Nombre de pays dotés de politiques des ressources humaines appropriées pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. |
|--------------------|---|---|--|---|

|             |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|
| <b>BASE</b> |  |  |  |  |
|-------------|--|--|--|--|

|                                   |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b> |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|

|                                   |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b> |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|

|                                 |         |
|---------------------------------|---------|
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b> |         |
| Coûts 2008-2009                 | 256 000 |
| Estimations 2010-2011           | ~ 000   |
| Estimations 2012-2013           | ~ 000   |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>JUSTIFICATION</b> |  |
|----------------------|--|

|   |   |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 3. Fourniture d'un soutien technique et de conseils à l'échelle mondiale sur les politiques et les programmes destinés à promouvoir un accès équitable à des médicaments essentiels de qualité garantie pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, et leur utilisation rationnelle par les prescripteurs et les consommateurs ; et approvisionnement ininterrompu en produits diagnostiques, en sang non contaminé et autres biens essentiels.   |  |   |   |
| <b>INDICATEURS</b>                                      | 3.1 Nombre de normes mondiales de qualité applicables aux médicaments et aux produits diagnostiques pour le VIH, la tuberculose et le paludisme mises au point ou actualisées.  | 3.2 Nombre de médicaments prioritaires pour le VIH, la tuberculose et le paludisme évalués et présélectionnés pour les organismes d'achat des Nations Unies. | 3.3 Nombre de pays dont l'approvisionnement en médicaments contre le VIH, la tuberculose et le paludisme est intégré dans le système pharmaceutique national.             | 3.4 Nombre cumulé de malades traités avec le soutien du Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux. |
| <b>BASE</b>   |   |  |   |   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                       |   |  |   | 12 millions   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                       |   |  | Tous les pays cibles bénéficient d'un soutien pour accroître l'accès à des médicaments essentiels d'un prix abordable contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. | 21 millions   |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                         |   |  |   |   |
| Coûts 2008-2009   |   |  |   |   |
| Estimations 2010-2011                                   |   |  |   |   |
| Estimations 2012-2013                                   |   |  |   |   |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                    | <i>Les activités de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dépendent dans une large mesure des médicaments, des produits diagnostiques et d'autres technologies sanitaires essentielles. Etendre l'accès à ces produits et en assurer la qualité sont des tâches hautement prioritaires pour l'OMS, comme en témoignent diverses résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé. C'est là un domaine de plus en plus prioritaire pour les Etats Membres et les demandes de soutien dans ce domaine adressées à l'OMS sont très nombreuses. La plupart des ressources seront utilisées pour des activités aux niveaux régional et national.</i> |  |   |   |

|   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 4. Renforcement et extension des systèmes mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance, d'évaluation et de suivi pour contrôler les progrès sur la voie de la réalisation des cibles et les ressources allouées aux activités de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, et suivi des effets des activités de lutte et de l'évolution de la pharmacorésistance. |   |   |  |
| <b>INDICATEURS</b>                                      | 4.1 Nombre de pays qui recueillent, analysent et communiquent régulièrement des données sur la couverture, les résultats et les effets de la surveillance au moyen des méthodes normalisées de l'OMS, y compris la ventilation appropriée par âge et par sexe.  | 4.2 Nombre de pays qui collaborent avec l'OMS et lui communiquent des données annuelles sur la surveillance, le suivi et les allocations financières à inclure dans les rapports mondiaux annuels sur la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose et la réalisation de ces objectifs. | 4.3 Nombre de pays qui font rapport sur la surveillance et le suivi de la résistance aux médicaments contre le VIH, le paludisme et la tuberculose. |  |
| <b>BASE</b>   |   |   |   |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                       |   |   |   |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                       | Tous les pays cibles pour la tuberculose : 211.   | Tous les pays cibles.   |   |  |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                         |   |   |   |  |
| Coûts 2008-2009   |   |   |   |  |
| Estimations 2010-2011                                   |   |   |   |  |
| Estimations 2012-2013                                   |   |   |   |  |

| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Un rôle critique incombe à l'OMS, à savoir celui de soutenir et coordonner les activités de surveillance du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme aux niveaux mondial et régional. Ce rôle consiste à soutenir la synthèse et la diffusion de données pour étayer les décisions prises par les responsables et l'action de santé publique dirigée contre ces trois maladies ; établir le programme de recherche ; encourager et soutenir la génération, la traduction et la diffusion du savoir, des données factuelles et des enseignements tirés ; et aider les pays à effectuer et utiliser des recherches sur la mise au point d'outils et de stratégies pour la prévention, la détection précoce, le diagnostic, le traitement et la lutte contre ces trois maladies. Les trois niveaux de l'Organisation ont un rôle important à jouer.</i>  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|---|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 5. Maintien de l'engagement politique et mobilisation des ressources assurée par des activités de sensibilisation et l'entretien de partenariats pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose aux niveaux national, régional et mondial ; fourniture d'un appui aux pays, le cas échéant, pour élaborer/renforcer et mettre en oeuvre des mécanismes pour la mobilisation et l'utilisation de ressources et accroître la capacité d'absorption des ressources disponibles ; et accroissement de la participation des communautés et des personnes affectées pour étendre au maximum la couverture et les résultats de la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>INDICATEURS</b>  | 5.1 Nombre de partenariats fonctionnels pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.   | 5.2 Nombre de pays cibles qui reçoivent le soutien de l'OMS pour accéder à des ressources financières ou accroître l'absorption des fonds pour le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.                     | 5.3 Nombre de pays qui ont associé des communautés, des organisations de la société civile et le secteur privé dans la planification, la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | VIH : 30 (2007)<br>tuberculose : 43/87 pays cibles ayant des partenariats fonctionnels<br>paludisme : 33/46 pays cibles ;<br>30 % des pays cibles.  | Paludisme : 30 % des pays cibles demandant un appui en bénéficient.   | Paludisme : 10 % des pays cibles.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | VIH : 75<br>tuberculose : 87 pays ayant des partenariats fonctionnels<br>paludisme : 42/46 pays cibles.   | Tous les pays cibles demandant une aide pour accéder à des fonds d'organismes de financement bénéficient de cette aide<br>tuberculose : 75 % des pays cibles ?<br>VIH : 30 ?<br>paludisme : 50 des pays cibles. | Paludisme : 30 % des pays cibles.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>35 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   |   |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 35 000 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 35 000  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Des ressources sont nécessaires pour assurer la participation et la coordination avec divers partenaires afin d'intensifier rapidement les interventions contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, et notamment les activités de sensibilisation, la coordination et la collaboration avec les principaux partenaires, réseaux et acteurs tels que l'ONUSIDA, les partenariats Halte à la tuberculose et Faire reculer le paludisme, le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'Emergency Plan for AIDS Relief du Président des Etats-Unis d'Amérique, le Dispositif mondial pour l'approvisionnement en médicaments antituberculeux ; Malaria Medicines and Supply Service ; AIDS Medicines and Diagnostics Service, etc. Des ressources sont aussi nécessaires pour encourager le financement des aspects de la lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme encore très insuffisamment financés comme les capacités de laboratoire et les ressources humaines. Les activités concernent les trois niveaux de l'Organisation.</i> |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 6. Mise au point et validation de nouvelles connaissances, de nouveaux outils d'intervention et de nouvelles stratégies qui répondent aux besoins prioritaires en matière de prévention et de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, les scientifiques des pays en développement étant de plus en plus nombreux à conduire ces recherches.   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|--|--|---|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 6.1 Nombre d'outils nouveaux ou améliorés (par exemple médicaments, vaccins, produits diagnostiques) dont l'utilisation dans les domaines du VIH, de la tuberculose et du paludisme est approuvée au niveau international.   | 6.2 Nombre d'interventions et de stratégies de mise en oeuvre nouvelles ou améliorées pour le VIH, la tuberculose et le paludisme, dont l'efficacité a été établie, les preuves à l'appui ayant été communiquées aux établissements appropriés pour la prise des décisions. | 6.3 Proportion des publications soumises à un examen collégial, issues de recherches qui bénéficient du soutien de l'OMS, sur le VIH, la tuberculose ou le paludisme, et dont l'auteur principal travaille dans un établissement situé dans un pays en développement. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>  | 1  | 3   | 48 %  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 2  | 6   | 55 %  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 4  | 10  | 63 %  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>87 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   |   |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 87 000 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                 |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009  | 87 000   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                    | ~ 000  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                    | ~ 000  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     | <i>Des recherches convenablement orientées peuvent sensiblement influencer sur la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme par l'amélioration, la mise au point et l'évaluation de nouveaux outils, interventions et stratégies. Il est essentiel que l'OMS aide à trouver les mesures les plus efficaces contre ces trois maladies et à édifier des bases durables pour que les pays en développement puissent entreprendre des recherches pertinentes aux plans national et local.</i> |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |



**OBJECTIF STRATEGIQUE 3****Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.****Portée**

Les activités entreprises dans le cadre de cet objectif stratégique sont axées sur l'élaboration de politiques, la mise en oeuvre de programmes, le suivi et l'évaluation, le renforcement des systèmes et services de santé et de réadaptation, la mise en oeuvre de programmes de prévention et le renforcement des capacités dans le domaine des affections chroniques non transmissibles, y compris les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les maladies respiratoires chroniques, le diabète, des déficiences visuelles et auditives et les troubles génétiques, ainsi que les troubles mentaux, comportementaux, neurologiques et dus à l'usage de substances psychoactives, et les traumatismes dus aux accidents de la circulation routière, aux noyades, aux brûlures, aux empoisonnements, aux chutes, à la violence au sein de la famille, de la communauté ou entre groupes organisés, et les incapacités, toutes causes confondues.

**Indicateurs et cibles**

- Nombre de pays qui se placent au-dessus de xx sur l'échelle OMS de prévention et de réduction de la morbidité, de l'incapacité et de la mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes (échelle à élaborer ; qui devrait comprendre des critères pouvant être mesurés sans efforts supplémentaires ou très peu).

**Liens avec d'autres objectifs stratégiques**

Les activités seront rattachées à celles entreprises au titre des objectifs stratégiques suivants :

- objectif stratégique 6 : pour ce qui est des approches à l'échelle de la population concernant le tabac, l'alcool, une mauvaise alimentation et la sédentarité ; et pour ce qui est des approches dirigées sur les individus très exposés à ces facteurs de risque, ainsi que de la prévention d'autres facteurs de risque.

**PROBLEMES ET ENJEUX**

Les affections chroniques non transmissibles, les troubles mentaux, la violence et les traumatismes sont actuellement les principales causes de décès et d'incapacité dans pratiquement tous les pays. Ces dernières années, les comités régionaux, l'Assemblée de la Santé et l'Assemblée générale des Nations Unies ont confié à l'OMS un ensemble de mandats importants pour traiter ces questions.

Le nombre total de décès dus à ces affections représente 75 % de la mortalité mondiale et ce pourcentage devrait augmenter. Sur la période 2006-2015, les décès liés aux maladies transmissibles, aux affections maternelles et périnatales et aux carences nutritionnelles devraient diminuer de 3 %, tandis que les décès dus aux affections chroniques non transmissibles devraient augmenter de 17 %, les troubles neuropsychiatriques de 14 % et les traumatismes de 12 %. L'essentiel de cette charge croissante touche les pays à faible et moyen revenu.

Toute une gamme d'interventions contre les affections chroniques non transmissibles, les troubles mentaux, la violence et les traumatismes se sont avérées rentables et d'un coût abordable dans toutes les Régions. Par exemple, une dépense par habitant de US \$7 couvre le coût d'un module de santé mentale de base au niveau des soins de santé primaires, un dollar dépensé en détecteurs de fumée produit une économie de US \$21, les associations médicamenteuses pour les personnes à haut risque de maladies cardio-vasculaires éviteraient, selon les estimations, la perte de 63 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité chaque année dans le monde et la chirurgie de la cataracte engendre un accroissement de productivité économique équivalent à 1500 % du coût de l'intervention la première année.

Dans ce contexte, les principaux enjeux sont les suivants :

- accroître la sensibilisation à l'ampleur du problème et aux possibilités de prévention qui existent ;
- accroître la volonté politique de traiter les problèmes ;
- entamer une collaboration multisectorielle appropriée ; et
- générer les ressources nécessaires dans un environnement concurrentiel.

## APPROCHES STRATEGIQUES

Pour atteindre cet objectif, la priorité devra être donnée au traitement des affections chroniques non transmissibles, de troubles mentaux, de la violence et des traumatismes dans le cadre des programmes nationaux et internationaux d'action sanitaire et de développement en général. Une approche globale de santé publique s'appuyant sur la promotion de la collaboration multisectorielle et l'innovation est indispensable. Les Etats Membres devraient élaborer des réponses coordonnées mais distinctes pour les maladies chroniques non transmissibles, les troubles mentaux, la violence et les traumatismes, fondées sur des mesures globales et intégrées. Les principaux facteurs qui permettront d'obtenir des résultats positifs dans les pays sont une réorientation en faveur de la prévention primaire et sur la prévention dans le cadre des soins de santé ainsi que la participation communautaire.

Pour soutenir les efforts des Etats Membres, le Secrétariat s'efforcera avant tout :

- de préconiser un engagement et une action accrues ;
- de fournir une aide pour la collecte, l'analyse et l'utilisation des données concernant l'ampleur, les causes et les conséquences des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux, de la violence et des traumatismes ;
- d'élaborer des lignes directrices techniques et des matériels de formation ;
- de soutenir l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi de politiques et de programmes de prévention et de réadaptation ;
- d'évaluer et de renforcer les systèmes de santé et autres systèmes de prévention, de traitement et de prestation de services, réadaptation comprise ; et
- de créer et de soutenir des réseaux et des partenariats avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, d'autres organismes internationaux et organisations des Nations Unies, des associations professionnelles et de consommateurs/familiales, le secteur privé et les médias.

## CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

Cet objectif stratégique ne sera atteint qu'à condition :

- qu'il existe un niveau élevé de coopération multisectorielle entre les partenaires nationaux et mondiaux et que l'on reconnaisse qu'une action multisectorielle a plus de chances d'être efficace que des mesures individuelles ;
- que les pays reconnaissent que la prévention et la prise en charge intégrées des affections couvertes par cet objectif ont plus de chances d'être efficaces que des mesures axées sur des troubles et affections individuels ; et
- que les progrès seront compromis si les pays continuent à privilégier les soins tertiaires dans l'allocation des ressources au lieu des soins primaires et de la prévention.

Les risques suivants pourraient avoir des répercussions négatives sur la réalisation de l'objectif stratégique :

- si la menace croissante pour la santé et le développement que représentent les affections chroniques non transmissibles, les troubles mentaux, la violence et les traumatismes continue d'être omise dans les programmes de développement de haut niveau tels qu'ils sont énoncés dans les objectifs du Millénaire pour le développement ; et
- l'émergence de nouvelles menaces mondiales, comme le syndrome respiratoire aigu sévère ou la grippe aviaire, qui pourraient nuire à leur tour à la fois à la fixation des priorités et à l'allocation de ressources en faveur de cet objectif.

| RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION | 1. Sensibilisation et soutien visant à accroître l'engagement politique, financier et technique dans les pays afin de traiter le problème des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes et des incapacités. |  |   |   |
|---|---|--|---|---|
| INDICATEURS                                       | 1.1 Nombre de pays cibles dotés d'un point focal ou d'une unité chargée de la prévention des traumatismes et de la violence possédant son propre budget au ministère de la santé.   | 1.2 Publication et présentation du <i>Rapport sur la santé dans le monde</i> consacré aux incapacités et à la réadaptation. <sup>1</sup> | 1.3 Nombre de pays cibles dotés d'une unité chargée de la santé mentale ayant son propre budget au ministère de la santé. | 1.4 Proportion des pays cibles dotés d'une unité ou d'un département des affections chroniques non transmissibles ayant son propre budget au ministère de la santé. |
| BASE  |   |  |   |   |
| CIBLES A ATTEINDRE EN 2009                        | 120   | Projet de rapport.   | 120   | 30 %  |
| CIBLES A ATTEINDRE EN 2013                        | 192   | Rapport publié en 6 langues.   | 192   | 85 %  |

<sup>1</sup> Voir résolution WHA58.23.

|                      |   |        |
|----------------------|---|--------|
|                      | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |        |
|                      | Coûts 2008-2009   | 24 200 |
|                      | Estimations 2010-2011   | ~ 000  |
|                      | Estimations 2012-2013   | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>Les ressources seront utilisées pour accroître la visibilité et renforcer l'engagement en faveur des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence et des traumatismes, et des incapacités aux niveaux mondial, régional et national. Les ressources serviront également à soutenir la création d'unités au sein des organismes nationaux de santé publique chargés des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence et des traumatismes, et des incapacités et à soutenir le début des activités. Enfin, les ressources serviront à élaborer des outils et des rapports mondiaux et à organiser des campagnes mondiales décrivant la situation et recommandant les mesures à prendre.</i></p> |        |

|   |  |   |   |  |  |
|---|--|---|---|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <p><b>2.</b> Fourniture de conseils et d'un soutien aux pays pour l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques, de stratégies et de réglementations applicables aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et comportementaux, à la violence, aux traumatismes et aux incapacités.</p> |   |   |  |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | <p><b>2.1</b> Nombre de pays cibles qui ont élaboré et sont en train de mettre en oeuvre des plans nationaux pour prévenir les traumatismes involontaires et la violence.</p>  | <p><b>2.2</b> Nombre de pays cibles qui ont élaboré et sont en train de mettre en oeuvre des plans nationaux de prise en charge des incapacités et de réadaptation.</p> | <p><b>2.3</b> Nombre de pays recevant et appliquant des conseils concernant les politiques, les stratégies et réglementations applicables aux troubles mentaux, comportementaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives.</p> | <p><b>2.4</b> Proportion des pays cibles qui ont élaboré et sont en train de mettre en oeuvre un document politique approuvé au niveau national pour la lutte contre les affections chroniques non transmissibles.</p> | <p><b>2.5</b> Proportion des pays cibles qui ont élaboré et sont en train de mettre en oeuvre des plans nationaux complets de prévention des déficiences visuelles et auditives.</p> |
| <b>BASE</b>   |  |   |   |  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 70   | 60  | 72  | 30 %   | 30 %   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 120  | 100   | 192   | 85 %   | 85 %   |

|                      |   |        |
|----------------------|---|--------|
|                      | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |        |
|                      | Coûts 2008-2009   | 29 900 |
|                      | Estimations 2010-2011   | ~ 000  |
|                      | Estimations 2012-2013   | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>Les plans et politiques nationaux sont essentiels pour une action multisectorielle coordonnée face aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et comportementaux, à la violence et aux traumatismes, et aux incapacités. Seule une minorité de pays a élaboré de tels plans. Les ressources seront utilisées pour soutenir les processus régionaux et nationaux débouchant sur l'élaboration et le début d'application de tels documents.</i></p> |        |

|   |  |  |   |  |   |
|---|--|--|---|--|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <p><b>3.</b> Amélioration de la capacité des pays à recueillir, analyser, diffuser et utiliser des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence et des traumatismes et des incapacités.</p> |  |   |  |   |
| <b>INDICATEURS</b>  | <p><b>3.1</b> Nombre de pays cibles qui ont publié une compilation nationale des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des traumatismes et de la violence.</p>   | <p><b>3.2</b> Nombre de pays cibles qui ont publié une compilation nationale des données sur la prévalence et l'incidence des incapacités.</p> | <p><b>3.3</b> Nombre de pays cibles mettant en place ou renforçant substantiellement les systèmes d'information nationaux ou régionaux concernant l'ampleur, les causes et les conséquences des troubles mentaux, comportementaux, neurologiques et liés à l'usage de substances psychoactives.</p> | <p><b>3.4</b> Proportion des pays cibles dotés d'un système national de notification sanitaire et présentant des rapports annuels comportant des indicateurs sur les affections chroniques non transmissibles.</p> | <p><b>3.5</b> Proportion des pays cibles attestant de la charge des déficiences visuelles et auditives.</p> |

|                                   |   |        |    |      |      |
|-----------------------------------|---|--------|----|------|------|
| <b>BASE</b>                       |   |        |    |      |      |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b> | 70  | 90     | 36 | 30 % | 30 % |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b> | 120   | 140    | 72 | 85 % | 85 % |
|                                   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |        |    |      |      |
|                                   | Coûts 2008-2009   | 28 000 |    |      |      |
|                                   | Estimations 2010-2011   | ~ 000  |    |      |      |
|                                   | Estimations 2012-2013   | ~ 000  |    |      |      |
| <b>JUSTIFICATION</b>              | <p><i>Les ressources serviront à aider les pays et les Régions à mieux étudier l'impact sur la santé publique et les coûts des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence et des traumatismes, et des incapacités. Plus précisément, les ressources serviront à créer des systèmes de collecte des données, et à soutenir l'analyse et la diffusion des données. Elles serviront également à suivre la situation et à fournir une information en retour sur les tendances mondiales.</i></p> |        |    |      |      |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 4. Amélioration des données factuelles réunies par l'OMS sur la rentabilité des interventions visant à prendre en charge les affections chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes et les incapacités.   |  |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | 4.1 Données factuelles sur la rentabilité des interventions largement disponibles pour la prise en charge de la dépression, de la schizophrénie, de l'épilepsie et des troubles liés à l'abus de substances préparées et mises à disposition.   | 4.2 Données sur la rentabilité d'un ensemble d'interventions essentielles pour les maladies et les affections chroniques non transmissibles récapitulées et coût global de la mise en oeuvre estimé. |  |
| <b>BASE</b>   |   |  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 4 interventions.  | Ensemble d'interventions essentielles mis au point.  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 12 interventions.   | Des ensembles élargis en fonction des besoins sont mis au point et l'approche générale resituées dans le contexte de la mise en oeuvre dans les pays.  |  |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |  |  |
|   | Coûts 2008-2009   | 23 800   |  |
|   | Estimations 2010-2011   | ~ 000  |  |
|   | Estimations 2012-2013   | ~ 000  |  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>Les ressources serviront à soutenir davantage la recherche sur la rentabilité des interventions dans les pays à revenu faible et moyen. Cela comprendra la formation et l'organisation d'ateliers, afin de mettre au point la méthodologie, des études et la compilation des résultats aux niveaux national, régional et mondial, y compris des documents établissant les meilleures pratiques et des stratégies de diffusion ciblées. Les ressources serviront également à informer les décideurs des pays et à les aider à utiliser cette information pour la définition des priorités.</i></p> |  |  |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 5. Fourniture de conseils et d'un soutien aux pays pour la préparation et la mise en oeuvre de programmes multisectoriels à l'échelle de la population pour prévenir les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes et les déficiences visuelles et auditives. |  |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | 5.1 Lignes directrices applicables aux interventions multisectorielles pour prévenir la violence et les traumatismes involontaires publiées et largement diffusées.  | 5.2 Lignes directrices applicables à la prévention et à la prise en charge de la dépression, de la schizophrénie, de l'épilepsie et des troubles liés à l'abus de substances préparées et mises à disposition. | 5.3 Proportion des pays cibles mettant en oeuvre les stratégies recommandées par l'OMS pour la prévention dans la population des déficiences visuelles et auditives. |
| <b>BASE</b>   |  |  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 12   | Lignes directrices pour 2 troubles.  | 30 %   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 18   | Lignes directrices pour 4 troubles.  | 85 %   |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>  |  |  |
|   | Coûts 2008-2009  | 25 100   |  |
|   | Estimations 2010-2011  | ~ 000  |  |
|   | Estimations 2012-2013  | ~ 000  |  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      |  |  |  |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 6. Fourniture de conseils et d'un soutien aux pays pour les aider à renforcer leurs systèmes de santé et systèmes sociaux en vue de prévenir et de prendre en charge les affections chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes et les incapacités.  |  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|--|--|---|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 6.1 Nombre de pays cibles qui ont renforcé la riposte du système de soins de santé face aux traumatismes involontaires et à la violence en appliquant les recommandations de l'OMS.  | 6.2 Nombre de pays qui ont renforcé leurs services de réadaptation en appliquant les recommandations contenues dans le <i>Rapport sur la santé dans le monde</i> concernant les incapacités et la réadaptation. <sup>1</sup> | 6.3 Nombre de pays procédant à une évaluation systématique de leurs systèmes de santé mentale en utilisant l'instrument d'évaluation OMS pour les systèmes de santé mentale puis en exploitant les informations pour renforcer les systèmes nationaux de santé mentale. | 6.4 Proportion des pays cibles mettant en oeuvre les stratégies intégrées de soins de santé primaires recommandées par l'OMS pour la prise en charge des affections chroniques non transmissibles. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |  |  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 30   | 10   | 72  | 30 %   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 70   | 80   | 144   | 85 %   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>26 200</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   |  |   |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 26 200 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |  |  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 26 200   |  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Les ressources seront utilisées pour la préparation de documents, la formation, l'organisation d'ateliers et l'appui direct pour le renforcement des services de santé et de réadaptation, dans les pays à revenu faible et moyen, afin d'améliorer la prise en charge des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence et des traumatismes, et des incapacités.</i> |  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

<sup>1</sup> Voir résolution WHA58.23.

#### OBJECTIF STRATEGIQUE 4

**Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités.**

##### Portée

Les activités entreprises au titre de cet objectif stratégique viseront principalement à assurer l'accès universel à des interventions de santé publique efficaces pour la mère, le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent, et la santé génésique et sexuelle. Seront privilégiées : la réduction des inégalités entre les sexes et des inégalités en matière de santé ; l'élaboration d'approches fondées sur des données factuelles, tenant compte de l'appartenance sexuelle, coordonnées et cohérentes destinées à répondre aux besoins aux principaux stades de la vie et à améliorer la santé génésique et sexuelle au moyen d'une approche qui prenne en compte toute la durée de la vie ; les synergies entre la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, la santé génésique et sexuelle et d'autres programmes de santé publique, et les mesures destinées à renforcer les systèmes de santé ; et la formulation et la mise en oeuvre de politiques et de programmes qui permettent à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

##### Indicateurs et cibles

- Proportion d'accouchements pratiqués par un personnel de santé qualifié : au moins 85 %.
- Taux de mortalité maternelle : moins de 50 pays devront avoir des taux de mortalité maternelle supérieurs à 100 pour 100 000 naissances vivantes.
- Taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant : d'ici 2013, la proportion de nourrissons infectés par le VIH aura été réduite de 60 % (passant de 30 % à 12 %).
- Taux de mortalité des moins de cinq ans : 154 pays auront atteint ou seront en voie d'atteindre la cible 5 des objectifs du Millénaire pour le développement [réduire des deux tiers entre 1990 et 2015 le taux de mortalité des moins de cinq ans].
- Prévalence du VIH chez les femmes enceintes âgées de 15 à 24 ans : tous les pays confrontés à une épidémie généralisée d'infection à VIH auront obtenu et maintenu une réduction d'au moins 25 % de la prévalence par rapport aux chiffres de 2000-2003.
- Besoins non satisfaits en matière de planification familiale : ils devraient être réduits de 75 %.

Tous les indicateurs seront ventilés par âge et, le cas échéant, par sexe.

##### Liens avec d'autres objectifs stratégiques

Ces activités seront rattachées aux activités entreprises dans le cadre :

- des objectifs stratégiques 1-2 : assurer la fourniture efficace et intégrée d'interventions comme la vaccination et d'autres interventions visant à lutter contre les grandes maladies infectieuses à travers les services de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et les services de santé génésique et sexuelle ;
- des objectifs stratégiques du domaine 2, en particulier les objectifs 6, 7 et 9 : pour faire en sorte qu'une attention suffisante soit portée a) aux déterminants sociaux et économiques des problèmes de santé qui limitent les progrès dans le cadre de cet objectif stratégique ; b) aux facteurs de risque majeurs tels qu'une mauvaise alimentation, et c) aux approches fondées sur les droits humains et respectueuses des différences entre les sexes ; et
- des objectifs stratégiques 10-14 : pour ce qui est des mesures spécifiques nécessaires pour renforcer les systèmes de santé de façon à ce que l'on puisse rapidement élargir l'accès à des interventions efficaces en santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent, et en santé génésique et sexuelle tout en assurant la continuité des soins tout au long de la vie et aux différents niveaux du système de santé, y compris dans la communauté.

#### PROBLEMES ET ENJEUX

Cet objectif stratégique vise à renforcer les éléments fondamentaux des services de soins de santé primaires et à s'attaquer à l'énorme charge de morbidité, tout en intensifiant l'action en vue d'atteindre les principaux objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé (4 et 5 en particulier) et de remplir d'autres engagements internationaux tels que l'accès universel aux soins de santé génésique. Au niveau mondial et dans de nombreux pays, la situation empire pour certaines affections (par exemple l'incidence des infections sexuellement transmissibles, la fécondité chez les adolescentes) et stagne pour d'autres (par exemple la mortalité maternelle et néonatale). A l'heure actuelle, la plupart des pays ne sont pas en passe d'atteindre les objectifs et cibles convenus au niveau international.

La volonté politique d'apporter un réel changement dans ces domaines manque et les ressources sont insuffisantes. Les plus touchés (les femmes et enfants pauvres des pays en développement, par exemple) n'ont que peu de prise sur les décideurs et sont souvent exclus des soins. Certaines questions sont politiquement et culturellement sensibles et retiennent pas l'attention voulue, compte tenu de la charge placée sur la santé publique. Les efforts visant à améliorer la qualité de soins de santé nécessaires et à accroître la couverture sont insuffisants. Des priorités sanitaires concurrentes, des approches programmatiques verticales et l'absence de coordination entre gouvernements et partenaires du développement se traduisent par une fragmentation des programmes, des occasions manquées et une utilisation inefficace des ressources limitées actuellement disponibles. Le peu d'attention accordée aux inégalités entre les sexes et aux inégalités en matière de santé mine les efforts entrepris pour faire baisser la mortalité et la morbidité dans le monde. Pour que les choses changent, il faudrait une action concertée de toutes les parties concernées.

Les connaissances techniques et l'expérience des programmes montrent qu'il existe des interventions efficaces pour la plupart des problèmes de santé couverts par cet objectif stratégique et que des interventions de base sont faisables et à un coût abordable même dans les milieux où les ressources sont limitées. Il est généralement admis que le plus important est d'agir pour parvenir à un accès universel aux interventions essentielles (résolution WHA58.31). A cette fin, l'adoption d'une approche sur toute la durée de la vie qui tienne compte de l'influence d'événements intervenus très tôt dans la vie et de facteurs intergénérationnels sur la santé future permettra de combler les écarts et de créer des synergies entre domaines programmatiques tout en apportant un soutien efficace pour garantir que les gens puissent vieillir en restant actifs et en bonne santé (résolution WHA58.16).

Les services de santé maternelle et infantile ainsi que certains autres services de santé génésique sont depuis longtemps la pierre angulaire des soins de santé primaires et servent de base à d'autres programmes de santé, notamment pour les populations pauvres et marginalisées, mais ils sont maintenant surchargés et trop sollicités. L'extension des activités implique la mise en place d'un système de santé fonctionnel qui maintienne une infrastructure adaptée, un approvisionnement fiable en médicaments et produits essentiels, des systèmes d'orientation-recours efficaces et un personnel de santé compétent et motivé.

## APPROCHES STRATEGIQUES

Cet objectif stratégique exigera un processus de planification et de mise en oeuvre dirigé par les pays afin d'accélérer les activités en vue de l'accès et de la couverture universels pour les services de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et les services de santé génésique et sexuelle, tout en s'attaquant aux inégalités entre les sexes et aux inégalités croissantes en matière de santé, qui entretiennent des niveaux élevés de mortalité et de morbidité.

Il faut parvenir à intégrer et à harmoniser les activités au niveau de la prestation de services. La continuité des soins doit être garantie tout au long de la vie, depuis le domicile et la communauté jusqu'aux différents niveaux du système de santé. Cette démarche doit s'inscrire dans un effort plus large de renforcement des systèmes de santé afin d'assurer un financement suffisant et équitable et la prestation de services d'appui à la santé de qualité, les groupes marginalisés et sous-desservis faisant l'objet d'une attention prioritaire. Il est particulièrement important pour cet objectif stratégique de s'employer à trouver des solutions à la crise des ressources humaines pour la santé.

Cet objectif stratégique passe également par la promotion d'interventions à base communautaire destinées à accroître la demande de services et à soutenir les soins appropriés à domicile pendant toute la durée de la vie. Les rôles et les besoins différents des hommes et des femmes doivent être dûment pris en compte afin d'obtenir les meilleurs résultats sur le plan sanitaire. La santé génésique et sexuelle des femmes et des hommes en dehors du cycle de reproduction et au-delà de l'âge de la procréation devra également être traitée.

En outre, il faudra élaborer, mettre en oeuvre et évaluer des politiques et des programmes de nature à aider les gens à vieillir en restant actifs et en bonne santé et à garantir aux personnes âgées le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible.

Pour cela, les Etats Membres et les partenaires doivent engager des ressources et établir des priorités dans l'action nationale grâce à une sensibilisation et une mobilisation plus poussées de tous les partenaires autour d'un plan concret au niveau des pays.

Pour soutenir les efforts des Etats Membres, le Secrétariat de l'OMS s'efforcera surtout :

- de fournir des conseils techniques pour la formulation et la mise en oeuvre de politiques et d'interventions efficaces fondées sur des données factuelles visant à instaurer l'accès universel aux soins, en prenant dûment en compte les inégalités entre les sexes et les inégalités en matière de santé ;
- d'aider les pays à développer leurs capacités de prestation de services, une attention particulière étant portée au renforcement des ressources humaines pour la santé, et à la fourniture et à l'usage rationnel des médicaments essentiels, de sang sécurisé ainsi que de technologies et de produits sanitaires ;

- d'aligner le contenu technique des programmes et de créer des synergies entre domaines programmatiques (y compris la nutrition, le VIH, la tuberculose et le paludisme), en tenant compte des besoins particuliers notamment des enfants, des adolescents et des adultes quel que soit leur sexe, tout en assurant la continuité des soins entre le domicile, les établissements de santé de premier niveau et de recours tout au long de la vie ;
- de soutenir la recherche et le développement nécessaires de technologies et d'interventions tout en fournissant les données factuelles requises sur les déterminants et les causes ainsi que sur l'efficacité des programmes ;
- d'aider les pays à suivre leur situation sanitaire par âge et par sexe et évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs et buts convenus au niveau international en rapport avec cet objectif, en suivant et en évaluant les programmes afin d'assurer une couverture optimale par des services efficaces ; et
- de mobiliser, dans le cadre de partenariats, une volonté politique et des ressources afin d'améliorer la santé génésique et sexuelle et la santé des mères, ainsi que des nouveau-nés, des enfants et des adolescents des deux sexes, tout en favorisant un vieillissement en bonne santé.

Le Secrétariat de l'OMS intensifiera au cours des prochaines années son soutien technique aux pays dans ce sens. Pour cela, le plan de travail et le budget sont établis sur l'hypothèse que la plus grande partie de la croissance et des ressources seront utilisées au niveau des pays, avec un appui des bureaux régionaux.

### CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

Cet objectif stratégique est formulé en partant du principe :

- que les systèmes de santé seront généralement renforcés, y compris avec le développement et l'entretien d'infrastructures adaptées, un approvisionnement fiable en médicaments et produits essentiels, des systèmes d'orientation-recours fonctionnels et un personnel de santé compétent et motivé ;
- que des mesures seront prises aux niveaux national et international pour faire face à la crise des ressources humaines pour la santé ;
- que les processus essentiels seront poursuivis, notamment une meilleure harmonisation des activités des institutions des Nations Unies au niveau des pays et l'intégration des questions de santé dans les instruments nationaux de planification et d'exécution tels que les documents stratégiques de réduction de la pauvreté et les cadres de dépenses à moyen terme ; et
- que les possibilités de mobilisation de nouvelles ressources pour l'action de l'OMS dans ces domaines se matérialiseront, puisque la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement suscite un intérêt politique considérable ; cette tendance devrait normalement s'accroître avec l'appui aux initiatives et partenariats mondiaux, y compris le partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, à mesure que nous nous rapprocherons de 2015.

Les risques suivants, qui pourraient avoir des effets défavorables sur la réalisation de cet objectif stratégique, ont été recensés :

- menaces constituées par la propagation de la pandémie de SIDA, qui se poursuit, et revers essuyés en matière de lutte antipaludique ;
- dans certains pays, l'augmentation de la pauvreté, les crises dues à des catastrophes naturelles, l'instabilité politique et l'insécurité alimentaire pourraient entraîner un renversement des tendances de certains indicateurs.

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 1. Appui aux Etats Membres pour les aider à élaborer une politique, un plan et une stratégie complets en vue d'accélérer l'instauration de l'accès universel à des interventions efficaces en collaboration avec d'autres programmes, en prêtant particulièrement attention aux inégalités entre les sexes et aux inégalités en matière de santé, en assurant la continuité des soins tout au long de la vie, en intégrant la prestation de services aux différents niveaux du système de santé et en améliorant la coordination avec la société civile et le secteur privé. |   |  |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 1.1 Nombre de pays dotés d'une politique intégrée visant à instaurer l'accès universel à des interventions efficaces pour améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.   | 1.2 Nombre de pays dotés d'une politique visant à instaurer l'accès universel à la santé génésique et sexuelle. | 1.3 Nombre de pays dotés d'une politique visant à aider les gens à vieillir en restant actifs et en bonne santé. |
| <b>BASE</b>  |  |   |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 20   | 30  | 25   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 100  | 80  | 40   |



| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b> |        |
|---------------------------------|--------|
| Coûts 2008-2009                 | 27 025 |
| Estimations 2010-2011           | ~ 000  |
| Estimations 2012-2013           | ~ 000  |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>Cela exigera :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une action de sensibilisation et une coordination des efforts internationaux efficaces ainsi que le renforcement de la collaboration avec les partenaires (partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, par exemple).</li> <li>- La promotion d'initiatives et de stratégies clés telles que la stratégie mondiale pour la santé génésique et la stratégie mondiale de lutte contre les infections sexuellement transmissibles 2006-2015, la stratégie de prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la stratégie mondiale pour la santé et le développement de l'enfant et de l'adolescent, la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et l'initiative pour une politique de santé de l'enfant.</li> <li>- La promotion de politiques et de législations nationales conformes aux normes internationales en vigueur en matière de droits de l'homme et susceptibles d'aider à réduire les inégalités.</li> <li>- Un renforcement des systèmes de santé en accordant une attention particulière aux besoins spécifiques de développement des ressources humaines pour la santé et de fourniture et d'usage rationnel des médicaments essentiels, d'un sang sécurisé et de technologies et produits sanitaires.</li> <li>- Le renforcement des liens entre des services de santé maternelle et infantile et d'autres programmes (nutrition, VIH, tuberculose et paludisme, par exemple).</li> <li>- Un appui aux systèmes de gestion sanitaire afin de suivre les progrès accomplis vers la réalisation des cibles nationales en rapport avec les objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5 et les objectifs en matière de santé génésique et sexuelle.</li> </ul> |
|----------------------|---|

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 2. Renforcement des capacités de recherche nationales selon les besoins et mise à disposition de données factuelles, de produits, de technologies, d'interventions et de méthodes d'exécution nouveaux présentant un intérêt aux niveaux national et/ou mondial afin d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, de permettre aux gens de vieillir en restant actifs et en bonne santé, et d'améliorer la santé génésique et sexuelle. |  |   |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 2.1 Nombre de nouveaux centres de recherche renforcés grâce à un appui et un développement institutionnels complets.   | 2.2 Nombre d'études sur des questions prioritaires dans le domaine pertinent de la santé achevées. | 2.3 Nombre d'études systématiques des meilleures pratiques, politiques et normes de soins nouvelles ou actualisées. |
| <b>BASE</b>  |  |  |   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 10   | 50   | 25  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 30   | 150  | 75  |

| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b> |        |
|---------------------------------|--------|
| Coûts 2008-2009                 | 49 025 |
| Estimations 2010-2011           | ~ 000  |
| Estimations 2012-2013           | ~ 000  |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>Cela exigera:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une plus grande attention portée au recensement par les pays des besoins à satisfaire à travers la recherche et des possibilités de renforcement des capacités nationales de recherche.</li> <li>- Une meilleure définition des priorités de recherche en étroite consultation avec les partenaires nationaux de la recherche et d'autres parties prenantes.</li> <li>- Un appui pour que les résultats de la recherche puissent être utilisés pour infléchir les politiques et les programmes.</li> </ul> |
|----------------------|---|

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 3. Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé maternelle utilisés dans les pays, et notamment fourniture d'un appui technique aux Etats Membres afin d'intensifier l'action pour faire en sorte que des soins qualifiés soient prodigués à toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés, pendant l'accouchement et les périodes post-partum et postnatale, en particulier pour les populations pauvres et défavorisées, et suivi des progrès. |  |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 3.1 Nombre de pays dans lesquels au moins 50 % des districts cibles mettent en oeuvre des stratégies visant à garantir des soins qualifiés pour tout accouchement.  | 3.2 Nombre de pays qui adaptent et utilisent les normes et principes directeurs généraux, techniques et gestionnaires de la PCIGA (prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement). |
| <b>BASE</b>  |   |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 20  | 20   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 75  | 75   |

|                      |   |        |
|----------------------|---|--------|
|                      | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |        |
|                      | Coûts 2008-2009   | 70 025 |
|                      | Estimations 2010-2011   | ~ 000  |
|                      | Estimations 2012-2013   | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>Cela exigera:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une orientation sur le renforcement des ressources humaines et sur la fourniture d'un environnement propice afin d'assurer des soins qualifiés lors de chaque accouchement.</li> <li>- Une orientation sur la continuité des soins entre communauté et établissements, et des services de recours à tout moment.</li> <li>- Une attention portée aux populations et communautés marginalisées afin d'accroître leur participation à la mise en place des approches destinées à améliorer l'accès aux services de santé essentiels et aux services de recours.</li> <li>- Des systèmes de suivi et de vérification qui permettent de repérer les décès maternels et de détecter les défaillances du système, en particulier dans les populations marginalisées et sous-desservies.</li> </ul> |        |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 4. Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la survie et la santé néonatale appliqués au niveau des pays, et soutien technique fourni aux Etats Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle par des interventions efficaces, et suivi des progrès.  |  |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 4.1 Nombre de pays dans lesquels au moins 50 % des districts cibles mettent en oeuvre des stratégies pour la survie et la santé néonatale.  | 4.2 Nombre de pays qui ont adapté, et où 50 % ou plus des districts cibles utilisent, les modules d'intervention PCIGA ET PCIME qui couvrent toute la période néonatale. |
| <b>BASE</b>  |   |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 40  | 40   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 75  | 75   |
|  | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |  |
|  | Coûts 2008-2009   | 68 025   |
|  | Estimations 2010-2011   | ~ 000  |
|  | Estimations 2012-2013   | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     | <p><i>Cela exigera :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une continuité des soins entre les services de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et des liens renforcés entre ceux-ci et d'autres programmes tels que la vaccination, la planification familiale, la nutrition, le VIH/SIDA, l'élimination de la syphilis et la lutte antipaludique.</li> <li>- La participation de la communauté et la promotion des contacts entre les mères, les familles et les agents de santé et une continuité de soins entre la communauté et les établissements de santé.</li> <li>- Des établissements adaptés pour les soins à la mère et au nouveau-né au niveau de la communauté et au niveau des soins de santé primaires, notamment pour les nourrissons de faible poids de naissance.</li> <li>- Des systèmes permettant de suivre les tendances de la survie du nouveau-né, ventilées par sexe, et permettant aussi la détection des sous-populations à haut risque.</li> </ul> |  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 5. Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé et le développement de l'enfant appliqués au niveau des pays, et appui technique fourni aux Etats Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle de la population par des interventions efficaces, et suivi des progrès, en prenant en considération les normes internationales et normes relatives aux droits de l'homme, notamment les dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant. |   |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 5.1 Nombre de pays mettant en oeuvre des stratégies visant à accroître la couverture par des interventions de santé et développement de l'enfant.   | 5.2 Nombre de pays qui ont élargi la couverture géographique de la PCIME à plus de 75 % des districts cibles. |
| <b>BASE</b>  |   |   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 40  | 30  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 60  | 60  |
|  | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |   |
|  | Coûts 2008-2009   | 38 025  |
|  | Estimations 2010-2011   | ~ 000   |
|  | Estimations 2012-2013   | ~ 000   |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>Cela exigera :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une continuité des soins, de la mère au nouveau-né et à l'enfant, et entre les différents niveaux du système de santé.</li> <li>- Le renforcement des capacités à tous les niveaux.</li> <li>- Des liens avec les efforts axés sur les déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux de la maladie et de la mauvaise alimentation.</li> <li>- La promotion du développement de l'enfant et de modes de vie sains.</li> <li>- Une attention particulière accordée au renforcement des capacités de la communauté et à sa participation à l'appui de la PCIME.</li> <li>- Des systèmes de suivi qui permettent de surveiller les tendances en matière de survie de l'enfant, en fonction de l'âge et du sexe, et de détecter les sous-populations à haut risque.</li> </ul> |
|----------------------|---|

|   |  |        |
|---|--|--------|
| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 6. Fourniture d'un appui technique aux Etats Membres pour la mise en oeuvre de politiques et de stratégies fondées sur des données factuelles en matière de santé et développement de l'adolescent et extension d'un ensemble d'interventions de prévention, de traitement et de soins efficaces conformément aux normes établies. |        |
| <b>INDICATEURS</b>                                      | 6.1 Nombre de pays dotés d'un programme de santé et développement de l'adolescent fonctionnel. <sup>1</sup>  |        |
| <b>BASE</b>   |  |        |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                       | 50   |        |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                       | 100  |        |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>  |        |
|   | Coûts 2008-2009  | 36 025 |
|   | Estimations 2010-2011  | ~ 000  |
|   | Estimations 2012-2013  | ~ 000  |

|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>Cela exigera :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le renforcement des capacités au niveau des pays pour la collecte, l'analyse et la diffusion des données nécessaires pour la mise en oeuvre du programme.</li> <li>- Le développement des capacités des services de santé pour répondre aux besoins de santé prioritaires des adolescents et accroître l'accès aux services, avec une participation significative des jeunes, l'engagement des structures communautaires et une réorientation particulière sur les groupes et milieux vulnérables.</li> <li>- Un environnement politique propice qui garantisse que le secteur de la santé fournisse les données factuelles concernant les interventions efficaces et les exemples de bonnes pratiques.</li> <li>- Des systèmes de suivi qui permettent de surveiller les tendances en matière de santé et développement de l'adolescent, en fonction de l'âge et du sexe, et qui permettent de détecter les sous-populations à haut risque.</li> </ul> |
|----------------------|---|

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 7. Mise à disposition de lignes directrices, d'approches et d'outils et fourniture d'un appui technique aux Etats Membres pour accélérer l'action en vue de la mise en oeuvre de la stratégie mondiale pour la santé génésique, l'accent étant mis en particulier sur l'instauration d'un accès équitable à des services de santé génésique et sexuelle de qualité, en particulier là où les besoins ne sont pas satisfaits, et dans le respect des droits humains pour ce qui touche à la santé génésique et sexuelle. |   |
| <b>INDICATEURS</b>                                      | 7.1 Nombre de pays mettant en oeuvre la stratégie mondiale pour la santé génésique.   | 7.2 Nombre de pays ayant passé en revue leurs législations, réglementations ou politiques nationales en matière de santé génésique et sexuelle. |
| <b>BASE</b>   |   |   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                       | 30  | 8   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                       | 80  | 15  |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |   |
|   | Coûts 2008-2009   | 59 025  |
|   | Estimations 2010-2011   | ~ 000   |
|   | Estimations 2012-2013   | ~ 000   |

<sup>1</sup> Un pays doté d'un « programme de santé et développement de l'adolescent » est un pays qui a officiellement établi un programme axé sur la santé des adolescents ou des jeunes. Il peut s'agir d'un programme indépendant ou d'éléments clairement démarqués d'un programme concernant un problème de santé particulier tel que le VIH. Pour être défini comme « fonctionnel », le programme doit avoir mis en place a) un plan d'action au niveau national, b) un budget pour les activités, et c) un compte rendu des activités entreprises au cours de l'année écoulée.

| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>Cela exigera:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le renforcement des capacités au niveau des pays de collecte, analyse et diffusion des données nécessaires à la mise en oeuvre des programmes.</li> <li>- Le renforcement des liens entre les services de santé génésique et sexuelle et d'autres programmes de santé tels que le VIH/SIDA ou la nutrition.</li> <li>- Le suivi et l'évaluation des programmes de santé génésique et sexuelle à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé et l'établissement de mécanismes de responsabilité.</li> </ul>   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|--|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <p><b>8.</b> Fourniture aux Etats Membres de lignes directrices, d'approches et d'outils, ainsi que d'une assistance technique afin d'accroître la sensibilisation pour que le vieillissement en bonne santé soit considéré comme une question de santé publique, élaborer et mettre en oeuvre des politiques et des programmes visant à maintenir une capacité fonctionnelle maximale tout au long de la vie et à former les dispensateurs de soins de santé aux méthodes qui permettent aux gens de vieillir en restant en bonne santé.</p>  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>INDICATEURS</b>  | <p><b>8.1</b> Nombre de pays qui auront mis en oeuvre des politiques à base communautaire axées sur le renforcement des capacités des soins de santé primaires à traiter des questions de vieillissement.</p>  | <p><b>8.2</b> Nombre de pays qui auront mis en oeuvre des politiques multisectorielles reflétant le cadre politique OMS Vieillir en restant actif.</p> |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 10   | 15   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 20   | 25   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">14 025</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 14 025 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 14 025   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>Cela exigera :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le renforcement des capacités des services de santé afin de soutenir la notion de vieillir en restant actif et en bonne santé, ainsi que la création de centres de soins de santé primaires accueillants pour les personnes âgées.</li> <li>- Assurer une participation effective des personnes âgées à l'élaboration des politiques nationales et à la planification des programmes, l'accent étant mis sur leur contribution à la société.</li> <li>- Soutenir les initiatives multisectorielles susceptibles de promouvoir le cadre Vieillir en restant actif, telles que les « villes accueillantes pour les personnes âgées ».</li> </ul> |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 5****Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.****Portée**

Les efforts conjoints des Etats Membres et du Secrétariat concernant cet objectif stratégique recouvrent les aspects suivants : préparation du secteur de la santé aux situations d'urgence, action intersectorielle pour la réduction des risques et de la vulnérabilité dans le cadre de la stratégie internationale pour la prévention des catastrophes, réponse aux besoins de santé (y compris la nutrition, l'eau et l'assainissement) dans les situations d'urgence et de crises, évaluation des besoins des populations touchées, mesures de transition et de relèvement dans des situations consécutives à un conflit ou à une catastrophe, exécution du mandat de l'OMS dans le cadre de la réforme de l'action humanitaire, système mondial d'alerte et d'action pour les urgences de santé publique liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments, réduction des risques dus à des menaces particulières et programmes de préparation et d'intervention pour les urgences de santé publique liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments.

**Indicateurs et cibles**

- Mortalité quotidienne brute. Cible : mortalité des populations touchées par des urgences majeures maintenue au-dessous de 1/1000/jour pendant la première phase d'organisation des secours.
- Accès à des services de santé opérationnels. Cible : 90 % des populations touchées ont un accès comparable à celui d'avant la situation d'urgence, ou meilleur, dans un délai d'un an.
- Poids pour la taille. Cible : moins de 10 % de la population touchée se situe au-dessous de 80 % du poids normal pour la taille.

**Liens avec d'autres objectifs stratégiques**

Les activités au titre de cet objectif stratégique seront rattachées à celles entreprises dans le cadre :

- de l'objectif stratégique 1 : pour ce qui est du Règlement sanitaire international et de l'action en cas de situations d'urgence liées à des épidémies ;
- de l'objectif stratégique 3 : pour ce qui est de la violence à l'égard des femmes, des besoins psychosociaux des populations touchées, des besoins de santé des personnes handicapées, de la prise en charge d'un grand nombre de victimes et des soins aux malades chroniques ;
- de l'objectif stratégique 4 : pour ce qui est de répondre aux besoins de santé des populations vulnérables, en particulier des mères et des enfants dans les situations d'urgence ;
- de l'objectif stratégique 8 : pour ce qui est de l'action intersectorielle pour la préparation et la réduction des risques et l'action face à des situations d'urgence environnementale, chimique ou radiologique ; et
- de l'objectif stratégique 9 : pour ce qui est de la nutrition dans les situations d'urgence.

**PROBLEMES ET ENJEUX**

Cet objectif a principalement pour but de contribuer à la sécurité humaine en réduisant l'impact des effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des conflits et autres crises humanitaires et en répondant aux besoins sanitaires et nutritionnels des populations vulnérables touchées.

Chaque année, un Etat Membre sur cinq est confronté à une crise qui met en danger la santé de sa population. Selon la stratégie internationale des Nations Unies pour la prévention des catastrophes, on a enregistré en 2005 une augmentation de 18 % des catastrophes naturelles. Une série de crises politiques et sociales ont fait presque 25 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et plus de 9 millions de réfugiés dans le monde.

Dans le secteur de la santé, les situations d'urgence peuvent exiger tout d'un coup beaucoup des systèmes de santé. Ces situations d'urgence mettent en évidence les faiblesses de ces systèmes et peuvent perturber l'activité et le développement économiques. Dans les pays où les infrastructures sanitaires sont faibles, la riposte aux situations d'urgence sanitaire perturbe souvent les services de santé et les programmes humanitaires existants pendant des mois.

L'expérience a montré qu'il faut beaucoup plus longtemps pour se remettre des effets catastrophiques des situations d'urgence et crises majeures et complexes que ne le croyait la communauté internationale ; leurs effets sur l'état de santé des populations persistent en fait pendant des années.

## APPROCHES STRATEGIQUES

Dans le cadre de la réforme de l'action humanitaire, l'OMS a été priée d'assurer la coordination, l'efficacité et l'efficience de l'action sanitaire dans les situations de crise pour ce qui est de la préparation, de l'organisation des secours et du relèvement. L'OMS dirige le Groupe Santé du Comité permanent interorganisations.

La participation du secteur de la santé à l'action humanitaire et d'urgence devrait être globale. Il faudrait améliorer l'organisation des secours dans un large éventail de domaines, dont la prise en charge d'un grand nombre de victimes, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la nutrition, les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé maternelle et néonatale, la santé mentale, les produits pharmaceutiques, les technologies de la santé, la logistique sanitaire, les services d'information sanitaire et la gestion de l'infrastructure sanitaire.

Le financement des aspects liés à la santé de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours est un sujet de préoccupation majeur. A cet égard, il est essentiel de faire en sorte que l'analyse des besoins et la formulation des projets soient rattachées à des processus plus larges, tant au sein des Nations Unies qu'à l'OMS. Cela demande la mise en place de partenariats et d'une coordination capables de mobiliser des flux plus importants de financement prévisible, notamment pour les situations d'urgence complexes et chroniques.

Pour soutenir les efforts des Etats Membres, le Secrétariat de l'OMS :

- aidera activement les Etats Membres à développer leurs capacités dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation des secours à travers des approches multisectorielles, multidisciplinaires et multirisques ;
- établira et maintiendra des capacités opérationnelles nationales et internationales pour l'organisation rapide des secours et pour pouvoir diriger l'action concertée de multiples partenaires en cas d'urgences de santé publique liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments, de catastrophes, de conflits ou d'autres crises ;
- développera les bases de connaissances et les compétences nécessaires pour la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours ;
- mettra en place des partenariats et des mécanismes de coordination avec les gouvernements, la société civile, ainsi qu'avec les réseaux de centres collaborateurs et autres centres d'excellence pour assurer des interventions rapides et efficaces en cas de besoin ;
- développera les capacités techniques et opérationnelles nécessaires à l'appui des pays confrontés à des crises, en particulier en procédant à des évaluations de la situation sanitaire, en coordonnant l'action sanitaire, en comblant les lacunes, en apportant des conseils et en surveillant les effets de l'action humanitaire sur la santé et la nutrition des populations touchées ; et
- mobilisera le vaste éventail de compétences dont dispose l'OMS pour organiser les secours dans les situations d'urgence (santé mentale, nutrition, eau et assainissement, sécurité sanitaire des aliments, médicaments, prévention de la violence et des traumatismes, gestion d'un grand nombre de victimes, maladies transmissibles, santé maternelle et infantile).

## CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

Cet objectif stratégique sera atteint à condition :

- qu'il existe des systèmes de santé nationaux solides, bien conçus et suffisamment financés. L'investissement dans les programmes d'organisation des secours au niveau des pays est donc crucial pour l'action de l'OMS dans ce domaine. L'intervention sanitaire en situation de crise et l'organisation efficace des secours dans les situations d'urgence sanitaire font partie intégrante du mandat de l'OMS.

Les risques suivants sont jugés susceptibles de compromettre la réalisation de l'objectif stratégique :

- l'idée fautive selon laquelle l'action de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours est une responsabilité supplémentaire qui s'ajoute à l'action normative et de développement ordinaire de l'Organisation ;
- des mécanismes, une préparation et des compétences insuffisants à l'OMS pour agir de façon efficace et rapide en situation d'urgence ; et
- un financement insuffisant des fonctions essentielles nécessaires pour mener les opérations de situation d'urgence et d'organisation des secours, afin d'exécuter le mandat de chef de file du Groupe Santé du Comité permanent interorganisations.

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>1. Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux Etats Membres pour la mise au point et le renforcement de plans et de programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence.</b> |   |  |   |
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>1.1</b> Proportion des pays dotés de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence portant sur des risques multiples.  | <b>1.2</b> Proportion de pays où des plans complets de prise en charge d'un grand nombre de victimes sont mis en place. | <b>1.3</b> Proportion de pays en situation d'urgence humanitaire ayant élaboré des normes, des principes directeurs et des stratégies pour réduire les effets des urgences sanitaires sur les mères, les nouveau-nés et les enfants. | <b>1.4</b> Nombre de pays élaborant et mettant en oeuvre des programmes visant à réduire la vulnérabilité des infrastructures sanitaires et d'approvisionnement en eau et d'assainissement. |
| <b>BASE</b>   |   |   |  |   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 60 %  | 40 %  | 80 %   | 40  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 70 %  | 55 %  | 90 %   | 60  |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |   |  |   |
|   | Coûts 2008-2009   | 42 000  |  |   |
|   | Estimations 2010-2011   | ~ 000   |  |   |
|   | Estimations 2012-2013   | ~ 000   |  |   |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Le niveau d'effort augmentera en 2010-2011 puis, par la suite, en 2012-2013.</i>   |   |  |   |

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>2. Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un appui technique aux Etats Membres pour l'organisation rapide des secours en cas de catastrophes associées à des risques naturels et de crises liées à des conflits.</b> |   |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>2.1</b> Proportion de situations d'urgence où des bilans sanitaires et nutritionnels et des exercices de suivi ont été effectués.  | <b>2.2</b> Nombre de programmes de formation régionaux et mondiaux concernant les opérations sanitaires en situation d'urgence. | <b>2.3</b> Proportion de situations d'urgence pour lesquelles des interventions en faveur de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ont été mises en place. |
| <b>BASE</b>   |   |   |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 60 %  | 16  | 75 %   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 80 %  | 20  | 85 %   |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |   |  |
|   | Coûts 2008-2009   | 62 000  |  |
|   | Estimations 2010-2011   | ~ 000   |  |
|   | Estimations 2012-2013   | ~ 000   |  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Le niveau d'effort augmentera en 2010-2011 puis, par la suite, en 2012-2013.</i>   |   |  |

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>3. Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux Etats Membres pour l'évaluation des besoins, de même que pour planifier et mettre en oeuvre les mesures de transition et de relèvement dans les situations consécutives à des conflits ou à des catastrophes.</b> |   |   |
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>3.1</b> Nombre d'évaluations des besoins dans des situations consécutives à des conflits ou à des catastrophes effectuées et comportant un élément sanitaire tenant compte de l'appartenance sexuelle.   | <b>3.2</b> Nombre de plans d'action humanitaire pour les situations d'urgence complexes et processus de formulation d'appels globaux interinstitutions dans lesquels les éléments stratégiques et opérationnels en faveur de l'action sanitaire ont été pris en compte. | <b>3.3</b> Nombre d'évaluations des besoins effectuées et appui technique fourni dans les domaines de la santé maternelle et néonatale, de la santé mentale ou de la nutrition dans des pays en situation de transition et de relèvement. |

| <b>BASE</b>                       |  |    |    |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|-----------------------------------|--|----|----|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b> | 6  | 20 | 15 |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b> | 8  | 25 | 20 |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|                                   | <table border="1"> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>51 500</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </table> |    |    | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 51 500 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)          |  |    |    |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009                   | 51 500   |    |    |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011             | ~ 000  |    |    |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013             | ~ 000  |    |    |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>              | <i>Le niveau d'effort augmentera en 2010-2011 puis, par la suite, en 2012-2013.</i>  |    |    |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 4. Fourniture aux Etats Membres d'un soutien technique coordonné en matière de lutte contre les maladies transmissibles dans les situations de catastrophes naturelles et de conflits.   |   |       |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|--|---|-------|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 4.1 Proportion des pays confrontés à des situations d'urgence où une évaluation complète du risque de maladies transmissibles a été effectuée et un profil épidémiologique et un instrument mis au point et distribués aux organismes partenaires.         | 4.2 Proportion des situations de catastrophes naturelles aiguës ou de conflits pour lesquels un système d'alerte rapide/surveillance des maladies et des interventions de lutte contre les maladies transmissibles ont été mis en oeuvre. |       |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |  |   |       |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 100 %  |   | 100 % |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 100 %  |   | 100 % |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>35 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </table> |   |       | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 35 000 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |  |   |       |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 35 000   |   |       |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |   |       |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |   |       |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Le niveau d'effort augmentera en 2010-2011 puis, par la suite, en 2012-2013.</i>  |   |       |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 5. Fourniture aux Etats Membres d'un appui pour le renforcement de la préparation nationale et la mise en place des mécanismes d'alerte et d'action pour les urgences liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments.                     |   |   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|--|---|---|--|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 5.1 Nombre de réseaux d'experts mis en place pour répondre aux urgences de santé publique liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments.   | 5.2 Proportion de pays dotés de plans nationaux de préparation, d'alerte et d'intervention en cas d'urgences chimiques, radiologiques et environnementales. | 5.3 Nombre d'Etats Membres dotés de points focaux Infosan et pour les urgences liées à l'environnement. | 5.4 Proportion des urgences liées à la sécurité sanitaire des aliments et à l'environnement où une assistance et une collaboration intersectorielles ont été mises en place. | 5.5 Préparation et stockage des articles nécessaires pour assurer une intervention rapide en cas d'urgences chimiques et radiologiques. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |  |   |   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 20   | 60 %  | 175   | 65 %   | 50 %  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 30   | 70 %  | 100 %   | 100 %  | 100 %   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>15 500</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </table> |   |   |  |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 15 500 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |  |   |   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 15 500   |   |   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |   |   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |   |   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Le niveau d'effort augmentera en 2010-2011 puis, par la suite, en 2012-2013.</i>  |   |   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |



| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 6. Etablissement d'une communication de partenariats et d'une coordination efficaces avec les autres institutions des Nations Unies, les gouvernements, les ONG locales et internationales, les universités et les associations professionnelles aux niveaux national, régional et mondial.  |   |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|--|---|---|---------------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>6.1</b> Réunions régulières du Groupe Santé au niveau mondial et mise en place de plans d'action annuels.   | <b>6.2</b> Nombre de mécanismes interorganisations liés aux situations d'urgence et de groupes de travail auxquels l'OMS est activement associée. | <b>6.3</b> Proportion de catastrophes et de crises faisant l'objet d'une stratégie complète de communication. |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |  |   |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 100 %  | 16  | 100 %   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 100 %  | 20  | 100 %   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;"><b>RESSOURCES (EN US \$000)</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">13 500</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |   |   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b> |  | Coûts 2008-2009 | 13 500 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                           |  |   |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 13 500   |   |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |   |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |   |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Le niveau d'effort augmentera en 2010-2011 puis, par la suite, en 2012-2013.</i>  |   |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |

## OBJECTIF STRATEGIQUE 6

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

### Portée

Les activités entreprises au titre de cet objectif stratégique sont axées sur des méthodes et processus intégrés, complets, multisectoriels et multidisciplinaires de promotion de la santé recoupant l'ensemble des programmes OMS et de pays pertinents, et sur la prévention et la réduction de six facteurs de risque majeurs : le tabagisme, l'alcoolisme, la consommation de drogues et d'autres substances psychoactives, une mauvaise alimentation et la sédentarité, ainsi que les rapports sexuels non protégés.

Les principales activités comprennent le renforcement des capacités de promotion de la santé dans tous les programmes pertinents, la surveillance des facteurs de risque, l'élaboration de politiques, stratégies, interventions, recommandations, normes et principes directeurs pour la promotion de la santé éthiques et fondés sur des données factuelles, et la prévention et la réduction des facteurs de risque majeurs.

### Indicateurs et cibles

- Une réduction de 10 % du taux de prévalence total du tabagisme dans la moitié des Etats Membres d'ici 2013.
- Une augmentation de 10 % du nombre d'Etats Membres ayant stabilisé ou réduit le taux de consommation nocive d'alcool d'ici 2013.
- 10 % des Etats Membres où la prévalence de l'obésité chez l'adulte est élevée auront stoppé l'augmentation de cette prévalence d'ici 2013.

### Liens avec d'autres objectifs stratégiques

Les activités entreprises au titre de cet objectif stratégique contribueront ou bénéficieront à d'autres activités entreprises au titre :

- des objectifs stratégiques 3, 4, 7, 8 et 9 : tandis que ces derniers visent à s'attaquer aux déterminants de la mauvaise santé et à renforcer la prestation de services, l'objectif stratégique 6 vise en particulier à créer des environnements sains qui permettent aux individus de faire des choix favorables à la santé.

## PROBLEMES ET ENJEUX

Les six principaux facteurs de risque que vise cet objectif stratégique sont responsables de plus de 60 % de la charge de mortalité et d'au moins 50 % de la charge de morbidité dans le monde. Ils touchent principalement les populations pauvres des pays à revenu faible et moyen. Si l'accent est mis sur le traitement des effets défavorables de ces facteurs de risque, on a consacré beaucoup moins d'attention à leur prévention et à la façon de modifier véritablement les déterminants.

Le tabagisme est la principale cause de décès évitables dans le monde, 50 % au moins des décès attribuables au tabagisme survenant dans les pays en développement. Le tabagisme et la pauvreté sont étroitement liés et la prévalence du tabagisme est plus élevée parmi les pauvres. Il existe heureusement des mesures efficaces et rentables pour lutter contre la consommation de tabac. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est un traité fondé sur des données factuelles qui a pour but d'aider à réduire la charge de morbidité et de mortalité provoquée par la consommation de tabac. La consommation d'alcool est liée à 1,8 million de décès dans le monde et entraîne la perte de 58,3 millions d'années de vie. Dans les pays en développement où la mortalité est dans l'ensemble faible, l'alcoolisme est le principal facteur de risque, représentant 6,2 % de la charge totale de morbidité. Dans un nombre croissant de pays, la toxicomanie par injection est le principal moteur de la propagation rapide de l'infection à VIH. Malgré les données attestant de la charge substantielle que représente pour la santé et pour la société la consommation d'alcool et d'autres substances psychoactives, on ne dispose à l'OMS comme dans les pays que de ressources limitées pour prévenir et traiter les troubles liés à l'usage de substances psychoactives, même si chaque dollar investi dans le traitement permet d'économiser au moins 7 dollars en coûts sanitaires et sociaux.

Au niveau mondial, on estime que 17 % de la population n'ont aucune activité physique et que 41 % ne se dépensent pas suffisamment pour en tirer un bienfait pour la santé. On estime qu'il en résulterait par an 1,9 million de décès.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Rapport sur la santé dans le monde, 2002.

Les comportements sexuels à risque accroissent sensiblement la charge de morbidité à travers les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, et d'autres conséquences sociales, affectives et physiques qui sont considérablement sous-estimées dans les estimations actuelles. L'OMS estime en effet que les rapports sexuels non protégés arrivent au deuxième rang des facteurs de risque mondiaux pour la santé dans les pays à forte mortalité. On compte chaque année dans le monde 80 millions de grossesses non désirées, 46 millions d'interruptions de grossesse, 340 millions de cas nouveaux d'infections sexuellement transmissibles et 5 millions de nouvelles infections par le VIH. Les comportements à risque ne sont pas toujours isolés ; par exemple, la consommation nocive d'alcool et d'autres drogues et les rapports sexuels non protégés vont souvent de pair. Beaucoup de ces comportements ne sont pas le résultat de choix individuels mais reflètent plutôt les politiques existantes, les normes culturelles et sociales, les inégalités et de faibles niveaux d'instruction. C'est pourquoi l'OMS reconnaît la nécessité d'adapter une approche intégrée et complète de promotion de la santé et des stratégies de prévention efficaces.

Malgré l'importante charge de morbidité associée au niveau mondial aux facteurs de risque majeurs, il n'y a toujours pas de prise de conscience ni de volonté politique d'agir de manière décisive pour promouvoir la santé et prévenir et réduire ces risques. D'importants investissements supplémentaires en termes financiers et humains sont nécessaires d'urgence à tous les niveaux à l'OMS et dans les Etats Membres pour renforcer les capacités et les interventions aux niveaux national et mondial pour faire face à la charge de mortalité, de morbidité et d'incapacités entraînée par ces facteurs de risque.

Enseignements tirés :

- La réduction et la prévention des facteurs de risque sont des éléments essentiels des plans nationaux de développement social et économique, car elles permettent d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités entre groupes de population.
- Les approches classiques de santé publique ne suffisent pas pour traiter les problèmes provoqués par ces facteurs de risque et des modalités plus créatives de collaboration avec les organismes gouvernementaux, la société civile, le secteur privé et d'autres partenaires s'imposent.
- Les problèmes de santé publique entraînés par ces facteurs de risque pourraient très bien déborder les systèmes de soins et entraîner des difficultés sociales et économiques importantes, tant pour les individus et les familles que pour les communautés, surtout dans les pays et les groupes de population les moins en mesure de faire face aux dépenses de santé qu'ils entraînent.
- Les programmes de promotion de la santé se sont révélés d'un bon rapport coût/efficacité, par exemple, les stratégies d'éducation visant à réduire la teneur en sel des aliments transformés et l'interdiction de la publicité et l'augmentation des prix dans le cas de la lutte antitabac.
- La prévention des facteurs de risque est l'approche la plus rentable que les pays à revenu faible et moyen peuvent adopter pour maîtriser les effets sociaux et sanitaires défavorables imputables à ces facteurs de risque.
- Des données fondées sur des recherches menées à plusieurs niveaux montrent que les initiatives favorisant l'autonomisation peuvent entraîner une amélioration des résultats sur le plan sanitaire et qu'il s'agit là d'une stratégie viable de santé publique. L'intégration des interventions visant à accroître l'autonomisation des femmes dans les secteurs économique, éducatif et politique a montré qu'elle avait l'impact le plus déterminant sur la qualité de la vie, l'autonomie et l'autorité des femmes, et a entraîné des changements au plan des politiques et une amélioration de la santé de l'enfant et de la famille.

## APPROCHES STRATEGIQUES

Une approche intégrée de la promotion de la santé et de la prévention et de la réduction des principaux facteurs de risque accroîtra les synergies, améliorera l'efficacité globale des interventions et s'attaquera aux approches verticales actuelles de la prévention des facteurs de risque.

Dans les pays, le renforcement des institutions et des capacités nationales de surveillance, de prévention et de réduction des facteurs de risque courants et des pathologies qui leur sont liées est une mesure essentielle. En outre, un rôle directeur fort et une tutelle des ministères de la santé s'imposent pour assurer une participation efficace de tous les secteurs de la société. L'action au niveau multisectoriel est indispensable car les principaux déterminants des facteurs de risque majeurs se situent en dehors du secteur de la santé.

Il convient de développer sensiblement le leadership et les capacités en matière de promotion de la santé conformément à l'accroissement des besoins et des activités dans tous les programmes de santé pertinents, ainsi qu'aux recommandations formulées lors de la Sixième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, tenue à Bangkok en août 2005. Des approches globales utilisant une diversité de stratégies pour trouver des solutions aux problèmes et développer les capacités aux niveaux individuel, des ménages et de la communauté s'imposent si l'on veut obtenir des succès durables.

Pour aider les Etats Membres dans leurs efforts, le Secrétariat renforcera sensiblement sa présence dans les pays et s'efforcera avant tout :

- de jouer un rôle directeur mondial et d'assurer la coordination, la communication, la collaboration et la sensibilisation en faveur de la promotion de la santé, afin d'améliorer la santé, de réduire les inégalités en matière de santé, de maîtriser les facteurs de risque majeurs et de contribuer aux objectifs nationaux de développement ;
- de formuler des politiques et des stratégies éthiques et fondées sur des données factuelles et de fournir un appui et des conseils techniques aux pays pour l'élaboration et le maintien des systèmes nationaux de surveillance, de suivi et d'évaluation, en donnant la priorité aux pays où la charge est la plus lourde ou en augmentation ;
- d'encourager un investissement accru à tous les niveaux et de développer les capacités internes à l'OMS, en particulier dans les bureaux régionaux et dans les bureaux de pays, afin de pouvoir répondre efficacement aux besoins de l'Organisation et des Etats Membres en matière de promotion de la santé et de prévention et de réduction des facteurs de risque ;
- d'aider les pays à développer les capacités nationales multisectorielles afin de favoriser l'égalité des sexes et l'équité, et de renforcer les connaissances et les compétences institutionnelles par rapport aux facteurs de risque majeurs ;
- de soutenir la création de partenariats et d'alliances multisectoriels dans tous les Etats Membres et d'établir une collaboration internationale en vue de la production et de la diffusion des résultats de la recherche ;
- de diriger une action efficace pour surmonter les obstacles structurels et au plan des politiques, renforcer les capacités des ménages et de la communauté et assurer l'accès à l'éducation et à l'information afin de promouvoir des comportements sexuels sans risque et de gérer les conséquences des comportements et pratiques sexuels à risque ;
- de fournir une assistance technique directe pour la mise en oeuvre de la Convention au secrétariat permanent de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, ainsi qu'aux Etats qui ne sont pas Parties à la Convention, pour leur permettre de renforcer leur politique de lutte antitabac et de devenir Parties à la Convention.

#### CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

Cet objectif stratégique sera atteint à condition :

- que l'on investisse davantage dans les ressources financières et humaines afin de développer les capacités de promotion de la santé et de prévention des facteurs de risque ;
- que des partenariats et des collaborations multidisciplinaires et multisectoriels efficaces concernant les politiques, les mécanismes, les réseaux et les mesures soient mis en place en associant toutes les parties prenantes aux niveaux national, régional et international ;
- qu'il y ait un engagement en faveur de politiques, de plans et de programmes complets et intégrés portant sur les facteurs de risque communs, et que l'on reconnaisse que les approches intégrées de la prévention des facteurs de risque majeurs présentent toute une série d'avantages sur le plan sanitaire ; et
- que l'on accroisse les investissements dans la recherche, en particulier pour trouver des stratégies de prévention efficaces dans la population.

Les risques suivants pourraient compromettre la réalisation de l'objectif stratégique :

- le travail ou les échanges avec le secteur privé présentent des risques liés aux intérêts concurrents des entreprises, notamment s'agissant du tabac, de l'alcool, du sucre et des aliments transformés, ainsi que des boissons non alcoolisées, ce qui exige que des règles d'engagement soient suivies dans tous les cas. Les améliorations de la santé publique sont d'une extrême importance ;
- la promotion de la santé et la prévention des facteurs de risque peuvent être compromises par le faible rang de priorité accordé à ce domaine et donc par le manque de ressources allouées par l'OMS et les pays. Il est donc essentiel de poursuivre l'action de sensibilisation pour accroître les investissements et réduire ce risque ; et
- les approches intégrées de la prévention et de la réduction des risques peuvent également compromettre les capacités de l'Organisation ou des pays à fournir des compétences pour des facteurs de risque ou des maladies particuliers, à moins qu'une masse critique de compétences ne soit protégée et que le niveau requis de ressources ne soit obtenu. Il faut donc maintenir des ressources adéquates pour les approches intégrées ainsi qu'une masse critique de compétences dans les principaux domaines.

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 1. Fourniture aux pays d'avis et d'un soutien pour qu'ils puissent renforcer leur capacité de promotion de la santé dans tous les programmes pertinents et établir des collaborations multisectorielles et multidisciplinaires efficaces pour promouvoir la santé et prévenir et réduire les facteurs de risque majeurs.   |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | 1.1 Nombre de pays ayant reçu un soutien pour développer des activités ou des stratégies de promotion de la santé orientées sur les résultats et destinées à élargir la base de financement de la promotion de la santé.   | 1.2 Nombre de mécanismes ou de réseaux multisectoriels renforcés pour la promotion de la santé et la prévention des facteurs de risque majeurs au niveau national. |
| <b>BASE</b>   |  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 50   | Partenariat pour la promotion de la santé dans le monde constitué.   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 100  | Promotion de la santé interinstitutions établie aux niveaux régional et des pays.  |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>  |  |
|   | Coûts 2008-2009  | 41 900   |
|   | Estimations 2010-2011  | ~ 000  |
|   | Estimations 2012-2013  | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>La Septième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, qui doit se tenir en Afrique en 2009, offrira l'occasion de passer en revue les progrès accomplis et de réviser l'approche globale de promotion de la santé dans le monde adoptée par l'OMS. En 2010-2013, on s'efforcera surtout d'établir le rôle directeur de l'OMS en matière de promotion de la santé et de veiller à ce que des mécanismes soient mis en place au niveau des pays pour que les politiques et les stratégies soient tenues à jour. Pour répondre à ces attentes, une augmentation significative des ressources sera nécessaire en 2008-2009, mais le niveau demeurera constant en 2010-2011 et 2012-2013 pour garantir que l'évolution de la promotion de la santé aux niveaux national, régional et mondial apporte une contribution efficace à la réduction de la mortalité et de la morbidité associées aux facteurs de risque majeurs.</i> |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 2. Fourniture de conseils et d'un soutien pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque majeurs par l'élaboration, la validation et la diffusion de cadres, d'outils et de méthodes d'exploitation dans les pays à forte charge ou à charge croissante de mortalité et d'incapacité imputable aux facteurs de risque majeurs.   |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | 2.1 Nombre de pays ayant bénéficié d'un soutien qui ont mis en place un système national de surveillance des facteurs de risque majeurs chez l'adulte ou qui font rapport régulièrement sur ces facteurs de risque.  | 2.2 Nombre de pays ayant bénéficié d'un soutien qui ont élaboré un système national de surveillance des facteurs de risque majeurs chez les jeunes ou font rapport régulièrement sur ces facteurs de risque. |
| <b>BASE</b>   |  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 20   | 20   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 30   | 30   |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>  |  |
|   | Coûts 2008-2009  | 19 900   |
|   | Estimations 2010-2011  | ~ 000  |
|   | Estimations 2012-2013  | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Une grande partie des activités ont déjà été entamées, mais un nombre non négligeable d'Etats Membres doivent encore mettre en place des systèmes de surveillance fiables des facteurs de risque et des interventions, et beaucoup auront besoin d'une aide de l'OMS à l'avenir. En outre, les Etats Membres qui ont déjà effectué des enquêtes auront besoin d'une assistance technique pour renouveler ces enquêtes. Des outils de surveillance supplémentaires seront peut-être nécessaires. On prévoit que le niveau de l'effort, et, par conséquent, des ressources nécessaires pour l'élaboration, la modification, la validation et la diffusion de normes et de méthodes d'exploitation, augmentera de façon significative en 2008 et 2009 et restera au même niveau pendant les deux périodes biennales restantes.</i> |  |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 3. Elaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays à forte charge ou à charge croissante afin de renforcer les institutions pour les aider à traiter/prévenir les problèmes de santé publique associés au tabagisme. Une aide sera également fournie à la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac pour mettre en oeuvre les dispositions de la Convention et élaborer des protocoles et des principes directeurs.  |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|--|---|--|---|---------------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>3.1</b> Nombre de pays qui ont adopté des textes législatifs ou équivalents se rapportant aux articles et cadres suivants : interdiction de fumer dans les établissements de santé et d'enseignement, interdiction de la publicité directe et indirecte en faveur des produits du tabac dans les médias nationaux et avertissements sur les produits du tabac répondant aux critères définis dans la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.   | <b>3.2</b> Nombre de pays disposant de données nationales comparables sur la prévalence du tabagisme ventilées par âge et par sexe. | <b>3.3</b> Nombre de pays qui ont établi ou renforcé un mécanisme national de coordination ou point focal pour la lutte antitabac. | <b>3.4</b> Nombre de principes directeurs convenus et nombre de protocoles adoptés par la Conférence des Parties. |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |  |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 30   | 35  | 40   | 2   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 100  | 70  | 130  | 5   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2"><b>RESSOURCES (EN US \$000)</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>40 900</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |   |  |   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b> |  | Coûts 2008-2009 | 40 900 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                           |  |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 40 900   |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Des investissements supplémentaires significatifs seront nécessaires pour pouvoir répondre aux besoins de la mise en oeuvre au sens large, conformément aux décisions prises par la Conférence des Parties en sa qualité d'organe indépendant. L'OMS collaborera étroitement avec la Conférence des Parties et le secrétariat permanent de la Convention, afin d'apporter l'appui nécessaire aux Parties qui élaborent des politiques et programmes complets de lutte antitabac et des systèmes de surveillance qui leur permettront de remplir leurs obligations au titre de la Convention. La décision FCTC/COP/1(12) a pris acte du programme de travail supplémentaire et des besoins correspondants en ressources.</i> |   |  |   |                                 |  |                 |        |                       |       |                       |       |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 4. Elaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays à forte charge ou à charge croissante, afin de renforcer les établissements pour pouvoir traiter/prévenir les problèmes de santé publique associés à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives. |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>4.1</b> Nombre de pays soutenus ayant élaboré des politiques, des plans et des programmes pour prévenir les problèmes de santé publique entraînés par la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives.  | <b>4.2</b> Nombre de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs élaborés conformément aux procédures de l'OMS pour aider les Etats Membres à prévenir et réduire les problèmes de santé publique entraînés par la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives. |
| <b>BASE</b>   |  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 50   | 15   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 100  | 25   |

|                      |   |        |
|----------------------|---|--------|
|                      | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |        |
|                      | Coûts 2008-2009   | 20 900 |
|                      | Estimations 2010-2011   | ~ 000  |
|                      | Estimations 2012-2013   | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>Un investissement supplémentaire important est nécessaire d'urgence pour permettre une riposte mondiale crédible, proportionnelle à la charge de mortalité et de morbidité attribuable à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives. Cela comprend le développement des capacités, le renforcement des institutions à tous les niveaux de l'OMS, y compris les centres collaborateurs, et particulièrement les bureaux régionaux et de pays pour permettre à l'Organisation de répondre efficacement aux besoins des Etats Membres et de soutenir la mise en oeuvre des résolutions pertinentes de l'OMS. Une approche complète et intégrée de la prévention et de la réduction de ce groupe de facteurs de risque sera encouragée, mais une augmentation substantielle des ressources s'impose.</i></p> |        |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 5. Elaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays à forte charge ou à charge croissante, afin de renforcer les établissements et de traiter/prévenir les problèmes de santé publique associés à la mauvaise alimentation et au manque d'exercice physique.   |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | 5.1 Nombre de pays ayant bénéficié d'un soutien qui ont élaboré et mis en oeuvre des politiques, des plans et des programmes pour améliorer les habitudes alimentaires et développer l'activité physique, y compris la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé.   | 5.2 Nombre de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs visant à promouvoir une meilleure alimentation et l'exercice physique. |
| <b>BASE</b>   |   |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 50  | 15   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 150   | 30   |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |  |
|   | Coûts 2008-2009   | 19 900   |
|   | Estimations 2010-2011   | ~ 000  |
|   | Estimations 2012-2013   | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>Les principes directeurs de l'OMS sur les interactions avec des partenaires extérieurs seront révisés et adaptés, afin de mieux tenir compte de l'environnement actuel, en particulier en ce qui concerne les industries de l'alimentation et des boissons alcoolisées et non alcoolisées pour faire en sorte que les objectifs de santé publique soient mis en lumière. Les ressources, dont on s'attend à ce qu'elles augmentent en 2008-2009, devraient par la suite rester à un niveau similaire. L'OMS doit renforcer son action normative en matière d'exercice physique. La plupart des activités liées à la révision des principes directeurs comporteront des consultations avec les Etats Membres. Des échanges devraient également avoir lieu avec les organisations non gouvernementales nationales et internationales et des associations.</i></p> |  |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 6. Elaboration de politiques, de stratégies, d'interventions, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays pour promouvoir une sexualité sans risque et renforcer les établissements afin de prendre en charge les conséquences sociales et individuelles des rapports sexuels non protégés. |   |
| <b>INDICATEURS</b>  | 6.1 Existence de données sur les déterminants et les conséquences des rapports sexuels non protégés permettant de recenser les interventions efficaces et d'élaborer des principes directeurs en conséquence.   | 6.2 Nombre de pays bénéficiant d'un soutien qui ont mis en place des interventions nouvelles ou améliorées aux niveaux individuel, familial et communautaire pour promouvoir des comportements sexuels sans risque.   |
| <b>BASE</b>   |   |   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | Recherche sur les déterminants et les conséquences des rapports sexuels non protégés, afin d'élaborer trois guides fondés sur des données factuelles pour promouvoir les comportements sexuels sans risque.   | 10 pays ayant reçu un soutien pour mettre au point des interventions fondées sur des données factuelles et évaluer la mise en oeuvre des interventions visant à promouvoir les comportements sexuels sans risque aux niveaux individuel, familial et communautaire. |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 3 guides nouveaux ou adaptés validés et mis en service dans 10 pays avec l'appui technique de l'OMS.  | 10 pays ayant bénéficié d'un soutien de l'OMS et appliqué avec succès les principes directeurs de l'OMS pour élargir les interventions visant à promouvoir les comportements sexuels sans risque.   |

|                      |   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b> |        |
|----------------------|---|---------------------------------|--------|
|                      |   | Coûts 2008-2009                 | 18 900 |
|                      |   | Estimations 2010-2011           | ~ 000  |
|                      |   | Estimations 2012-2013           | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>Des ressources supplémentaires importantes sont nécessaires pour poursuivre et élargir les mesures nécessaires d'urgence pour faire face au problème des rapports sexuels non protégés, qui sont la deuxième cause de mortalité et d'incapacité dans les pays à forte mortalité. Les mesures requises consistent aussi bien à produire des données pertinentes qu'à aider les pays à mettre en oeuvre les politiques, les stratégies et les interventions. Les investissements pour atteindre ce résultat escompté seront utiles pour s'efforcer d'atteindre les buts concernant d'autres comportements à risque. En 2008-2009, l'OMS augmentera les ressources consacrées à la production et au développement d'une base de données tout en renforçant l'action normative.</i></p> |                                 |        |



**OBJECTIF STRATEGIQUE 7**

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

**Portée**

Les activités entreprises au titre de cet objectif stratégique sont axées sur : un rôle directeur dans l'action intersectorielle concernant les déterminants sociaux et économiques de la santé au sens large ; l'amélioration de la santé de la population et de l'équité en santé en répondant mieux aux besoins des groupes sociaux pauvres, vulnérables et exclus ; les liens entre la santé et divers facteurs sociaux et économiques (travail, logement et éducation ; facteurs commerciaux et macroéconomiques ; et condition sociale de divers groupes tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées et les minorités ethniques) ; l'élaboration de politiques et de programmes éthiques, tenant compte des inégalités entre les sexes, et qui parviennent à répondre aux besoins des pauvres et autres groupes vulnérables tout en étant conformes aux droits de l'homme.

**Indicateurs et cibles**

- Existence de données pertinentes : proportion de données nationales sur la couverture ou les résultats sanitaires (mortalité/morbidité) ventilées selon au moins 3 déterminants (sexe, âge, appartenance ethnique, lieu de résidence et/ou condition socio-économique) et disponibles pour des recherches explicatives.
- Situation sociale et économique favorable à la santé : inscription des filles dans les écoles primaires et secondaires.
- Collaboration intersectorielle : politiques et plans de travail des secteurs prioritaires autres que la santé (agriculture, énergie, éducation, finances, transports, par exemple) qui ont intégré des cibles sanitaires.
- Stratégies éclairées : nombre de politiques, de programmes et de textes législatifs liés à la santé qui intègrent expressément une perspective sexospécifique ou relative aux droits de l'homme dans leur conception et leur mise en oeuvre.

**Liens avec d'autres objectifs stratégiques**

Les questions d'équité en santé, de normes éthiques, de sexospécificité, ainsi que les approches favorables aux pauvres et les droits de l'homme intéressent tous les autres objectifs stratégiques :

- objectifs stratégiques 1-5 : malgré la complexité technique de la question, il est établi que les déterminants sociaux et économiques, de même que l'offre et la qualité des services cliniques se répercutent très largement sur l'état de santé ;
- objectifs stratégiques 6, 8 et 9 : l'objectif stratégique 7 porte principalement sur les déterminants et les facteurs structurels sous-jacents (tels que le marché du travail, le système éducatif, les inégalités entre les sexes) qui définissent la position des individus dans les hiérarchies sociales, et qui se répercutent sur les déterminants intermédiaires tels que l'environnement, y compris l'alimentation (objectifs stratégiques 8 et 9) et des facteurs individuels tels que les comportements (objectif stratégique 6) ;
- objectifs stratégiques 10-14 : les politiques et systèmes de santé doivent comporter une action intersectorielle sur les déterminants de la santé. La prise de mesures cohérentes pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé dépend également de l'existence de données sanitaires convenablement ventilées et de la capacité de les analyser et de les utiliser pour élaborer des politiques et mettre en place des services qui répondent aux besoins des différents groupes sociaux et traitent les déterminants structurels.

**PROBLEMES ET ENJEUX**

L'équité en santé est l'un des principaux objectifs adoptés par les Etats Membres de l'OMS. Ces dernières décennies, les écarts entre pays et entre groupes sociaux à l'intérieur des pays se sont creusés malgré les progrès médicaux et technologiques. L'OMS et d'autres intervenants dans le domaine de la santé et du développement ont désigné la lutte contre les inégalités en santé comme une priorité et se sont engagés à soutenir les pays dans le cadre d'une action plus efficace pour répondre aux besoins sanitaires des groupes vulnérables (*Rapports sur la santé dans le monde, 2003, 2004, 2006*). Pour atteindre ce but, il faudra s'attaquer aux facteurs sociaux et économiques qui déterminent les chances de chaque individu en matière de santé. Une approche intersectorielle, bien que souvent politiquement difficile, est indispensable pour réaliser des progrès substantiels en matière d'équité en santé. Les objectifs du Millénaire pour le développement soulignent la nature étroitement interdépendante de la santé et du développement économique, la nécessité d'une coordination entre les différents secteurs pour atteindre les buts en matière de santé et l'importance qu'il y a à lutter contre la pauvreté et les inégalités entre les sexes. (Rapport final, Projet du Millénaire.)

La situation présente de véritables enjeux pour les ministères de la santé, qui doivent faire preuve d'esprit novateur afin de favoriser la collaboration intersectorielle en matière de déterminants sociaux et économiques lorsqu'ils alignent les programmes spécifiques au secteur de la santé pour mieux répondre aux besoins des populations vulnérables. Parmi les moyens efficaces de promouvoir la santé des groupes vulnérables figure l'intégration dans les politiques et programmes du secteur de la santé d'approches favorisant l'équité, favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et éthiques. Les droits de l'homme constituent un cadre conceptuel permettant d'unifier ces stratégies et ces normes et à l'aune duquel évaluer les succès.

Les principaux enjeux consistent tout d'abord à développer une expertise suffisante concernant les déterminants sociaux et économiques de la santé ainsi que l'éthique et les droits de l'homme aux niveaux mondial, régional et des pays pour pouvoir aider les Etats Membres à recueillir les données pertinentes et à agir sur une base intersectorielle ; deuxièmement, à faire en sorte que tous les départements et les bureaux régionaux tiennent compte des déterminants sociaux et économiques (y compris les aspects sexospécifiques et la pauvreté), de l'éthique et des droits de l'homme dans leurs programmes et leur action normative ; et, troisièmement, à adopter l'approche qui convient pour mesurer les effets. Ce dernier aspect est particulièrement important car les effets en termes d'amélioration de l'équité en santé se font rarement sentir rapidement ou ne sont pas aisément attribués à des interventions particulières. Des modes d'évaluation distincts sont donc nécessaires pour évaluer les processus – comment les politiques et les interventions sont conçues, révisées et mises en oeuvre. Il s'agit d'évaluer si les mesures prises se sont avérées efficaces pour apporter un changement plutôt que de mesurer les résultats sur le plan sanitaire eux-mêmes. La relation du secteur de la santé dans son ensemble avec les autres secteurs de l'Etat et de la société est aussi un indicateur important.

### APPROCHES STRATEGIQUES

Les déterminants structurels de la santé comprennent le contexte politique, économique et technologique ; les modes de stratification sociale selon des différences telles que l'emploi, le niveau de revenu, le niveau d'instruction, l'âge, le sexe et l'appartenance ethnique ; le système juridique ; et les politiques publiques dans les domaines autres que la santé. Il est donc essentiel de favoriser la collaboration entre secteurs.

Pour atteindre cet objectif stratégique, il faudra une cohérence des politiques de l'ensemble des ministères fondée sur une approche globale de l'Etat qui fasse de la santé un objectif commun pour tous les secteurs et les groupes sociaux compte tenu de la responsabilité qu'ils partagent de garantir le droit de chacun à posséder le plus haut niveau de santé qu'il est capable d'atteindre.

Les stratégies et plans nationaux devraient tenir compte de toutes les formes de désavantage social et de vulnérabilité qui ont des répercussions sur la santé et devraient associer la société civile et les partenaires compétents dans le cadre par exemple d'initiatives à base communautaire. Les principes éthiques et des droits de l'homme devraient guider le processus d'élaboration des politiques pour garantir la justice, la réactivité, la responsabilité et la cohérence des politiques et des programmes de santé tout en luttant contre l'exclusion sociale.

S'attaquer aux racines des inégalités en matière de santé exigera une interaction coordonnée à la fois par le Secrétariat de l'OMS et par les Etats Membres pour assurer que les critères d'égalité entre les sexes, de lutte contre la pauvreté, d'éthique et de droits de l'homme sont bien pris en compte dans la préparation des lignes directrices, l'élaboration des politiques et la mise en oeuvre des programmes. Le Secrétariat de l'OMS s'efforcera surtout :

- De fournir un soutien technique et politique aux Etats Membres pour la mise en place et le maintien de systèmes nationaux et de collecte et d'analyse de données sanitaires ventilées et pour l'élaboration, la mise en oeuvre et le suivi de politiques de santé fondées sur une approche de l'ensemble de l'Etat.
- De faire en sorte que l'égalité entre les sexes, l'orientation en faveur des pauvres, l'éthique et les droits de l'homme soient pris en compte dans les activités des programmes techniques et des bureaux régionaux par l'établissement d'une terminologie commune, d'outils et de matériels de sensibilisation ; d'élargir la base de connaissances et les capacités d'exécution ; et de garantir la cohérence des stratégies.
- D'appliquer les recommandations de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé pour agir sur les causes sous-jacentes des inégalités en matière de santé telles que l'exclusion sociale, le manque de possibilités d'éducation et d'emploi ainsi que les inégalités fondées sur le sexe, l'âge, l'incapacité ou l'appartenance ethnique.
- De conclure des partenariats avec d'autres institutions et programmes des Nations Unies, et le cas échéant avec la société civile et le secteur privé, pour faire progresser la santé en tant que droit humain et les droits de l'homme comme instrument pour améliorer la santé et réduire les inégalités ; de s'attaquer aux facteurs macroéconomiques intéressant la santé, y compris le commerce international ; et de soutenir les institutions qui permettent d'améliorer la prise de décision éthique pour ce qui est des politiques, des programmes et des réglementations en matière de santé.

**CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS**

Cet objectif stratégique pourra être atteint à condition :

- que, dans de nombreux contextes, les ministères de la santé, pour autant qu'ils disposent des informations et du soutien politique et technique voulus, soient disposés à jouer un rôle directeur et capables de mobiliser des partenariats intersectoriels pour agir sur les déterminants de la santé ; et que les responsables d'autres ministères soient également disposés à collaborer efficacement à cette action intersectorielle sur les déterminants de la santé, ce qui devrait se traduire par l'adoption progressive dans de nombreux pays d'une approche de la santé faisant intervenir l'ensemble des services de l'Etat ;
- qu'à l'OMS – que ce soit au Siège, dans les bureaux régionaux ou dans les bureaux de pays – il soit possible d'assurer un soutien durable à l'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'égalité entre les sexes ainsi que des considérations liées aux droits de l'homme dans l'action de coopération technique et le dialogue politique de l'Organisation avec les Etats Membres ; et
- que, dans de nombreux pays, ceux qui sont chargés de concevoir et de mettre en oeuvre des programmes de santé soient prêts à intégrer des stratégies propres à favoriser l'équité, favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme dans leurs programmes malgré les complications techniques et politiques que cela comporte.

Les principaux risques pour la réalisation de cet objectif stratégique sont liés au non-respect possible d'une ou de plusieurs des conditions à remplir. Les antécédents de l'action intersectorielle pour la santé ne sont pas anodins : en tant qu'élément clé de la plate-forme d'Alma-Ata, celle-ci a été jugée par beaucoup comme l'un des aspects les moins efficaces du processus de la santé pour tous dans les années 80 et 90. Par contre, on peut citer des exemples d'innovations prometteuses dans ce domaine à l'OMS, par exemple les initiatives à base communautaire au Bureau régional de la Méditerranée orientale. Une évaluation plus poussée s'impose pour déterminer les possibilités d'extension de celles-ci. Les innovations politiques actuellement en cours dans les pays partenaires de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé et d'autres travaux de la Commission pourraient fournir des exemples de bonnes pratiques et permettre de mieux comprendre la façon d'aborder les enjeux politiques liés à l'action sur les déterminants sociaux.

La dilution des responsabilités rend plus difficile l'adoption de politiques, de plans et de programmes intégrés au niveau national. Si les déterminants sociaux et économiques concernent à la fois les pouvoirs publics et l'opinion publique, aucun intervenant n'en est tenu isolément pour responsable. La réussite dépendra de la façon dont on aura surmonté l'isolement du processus d'élaboration des politiques, et élaboré et maintenu des partenariats efficaces associant un large éventail de partenaires aux niveaux national, régional et mondial (y compris des institutions du système des Nations Unies et d'autres partenaires internationaux et des organisations non gouvernementales).

Il faudra, pour enregistrer des succès à long terme, pouvoir compter sur une base de compétences adéquate au sein des gouvernements nationaux, à l'OMS et chez les autres partenaires mondiaux de l'action sanitaire. Cette base de compétences n'existe pas actuellement dans les proportions voulues. Ces compétences seront nécessaires dans de nombreux programmes et de nombreuses institutions si l'on veut que les outils d'analyse des droits de l'homme, de l'éthique, de l'économie, des différences entre les sexes et de la pauvreté soient largement et efficacement déployés lorsque l'OMS élaborera des recommandations normatives et lorsque les Etats Membres eux-mêmes formuleront des politiques et mettront en oeuvre des programmes.

A l'heure actuelle, les questions relevant de l'objectif stratégique 7 sont traitées par de petites équipes isolées qui les « vendent » au coup par coup aux Etats Membres, aux partenaires mondiaux et à d'autres unités de l'Organisation ayant manifesté un intérêt particulier. Des initiatives régionales ou nationales prometteuses existent, certes, mais les connaissances qui découlent de ces expériences doivent être systématisées, évaluées correctement et diffusées.

L'existence de l'objectif stratégique 7 atteste du fait que l'OMS a choisi d'accorder une place de choix aux problèmes de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé dans les années à venir et de rechercher une approche organique plus cohérente et plus systématique des problèmes étroitement liés de l'équité, des déterminants, des approches favorables aux pauvres, de l'égalité hommes-femmes, de l'éthique et des droits humains. L'importance pour la santé publique mondiale de l'équité en matière de santé et des déterminants sociaux et économiques de la santé est de plus en plus largement reconnue. La décision de l'OMS d'accroître la visibilité de ces questions arrive à un moment où l'on comprend mieux les effets sur la santé des conditions sociales ; des appels à l'action en matière d'équité, d'égalité entre les sexes et de droits de l'homme ont été lancés de toutes parts et les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont, une fois encore, favorisé la reconnaissance de l'importance d'une action coordonnée de tous les secteurs pour atteindre les cibles en matière de santé et de développement. C'est pourquoi les efforts réunis sous l'objectif stratégique 7 offrent la possibilité à l'OMS de fournir aux Etats Membres de meilleures prestations. Néanmoins, il faudra veiller à intégrer ces questions à l'échelle de l'Organisation si l'on ne veut pas qu'elles soient isolées et marginalisées. En outre, certaines questions particulières (l'égalité hommes-femmes, par exemple) peuvent se voir accorder une moindre priorité lorsque l'on s'intéresse à un large éventail de déterminants sociaux.

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>1. Importance des déterminants sociaux et économiques de la santé reconnue dans toute l'Organisation et intégrée dans l'action normative de l'OMS et sa collaboration technique avec les Etats Membres et d'autres partenaires.</b>   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|--|--|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>1.1</b> Nombre de pays ayant mis en oeuvre les principales recommandations de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé.   | <b>1.2</b> Nombre de pays dont les documents stratégiques de coopération avec le pays (CCS) comprennent des stratégies d'action sur les déterminants sociaux et économiques de la santé. | <b>1.3</b> Nombre de Régions OMS dotées d'une stratégie régionale d'action sur les déterminants sociaux et économiques de la santé. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   | 0  | 0  | 0   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 12   | 14   | 5   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 42   | 28   | 6   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>21 220</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   |  |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 21 220 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 21 220   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>Bien que les déterminants de la santé soient essentiels pour obtenir des améliorations durables de la santé dans les populations, l'OMS ne leur a accordé que peu d'attention, aussi une augmentation substantielle des bases s'impose-t-elle. En 2008-2009, les travaux de la Commission sur les Déterminants sociaux de la Santé seront achevés ; la mise en oeuvre dans les pays et dans les services du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays pourra commencer. En 2010-2011, le niveau d'effort restera régulier ; les dépenses associées à la Commission seront remplacées par des dépenses accrues au niveau des pays. En 2012-2013, l'accélération des travaux au niveau des pays se traduira par une augmentation d'environ 10 %.</i></p> |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>2. Prise par l'OMS d'une initiative destinée à fournir des possibilités et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international afin de traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé et d'encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable.</b>   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|--|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>2.1</b> Nombre de pays dont les politiques de santé visent les déterminants sociaux et économiques de la santé sur une base intersectorielle.  | <b>2.2</b> Nombre de réunions mondiales, régionales et sous-régionales organisées (par l'OMS seule ou avec d'autres organisations internationales) à l'intention des décideurs, des administrateurs de programme et de la société civile concernant l'action intersectorielle sur les déterminants sociaux et économiques de la santé et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. | <b>2.3</b> Nombre d'outils mis au point et diffusés pour évaluer l'impact des secteurs autres que la santé sur la santé et l'équité en matière de santé. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   | 2   | 1  | 0  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 10  | 2  | 1  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 38  | 6  | 3  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>14 920</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |  |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 14 920 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 14 920  |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>Des activités intersectorielles tant au niveau mondial qu'au niveau local s'imposent pour traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé ; cela n'exigera qu'une augmentation modeste des activités de l'OMS pour 2008-2009 et 2010-2011. En 2012-2013, en revanche, les activités tant des unités techniques que des bureaux régionaux et de pays augmenteront.</i></p> |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>3.</b> Collecte, synthèse et analyse de données économiques et sociales intéressant la santé ventilées par sexe, âge, appartenance ethnique, revenu et état de santé (maladie ou incapacité, par exemple).   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|--|---|---|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                       | <b>3.1</b> Nombre de pays dotés de données sanitaires de qualité suffisante pour évaluer et suivre la situation de l'équité en santé dans les principaux groupes de population.   | <b>3.2</b> Nombre de pays dotés d'au moins une politique nationale sur l'équité en santé tenant compte d'une analyse des données ventilées. | <b>3.3</b> Nombre de pays dotés d'au moins un programme national sur l'équité en santé qui utilisent des données ventilées. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>  | 39  | aucune identifiée   | aucune identifiée   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 45  | 27  | 27  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 55  | 55  | 55  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|  | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">10 520</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |   |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 10 520 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                 |   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009  | 10 520  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                    | ~ 000   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                    | ~ 000   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     | <i>Les recherches explicatives sur les déterminants sociaux et économiques et sur l'équité en matière de santé dépendront du volume des données qui auront été recueillies et qui auront été ventilées ; cet aspect est reconnu comme essentiel pour les indicateurs dans tous les objectifs stratégiques et exigera un soutien considérable de l'OMS, qui augmentera dans le temps pour permettre aux pays d'atteindre les cibles.</i>   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>4.</b> Promotion d'approches de la santé fondées sur l'éthique et les droits de l'homme à l'OMS et aux niveaux national et international.  |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
|--|---|--|--------------------------|--|-----------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                       | <b>4.1</b> Nombre d'outils et de documents d'orientation mis au point à l'intention des Etats Membres et autres partenaires sur la façon d'utiliser les droits de l'homme pour faire progresser la santé et réduire les écarts en matière de santé.   | <b>4.2</b> Nombre d'outils et de documents d'orientation élaborés pour les Etats Membres et autres partenaires sur la façon d'utiliser l'analyse éthique pour améliorer les politiques de santé. |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>  | 20  | 8  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 28  | 12   |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 45  | 20   |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
|  | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">8 320</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 8 320 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                 |   |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009  | 8 320   |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                    | ~ 000   |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                    | ~ 000   |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     | <i>Outre les activités normatives concernant l'éthique et les droits de l'homme mises en oeuvre par les équipes centrales, les activités devront être entreprises au cours des prochaines années par le personnel des départements, des bureaux régionaux et des bureaux de pays sur la base d'informations pertinentes ; les documents mondiaux devront également se traduire par des actions concrètes au niveau des pays. Ce développement des compétences et des activités dans toute l'Organisation explique l'augmentation budgétaire modeste par période biennale.</i> |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>5.</b> Intégration de mesures d'analyse des sexes et de prise en compte de celles-ci dans l'action normative de l'OMS et soutien aux pays pour l'élaboration de politiques et de programmes tenant compte des différences entre les sexes dans les Etats Membres. |   |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | <b>5.1</b> Nombre de publications qui contribuent à développer les connaissances sur l'impact de l'appartenance sexuelle sur la santé et de stratégies efficaces pour traiter cette question.  | <b>5.2</b> Nombre d'outils et de documents d'orientation sur l'analyse des sexes et de programmes pour les Etats Membres. |
| <b>BASE</b>  | 50   | 20  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 56   | 25  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 63   | 28  |

|                      |  | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b> |        |
|----------------------|--|---------------------------------|--------|
|                      |  | Coûts 2008-2009                 | 11 819 |
|                      |  | Estimations 2010-2011           | ~ 000  |
|                      |  | Estimations 2012-2013           | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b> | <i>Le soutien accru pour les activités concernant les sexes spécifiques à l'OMS en 2008-2009 illustre l'engagement en faveur de la rationalisation de celles-ci à l'échelle de l'Organisation. Pour les exercices suivants, la croissance s'explique par une augmentation du personnel et des activités dans les bureaux régionaux et de pays.</i> |                                 |        |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 8**

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

**Portée**

Cet objectif stratégique vise à réduire tout un éventail de risques sanitaires et environnementaux classiques, modernes et émergents. Il a pour but d'encourager une mobilisation forte du secteur de la santé en faveur de la prévention primaire des maladies par l'aménagement de l'environnement et en soutenant des orientations stratégiques visant à expliquer aux acteurs extérieurs au secteur de la santé comment leurs politiques et leurs investissements peuvent déboucher sur des stratégies de développement profitables à tous, et notamment à la santé.

Les activités entreprises au titre de cet objectif stratégiques seront axées sur l'évaluation et la gestion des risques liés à la salubrité de l'environnement et à la santé au travail, y compris : une qualité de l'eau et un assainissement inadéquats ; la pollution de l'air à l'intérieur des locaux et l'utilisation des combustibles solides ; et la transmission vectorielle des maladies. La portée de cet objectif stratégique s'étend également aux risques pour la santé liés aux changements intervenant dans l'environnement mondial (changement climatique et perte de biodiversité, par exemple), à la mise au point de nouveaux produits et technologies (nanotechnologies, par exemple), à la production et à la consommation de nouvelles sources d'énergie et au nombre et à l'utilisation croissants de produits chimiques, ainsi qu'aux risques pour la santé liés aux changements dans les modes de vie, à l'urbanisation et aux conditions de travail (par exemple dérèglementation du travail, élargissement du secteur informel et exportation de pratiques professionnelles dangereuses vers les pays pauvres).

**Indicateurs et cibles**

- Réduction mondiale des risques liés à l'environnement ayant des répercussions majeures pour la santé, et notamment augmentation de la proportion de la population urbaine et rurale ayant accès à des sources d'eau et à des réseaux d'assainissement améliorés et baisse de la proportion de la population utilisant des combustibles solides, et une augmentation de la proportion de la population ayant accès à des énergies saines à usage domestique.
- Réorientation des secteurs clés de l'économie (énergie, agriculture, transports, par exemple) et des initiatives de développement (stratégies de réduction de la pauvreté, par exemple) en faveur des politiques et des investissements qui prennent en considération et réduisent les risques environnementaux pour la santé.
- Augmentation des ressources du secteur de la santé consacrées à la prévention primaire des maladies par la prise en charge des risques environnementaux pour la santé.
- Réduction des risques professionnels pour la santé auxquels sont exposés les travailleurs dans le monde.
- Réduction des risques majeurs liés à la salubrité de l'environnement et à la santé au travail dans les établissements humains.

**Liens avec d'autres objectifs stratégiques**

- 

**PROBLEMES ET ENJEUX**

On estime que l'on pourrait réduire d'environ un quart la charge mondiale de morbidité et d'un tiers la charge de morbidité dans les pays en développement en utilisant les stratégies et les interventions de salubrité de l'environnement dont on dispose aujourd'hui.

Par ailleurs, les données limitées que l'on possède indiquent qu'environ 2 % seulement d'un budget national type de la santé sont actuellement investis dans des stratégies de santé préventives. Les établissements de santé sont donc face à un enjeu fondamental – celui de maîtriser les dépenses de santé, tout en ayant la possibilité de le faire en appliquant des stratégies et des interventions de salubrité de l'environnement plus efficaces.

Compte tenu des changements rapides dans les modes de vie et de l'urbanisation, de la production et de la consommation de l'énergie ainsi que des pressions climatiques sur le climat et sur les écosystèmes, nous pourrions à l'avenir observer des conséquences plus dramatiques encore pour la santé publique et les dépenses de santé tant à court qu'à long terme, si le secteur de la santé ne parvenait pas à maîtriser rapidement les risques environnementaux émergents. Ceux-ci vont de la propagation mondiale de nouvelles infections aux nouvelles formes plus répandues d'expositions à des risques physiques, chimiques, radiologiques ou psychosociaux. Enfin, pour que l'action du secteur

de la santé puisse être efficace, les risques doivent être réduits dans les secteurs et dans les milieux où ils se posent – que ce soit dans les habitations, dans les écoles, sur les lieux de travail ou dans les villes, dans les secteurs comme l'énergie, les transports, l'industrie et l'agriculture. Pour maîtriser les forces économiques et liées au développement qui influent sur les risques pour la salubrité de l'environnement, il importe de placer la santé au centre des actions intersectorielles. Une série d'actions s'impose donc dans le secteur de la santé lui-même, mais aussi dans les autres secteurs.

Dans le secteur de la santé, il est urgent de doter les systèmes de santé de nouvelles connaissances sur les effets épidémiologiques des principaux risques environnementaux, ainsi que de nouvelles connaissances et de nouveaux outils s'agissant des interventions primaires. De plus en plus, les décideurs sont appelés à échanger leurs points de vue au sein des instances chargées de la politique et du développement économiques, où les décisions ont des répercussions profondes et durables sur la pollution, la biodiversité, les écosystèmes – et donc sur la salubrité de l'environnement. Les professionnels de santé, souvent formés au traitement de l'individu, doivent donc être dotés de meilleures compétences et de méthodes pour assurer le suivi et faire la synthèse des données relatives à la santé et à l'environnement, orienter activement les stratégies de sensibilisation du public, de protection et de prévention, et faire face aux situations d'urgence.

Si les intervenants du secteur de la santé ne peuvent mettre en oeuvre les politiques de développement à eux seuls, ils peuvent fournir des données épidémiologiques ainsi que des outils, des méthodes ou des recommandations pour évaluer les impacts sur la santé du développement et pour concevoir des politiques ou des stratégies plus favorables à la santé. Parallèlement, les secteurs autres que la santé doivent être sensibilisés aux risques pour la santé et donc informés et avoir les moyens d'agir. Pour cela, il faudrait soutenir une évaluation intégrée et l'élaboration de politiques intersectorielles, afin de réunir les acteurs du secteur de la santé et des autres secteurs autour d'une même table.

Le mandat de l'OMS en ce qui concerne ces problèmes et enjeux est fermement ancré dans la Constitution de l'OMS et dans l'histoire de la santé publique et de ses réalisations. Dans le cadre de la réforme des Nations Unies, l'OMS a la possibilité de jouer un rôle directeur mondial plus visible dans le domaine de la santé publique et de l'environnement, en liant explicitement la santé aux objectifs du développement durable.

Il est important à cet égard de bien comprendre qu'une amélioration des politiques et des investissements en matière de salubrité de l'environnement porte presque toujours ses fruits et apporte souvent les avantages les plus appréciables aux populations dont l'état de santé est le moins bon et les besoins les plus grands, notamment les pauvres et les enfants. Ce sont les enfants qui souffrent le plus des risques liés à l'environnement et dont la santé exige une attention particulière.

Le fait de gérer les risques pour la santé liés à l'environnement peut également permettre d'obtenir de nombreux avantages collatéraux sur le plan de l'équité et de l'égalité entre les sexes en faisant économiser du temps aux femmes qui n'ont plus à aller chercher du bois ou en améliorant les taux de fréquentation scolaire des filles. Mais il y aura également des avantages pour les pays développés et pour les groupes socio-économiques mieux nantis qui auront des systèmes de santé publique plus solides, bénéficieront d'une baisse des dépenses de santé en général et seront confrontés à un moins grand nombre de conflits au sujet des ressources et à de moins nombreuses crises environnementales.

## APPROCHES STRATEGIQUES

La réalisation de cet objectif stratégique exigera que le secteur de la santé assume un rôle mobilisateur en matière de politiques sectorielles et environnementales au niveau international ; favorise et établisse des partenariats pour favoriser une action multisectorielle concertée et des politiques intégrées pour réduire les risques pour la santé liés à l'environnement ; et encourage des cadres et des stratégies de développement propices à la santé.

La gestion des risques de santé publique exige un développement des capacités institutionnelles et techniques d'évaluation des risques pour la salubrité de l'environnement et la santé au travail, et d'évaluation de l'impact des politiques. La préparation aux situations d'urgence et aux catastrophes liées à l'environnement ainsi qu'aux menaces émergentes, et l'organisation des secours doivent faire l'objet d'une attention particulière dans le développement du secteur de la santé.

La mise en oeuvre d'interventions de salubrité de l'environnement dans le cadre même d'une bonne politique de santé publique et de stratégies efficaces de prévention sera essentielle pour développer la prévention primaire, de même qu'il sera important de renforcer le rôle de prévention que peut jouer la salubrité de l'environnement dans le secteur de la santé, en recensant et en tentant de résorber les inégalités en matière de risques de santé liés à l'environnement et de résultats en fonction du sexe, de l'âge, de l'appartenance ethnique et de la situation sociale.

Il est essentiel de centrer l'action moyennant une approche intégrée fondée sur des milieux de vie sains afin de réduire les risques pour la santé dans des cadres humains spécifiques tout en associant les communautés et les individus à la protection de leur santé et de leur environnement.

Pour soutenir les efforts des Etats Membres, le Secrétariat de l'OMS s'emploiera à :

- promouvoir des partenariats mondiaux en matière de salubrité de l'environnement ;
- définir des positions politiques de nature à infléchir les tendances internationales des politiques sectorielles ;



- rassembler des connaissances et fournir des indications quant à l'évaluation et à la gestion des risques pour la santé liés à l'environnement et aux milieux professionnels en anticipant les problèmes émergents ;
- contribuer à renforcer la capacité de définir et de mettre en oeuvre des politiques de santé et d'environnement, y compris par la mise au point de normes et de critères ;
- suivre et évaluer les risques pour la santé liés à l'environnement ;
- soutenir la prévention primaire à travers la réduction des risques pour la santé liés à l'environnement tout en en surveillant l'impact ;
- soutenir l'évaluation et la gestion de la salubrité de l'environnement dans les situations d'urgence, les conflits et les catastrophes, en se concentrant sur la prévention, la préparation, l'organisation des secours et la planification de la reconstruction après une urgence ; et
- faciliter et promouvoir le développement, le partage et l'application des connaissances, de la recherche et de l'innovation, tout en renforçant l'éducation sur les risques environnementaux émergents et le recours à des solutions équitables par les différents partenaires.

### CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

Cet objectif stratégique sera atteint à condition :

- que les intervenants du secteur de la santé soient de plus en plus conscients de la charge croissante de morbidité due aux risques pour la santé liés à l'environnement compte tenu des données nouvelles et émergentes dont on dispose ;
- que les acteurs qui influencent les décisions dans les secteurs de l'économie (personnes chargées de l'élaboration des politiques sectorielles, banques, associations de la société civile) où les impacts sur la santé publique sont les plus grands envisagent de plus en plus la santé comme une question essentielle et les dépenses de santé et les répercussions favorables de leurs mesures comme centrales dans la prise de décision ;
- que les acteurs du développement (banques, organismes de coopération, fondations, pays bénéficiaires) mesurent la contribution importante que la réduction des risques pour la santé liés à l'environnement peut apporter à la réalisation de plusieurs des objectifs du Millénaire pour le développement ;
- que le climat actuellement favorable se maintienne dans le contexte de la réforme du système des Nations Unies, pour que l'OMS assume un rôle directeur mondial plus visible en matière de santé publique et d'environnement, en reliant plus explicitement la santé aux objectifs du développement durable, du développement économique et de l'action humanitaire.

Les risques pour la santé liés à l'environnement étant principalement liés aux mesures prises dans d'autres secteurs, la réduction de ces risques dépend d'une intervention qui est au-delà du contrôle direct du secteur de la santé. Les mesures prises par le secteur de la santé doivent donc influencer celles des autres secteurs et prévoir suffisamment de points de convergence pour que les résultats escomptés puissent être atteints.

Dans ce contexte, les risques susceptibles d'avoir des répercussions négatives sur l'objectif stratégique sont les suivants :

- Le fait que d'autres secteurs s'attendent à des résultats rapides et à des effets de la gestion des risques pour la santé liés à l'environnement pourrait dépasser la capacité du secteur de la santé à soutenir leurs actions. On peut y remédier en choisissant des objectifs réalistes.
- Le manque d'accès aux connaissances concernant les meilleures options pour les interventions sectorielles portant sur les problèmes de salubrité de l'environnement et de santé au travail. On peut y remédier en demandant aux organismes sanitaires d'investir dans l'analyse et la documentation concernant les interventions les plus efficaces et les plus rentables.
- Un engagement timide ou transitoire des intervenants dans le domaine de la santé et/ou de l'environnement et des responsables mondiaux face aux problèmes de salubrité de l'environnement. On peut y remédier par des investissements dans des partenariats, une action d'information et une communication plus stratégique au niveau mondial sur les questions de salubrité de l'environnement (rapports sur la santé et l'environnement dans le monde ou études prospectives, par exemple).
- La faiblesse actuelle des systèmes de santé face à l'éventail des risques environnementaux et professionnels et à leurs causes. On peut y remédier en créant des instances mondiales et régionales et en mettant sur pied des initiatives ciblées où l'on fasse une large place à la santé et à l'environnement et où l'on favorise l'action en partenariat ; par des activités d'information/de communication visant les intérêts et les besoins du secteur de la santé ; et en renforçant les compétences et les fonctions des systèmes de santé eux-mêmes afin d'intégrer les questions de santé et d'environnement dans les programmes classiques du secteur de la santé.

| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 1. Elaboration et actualisation d'évaluations, de normes et de recommandations fondées sur des données factuelles concernant les risques prioritaires pour la santé liés à l'environnement (par exemple qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, eau de boisson, recyclage des eaux usées) ; appui technique aux accords internationaux en matière d'environnement et pour le suivi des OMD.   |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|--|---|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                      | 1.1 Nombre d'évaluations des risques/de la charge de morbidité environnementale (CME) conduites ou actualisées.   | 1.2 Nombre de nouvelles normes et de bonnes pratiques élaborées ou mises à jour. | 1.3 Principaux risques liés à l'environnement en rapport avec les OMD surveillés par l'OMS. | 1.4 Nombre d'accords internationaux en matière d'environnement soutenus chaque année par l'OMS, y compris l'approche stratégique de la gestion internationale des substances chimiques et les Conventions de Rotterdam et de Stockholm. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                       | 5-10 évaluations des risques/CME par an.  | 5-10 nouvelles normes ou recommandations produites ou actualisées par an.        | Au moins 2 indicateurs d'OMD suivis/faisant l'objet d'un compte rendu chaque année.         | 4 accords internationaux en matière d'environnement bénéficiant d'un soutien technique de l'OMS.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                       |   |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>35 900</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |  |   |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 35 900 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                |   |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 35 900  |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                   | ~ 000   |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                   | ~ 000   |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                    | <p><i>Le Secrétariat dispose d'une solide expérience de l'évaluation des risques, de la charge de morbidité, de l'élaboration de normes et de directives et de l'appui aux accords en matière d'environnement qu'il convient de développer pour pouvoir apporter une valeur ajoutée grâce à : l'harmonisation des évaluations des risques pour tous les types de dangers ; l'évaluation des risques s'agissant des principes directeurs de l'OMS et des programmes FAO/OMS concernant les spécifications relatives aux pesticides et l'évaluation des risques liés à la présence de substances chimiques dans les aliments pour la Commission du Codex Alimentarius, y compris les additifs alimentaires (Comité mixte FAO/OMS d'experts des Additifs alimentaires) et les résidus de pesticides (réunions conjointes FAO/OMS sur les résidus de pesticides) ; la création d'une bibliothèque interactive de l'évaluation des risques, des normes et de la charge de morbidité, en développant la base de données INCHEM et d'autres bases de données ; la surveillance mondiale et les rapports sur les OMD liés à la santé ; les contributions à la nouvelle approche stratégique de la gestion internationale des substances chimiques et le renforcement de la contribution du secteur de la santé aux conventions en matière d'environnement (Stockholm, Rotterdam).</i></p> |  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 2. Fourniture d'un soutien et de conseil techniques aux pays pour la mise en oeuvre d'interventions de prévention primaire destinées à réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, à accroître la sécurité et à promouvoir la santé publique, y compris dans des cadres particuliers et dans les groupes de population vulnérables (enfants, personnes âgées, par exemple). |  |  |  |
| <b>INDICATEURS</b>                                      | 2.1 Nombre d'initiatives mondiales ou régionales pour la prévention primaire des risques liés à l'environnement dans des cadres spécifiques : lieux de travail, habitations, écoles, établissements humains et établissements de santé, mises en oeuvre dans les pays visés avec un appui technique et logistique de l'OMS.   | 2.2 Nombre d'initiatives mondiales et régionales lancées ou maintenues pour prévenir les maladies professionnelles et liées à l'environnement (par exemple cancers dus aux UV, à l'amiante, à l'arsenic ou au radon ; intoxication par les pesticides ou les fluorures), mises en oeuvre avec l'appui technique et logistique de l'OMS dans les pays ou Régions visés. | 2.3 Nombre d'études évaluant les coûts et les avantages des interventions de prévention primaire dans des cadres spécifiques conduites et diffusées. | 2.4 Nombre de pays cibles utilisant les lignes directrices de l'OMS pour prévenir et atténuer les risques émergents en matière de santé au travail, promouvoir l'équité en la matière et protéger les populations vulnérables. |

|                                   |  |  |  |  |
|-----------------------------------|--|--|--|--|
| <b>BASE</b>                       |  |  |  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b> | Stratégies mondiales dirigées contre les risques pour la santé liés à l'environnement dans au moins 3 cadres établies avec un appui aux pays dans 20 sites.  | 3 initiatives mondiales ou régionales mises en route ou maintenues par an avec l'appui de l'OMS. | 5-10 études coût-avantages des interventions de prévention primaire dans des cadres spécifiques diffusées. | 5-10 pays prenant des mesures pour prévenir les risques pour la santé au travail, promouvoir l'équité en la matière et protéger les populations vulnérables au moyen des principes directeurs de l'OMS.<br>Activités de recherche concertées à l'appui de la salubrité de l'environnement pour les enfants élaborées dans au moins une Région. |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b> |  |  |  |  |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |  |  |  |  |
|                                   |  | Coûts 2008-2009  | 23 900   |  |
|                                   |  | Estimations 2010-2011  | ~ 000  |  |
|                                   |  | Estimations 2012-2013  | ~ 000  |  |
| <b>JUSTIFICATION</b>              | <i>Suite à l'expérience très positive associée à la gestion des risques professionnels et environnementaux dans des cadres particuliers et en lien étroit avec les intervenants locaux, il existe une forte demande auprès du Secrétariat pour qu'il revitalise et étende son appui à la mise en oeuvre d'interventions de prévention primaire dans des cadres particuliers pour réduire les principaux risques de ce type. De nouvelles initiatives mondiales sont donc prévues pour soutenir les interventions portant sur les risques professionnels et environnementaux et pour promouvoir la santé sur le lieu au travail, à l'école, dans les villes, à la maison et dans les établissements de santé, ainsi qu'un document destiné à informer sur les coûts et les avantages des différentes interventions.</i> |  |  |  |

|   |   |  |        |
|---|---|--|--------|
| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 3. Assistance technique et soutien aux pays pour renforcer l'élaboration de politiques de santé au travail et de salubrité de l'environnement, la planification d'interventions préventives, la prestation de services et la surveillance.  |  |        |
| <b>INDICATEURS</b>                                      | <b>3.1</b> Nombre de pays hautement prioritaires bénéficiant d'un soutien technique et logistique pour l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques visant à renforcer la prestation de services de santé au travail et de salubrité de l'environnement ainsi que la surveillance.  | <b>3.2</b> Nombre d'organisations mettant en oeuvre des initiatives dirigées par l'OMS pour réduire les risques professionnels, par exemple parmi les travailleurs du secteur informel, ou pour mettre en oeuvre la stratégie mondiale de santé au travail ou encore éliminer la silicose. |        |
| <b>BASE</b>   |   |  |        |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                       | 5-10 pays recevant des conseils pour le renforcement des services de santé au travail et de salubrité de l'environnement.<br>5 pays recevant des conseils pour le renforcement de la surveillance de la santé au travail et de la salubrité de l'environnement.   | 10-15 organisations mettant en oeuvre des initiatives dirigées par l'OMS pour réduire les risques professionnels.  |        |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                       |   |  |        |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                         |   |  |        |
|   |   | Coûts 2008-2009  | 26 800 |
|   |   | Estimations 2010-2011  | ~ 000  |
|   |   | Estimations 2012-2013  | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                    | <i>L'aptitude des systèmes de santé à gérer les risques professionnels et environnementaux est très limitée et ne se compare pas aux énormes possibilités offertes par la prévention primaire des maladies grâce à de meilleurs milieux de travail et de vie. Le résultat escompté 4 concernera ce domaine négligé et renforcera l'aptitude du secteur de la santé à planifier et fournir des services de santé au travail et de salubrité de l'environnement de qualité et à élargir les interventions et la surveillance grâce à une meilleure base de données factuelles, à un soutien logistique et technique, à l'engagement de tout un éventail d'organisations dans des initiatives visant à réduire les risques et à promouvoir la santé, y compris parmi les travailleurs du secteur informel.</i> |  |        |

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 4. Principes directeurs, outils et initiatives destinés à aider le secteur de la santé à infléchir les politiques dans les secteurs prioritaires (par exemple énergie, transports, agriculture) ; évaluation des effets sur la santé ; évaluation des coûts et avantages des différentes politiques dans ces secteurs ; et mobilisation d'investissements hors du secteur de la santé pour améliorer la santé, l'environnement et la sécurité.  |   |  |  |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 4.1 Nombre d'initiatives visant à élaborer et à mettre en oeuvre des politiques sectorielles « saines » aux niveaux national et mondial en utilisant un soutien technique et logistique de l'OMS.   | 4.2 Nombre d'outils d'orientation spécifiques au secteur pour l'évaluation des effets sur la santé ; l'évaluation des coûts et avantages économiques ; et la promotion de la santé et de la sécurité produits et promus dans les pays cibles. | 4.3 Etablissement de réseaux et de partenariats afin de conduire le changement dans des secteurs ou cadres particuliers (réseau urbain, par exemple), y compris une stratégie d'information et de communication. | 4.4 Renforcement des capacités et des établissements des secteurs de la santé et autres aux niveaux régional et national afin d'améliorer les résultats en matière de santé au travail et de salubrité de l'environnement d'au moins 3 politiques du secteur économique. |
| <b>BASE</b>  |   |   |  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | Initiatives pour des politiques sectorielles « saines » mises en oeuvre au niveau mondial pour au moins 2 secteurs, initiatives nationales dans au moins 10 pays.   | Au moins 3 secteurs pour lesquels des outils et des principes directeurs pour l'estimation des effets sur la santé, des coûts et des avantages des politiques et des projets ont été produits.  | Réseaux mis en place pour 2 secteurs, et stratégies de communication mises en oeuvre.  | 10 manifestations nationales ou régionales organisées avec l'appui technique de l'OMS.   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        |   |   |  |  |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                          |   |   |  |  |
| Coûts 2008-2009  |   |   |  |  |
| 26 600   |   |   |  |  |
| Estimations 2010-2011                                    |   |   |  |  |
| ~ 000  |   |   |  |  |
| Estimations 2012-2013                                    |   |   |  |  |
| ~ 000  |   |   |  |  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     | <p><i>Le secteur de la santé n'est pas toujours capable d'influencer les politiques des autres secteurs pour promouvoir la santé au travail et la salubrité de l'environnement et il manque d'outils, de connaissances et de compétences pour mobiliser les autres secteurs. <b>Nouvelles activités</b> : ce résultat escompté reprendra à son compte l'expérience institutionnelle existante en ce qui concerne l'évaluation de l'impact sur la santé, les études coût-avantages et la salubrité de l'environnement dans d'autres secteurs afin de développer l'accès à une base de connaissances importante sur la salubrité de l'environnement et la santé au travail des politiques sectorielles, les coûts et avantages des interventions sectorielles dans ce domaine et l'expérience de la mise en oeuvre de changements sectoriels. Le résultat escompté comportera la mise en place d'initiatives mondiales à travers des réseaux, des partenariats, des communautés de pratiques et une communication stratégique, visant à modifier la culture de l'élaboration des politiques dans les secteurs visés afin de prendre en compte la prévention des risques liés à la santé au travail et à la salubrité de l'environnement. Dans le cadre du résultat escompté, un appui technique sera fourni, les institutions seront renforcées et les pays recevront un soutien afin d'améliorer la capacité du secteur de la santé à favoriser des changements dans d'autres secteurs. Ce résultat devrait également faciliter les comparaisons et l'évaluation de la performance et des changements politiques en vue de l'adoption de politiques sectorielles saines.</i></p> |   |  |  |

|   |   |  |  |   |
|---|---|--|--|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 5. Renforcer le rôle mobilisateur du secteur de la santé afin de favoriser un environnement plus sain et d'infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces environnementales pour la santé, y compris en répondant aux préoccupations émergentes et réémergentes en matière de salubrité de l'environnement liées au développement, à l'évolution des technologies, aux changements environnementaux mondiaux et aux modes de consommation et de production.   |  |  |   |
| <b>INDICATEURS</b>  | 5.1 Création d'un observatoire destiné à traiter les préoccupations émergentes et réémergentes en matière de santé au travail et de salubrité de l'environnement dans le développement.   | 5.2 Stratégie d'information et de communication destinée à influencer la prise en compte des questions de santé au travail et de salubrité de l'environnement au niveau mondial et dans le cadre de partenariats mise en oeuvre. | 5.3 Etude prospective sur la santé et l'environnement dans le monde analysant les tendances et les scénarios possibles, de même que les grands problèmes de développement et leur impact sur la santé publiée tous les deux ans. | 5.4 Engagement régulier de décideurs et de partenaires mondiaux et régionaux lors d'instances de haut niveau sur la santé et l'environnement. |
| <b>BASE</b>   |   |  |  |   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | Observatoire créé.  | Augmentation de 5-10 % des citations dans les médias de l'OMS et de ses partenaires sur les questions prioritaires de santé au travail et de salubrité de l'environnement visées par l'objectif stratégique 8.                   | Premier rapport biennal sur la santé et l'environnement dans le monde publié.  | Organisation d'au moins une réunion mondiale et une réunion régionale sur la salubrité de l'environnement.                                    |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         |   |  |  |   |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                           |   |  |  |   |
|   |   | Coûts 2008-2009  | 19 100   |   |
|   |   | Estimations 2010-2011  | ~ 000  |   |
|   |   | Estimations 2012-2013  | ~ 000  |   |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>Bien que les risques professionnels et environnementaux soient directement liés aux modes de consommation et de production ainsi qu'aux politiques des différents secteurs économiques, il n'existe à l'heure actuelle aucun rapport faisant autorité décrivant les tendances de ces politiques et ce qu'elles engendrent comme risques pour la santé à l'heure actuelle et pour l'avenir. Cela se traduit par une réflexion et des interventions à court terme face aux risques pour la santé liés à l'environnement et empêche une action de prévention et une réaction adéquates.</i></p> <p><i>Ce nouvel ensemble de produits définis par le Secrétariat vise à mettre en place une stratégie mondiale d'information et de communication sur plusieurs années ; à produire une analyse stratégique ; à faire paraître des publications à forte résonance (y compris une étude prospective sur la santé et l'environnement dans le monde) ; à fournir des solutions en matière de gestion du savoir ; et à mobiliser des partenaires de haut niveau ainsi que les gouvernements pour faire face à ces problèmes (réunions mondiales et régionales sur la santé et l'environnement), et à les relier à des réseaux de praticiens. Ce résultat escompté se fondera sur les analyses économiques et environnementales existantes effectuées par les organismes pertinents, en y ajoutant des estimations et l'analyse des effets possibles pour la salubrité de l'environnement et la santé au travail de ces tendances, en suivant les effets des politiques, en agissant sur les bonnes pratiques et en faisant des recommandations visant à améliorer l'équité en matière de santé et d'environnement.</i></p> |  |  |   |

## OBJECTIF STRATEGIQUE 9

### Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.

#### Portée

Les activités entreprises au titre de cet objectif stratégique sont axées sur : la qualité nutritionnelle et la sécurité sanitaire des aliments ; la promotion d'habitudes alimentaires saines tout au long de la vie (et d'abord pendant la grossesse et l'allaitement et pour l'alimentation d'appoint) et la prise en compte des maladies chroniques liées à l'alimentation ; la lutte contre les troubles nutritionnels, y compris les carences en micronutriments, notamment parmi les groupes biologiquement et socialement vulnérables, l'accent étant mis sur les situations d'urgence, et dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA ; la lutte contre les zoonoses et les maladies d'origine alimentaire non zoonotiques ; la promotion d'actions intersectorielles destinées à promouvoir la production et la consommation d'aliments de qualité et de sécurité adéquates et l'accès à ceux-ci ; et la promotion de niveaux plus élevés d'investissements dans la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires aux niveaux national, régional et mondial.

#### Indicateurs et cibles

- Proportion d'enfants de moins de cinq ans d'un poids insuffisant.
- Proportion d'enfants et d'adolescents de moins de 20 ans en surpoids et obèses.
- Taux de mortalité due à la diarrhée des moins de cinq ans.

#### Liens avec d'autres objectifs stratégiques

La réalisation de l'objectif stratégique exige des liens solides et une collaboration efficace avec d'autres objectifs stratégiques, en particulier :

- l'objectif stratégique 1 : pour ce qui est de la prévention des zoonoses et des maladies d'origine alimentaire ;
- l'objectif stratégique 2 : en particulier pour le développement et l'amélioration de la prévention du VIH/SIDA, du traitement, des soins et des mesures d'appui ;
- l'objectif stratégique 4 : pour ce qui est des interventions de santé publique pour la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ;
- l'objectif stratégique 5 : pour ce qui est de réduire l'impact des situations d'urgence sur l'état nutritionnel de la population ;
- l'objectif stratégique 6 : pour ce qui est de promouvoir des habitudes alimentaires saines tout au long de la vie ;
- l'objectif stratégique 8 : pour ce qui est des risques pour la santé liés à l'environnement.

## PROBLEMES ET ENJEUX

Cet objectif stratégique a pour but de traiter certains déterminants majeurs de la santé et de la maladie : la malnutrition sous toutes ses formes, les aliments dans lesquels les risques chimiques, microbiologiques, zoonotiques et autres constituent un risque pour la santé et l'insécurité alimentaire des ménages. La nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sont des questions générales qui restent présentes tout au long de la vie, depuis la conception jusqu'à la vieillesse. Elles s'appliquent de la même façon aux situations de stabilité ou de crise, et devraient être expressément traitées dans le contexte de l'épidémie de VIH/SIDA.

Près de 800 millions de personnes sont sous-alimentées et près de 170 millions de nourrissons et de jeunes enfants sont d'un poids insuffisant. Chaque année, plus de 5 millions d'enfants meurent de dénutrition, et 1,8 million d'autres de maladies diarrhéiques d'origine alimentaire ou hydrique. Des milliards de personnes sont touchées par des maladies zoonotiques et d'origine alimentaire, dont beaucoup sont mortelles ou entraînent des séquelles graves, ou par des carences en micronutriments (ce que l'on appelle la faim cachée), notamment en fer, en vitamine A, en iode et en zinc. La dénutrition est la principale menace pour la santé et le bien-être des pays à revenu faible et moyen, tout comme au niveau mondial. L'obésité de l'enfant est également un problème de plus en plus reconnu, même dans les pays à faible revenu. Plus d'un milliard d'adultes dans le monde souffrent de surcharge pondérale, dont 300 millions sont obèses. On ne fait toujours pas le lien entre les deux phénomènes, mais, dans la plupart des pays, ils prennent souvent racine dans la pauvreté et coexistent dans une même communauté, parfois dans une même famille.

Malgré l'impact de toutes les formes de malnutrition sur la mortalité, la morbidité et les économies nationales, 1,8 % seulement des ressources totales consacrées à l'aide au développement liée à la santé sont allouées à la nutrition. La nutrition et la sécurité des approvisionnements alimentaires ne bénéficient que de 0,7 % de l'aide totale de la Banque mondiale aux pays en développement. Au niveau des pays, l'engagement financier est encore moindre. Pour atteindre cet objectif stratégique, toutes les ressources financières, humaines et politiques nécessaires seront requises afin d'élaborer, de promouvoir et de mettre en oeuvre un programme intersectoriel, à base scientifique, complet, intégré et orienté sur l'action pour la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires aux niveaux national, régional et mondial, tant dans les situations stables que dans les situations d'urgence. Un tel programme devra porter sur toute la gamme des problèmes de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires liés à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et à d'autres engagements internationaux liés à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments (y compris la prévention des maladies d'origine alimentaire, des zoonoses et des maladies chroniques liées à l'alimentation, ainsi que la malnutrition par carence en micronutriments).

Malgré une baisse des taux de prévalence de l'insuffisance pondérale chez l'enfant dans la plupart des Régions, celle-ci n'est pas suffisamment marquée pour que l'objectif du Millénaire pour le développement concernant la malnutrition de l'enfant puisse être atteint d'ici 2015. Qui plus est, en Afrique, les taux continuent d'augmenter. Le lien entre pauvreté, faim et dénutrition de l'enfant n'est pas toujours direct, ce qui fait qu'une augmentation de la richesse ne se traduit pas automatiquement par une atténuation de la faim ou de la dénutrition de l'enfant. C'est pourquoi un investissement ciblé dans les programmes est nécessaire pour combattre la dénutrition de l'enfant. Pour que les efforts visant à atténuer la plupart des formes de malnutrition soient couronnés de succès, il faudra veiller à ce que les avantages soient fortement concentrés dans les populations pauvres. A moins que des progrès ne soient faits dans l'élimination de la faim et de la malnutrition, beaucoup d'autres objectifs du Millénaire pour le développement seront très difficiles à atteindre. Il existe des interactions critiques entre la dénutrition et la plupart des objectifs suivants : mortalité de l'enfant (objectif 4), mortalité maternelle (objectif 5) et VIH/SIDA et paludisme (objectif 6). Des interactions moins directes existent entre la dénutrition et la pauvreté (objectif 1), l'éducation (objectif 2) et l'égalité entre les sexes (objectif 3), et sont également importantes. A moins d'un effort particulier pour atteindre les cibles concernant la faim et la malnutrition de l'enfant définies dans le premier objectif du Millénaire pour le développement, la réalisation de tous les autres objectifs sera compromise.

Les mesures prises aux niveaux national, local et communautaire pour promouvoir, protéger et soutenir la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires pour le bien des individus et des familles sont essentielles pour obtenir des résultats. Elles sont également cruciales pour promouvoir les interactions entre les intervenants dans les domaines de la santé, de l'environnement et du développement et assurer des méthodes sûres et durables de production agricole, susceptibles de réduire les risques pour la santé au travail et d'accroître les avantages pour la santé à long terme, qu'il s'agisse de la nutrition, de la sécurité sanitaire des aliments ou de la sécurité des approvisionnements alimentaires.

Il sera essentiel de faire en sorte que toute planification ou politique future dans les domaines de la nutrition, de la sécurité sanitaire des aliments et de la sécurité des approvisionnements alimentaires comporte une perspective d'égalité entre les sexes et de droits de l'homme.

## APPROCHES STRATEGIQUES

Pour atteindre cet objectif stratégique, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires doivent jouer un rôle central dans les politiques de développement nationales, ainsi que dans les processus de développement agricole et de production alimentaire et animale, une attention particulière étant portée aux populations les plus biologiquement et socialement vulnérables. Les principales mesures devraient comprendre la mise au point et la mise en oeuvre d'interventions essentielles éthiquement et culturellement acceptables ; l'élargissement de l'accès à ces interventions ; la création de synergies et le renforcement des liens entre programmes en limitant les doubles emplois au niveau de la prestation de services ; et une action visant à mieux faire comprendre, aux niveaux des individus, des ménages et de la communauté, le rôle d'une bonne nutrition, d'une alimentation saine et de la sécurité sanitaire des aliments dans la santé et le bien-être en général. Parmi les autres conditions nécessaires figurent : l'établissement de cadres réglementaires et juridiques favorables fondés sur les réglementations et mécanismes internationaux existants ; la coopération avec les acteurs impliqués dans la production, la fabrication et la distribution des aliments afin d'améliorer l'offre d'aliments de meilleure qualité ; et la promotion d'une alimentation équilibrée, y compris en assurant le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des normes du Codex Alimentarius FAO/OMS. Le renforcement des capacités nationales de production de données factuelles par la surveillance et la recherche complètera les interventions essentielles de santé publique.

Pour aider les Etats Membres dans leurs efforts, le Secrétariat concentrera son action sur huit grands axes :

- Forger des partenariats, des alliances et des interactions efficaces avec les institutions du système des Nations Unies dans le cadre du processus de réforme ; établir une collaboration sans précédent entre les différents organismes afin de promouvoir l'intégration des programmes de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires au niveau des pays et les intégrer dans les politiques nationales de développement ;

et renforcer la participation des bureaux de l’OMS dans les pays à la planification et à la programmation conjointes au niveau national.

- Accroître le rôle rassembleur de l’OMS afin de renforcer sa fonction normative sans exclure personne et susciter chez tous les partenaires pertinents un sentiment d’appropriation de ces normes afin d’assurer leur diffusion et leur utilisation ; et accroître les investissements dans les fonctions normatives de façon à combler les lacunes en matière de normes scientifiquement valables et de recommandations et de conseils techniques relatifs à la nutrition, à la sécurité sanitaire des aliments et à la prévention des zoonoses et des maladies d’origine alimentaire et hydrique.
- Communiquer efficacement sur l’importance de politiques intégrées et d’un programme unique dont le but est d’améliorer la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments et de promouvoir des habitudes alimentaires saines par rapport à tout l’éventail des troubles nutritionnels – depuis la dénutrition jusqu’à la suralimentation et aux maladies chroniques liées à l’alimentation – tout en faisant en sorte que l’accès à des aliments sains et nutritifs soit garanti du point de vue des droits de l’homme.
- Renforcer les liens mondiaux entre décideurs dans les domaines de la santé, du développement agricole, des ressources hydriques, du commerce et de l’environnement, pour faire en sorte que les interventions en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires soient planifiées et exécutées de façon intégrée avec la participation de toutes les parties prenantes de façon à apporter des avantages durables sur le plan de la santé.
- Promouvoir l’élaboration de politiques à travers de vastes alliances fondées sur une large participation à tous les niveaux pour mettre en oeuvre durablement et efficacement les politiques ; accroître l’appui technique aux Etats Membres pour renforcer leurs capacités nationales de recenser les problèmes et les meilleures options politiques ; mettre en oeuvre les interventions requises en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires, y compris les actions intersectorielles pertinentes ; et suivre les progrès et évaluer les effets.
- Renforcer la présence de l’OMS aux niveaux des Régions et des pays, ainsi que ses capacités en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments pour pouvoir apporter l’appui voulu aux Etats Membres.
- Renforcer les capacités humaines et institutionnelles et développer le rôle directeur en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments ; et constituer et maintenir un réseau interactif de praticiens aux niveaux mondial, régional et local.
- Collaborer avec les gouvernements nationaux à la mise sur pied de systèmes nationaux de contrôle des aliments et fournir des outils pour faciliter ce processus ; et soutenir les programmes nationaux et régionaux de lutte contre les maladies d’origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques pour assurer un développement durable de la production alimentaire.

## CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

Cet objectif stratégique sera atteint à condition :

- que l’accès à des aliments sains et une nutrition adéquate soit reconnu comme des droits de l’homme et des conditions préalables nécessaires, voire fondamentales, de la santé et du développement ;
- que les comportements individuels soient soutenus par des systèmes de prévention efficaces et par un environnement propice pour aider la population à faire des choix éclairés par rapport à la malnutrition et à la mauvaise alimentation.

Les principaux facteurs de risque qui pourraient compromettre la réalisation de l’objectif stratégique sont le faible niveau actuel d’investissements humains et financiers et le manque de direction pour l’élaboration et la mise en oeuvre de politiques intégrées et d’interventions efficaces. Faute d’investissements supplémentaires à tous les niveaux, la réalisation de l’objectif sera sérieusement compromise.

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L’ECHELLE DE L’ORGANISATION</b> | 1. Formation de partenariats et d’alliances, développement du leadership et mise en place d’une coordination et de réseaux avec toutes les parties prenantes aux niveaux mondial, régional et des pays, afin de promouvoir la sensibilisation et la communication, d’encourager l’action intersectorielle, d’accroître les investissements en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires, et d’élaborer et de soutenir un programme de recherche. |   |
| <b>INDICATEURS</b>                                      | 1.1 Nombre de pays en développement à faible revenu sélectionnés dotés de mécanismes de coordination fonctionnels et institutionnalisés pour promouvoir les approches et les actions intersectorielles dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, de la sécurité des approvisionnements alimentaires et de la nutrition.   | 1.2 Nombre de pays en développement à faible revenu visés qui ont fait figurer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires dans leurs approches sectorielles, leurs documents stratégiques de réduction de la pauvreté et/ou leurs politiques, plans et budgets de développement, et prévu notamment un mécanisme de financement pour les activités dans le domaine de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments. |



|                                   |   |        |
|-----------------------------------|---|--------|
| <b>BASE</b>                       |   |        |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b> | 30  | 30     |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b> | 50  | 50     |
|                                   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |        |
|                                   | Coûts 2008-2009   | 24 000 |
|                                   | Estimations 2010-2011   | ~ 000  |
|                                   | Estimations 2012-2013   | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b>              | <p><i>Les activités de renforcement des partenariats et du leadership et de sensibilisation et de communication seront mises en oeuvre aux niveaux régional et des pays et seront concentrées sur la période biennale 2008-2009. Le résultat escompté établit les conditions fondamentales de l'instauration de systèmes nationaux intersectoriels efficaces pour la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments pendant toute cette période. Les ressources requises pour 2008-2009 seront utilisées pour organiser des ateliers et des missions sur le terrain, concevoir des programmes conjoints avec d'autres organismes des Nations Unies dans le contexte de la réforme, et élaborer et mettre en oeuvre des stratégies de communication. Pendant les exercices 2010-2011 et 2012-2013, les besoins en ressources devraient être moindres.</i></p> |        |

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <p><b>2.</b> Elaboration et distribution aux Etats Membres de normes – y compris de références, exigences, priorités de recherche, principes directeurs, manuels de formation – pour accroître leur capacité d'évaluer toutes les formes de malnutrition, les zoonoses et les maladies d'origine alimentaire non zoonotiques et y faire face, et promouvoir des habitudes alimentaires saines.</p>   |   |
| <b>INDICATEURS</b>                                      | <p><b>2.1</b> Nombre de normes, principes directeurs et manuels de formation nouveaux en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments produits et distribués aux pays et dans la communauté internationale.</p>  | <p><b>2.2</b> Nombre de normes, principes directeurs, outils et matériels de formation nouveaux concernant la prévention et la prise en charge des maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques.</p> |
| <b>BASE</b>   |  |   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                       | 15   | 3   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                       | 50   | 10  |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>  |   |
|   | Coûts 2008-2009  | 15 000  |
|   | Estimations 2010-2011  | ~ 000   |
|   | Estimations 2012-2013  | ~ 000   |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                    | <p><i>L'action normative de l'OMS concernant les normes alimentaires et nutritionnelles et les recommandations dans ce domaine se poursuivra en 2008-2009 afin de combler les lacunes dans les domaines essentiels tels que les micronutriments et macronutriments (hydrates de carbone et graisses), et de prévenir et de gérer les risques chimiques et microbiologiques. Ces activités exigeront de vastes consultations d'experts à mener en partenariat avec d'autres organismes des Nations Unies. La plupart des ressources seront utilisées au Siège, car le résultat escompté suppose une coopération entre l'OMS et les organes du Codex Alimentarius pour la fourniture d'avis scientifiques, par exemple le Comité mixte OMS/FAO d'experts des Additifs alimentaires, les réunions mixtes FAO/OMS sur les résidus de pesticides et la réunion conjointe FAO/OMS d'experts sur l'évaluation des risques microbiologiques. Des principes directeurs et des outils de formation sur la nutrition et le VIH/SIDA, les interventions nutritionnelles à l'école, la nutrition dans les situations d'urgence, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, la sécurité sanitaire des aliments et la prévention des zoonoses et des maladies transmises par les aliments seront produits. Les ressources requises pour les exercices 2010-2011 et 2012-2013 devraient rester les mêmes, puisque l'action normative est un processus continu.</i></p> |   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <p><b>3.</b> Renforcement du suivi et de la surveillance des besoins et évaluation des interventions dans le domaine de la nutrition et des maladies chroniques liées à l'alimentation et amélioration de l'aptitude à recenser les meilleures options politiques dans les situations stables comme dans les situations de crise humanitaire.</p> |  |
| <b>INDICATEURS</b>                                      | <p><b>3.1</b> Nombre de pays qui ont adopté et mis en oeuvre les normes OMS de croissance de l'enfant.</p>  | <p><b>3.2</b> Nombre de pays qui disposent de données de surveillance représentatives au niveau national sur les principales formes de malnutrition.</p> |
| <b>BASE</b>   |   |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                       | 50  | 100  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                       | 100   | 150  |

|                      |   |
|----------------------|---|
|                      | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |
|                      | Coûts 2008-2009 13 400  |
|                      | Estimations 2010-2011 ~ 000   |
|                      | Estimations 2012-2013 ~ 000   |
| <b>JUSTIFICATION</b> | <i>La plupart des ressources seront utilisées aux niveaux des Régions et des pays. Les ressources requises pour 2008-2009 serviront à organiser des ateliers régionaux, à élaborer des enquêtes nationalement représentatives et à effectuer des missions sur le terrain depuis le Siège et les bureaux régionaux pour aider les pays à évaluer leurs interventions. Il existe un lien étroit entre ce résultat escompté et le précédent, car le suivi, la surveillance et l'évaluation des interventions apportent le soutien nécessaire pour permettre d'intégrer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires dans les approches sectorielles, les documents stratégiques de réduction de la pauvreté et/ou les politiques, plans et budgets de développement. Pendant les périodes biennales 2010-2011 et 2012-2013, les ressources nécessaires devraient être les mêmes étant donné que le suivi et l'évaluation sont des processus continus.</i> |

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>4. Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux Etats Membres visés pour l'élaboration, le renforcement et la mise en oeuvre de plans, de politiques et de programmes nutritionnels visant à améliorer la nutrition sur toute la durée de la vie, dans les situations stables comme dans les situations de crise humanitaire.</b>  |  |  |  |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>4.1</b> Nombre de pays sélectionnés bénéficiant d'un soutien de l'OMS qui ont élaboré et mis en oeuvre au moins 3 des mesures prioritaires recommandées dans la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.  | <b>4.2</b> Nombre de pays sélectionnés bénéficiant d'un soutien de l'OMS qui ont élaboré et mis en oeuvre des stratégies pour lutter contre la malnutrition liée à des carences en micronutriments et la prévenir. | <b>4.3</b> Nombre de pays sélectionnés recevant un soutien de l'OMS qui ont élaboré et mis en oeuvre des stratégies pour promouvoir de bonnes habitudes alimentaires et prévenir les maladies chroniques liées à l'alimentation. | <b>4.4</b> Nombre de pays en développement à faible revenu sélectionnés recevant un soutien de l'OMS qui ont intégré la nutrition dans leurs interventions complètes face au VIH/SIDA et à d'autres épidémies. | <b>4.5</b> Nombre de pays sélectionnés recevant un soutien de l'OMS qui ont renforcé leur préparation et l'organisation des secours en cas d'urgences nutritionnelles. |
| <b>BASE</b>   |  |  |  |  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 30   | 30   | 30   | 35   | 15   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 50   | 50   | 50   | 50   | 40   |
|   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>  |  |  |  |  |
|   | Coûts 2008-2009 29 900   |  |  |  |  |
|   | Estimations 2010-2011 ~ 000  |  |  |  |  |
|   | Estimations 2012-2013 ~ 000  |  |  |  |  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>La plupart des ressources seront utilisées aux niveaux régional et des pays. La présence de l'OMS à ces niveaux de l'Organisation pour ce qui est de la nutrition et de la sécurité sanitaire des aliments sera également substantiellement renforcée. En 2008-2009, les ressources seront utilisées pour doter du personnel voulu les bureaux régionaux, sous-régionaux et de pays et pour soutenir la mise en oeuvre d'interventions nutritionnelles conformément aux besoins et aux demandes des pays. Pendant les périodes biennales 2010-2011 et 2012-2013, le montant de ressources nécessaires devrait légèrement diminuer. Le renforcement des programmes de pays pourrait entraîner une réduction de la demande de soutien technique direct.</i> |  |  |  |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>5. Renforcement des systèmes de surveillance, de prévention et de lutte pour les maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et intégration dans les systèmes nationaux de surveillance existants de programmes de surveillance et d'évaluation des risques alimentaires, les résultats étant diffusés aux principaux intervenants.</b> |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>5.1</b> Nombre de pays qui ont établi/renforcé une collaboration intersectorielle pour les zoonoses d'origine alimentaire : prévention, lutte et surveillance.  | <b>5.2</b> Nombre de pays qui ont mis en place/renforcé des programmes pour la lutte contre au moins une grande zoonose d'origine alimentaire. |
| <b>BASE</b>   |  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 20   | 50   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 40   | 70   |

|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>20 400</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 20 400 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
|---|---|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 20 400  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>La plupart des ressources seront utilisées aux niveaux des Régions et des pays. Les ressources requises pour l'exercice 2008-2009 seront utilisées pour développer encore les activités liées au réseau mondial Salm-Surv afin de développer les capacités nationales et régionales de surveillance, de prévention et de lutte pour les maladies d'origine alimentaire et les zoonoses. Ce résultat escompté ainsi que le deuxième sont liés étant donné que le suivi et la surveillance des interventions sont des activités d'appui essentielles pour renforcer les systèmes de sécurité sanitaire des aliments. Pendant les périodes biennales 2010-2011 et 2012-2013, les besoins en ressources devraient rester les mêmes étant donné que la surveillance et la lutte contre les zoonoses et les maladies d'origine alimentaire sont des processus continus.</i></p> |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <p><b>6.</b> Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux pays, y compris pour leur participation à l'élaboration de normes au niveau international afin d'accroître leur capacité d'évaluation des risques dans le domaine des maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et de la sécurité sanitaire des aliments, et pour élaborer et mettre sur pied des systèmes nationaux de contrôle des aliments reliés à des systèmes d'urgence internationaux.</p>  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>INDICATEURS</b>  | <p><b>6.1</b> Nombre de pays sélectionnés recevant un soutien pour participer à des activités normatives internationales liées à l'alimentation, telles que celles de la Commission du Codex Alimentarius.</p>  | <p><b>6.2</b> Nombre de pays sélectionnés recevant un soutien de l'OMS qui ont mis sur pied des systèmes nationaux de sécurité sanitaire des aliments et de suivi des situations d'urgence pour les zoonoses d'origine alimentaire comportant des liens internationaux.</p> |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 90  | 0   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 110   | 50  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>24 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 24 000 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 24 000  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>La plupart des ressources seront utilisées pour soutenir la participation des pays aux activités normatives internationales et développer des systèmes efficaces de sécurité sanitaire des aliments, ainsi que des systèmes nutritionnels et de santé vétérinaire. Les ressources requises pendant la période biennale pour soutenir la participation aux activités normatives seront progressivement réduites, car davantage de pays devraient pouvoir alors s'autofinancer. Les ressources nécessaires au renforcement des systèmes devraient rester les mêmes conformément au niveau prévu.</i></p>  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

## OBJECTIF STRATEGIQUE 10

### Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.

#### Portée

Les activités entreprises au titre de cet objectif stratégique amélioreront l'action des systèmes de santé face aux besoins et aux demandes des populations. Elles s'appuient sur les principes des soins de santé primaires et de la santé pour tous, et la volonté de réduire les inégalités d'accès et l'exclusion des bienfaits des soins de santé.

Les activités visent à étendre équitablement l'accès à l'ensemble des services requis pour améliorer les résultats sanitaires et répondre aux demandes légitimes de soins, en veillant à ce que l'action des services corresponde aux besoins et aux demandes, en renforçant le potentiel d'organisation et de gestion des établissements et des réseaux de prestataires, et en renforçant une demande éclairée ; et elles couvrent l'organisation et la gestion de tous les services de santé personnels et axés sur la population – dispensateurs particuliers, établissements et réseaux de prestataires ; publics, privés et volontaires ; à tous les niveaux, des services communautaires aux hôpitaux tertiaires et aux services spécialisés.

Les activités visent à promouvoir tous les aspects de la prestation des services liés à la qualité : attention centrée sur les patients et la communauté, réactivité, continuité des soins, et sécurité, efficacité et utilisation rationnelle ; à pallier la fragmentation due à la multiplication des programmes et initiatives axés sur une maladie particulière, par des moyens adaptés aux conditions et aux priorités locales et nationales ; et à anticiper l'influence qu'auront les innovations technologiques, les besoins changeants et l'évolution de la demande sur la prestation des services.

#### Indicateurs et cibles

La mesure ultime du succès des services de santé est l'amélioration des résultats sanitaires, comme en témoigne la réalisation d'autres objectifs. On évaluera les progrès accomplis au titre de cet objectif d'après le nombre des pays qui peuvent faire état d'avancées dans cinq directions principales :

- extension de la couverture ;
- réduction de l'exclusion et des inégalités d'accès ;
- augmentation de la productivité et de l'efficacité des services de santé ;
- amélioration de la réactivité face aux attentes légitimes ; et
- amélioration de la conformité aux normes applicables aux services, à la qualité et à la sécurité.

#### Liens avec d'autres objectifs stratégiques

Les activités au titre de cet objectif stratégique sont liées à plusieurs autres objectifs stratégiques :

- elles sont à la base de la réussite de tous les objectifs stratégiques liés à la réalisation de certains résultats sanitaires, principalement les objectifs stratégiques 1-4. Ces objectifs concernent directement la prestation de services par le biais de la conception et de la mise en oeuvre d'interventions spécifiques ;
- elles intègrent les résultats au titre de l'objectif stratégique 7 – en particulier pour ce qui est de l'équité, des politiques de santé en faveur des pauvres et de la réalisation progressive du droit à la santé – dans la prestation des services ;
- elles complètent les activités au titre de l'objectif stratégique 5, qui concerne les conditions particulières de la prestation des services dans les Etats fragiles ;
- elles dépendent des progrès au titre des objectifs stratégiques 13 et 14, et en particulier des progrès au titre de l'objectif stratégique 11, qui concerne les données factuelles, l'information et la gouvernance du système de santé ; et
- elles sont en lien avec l'objectif stratégique 15 sur l'encadrement, le renforcement de la gouvernance et les moyens d'encourager les partenariats et la collaboration avec les pays pour la mise en oeuvre du mandat de l'OMS.

**PROBLEMES ET ENJEUX**

Dans trop de pays, les gens sont privés de soins alors qu'ils en ont besoin parce que : i) les services existent mais sont inaccessibles, inadaptés, de mauvaise qualité ou d'un coût inabordable ; ii) les services, le personnel et les fournitures manquent ou sont en nombre insuffisant ; iii) l'exclusion sociale prive les personnes ou les groupes de l'accès aux services dont ils ont besoin ; et/ou iv) les prestataires ne tiennent pas compte de l'attitude des personnes qui consultent.

Des fonds sont souvent consacrés à l'obtention de résultats sanitaires liés à une maladie spécifique, mais de nombreuses interventions sont mises en oeuvre par le même groupe - souvent limité - d'agents et d'établissements de santé. Le mode d'organisation et de gestion des services affecte l'accès ; détermine la mesure dans laquelle la couverture des services est réellement favorable aux pauvres ou équitable ; et influe sur l'amélioration des résultats sanitaires.

De nombreux services sont dispensés dans des conditions instables et changeantes. Dans les pays où existe une certaine forme de décentralisation, les rôles et les relations entre le centre et les autres niveaux changent. Le ministère central de la santé peut être amené à commander des services et confier des tâches à des établissements du secteur public comme du secteur privé.

S'il n'existe pas un modèle universel unique pour organiser la prestation des services, certains principes sont bien établis. Premièrement, l'attention doit porter autant sur la demande que sur la prestation des services : les particuliers et les communautés doivent avoir des connaissances suffisantes pour utiliser les services lorsqu'ils en ont besoin, mais ils ne doivent pas être découragés par des obstacles culturels, sociaux ou financiers. Deuxièmement, il est important de tenir compte de tout l'ensemble des dispensateurs, pas seulement de ceux qui relèvent du secteur public. Les administrateurs du secteur public doivent comprendre différents dispensateurs non étatiques et collaborer avec eux pour résoudre les problèmes de qualité, d'efficacité et de coût, et tirer le meilleur parti de toute contribution potentielle à l'appui de la réalisation des objectifs de santé publique. Troisièmement, il est de plus en plus nécessaire de veiller à ce que les services soient proches des usagers, et d'éviter tout double emploi et toute fragmentation inutile.

La formation - aux tâches cliniques, gestionnaires ou d'appui - est nécessaire mais généralement insuffisante pour améliorer la qualité. Qu'ils relèvent ou non du secteur public, tous les administrateurs sont appelés à résoudre des problèmes liés au volume et à la couverture des services, à l'allocation et à l'utilisation rationnelle des ressources (personnel, budgets, médicaments, matériel), et à traiter avec différents partenaires et acteurs concernés. Pour bien s'acquitter de ces tâches, ils doivent disposer d'informations de qualité, de systèmes de soutien opérationnels, et d'une autonomie gestionnaire suffisante pour encourager la prise des décisions et l'innovation au niveau local ; en même temps, il faut que des mécanismes leur permettant de rendre compte de leur action aient été mis en place.

**APPROCHES STRATEGIQUES**

Pour réaliser cet objectif, les Etats Membres devront établir des mécanismes, des procédures et des mesures d'incitation qui encouragent tous les acteurs concernés - et notamment les prestataires publics et non étatiques et les associations de dispensateurs - à collaborer pour améliorer la prestation des services et éliminer l'exclusion de l'accès aux soins. Les Etats Membres devront déployer des efforts importants pour améliorer leurs pratiques en matière d'organisation et de gestion, instaurer des mécanismes pour assurer une synergie entre les dispensateurs publics et non étatiques, intégrer des programmes axés sur une maladie spécifique dans les services de santé généraux, et s'attacher à obtenir des améliorations visibles dans la prestation de leurs services.

Le Secrétariat de l'OMS, par son appui aux Etats Membres, s'attachera à :

- Maintenir une approche particulière à chaque pays, et reconnaître que les services et les systèmes de santé reflètent d'ordinaire les problèmes plus généraux des sociétés dont ils font partie ; le soutien et les conseils fournis aux Etats Membres doivent tenir compte du contexte politique, culturel et social dans lequel s'inscrit le renforcement des services de santé, et notamment de la possibilité de donner aux familles et aux communautés les moyens de mieux tirer parti des services de santé, pour la promotion, la prévention et les traitements.
- Faciliter l'instauration de mécanismes permettant de tirer un enseignement de l'expérience d'autrui et de diffuser les meilleures pratiques ; en l'absence d'un modèle universel unique pour la prestation des services, il incombe à l'OMS de faciliter cet apprentissage et ces échanges, en particulier concernant les modèles innovants pour élargir l'accès et améliorer la qualité des services de santé.
- Favoriser le dialogue entre dispensateurs publics et non étatiques, pour encourager une meilleure connaissance mutuelle et, de ce fait, des politiques et des approches plus éclairées pour réaliser les objectifs de santé publique. L'OMS rassemblera et évaluera les données factuelles sur divers modèles possibles de prestation des services pour assurer que les conseils et l'appui aux Etats Membres sont étayés par des données factuelles.
- Evaluer les effets potentiels des nouvelles technologies - telle la télémédecine - en particulier dans la mesure où elles peuvent améliorer l'efficacité ou la couverture des services là où les ressources manquent, et aider les Etats Membres à préparer l'avenir.
- Appliquer sa fonction normative aux activités liées à la prestation des services ; notamment par la définition de normes applicables aux services, de stratégies de mesure et d'autres méthodes pour assurer la qualité.

### CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

La réussite du renforcement de la prestation des services passe par une stabilité économique, sociale et politique minimale. Il est néanmoins important de reconnaître que ces conditions, dans de nombreux pays à faible revenu, ne sont pas réunies. Une synergie étroite avec les activités au titre de l'objectif stratégique 5 est donc indispensable.

L'augmentation des fonds alloués à la santé par des sources extérieures privilégie pour une large part la réalisation de résultats liés à une maladie spécifique (en particulier pour ce qui est du SIDA). La mise en oeuvre des programmes risque donc de renforcer des programmes verticaux distincts. Si certaines fonctions doivent être appliquées séparément, il est important que la prestation des services, comme il est indiqué précédemment, soit globalement confiée à un unique réseau de prestataires.

L'objectif qui consiste à réduire l'exclusion pourrait être compromis si les gouvernements focalisent leur attention sur le seul réseau public. Il existe aussi un risque de voir l'attention focalisée sur les soins primaires et de premier contact, sans qu'aucune mesure ne soit prise pour pallier les inégalités et le manque d'efficacité dans le secteur hospitalier.

| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 1. Les politiques relatives à la prestation des services et leur mise en oeuvre dans les Etats Membres tiennent de plus en plus compte des normes, des meilleures pratiques et des principes d'égalité approuvés par l'OMS ou élaborés avec son soutien.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|--|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                       | Proportion des pays qui témoignent d'une amélioration des résultats des services de santé dans les principaux domaines suivants :<br><ul style="list-style-type: none"> <li>– élargissement de la couverture et de l'accès ;</li> <li>– réduction de l'exclusion ;</li> <li>– augmentation de la productivité et de l'efficacité ;</li> <li>– amélioration de la réactivité ; et</li> <li>– conformité accrue avec les normes applicables aux services, à la qualité et à la sécurité.</li> </ul> |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | Augmentation de 10 % par rapport à la base.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | Augmentation de 25 %.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">45 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 45 000 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                 |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009  | 45 000  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                    | ~ 000   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                    | ~ 000   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     | <i>L'augmentation des ressources nécessaires est due à l'accent accru mis dans le programme général de travail sur les systèmes de santé et, vu l'augmentation des capacités de l'OMS notamment dans les pays et au niveau régional, on prévoit que le niveau de soutien augmentera sensiblement. Le plafonnement en 2012-2013 tient au fait que le potentiel de croissance du budget de l'OMS est généralement considéré comme limité.</i>   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 2. Renforcement des capacités organisationnelles et gestionnaires des établissements et des réseaux qui assurent la prestation de services dans les Etats Membres en vue d'améliorer la prestation des services.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|--|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                       | Proportion des pays qui témoignent de progrès dans la reconnaissance et la correction du manque de capacités organisationnelles et gestionnaires dans leurs établissements et leurs réseaux.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | Augmentation de 10 % par rapport à la base.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | Augmentation de 25 %.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">32 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 32 000 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                 |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009  | 32 000  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                    | ~ 000   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                    | ~ 000   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     | <i>L'augmentation des ressources nécessaires est due à l'accent accru mis dans le programme général de travail sur les systèmes de santé et, vu l'augmentation des capacités de l'OMS notamment dans les pays et au niveau régional, on prévoit que le niveau de soutien augmentera sensiblement. Le plafonnement en 2012-2013 tient au fait que le potentiel de croissance du budget de l'OMS est généralement considéré comme limité.</i> |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 3. Mécanismes et systèmes de réglementation mis en place dans les Etats Membres pour assurer une collaboration et une synergie entre les systèmes de prestation de services publics et non étatiques conduisant à l'amélioration générale de la prestation des services.  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                      | Proportion des pays témoignant d'une amélioration de leurs capacités de réglementation.   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                       | Augmentation de 10 % par rapport à la base.   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                       | Augmentation de 25 %.   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">25 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 25 000 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 25 000  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                   | ~ 000   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                   | ~ 000   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                    | <i>L'augmentation des ressources nécessaires est due à l'accent accru mis dans le programme général de travail sur les systèmes de santé et, vu l'augmentation des capacités de l'OMS notamment dans les pays et au niveau régional, on prévoit que le niveau de soutien augmentera sensiblement. Le plafonnement en 2012-2013 tient au fait que le potentiel de croissance du budget de l'OMS est généralement considéré comme limité.</i>   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 4. Changements stratégiques, structurels et gestionnaires opérés dans l'architecture des services de santé des Etats Membres pour assurer l'intégration des programmes axés sur une maladie spécifique dans les services de santé généraux pour améliorer la prestation des services de santé dans son ensemble.  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                      | 1. Proportion des partenariats mondiaux axés sur une maladie spécifique qui respectent les principes relatifs aux meilleures pratiques recommandés par le Forum de haut niveau et le <i>Rapport sur la santé dans le monde, 2006</i> .  | 2. Proportion des pays qui réduisent le manque d'efficacité dû à la fragmentation des programmes. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                       | Augmentation de 50 %.   | Augmentation de 10 %.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                       | Augmentation de 100 %.  | Augmentation de 25 %.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">42 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 42 000 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 42 000  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                   | ~ 000   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                   | ~ 000   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                    | <i>L'augmentation des ressources nécessaires est due à l'accent accru mis dans le programme général de travail sur les systèmes de santé et, vu l'augmentation des capacités de l'OMS notamment dans les pays et au niveau régional, on prévoit que le niveau de soutien augmentera sensiblement. Le plafonnement en 2012-2013 tient au fait que le potentiel de croissance du budget de l'OMS est généralement considéré comme limité.</i>   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

## OBJECTIF STRATEGIQUE 11

### Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.

#### Portée

Les activités à entreprendre au titre de cet objectif stratégique couvrent les responsabilités et fonctions que suppose l'administration des systèmes de santé, c'est-à-dire l'encadrement, la gouvernance et la direction des systèmes (autrement dit leur organisation générale). Elles couvrent aussi l'acquisition d'informations utiles aux systèmes de santé grâce à la recherche, au recueil de données et d'éléments d'appréciation et à la gestion des connaissances, qui tous sont indispensables à l'élaboration des politiques et aux opérations de mise en oeuvre.

Les responsabilités et fonctions que suppose l'administration des systèmes de santé consistent à : mener et guider l'élaboration et l'application des politiques ; mieux mettre en pratique le savoir acquis ; optimiser la répartition et l'utilisation des ressources, y compris en coopérant avec des organismes extérieurs dans les domaines financier et autres ; renforcer la collaboration entre instances gouvernementales et avec d'autres acteurs et parties intéressées ; veiller à l'harmonisation, l'alignement et la correspondance des politiques avec la structure et la culture organisationnelles ; fixer des règles équitables ; réglementer la conduite des acteurs et parties intéressées ; et mettre en place des mécanismes efficaces de responsabilisation et de transparence.

Pour acquérir les informations qui aideront à administrer les systèmes de santé au niveau des pays et au niveau mondial, il faut suivre l'évolution de la situation sanitaire, en apprécier les tendances et contrôler la performance des systèmes de santé ; fixer les priorités de la recherche et encourager la collecte, l'exploitation et la diffusion d'informations utiles ; fixer des normes et des critères pour la production d'informations, promouvoir et surveiller leur application ; et élaborer, en s'appuyant sur des bases factuelles, des options de politique conformes à l'éthique.

#### Indicateurs et cibles

Données sur les pays indiquant une amélioration de la gouvernance des systèmes de santé, y compris :

- moins d'exclusion et d'inégalités dans l'accès aux services ;
- une meilleure performance des instances et mécanismes de réglementation au sein du système de santé ;
- l'amélioration des mécanismes grâce auxquels l'action gouvernementale dans d'autres secteurs a une influence sur la santé, y compris par l'évaluation de l'impact sanitaire et de l'impact des systèmes de santé ;
- une meilleure répartition des responsabilités entre les différentes instances gouvernementales, les différents niveaux du système de santé et les secteurs public et privé ; et
- de meilleures dispositions pour la responsabilisation et la transparence.

Des stratégies permettant d'apprécier ces différents aspects de la performance sont en cours d'élaboration, l'idée étant de faire apparaître les progrès dans les pays plutôt que de comparer les résultats des pays à des normes universelles.

Réduction sensible de l'écart entre savoir et pratique, y compris une réduction de 25 % du déséquilibre 10/90 du financement de la recherche en santé, et accès plus équitable aux connaissances et aux données dans le domaine de la santé.

Plus grande disponibilité et utilisation plus large de données et statistiques sanitaires fiables au niveau mondial, au niveau régional et au niveau des pays : les systèmes d'information sanitaire d'au moins deux tiers des pays sont conformes aux normes reconnues au niveau international.

#### Liens avec d'autres objectifs stratégiques

Les activités relevant de cet objectif stratégique sont étroitement liées à d'autres objectifs stratégiques :

- elles sous-tendent tous les objectifs stratégiques qui consistent à atteindre des résultats sanitaires particuliers, principalement les objectifs 1 à 4 ;
- elles complètent les activités relevant de l'objectif stratégique 5, qui traite du renforcement de la capacité gouvernementale et institutionnelle à organiser les systèmes de santé dans le cas particulier des Etats fragiles ;
- elles offrent aussi la possibilité d'une étroite collaboration avec la composante bases factuelles de tous les objectifs stratégiques relatifs à la santé et à la maladie ; et
- elles vont dans le sens de l'objectif stratégique 7, relatif à l'équité, et sont reliées aux autres objectifs stratégiques qui concernent les systèmes de santé, à savoir les objectifs 10 et 12 à 14.



**PROBLEMES ET ENJEUX**

L'expérience montre que pour administrer les systèmes de santé au nom des citoyens et dans leur intérêt, il faut un cadre conceptuel, une direction et des politiques qui maintiennent un équilibre entre les multiples exigences auxquelles doivent répondre les systèmes de santé ; mais il faut surtout un ensemble complexe de moyens institutionnels qui n'existent qu'en partie. Beaucoup de pays :

- N'ont pas les capacités suffisantes pour formuler des objectifs de politique générale et des stratégies claires qui correspondent aux besoins des systèmes de santé, s'appuient sur des données scientifiques et soient compatibles avec les valeurs culturelles et sociales des populations concernées.
- Ont du mal, du fait, parfois, que les fonds extérieurs sont à objet désigné, à concilier les besoins en ressources des différents services et programmes, à décider de leur organisation de façon à faire le meilleur usage possible des ressources et à assurer les fonctions essentielles de santé publique, bien qu'il existe des données, certes limitées, sur les solutions efficaces.
- Manquent de moyens au sein des ministères de la santé pour traiter avec le nombre croissant de partenaires et de réseaux qui interviennent dans le financement et la mise en oeuvre : organismes publics (ministères des finances et de la planification, assemblées législatives, etc.), organisations internationales, organisations multilatérales, bilatérales et non gouvernementales, et divers types d'entreprises privées et d'organisations de la société civile.
- N'ont pas les mécanismes de réglementation et mécanismes législatifs nécessaires pour faire en sorte que toutes les parties intéressées adoptent une conduite socialement responsable, que les règles soient équitables pour tous et que les stratégies appliquées permettent d'atteindre les objectifs de la politique.
- Manquent de mécanismes pour coopérer utilement avec les secteurs qui ont une influence sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.
- Manquent de mécanismes et d'informations pour garantir responsabilité et transparence.
- N'ont pas assez de moyens pour mener à bien des recherches en santé utiles au niveau national, y compris des recherches sur les systèmes de santé, pour créer et tenir à jour des systèmes d'information sanitaire fiables et pour utiliser les résultats de la recherche dans la politique et la pratique ; ont du mal à trouver un équilibre entre la nécessité de répondre à la demande internationale d'informations sanitaires et leur propre besoin d'informations et de connaissances.

**APPROCHES STRATEGIQUES**

Pour atteindre cet objectif, les Etats Membres devront mettre en place des structures et des processus faisant intervenir toute une série d'acteurs pour déterminer comment le secteur de la santé doit fonctionner et comment l'administrer. Les ministères de la santé adopteront des réglementations, normes et mesures incitatives facilement applicables qui offrent des conditions équitables à tous les acteurs du système de santé. Ils devront aussi créer des mécanismes pour mieux gérer les échanges avec les multiples partenaires. A mesure que les structures étatiques se décentralisent pour être plus proches des communautés locales, il faudra s'efforcer d'instaurer et de promouvoir des mécanismes de responsabilisation afin que les priorités fixées au niveau national soient respectées.

Pour un meilleur système de justification de l'action menée, il faut adopter pour pratiques d'investir dans l'information et le recueil de données, d'agir sur leur base et de créer des systèmes d'information sanitaire opérationnels (rapidité, fiabilité, pertinence). L'acquisition et le développement des moyens nécessaires pour mener à bien des recherches en santé utiles au plan national, y compris des recherches sur les systèmes de santé, pour créer et tenir à jour des systèmes d'information sanitaire fiables et utiliser les résultats de la recherche dans la politique et la pratique seront indispensables, comme le seront les réseaux de cybersanté, pour que le bon type d'informations parvienne à ceux qui en ont besoin (responsables politiques, administrateurs, praticiens, partenaires dans les activités de développement et grand public) et facilite ainsi la prise de décision et le contrôle de la performance dans tout le système de santé.

Le soutien du Secrétariat de l'OMS aux Etats Membres consistera notamment à :

- continuer d'apporter un appui aux pays en tenant compte du contexte politique, culturel et social dans lequel s'inscrit le renforcement des fonctions de gouvernance ;
- contribuer à renforcer la capacité des ministères de la santé à élaborer des politiques dans le secteur de la santé qui cadrent avec les politiques nationales de développement et à affecter les ressources conformément aux objectifs de la politique ;
- concourir à la création de systèmes d'information nationaux qui génèrent, analysent et utilisent des informations fiables à partir de données obtenues en population (enquêtes, statistiques d'état civil) et à partir de données cliniques et administratives, en collaborant avec les partenaires (institutions des Nations Unies, autres organismes et Réseau de métrologie sanitaire, par exemple) ;
- contribuer à développer la capacité nationale de mener à bien des recherches utiles aux décideurs et synthétiser l'expérience acquise par les pays, afin de donner des conseils fondés sur des bases factuelles en collaboration avec les partenaires et l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé ;

- donner des conseils valables au niveau mondial concernant l'affectation des ressources destinées au secteur de la santé en s'appuyant sur la synthèse et l'analyse des données nationales, régionales et mondiales, y compris grâce à des bases de données exhaustives ; les groupes d'experts internationaux joueront un rôle déterminant, y compris le Comité consultatif de la Recherche en Santé et le Comité consultatif des Statistiques et Données sanitaires ;
- faciliter l'échange et la diffusion de connaissances et de données d'expérience au sein des pays et entre pays, et élargir l'accès à l'information et au savoir ; et
- réduire l'écart entre savoir et pratique dans le domaine de la santé à l'échelle mondiale, en faisant la synthèse de l'expérience acquise, en faisant connaître les meilleures pratiques, en créant un environnement propice à l'acquisition, à l'échange et à l'exploitation des connaissances pour améliorer la santé ; et contribuer à combler le fossé entre pays riches et pays pauvres en matière d'information, y compris grâce à des programmes internationaux comme l'Observatoire mondial de la cybersanté.

### CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

Cet objectif stratégique sera atteint à condition :

- qu'il soit généralement admis que l'Etat est responsable de la santé de l'ensemble de la population ;
- que les partenaires extérieurs qui interviennent dans le financement et la mise en oeuvre changent de méthodes, y compris en donnant effet aux principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, de façon à soutenir, plutôt que de les compromettre, les initiatives prises par les pays pour renforcer la gouvernance/l'organisation générale ;
- que soient créés des partenariats efficaces et que les parties intéressées participent aux niveaux national, régional et mondial ; les organismes internationaux et régionaux qui investissent dans l'information et un certain nombre de donateurs bilatéraux jouent un rôle particulièrement important ;
- que s'améliorent la gouvernance et la gestion stratégique du développement en général, et non pas seulement dans le secteur de la santé ; et
- que les pays et leurs partenaires dans les activités de développement se fondent de plus en plus sur des bases factuelles pour affecter les ressources.

Les facteurs suivants pourraient compromettre la réalisation de l'objectif stratégique :

- le manque d'investissements internationaux et nationaux dans ce domaine ;
- le manque de coordination et d'harmonisation entre les principaux partenaires internationaux ; et
- la propension à investir dans des solutions à court terme.

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 1. Les pays auront plus de moyens et suivront de meilleures pratiques aux niveaux national et local en ce qui concerne l'élaboration de la politique du secteur de la santé, la réglementation, la planification stratégique, la mise en oeuvre de réformes, la coordination intersectorielle et interinstitutionnelle. |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 1.1 Potentiel et pratiques des pays aux niveaux national et local en ce qui concerne l'élaboration de la politique du secteur de la santé, la réglementation, la planification stratégique, la mise en oeuvre de réformes et la coordination interinstitutionnelle.   | 1.2 Proportion de pays où l'évaluation de l'impact sur la santé est institutionnalisée. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | Augmentation de 10 % par rapport à la base de 2006.   | Augmentation de 10 % par rapport à 2006.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | Augmentation de 25 %.   | Augmentation de 20 %.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>21 787</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>                            |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 21 787 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 21 787  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 2. Meilleure coordination de l'assistance fournie par les donateurs au niveau mondial et au niveau des pays afin d'atteindre les cibles de développement des systèmes de santé nationaux et les objectifs sanitaires mondiaux.   |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
|--|--|--|--------------------------|--|-----------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 2.1 Proportion de pays où les principaux donateurs du secteur de la santé ont harmonisé leur action avec les systèmes gouvernementaux.   | 2.2 Proportion de priorités sanitaires qui ne sont pas suffisamment financées. |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>  |  |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | Augmentation de 20 % par rapport à 2006.   | Diminution de 15 % par rapport à la base de 2006.                              |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | Augmentation de 30 %.  | Diminution de 25 %.  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
|  | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">4 387</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 4 387 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                 |  |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009  | 4 387  |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                    | ~ 000  |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                    | ~ 000  |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     |  |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 3. Contribuer à renforcer les systèmes d'information sanitaire des pays de sorte qu'ils fournissent et utilisent en temps voulu des informations de qualité utiles pour suivre les problèmes et programmes de santé locaux et pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des grands objectifs internationaux.   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|--|---|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 3.1 Proportion de pays à revenu faible ou moyen ayant des systèmes d'information sanitaire conformes aux normes internationales fixées par l'OMS et le Réseau de métrologie sanitaire.  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 35 %  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 66 %  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|  | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">49 686</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 49 686 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                 |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009  | 49 686  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                    | ~ 000   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                    | ~ 000   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 4. Contribuer à l'acquisition de connaissances et de données plus utiles pour la prise de décision dans le domaine de la santé en synthétisant et en publiant les éléments d'information existants, en facilitant la production d'informations dans les domaines prioritaires et le leadership mondial dans la recherche en santé, et en garantissant une conduite conforme à l'éthique.  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|--|---|---|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 4.1 Utilisation et qualité, dans l'ensemble de l'OMS, des bases de données et de statistiques essentielles concernant tous les problèmes de santé hautement prioritaires.   | 4.2 Nombre de pays où l'OMS apporte un soutien indispensable à l'acquisition et à l'utilisation d'informations et de connaissances, y compris à la collecte de données de base et à la promotion de références telles que la CIM. | 4.3 Engagement et poursuite de recherches aux niveaux mondial et régional pour trouver des mécanismes efficaces de coordination et de direction dans le domaine de la santé, CCRS compris. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>  |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | Recueil de statistiques sanitaires récentes pour 80 % des Etats Membres.  | 30  | Pratiques de recherche pertinentes et conformes à l'éthique (à définir).   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | Comme en 2009.  | 45  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|  | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">26 187</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |   |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 26 187 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                 |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009  | 26 187  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                    | ~ 000   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                    | ~ 000   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 5. Renforcement du potentiel national de recherche en santé pour le développement des systèmes de santé dans le contexte de la recherche régionale et internationale et avec la participation de la société civile.  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|--|--|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                       | <b>5.1</b> Proportion de pays à revenu faible ou moyen dont les systèmes de santé sont conformes aux normes minimales fixées au niveau international (à définir).  | <b>5.2</b> Pays qui, conformément à l'engagement pris au Sommet de Mexico, consacrent au moins 2 % de leur budget santé à la recherche. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 25 %   | Augmentation de 10 % par rapport à la base.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 50 %   | Augmentation de 25 %.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>26 987</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 26 987 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                 |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009  | 26 987   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                    | ~ 000  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                    | ~ 000  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 6. Gestion des connaissances, recueil de données probantes et élaboration de politiques et stratégies en matière de cybersanté pour renforcer les systèmes de santé.   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|--|--|--|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                       | <b>6.1</b> Nombre de pays (ministères de la santé et écoles de santé publique) qui adoptent des stratégies de gestion des connaissances pour combler l'écart entre savoir et pratique.   | <b>6.2</b> Nombre de pays à revenu faible ou moyen qui ont accès aux informations et aux connaissances scientifiques essentielles. | <b>6.3</b> Proportion de pays qui ont des structures et des services de cybersanté fondés sur des bases factuelles. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>  |  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 30   | 90   | 30 %  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 70   | 120  | 75 %  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>32 286</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |  |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 32 286 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                 |  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009  | 32 286   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                    | ~ 000  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                    | ~ 000  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     |  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 12****Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation.****Portée**

Les produits médicaux englobent les médicaments, les vaccins, le sang et les produits sanguins, les cellules et tissus d'origine principalement humaine, les produits biotechnologiques, les remèdes traditionnels et les dispositifs médicaux. Les technologies englobent les tests diagnostiques, l'imagerie et les tests de laboratoire. Les activités à entreprendre au titre de cet objectif stratégique consisteront à rendre l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels de qualité garantie (sécurité, efficacité et rapport coût/avantages) plus équitable (disponibilité, prix et accessibilité économique) et à faire en sorte qu'ils soient utilisés de façon plus rationnelle et plus rentable. Les éléments à privilégier pour le bon usage des produits et technologies sont la sélection sur la base de données probantes ; l'information du prescripteur et du patient ; les procédures diagnostiques, cliniques et chirurgicales adéquates ; les politiques en matière de vaccination ; les systèmes d'approvisionnement, les modalités de délivrance et la sécurité des injections ; et les transfusions sanguines. L'information englobe les directives cliniques, l'information indépendante sur les produits et la promotion conforme à l'éthique.

**Indicateurs et cibles**

- En 2013, 50 pays reconnaissent dans leur constitution ou dans leur législation que l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels est indispensable à l'exercice du droit à la santé.
- Disponibilité et rapport médian du prix à la consommation d'un panier de 30 médicaments génériques essentiels entre le secteur public, le secteur privé et le secteur des ONG :
  - 1) disponibilité de 80 % dans tous les secteurs ; et
  - 2) rapport médian du prix à la consommation des médicaments génériques moins de 4 fois supérieur au prix sur le marché mondial des génériques.
- Phase de développement des moyens nationaux de réglementation : à définir.
- Proportion de vaccins utilisés pour les programmes de vaccination des enfants dont la qualité est garantie : 100 % d'ici 2013.
- Pourcentage d'ordonnances conformes aux directives cliniques nationales et institutionnelles : 70 % d'ici 2013.

**Liens avec d'autres objectifs stratégiques**

Cet objectif stratégique est étroitement lié aux cinq objectifs axés sur les résultats sanitaires (objectifs stratégiques 1 à 5), dont aucun ne peut être atteint sans vaccins, médicaments et technologies de la santé. En ce qui concerne l'accès, les activités relevant de cet objectif stratégique porteront sur des éléments « horizontaux » comme les systèmes complets d'approvisionnement, les enquêtes sur les prix et les politiques nationales de tarification. Concernant le soutien dans les domaines de la qualité et de la réglementation, toutes les activités de l'OMS sont regroupées sous cet objectif stratégique. Les activités concernant l'usage rationnel porteront sur des questions d'ordre général comme la sélection des médicaments essentiels sur la base de données probantes, l'élaboration de directives cliniques, la sécurité des patients, l'observance des traitements à longue échéance et la résistance aux antimicrobiens.

Les activités relevant de cet objectif stratégique contribuent également à la prestation des services de santé (objectif stratégique 10), à la bonne gouvernance (objectif stratégique 7) et à la politique publique mondiale (objectif stratégique 15). Le financement durable des produits et technologies, dont l'accès dépend, relève de l'objectif stratégique 14.

**PROBLEMES ET ENJEUX**

Les soins de santé primaires, les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et les nouveaux mécanismes mondiaux de financement dépendent entièrement de l'existence de médicaments, vaccins et technologies de la santé de qualité garantie. Dans les Etats Membres, la moitié environ des dépenses de santé sont consacrées aux produits médicaux, mais quelque 27 000 personnes meurent chaque jour parce qu'elles n'ont pas accès aux médicaments essentiels. Pour beaucoup de médicaments essentiels, il n'existe pas de forme pédiatrique. Les forces du marché international n'incitent pas à développer de nouveaux produits contre les maladies de la pauvreté, les accords commerciaux internationaux rendent les futurs médicaments essentiels trop chers pour la plupart de ceux qui en auraient besoin et la mondialisation entraîne une augmentation sans précédent du nombre de produits médicaux contrefaits. Il n'y a pas de contrôle de l'innocuité des nouveaux médicaments contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme dans les zones mêmes où ils sont destinés à être le plus utilisés.

Les technologies et produits médicaux ne permettent de sauver des vies, de soulager les souffrances et d'améliorer la santé que s'ils sont de bonne qualité, sûrs, efficaces, disponibles, acceptables, financièrement abordables et correctement utilisés par les prescripteurs et les patients. Mais, dans beaucoup de pays, toutes ces conditions ne sont pas remplies, le plus souvent à cause d'une méconnaissance des avantages que peuvent présenter ces produits et technologies (résultats médicaux et économies), du manque de volonté politique et d'investissements publics, des pressions commerciales et politiques exercées, y compris par les donateurs, et de la fragmentation des stratégies de financement et d'approvisionnement. Il faut trouver un équilibre entre les progrès réalisés à court terme grâce aux systèmes verticaux spéciaux et l'élaboration à long terme de politiques et systèmes nationaux d'approvisionnement concernant les technologies et produits médicaux.

L'expérience montre aussi :

- que, sans le soutien des hauts responsables politiques ni investissements supplémentaires, tant à l'OMS que dans les budgets nationaux de la santé, le très grand potentiel des technologies et produits médicaux essentiels restera inexploité alors qu'ils auraient permis d'éviter une partie des incapacités, de la morbidité, de la mortalité et des pertes économiques ;
- qu'il est possible d'améliorer sensiblement la qualité et de faire d'importantes économies. Les programmes d'usage rationnel peuvent ainsi multiplier par trois les gains économiques, et la présélection par 200 ;
- que les nouveaux programmes mondiaux de financement ne tiennent pas suffisamment compte de la nécessité de renforcer les capacités nationales en matière d'assurance de la qualité, de gestion des achats et des approvisionnements, d'usage rationnel et de pharmacovigilance ; sans un effort supplémentaire dans ces domaines, une bonne part des nouveaux fonds consacrés à l'approvisionnement risque d'être gaspillée ; et
- que les Etats Membres demandent bien plus de soutien concernant les produits et technologies que l'OMS ne peut leur en apporter.

## APPROCHES STRATEGIQUES

Elargir l'accès aux médicaments, vaccins et technologies essentiels de qualité garantie, et amener les agents de santé et les consommateurs à en faire un meilleur usage sont depuis longtemps des priorités des Etats Membres et de l'OMS. Le meilleur moyen d'atteindre cet objectif inscrit dans le long terme est d'adopter et d'appliquer des politiques pharmaceutiques nationales d'ensemble.

Bien que dépendant dans une large mesure des forces du marché, l'approvisionnement en technologies et produits médicaux de qualité garantie et leur usage rationnel nécessitent des investissements publics, une volonté politique et le renforcement des capacités des instances nationales, y compris des autorités nationales de réglementation.

Il est indispensable d'appliquer des normes et critères internationaux définis sur la base de données probantes et selon un processus rigoureux, transparent et participatif, et de concevoir et mettre en oeuvre des programmes qui aident à bien gérer l'approvisionnement et à faire un usage rationnel des produits et technologies. Il faut privilégier la fiabilité de l'approvisionnement, la lutte contre les produits contrefaits ou qui ne répondent pas aux normes, les interventions cliniques d'un bon rapport coût/efficacité, l'observance des traitements à long terme et la lutte contre la résistance aux antimicrobiens.

Il faut s'attacher à promouvoir une démarche de santé publique dans le domaine de l'innovation, à adapter aux besoins et possibilités des pays à faible ou moyen revenu les interventions qui ont donné de bons résultats dans les pays à haut revenu.

En outre, on incitera à contrôler, par des évaluations indépendantes, l'accès aux produits et technologies, leur sécurité, leur qualité, leur efficacité et leur utilisation.

Pour soutenir les Etats Membres dans leurs efforts, tout en associant l'action internationale de sensibilisation, l'orientation des politiques et l'appui ciblé aux pays à son rôle de chef de file reconnu dans le domaine technique et à ses fonctions normatives uniques au plan mondial, le Secrétariat de l'OMS :

- donnera des orientations sur les politiques à adopter, élaborera des nomenclatures et des matériels de référence en faisant appel aux comités d'experts de l'OMS, aux processus de consultation régionaux et mondiaux ou en participant à d'autres activités normatives d'envergure mondiale ou régionale, en mettant plus particulièrement l'accent sur l'accès équitable aux produits et technologies essentiels (y compris aux préparations pédiatriques) et sur leur usage rationnel, sur les normes de qualité et les normes cliniques internationales concernant les nouveaux produits et technologies essentiels, sur les normes applicables aux remèdes traditionnels et sur les stratégies visant à promouvoir et contrôler l'application des normes de l'OMS ;
- s'attachera à promouvoir un accès équitable aux produits et technologies de qualité et leur usage rationnel en apportant un appui technique et théorique aux autorités sanitaires, aux réseaux professionnels, aux organisations de consommateurs et autres parties intéressées et en facilitant l'évaluation des besoins et le renforcement des capacités ;
- exécutera directement des programmes de qualité par l'intermédiaire des programmes de présélection de l'OMS/du système des Nations Unies pour les vaccins, médicaments et produits diagnostiques prioritaires ;

- apportera son concours aux pays pour qu'ils soient en mesure de fabriquer, d'utiliser et d'exporter des produits dont la qualité, la sécurité et l'efficacité sont garanties, en renforçant les autorités nationales de réglementation et en mettant sur pied un programme international de lutte contre les contrefaçons ;
- apportera son concours aux pays pour qu'ils soient en mesure de concevoir et d'exécuter des programmes qui contribuent à une bonne gestion des approvisionnements, à la fiabilité du système d'achat et à l'usage rationnel des produits et technologies ;
- apportera son concours aux pays pour qu'ils soient en mesure d'instaurer des systèmes de surveillance postcommercialisation, de pharmacovigilance et de contrôle de la prescription – ou de renforcer ceux qui existent déjà – et d'en communiquer les résultats à la population et aux autres parties intéressées dans le but de promouvoir la sécurité du patient ;
- réunira dans des bases de données mondiales, examinera et diffusera les informations faisant état de faits importants ou de risques d'ampleur mondiale concernant la qualité ou la sécurité des produits ; et
- incitera à concevoir, expérimenter et utiliser de nouveaux produits, instruments, normes et lignes directrices pour élargir l'accès aux produits et technologies dirigés contre les principales maladies qui affectent les pays, à en améliorer la qualité et à en faire meilleur usage.

### CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

On part du principe qu'élargir l'accès aux produits et technologies essentiels de qualité garantie et amener les agents de santé et les consommateurs à en faire meilleur usage resteront des priorités pour les Etats Membres, et donc pour l'OMS. On suppose aussi que l'OMS résistera aux pressions politiques et commerciales indues, continuera à s'acquitter des obligations découlant de sa Constitution et des traités internationaux en ce qui concerne l'élaboration de normes pharmaceutiques internationales et consacrer suffisamment de ressources à cette fonction, inversant ainsi la tendance des dix dernières années.

Le risque est que, au sein des systèmes nationaux et de l'OMS, les activités concernant les technologies et produits médicaux soient divisées entre différents programmes verticaux.

Si les nouveaux programmes mondiaux de financement ne tiennent pas suffisamment compte de la nécessité de renforcer les capacités nationales en matière d'assurance de la qualité, de gestion des achats et des approvisionnements, d'usage rationnel et de pharmacovigilance, une part importante des nouveaux fonds destinés aux approvisionnements risque d'être gaspillée.

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 1. Plaidoyer et soutien pour l'élaboration et la supervision de politiques nationales complètes concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation.                            |   |  |  |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | <b>1.1</b> Nombre de pays bénéficiant d'un soutien pour élaborer et mettre en oeuvre des politiques nationales officielles concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation. | <b>1.2</b> Nombre de pays bénéficiant d'un soutien pour élaborer des systèmes nationaux complets d'achat et d'approvisionnement, ou pour les renforcer. | <b>1.3</b> Nombre de pays bénéficiant d'un soutien pour élaborer et mettre en oeuvre des stratégies nationales de sécurité transfusionnelle et de lutte contre les infections. | <b>1.4</b> Publication d'un rapport mondial biennal sur le prix, la disponibilité et l'accessibilité financière des médicaments. |
| <b>BASE</b>  | 62  | 20  | 46   | Rapport en 2007.   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 68  | 25  | 52   | Rapport en 2009.   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        |   |   |  |  |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                          |   |   |  |  |
| Coûts 2008-2009  |   |   |  |  |
| Estimations 2010-2011                                    |   |   |  |  |
| Estimations 2012-2013                                    |   |   |  |  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     | <i>Le niveau restera relativement constant pendant les trois exercices.</i>   |   |  |  |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 2. Elaboration de lignes directrices, normes et critères internationaux concernant la qualité, la sécurité, l'efficacité et le rapport coût/efficacité des technologies et produits médicaux, et plaidoyer et soutien pour leur application au niveau national/régional.                     |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|--|---|---|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 2.1 Nombre de normes de qualité, de préparations de référence et d'outils élaborés ou actualisés pour une bonne réglementation des technologies et produits médicaux.  | 2.2 Nombre de désignations communes internationales attribuées à des produits médicaux. | 2.3 Nombre de médicaments, vaccins, produits diagnostiques et matériels prioritaires présélectionnés en vue de leur achat par le système des Nations Unies. | 2.4 Nombre de pays dont les autorités nationales de réglementation ont été évaluées et/ou soutenues. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   | 10 par an  | 110 par an  | 150 (cumulés)   | 20   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 20 supplémentaires   | 200 supplémentaires   | 200   | 25   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         |  |   | 400   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>64 537</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |   |   |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 64 537 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |  |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 64 537   |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>On prévoit qu'il faudra augmenter les ressources d'environ 30 % pour répondre à toutes les demandes de présélection de vaccins, de médicaments prioritaires et de produits diagnostiques.</i>   |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 3. Au sein de l'OMS, des programmes régionaux et nationaux, élaboration, sur la base de données probantes, et préconisation de principes directeurs pour amener les agents de santé et les consommateurs à faire un usage fondé du point de vue scientifique et efficace sur le plan des coûts des technologies et produits médicaux. |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 3.1 Nombre de programmes nationaux ou régionaux promus et soutenus qui incitent à faire un usage fondé du point de vue scientifique et efficace sur le plan des coûts des technologies et produits médicaux.  | 3.2 Nombre/pourcentage de pays qui ont mis à jour leur liste de médicaments et vaccins essentiels au cours des cinq dernières années et qui l'utilisent pour les achats dans le secteur public et/ou pour les remboursements. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   | 5   | 80  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 10  | 90  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>27 724</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 27 724 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 27 724  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Le niveau restera relativement constant pendant les trois exercices.</i>   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |



**OBJECTIF STRATEGIQUE 13****Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.****Portée**

Les activités à entreprendre au titre de cet objectif stratégique concerneront les différentes étapes du développement des ressources humaines – entrée dans la vie professionnelle, période d'activité et sortie – et consisteront à élaborer des plans et stratégies de développement du personnel national ; à régler efficacement le système éducatif et le marché de l'emploi afin que les agents de santé soient équitablement répartis ; à trouver le bon équilibre dans la composition du personnel de santé pour bien répondre aux besoins de la population ; à mieux encadrer le personnel de santé et à améliorer son milieu de travail, y compris par des incitations financières et non financières, en particulier dans les zones reculées et mal desservies.

**Indicateurs et cibles**

- Densité du personnel de santé (par pays, par sexe et par catégorie professionnelle, si possible).
- Répartition des agents de santé entre zones urbaines et zones rurales (par pays, par sexe et par catégorie professionnelle, si possible).

**Liens avec d'autres objectifs stratégiques**

Les activités seront liées à celles entreprises au titre des objectifs stratégiques suivants :

- objectif stratégique 2 : en ce qui concerne l'intégration du développement des ressources humaines pour la santé dans tous les programmes de santé prioritaires, y compris la collaboration technique à la planification des ressources humaines et les mesures visant à réduire les conséquences de maladies comme l'infection à VIH/SIDA sur le personnel de santé ;
- objectif stratégique 4 : en ce qui concerne les qualifications et la compétence du personnel des services de santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent ;
- objectifs stratégiques 10, 11, 12 et 14 : en ce qui concerne la réduction des disparités dans l'accès aux services de santé et l'amélioration de la performance des systèmes de santé.

**PROBLEMES ET ENJEUX**

Il y a une corrélation manifeste entre la densité de prestataires de soins de santé et le taux de couverture des interventions sanitaires essentielles comme la vaccination ou les services d'agents compétents à l'accouchement. Plus il y a de prestataires de soins de santé par habitant, plus grandes sont les chances de survie du nourrisson, de l'enfant et de la mère.

Beaucoup de pays n'ont pas atteint les taux de couverture des interventions essentielles fixés dans la Déclaration du Millénaire. C'est ainsi que, d'après le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*, 57 pays, dont 36 sont situés en Afrique subsaharienne, se trouvent au-dessous du seuil de 2,3 agents de santé pour 1000 habitants, densité indispensable pour que 80 % des accouchements aient lieu en présence de personnel qualifié. On estime qu'il manque environ 2,4 millions de prestataires de services de santé dans ces pays ; ce chiffre atteint quelque 4 millions si l'on tient compte du personnel administratif et d'appui.

Les raisons de ces graves pénuries sont multiples. Beaucoup de pays en développement ne peuvent former d'effectifs suffisants parce que, depuis longtemps déjà, ils n'investissent pas assez dans la formation aux professions de santé. Des forces d'attraction et de répulsion incitent aussi les agents de santé à quitter leur lieu de travail, d'où un déséquilibre géographique dans les pays entre zones rurales et zones urbaines, et entre les pays et les Régions du fait d'une importante émigration du personnel des pays en développement vers les pays plus avancés. La migration du personnel a des conséquences désastreuses sur les systèmes de santé des pays en développement, qui souffrent déjà de longues années de négligence, d'une mauvaise gestion des réformes des soins de santé et de la stagnation économique.

Les autres problèmes concernant le développement du personnel de santé sont notamment le mauvais assortiment de compétences et le déséquilibre entre les sexes, le décalage entre les effectifs formés et les besoins sanitaires de la population, les mauvaises conditions de travail, l'insuffisance de la base de connaissances et le manque de coordination entre les secteurs.

Ces problèmes ne sont pas nouveaux, notamment l'émigration, mais ils se sont aggravés ces dernières années en raison du vieillissement de la population, des changements épidémiologiques et de la mondialisation. Les efforts faits pour résoudre ces problèmes sont restés limités et n'ont pas été suffisamment encouragés. Mais grâce au travail de sensibilisation effectué dernièrement, la crise des personnels de santé figure en meilleure place dans les priorités de l'action sanitaire internationale. Ni les initiatives prises pour lutter contre les maladies prioritaires, ni les efforts faits pour renforcer les systèmes de santé ne porteront leurs fruits si l'on ne parvient pas à résoudre cette crise.

### APPROCHES STRATEGIQUES

La crise des ressources humaines s'étendant à l'ensemble du monde, l'OMS et ses partenaires doivent agir à l'échelle mondiale.

Approches stratégiques pour les Etats Membres :

- Pour atteindre l'objectif stratégique, il faudra mettre à disposition au bon endroit et en nombre suffisant un personnel de santé ayant les compétences voulues pour répondre aux besoins sanitaires de la population, dans le cadre des systèmes de santé du pays.
- Cela nécessitera de plaider plus énergiquement pour une meilleure dotation en personnel aux niveaux mondial, régional et national en créant des partenariats et en les soutenant à tous les niveaux. Des systèmes d'information sur le personnel de santé sont indispensables, de même que des politiques et plans stratégiques de développement du personnel de santé national qui soient complets, fondés sur des bases factuelles et appliqués, contrôlés et évalués de façon systématique. Il faut compiler et diffuser des données probantes sur les meilleures pratiques de développement, de formation et d'administration du personnel de santé. Il faudra aussi consacrer suffisamment de fonds au personnel de santé, ce qui suppose de discuter et de négocier avec les ministères des finances, du travail et de l'éducation ainsi qu'avec les partenaires internationaux dans les activités de développement.
- Il faudra en outre développer le potentiel et améliorer l'enseignement des établissements de formation et, par des mesures incitatives adaptées au contexte, déployer rationnellement et fidéliser le personnel de santé, de façon à garantir l'équilibre des compétences et une répartition géographique équitable.

Pour soutenir les Etats Membres dans leurs efforts, le Secrétariat réunira et communiquera les données, informations et éléments d'appréciation indispensables pour modifier les pratiques actuelles, afin de s'attaquer aux problèmes de ressources humaines et d'améliorer en permanence la performance globale du personnel de santé. Il s'attachera :

- à proposer des solutions aux pays touchés par la crise des ressources humaines pour la santé ;
- à faciliter la conclusion d'accords avec d'autres organismes pour mieux financer le développement des personnels de santé et mieux maîtriser les migrations internes et internationales ;
- à concourir au développement des structures de direction du personnel de santé aux niveaux central et périphérique afin qu'elles puissent mobiliser des ressources pour le personnel de santé, élaborer, appliquer, superviser et évaluer des politiques et plans en matière de ressources humaines qui soient adaptés aux besoins sanitaires ;
- à renforcer les systèmes éducatifs nationaux, y compris les écoles et les universités, afin de contribuer à la formation d'agents de santé de tous types ayant les qualifications et les compétences voulues ;
- à renforcer la base de connaissances en apportant aux pays le soutien dont ils ont besoin pour mettre sur pied des systèmes d'information sur le personnel de santé et promouvoir la recherche sur le personnel de santé ;
- à soutenir les mécanismes permettant aux parties intéressées de constituer des réseaux régionaux, par exemple des observatoires du personnel de santé, qui génèrent des informations utiles à l'élaboration des politiques, au contrôle et à l'évaluation ; et
- à collaborer à l'établissement de normes et critères concernant le personnel de santé, y compris des définitions, des systèmes de classification et des indicateurs reconnus au niveau international.

### CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

Cet objectif stratégique sera atteint à condition :

- de poursuivre les efforts entrepris récemment au niveau international pour résoudre la crise des ressources humaines pour la santé, y compris le plan d'action proposé dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2006*.

Les partenariats intersectoriels voués au développement du personnel de santé continueront de faire participer activement toutes les parties intéressées, dont la société civile, les associations professionnelles et le secteur privé.

La réalisation de l'objectif stratégique sera compromise si :

- le financement du développement du personnel de santé demeure faible ;
- on continue à négliger la question du développement des ressources humaines ;
- les pays en crise restent incapables de prendre des initiatives pour la résoudre ;
- les pays développés continuent à recruter activement, provoquant ainsi une émigration non maîtrisée ; et
- les forces du marché continuent à favoriser l'émigration et la fuite des cerveaux.

| RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION | 1. Renforcement des moyens dont disposent les pays de développer le personnel de santé.   |  |   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|--|---|--|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>                                | <b>1.1</b> Nombre de pays qui ont des politiques, plans et stratégies fondés sur des bases factuelles pour la formation, la répartition, la fidélisation et la productivité du personnel de santé.  | <b>1.2</b> Nombre de pays dont les moyens de planification et de développement des ressources humaines pour la santé ont été renforcés au sein du ministère de la santé et des instances nationales apparentées. | <b>1.3</b> Nombre de pays dont les instances nationales ont été renforcées pour former davantage d'agents de santé de types différents. | <b>1.4</b> Nombre de pays qui ont des mécanismes efficaces d'accréditation des établissements de formation aux professions de santé. | <b>1.5</b> Nombre de pays qui ont conclu des accords bilatéraux et mis en place d'autres mécanismes efficaces pour maîtriser les migrations. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>                                       | Bases à déterminer après la fin de l'évaluation en 2007.  | Bases à déterminer après la fin de l'évaluation en 2007.   | Bases à déterminer après la fin de l'évaluation en 2007.  | Bases à déterminer après la fin de l'évaluation en 2007.   | Bases à déterminer après la fin de l'évaluation en 2007.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                 | 30 % de pays de plus.   | 30 % de pays de plus.  | 30 % de pays de plus.   | 30 % de pays de plus.  | 30 % de pays de plus.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                 | 50 % de pays de plus qu'en 2009.  | 50 % de pays de plus qu'en 2009.   | 50 % de pays de plus qu'en 2009.  | 50 % de pays de plus qu'en 2009.   | 50 % de pays de plus qu'en 2009.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">26 488</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   |  |   |  |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 26 488 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                          |   |  |   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009                                   | 26 488  |  |   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                             | ~ 000   |  |   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                             | ~ 000   |  |   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                              | <i>De nombreux éléments montrent que l'existence d'un personnel de santé qualifié contribue à de meilleurs résultats sanitaires, en ce qui concerne par exemple la survie de la mère, du nourrisson et de l'enfant. Les pays devraient donc faire preuve de plus d'initiative en plaidant la cause du personnel de santé, en faisant naître un engagement politique durable et en créant un cadre propice à l'élaboration et à la mise en oeuvre de politiques et plans nationaux visant à remédier aux pénuries et à la mauvaise répartition des agents de santé. Les moyens de l'OMS doivent être renforcés à tous les niveaux pour aider au développement du personnel de santé dans les pays.</i> |  |   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION | 2. Renforcement de la base d'informations et de connaissances sur le développement du personnel de santé aux niveaux national, régional et mondial. |   |   |  |
|---|---|---|---|--|
| <b>INDICATEURS</b>                                | <b>2.1</b> Nombre de pays qui ont des bases de données bien gérées et régulièrement mises à jour sur le personnel de santé.                         | <b>2.2</b> Nombre de pays qui fournissent au moins une fois par an des données de qualité pour l'atlas sanitaire mondial. | <b>2.3</b> Création d'observatoires régionaux pour faire le point et suivre l'évolution de la situation concernant le personnel de santé dans les pays. | <b>2.4</b> Création de programmes de recherche complets et cohérents pour guider l'élaboration et la mise en oeuvre d'une politique de mise en valeur des ressources humaines pour la santé. |
| <b>BASE</b>                                       | Bases à déterminer après la fin de l'évaluation en 2007.  | Atlas mondial du personnel de santé.  | Création de deux observatoires régionaux d'ici la fin de 2007.  | Bases à déterminer après la fin de l'évaluation en 2007.   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                 | 30 % de pays de plus.   | Actualisation de l'atlas mondial au moins une fois par an.  | Création de deux observatoires régionaux supplémentaires.   | 30 % de programmes de plus.  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                 | 50 % de pays de plus qu'en 2009.  | Actualisation de l'atlas mondial au moins une fois par an.  | Observatoires régionaux dans les six Régions.   | 50 % de programmes de plus qu'en 2009.   |

|                      |   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b> |        |
|----------------------|---|---------------------------------|--------|
|                      |   | Coûts 2008-2009                 | 20 188 |
|                      |   | Estimations 2010-2011           | ~ 000  |
|                      |   | Estimations 2012-2013           | ~ 000  |
| <b>JUSTIFICATION</b> | <p><i>La base de connaissances concernant le développement des ressources humaines pour la santé est insuffisante et inégale comparée à celle dont on dispose dans d'autres domaines de recherche sur les systèmes de santé, comme le financement ou la réforme du secteur de la santé. Il faut mieux étudier certains aspects comme l'évaluation, la planification, la formation, la réglementation et l'administration du personnel de santé. Des cadres techniques communs sont nécessaires pour analyser les situations comparables et repérer les tendances. Il faut réunir des données et des informations, puis les analyser pour suivre l'évolution de la situation et des tendances concernant le personnel de santé aux niveaux mondial et régional. Il faut soutenir et davantage stimuler la recherche afin d'élargir la base de connaissances, de dégager et de promouvoir les meilleures pratiques en matière de développement du personnel de santé.</i></p> |                                 |        |

| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>3. Soutien technique aux pays en crise afin de remédier aux pénuries en agissant sur la formation, la répartition et la palette de compétences du personnel de santé.</b>  |   |   |
|--|---|---|---|
| <b>INDICATEURS</b>                                       | <b>3.1</b> Elaboration et utilisation de cadres techniques communs assortis d'outils et de lignes directrices pour l'évaluation, la formation, la réglementation et l'administration du personnel de santé (y compris la fidélisation, la performance et la productivité).  | <b>3.2</b> Outils et lignes directrices qui aident à intégrer les ressources humaines pour la santé dans les programmes prioritaires.     | <b>3.3</b> Mise à jour des normes et critères d'octroi des autorisations d'exercer et de classification des différentes catégories de prestataires de soins de santé. |
| <b>BASE</b>  | Existence de projets de cadres, d'outils et de lignes directrices dans tous les domaines.   | Existence d'outils et de lignes directrices qui aident à intégrer les ressources humaines pour la santé dans les programmes prioritaires. | Fixation de normes et critères pour les professions d'infirmière et de sage-femme et autres professions de santé.   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 20 pays qui adoptent les cadres techniques.   | 20 pays qui adoptent les outils et lignes directrices.  | 20 pays qui adoptent les normes et critères.  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 30 pays de plus qui adoptent les cadres techniques.   | 30 pays de plus qui adoptent les outils et lignes directrices.  | 30 pays de plus qui adoptent les normes et critères.  |
|  |   | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |   |
|  |   | Coûts 2008-2009   | 56 588  |
|  |   | Estimations 2010-2011   | ~ 000   |
|  |   | Estimations 2012-2013   | ~ 000   |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     | <p><i>La performance des agents de santé se mesure à leur disponibilité, à leur compétence, à leur réactivité et à leur productivité. Des outils, des lignes directrices et d'autres formes de soutien technique seront fournis aux pays afin qu'ils renforcent le personnel de santé tout au long du parcours professionnel – entrée dans la vie professionnelle, période d'activité et sortie. Des équipes de pays composées d'experts du personnel de santé travaillant au Siège, dans les Régions et dans les pays, de représentants d'autres secteurs, de la société civile, d'associations professionnelles, de donateurs bilatéraux et d'autres parties intéressées seront créées.</i></p> |   |   |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>  | 4. Création de réseaux et de partenariats aux niveaux mondial, régional et des pays pour renforcer l'infrastructure institutionnelle des pays frappés par la crise des ressources humaines pour la santé.  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|--|--|--|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>   | 4.1 Création de partenariats et d'alliances aux niveaux mondial, régional et interrégional pour intensifier l'action de sensibilisation et mobiliser davantage de ressources en vue de développer le personnel de santé national.  | 4.2 Création et expansion du réseau de centres collaborateurs de l'OMS et de cercles professionnels pour le renforcement du personnel de santé.  | 4.3 Instauration de programmes de jumelage et d'échange entre pays développés et pays en développement. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>  | Création d'une alliance mondiale et d'une alliance interrégionale.   | 55 centres collaborateurs de l'OMS, dont 39 concernent les soins infirmiers et obstétricaux.   | Bases à déterminer après la fin de l'évaluation en 2007.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>  | Création d'autres alliances interrégionales.   | D'ici à 2009, désignation de 33 autres centres collaborateurs de l'OMS dans les domaines du développement des ressources humaines pour la santé, des soins infirmiers et obstétricaux, de la recherche sur les ressources humaines pour la santé, etc. | 30 % de programmes de plus.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>  | Création d'alliances interrégionales rassemblant toutes les Régions.   | D'ici à 2013, désignation de 100 centres collaborateurs de l'OMS au total dans le domaine des ressources humaines.   | Création de 50 % de programmes de plus.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <table border="1" style="margin: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">14 588</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |  |  |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 14 588 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)   |  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009  | 14 588   |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011  | ~ 000  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013  | ~ 000  |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>   | <p><i>On ne peut traiter des questions de développement du personnel de santé isolément. Les parties intéressées doivent dialoguer entre elles et agir dans plusieurs secteurs à la fois pour analyser les problèmes de ressources humaines, trouver et appliquer des solutions efficaces. C'est ce qu'exige notamment la mise en oeuvre des résolutions WHA59.23 et WHA59.27, dans lesquelles l'Assemblée de la Santé appelle à renforcer les établissements nationaux; pour accélérer la production de personnels de santé et à associer plus étroitement les infirmières et les sages-femmes à l'élaboration et à la mise en oeuvre de la politique nationale. Une bonne infrastructure institutionnelle suppose l'existence et le bon fonctionnement d'une série d'établissements essentiels tels que facultés de médecine, écoles de soins infirmiers et obstétricaux, écoles de santé publique, ainsi que d'associations professionnelles et d'organismes de réglementation.</i></p> |  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

## OBJECTIF STRATEGIQUE 14

**Etendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.**

### Portée

Cet objectif stratégique reflète les principes directeurs énoncés dans la résolution WHA58.33, intitulée « Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale ». Les activités viseront principalement à : accroître le financement de la santé à partir de sources intérieures et extérieures dans les pays pauvres ; accroître le caractère prévisible du financement ; garantir que les nouvelles ressources extérieures contribuent à la mise en place d'institutions financières intérieures durables ; développer les mécanismes de répartition du risque financier afin de réduire les frais de dimension catastrophique et l'appauvrissement ; réduire les obstacles financiers à la prévention, à la promotion, au traitement, à la réadaptation et à l'action intersectorielle ; garantir une utilisation efficiente et équitable des ressources sanitaires disponibles, et notamment le dosage approprié de dispensateurs et de sources de financement publics et privés, ainsi qu'un dosage approprié des moyens, médicaments compris ; améliorer l'offre et l'utilisation d'informations essentielles concernant les moyens, les procédés et les résultats des systèmes de financement de la santé ; élaborer des outils de suivi et d'évaluation de la performance des systèmes de financement et assurer la transparence dans la production et l'utilisation des recettes.

### Indicateurs et cibles

- Augmentation des fonds disponibles pour la santé dans les pays à faible revenu.
- Réduction de la proportion de ménages exposés à des frais catastrophiques et appauvris du fait des dépenses de santé, en particulier des débours directs (tout en garantissant que le recours aux services nécessaires est maintenu, voire accru).
- Réduction du nombre de pays où la part des débours directs des ménages dans les dépenses de santé totales est élevée.
- Equité et efficience accrues dans l'utilisation des ressources sanitaires.

### Liens avec d'autres objectifs stratégiques

Les activités seront reliées à celles entreprises au titre de tous les autres objectifs stratégiques dans la mesure où il faudra faire en sorte que des fonds suffisants soient disponibles pour améliorer la santé dans les Etats Membres dans tous les domaines essentiels, réduire les obstacles financiers à l'utilisation des services nécessaires et encourager le recours à des interventions plus efficaces et plus équitables afin d'offrir les niveaux de santé les meilleurs possible compte tenu des ressources disponibles.

## PROBLEMES ET ENJEUX

Il est désormais largement reconnu que la façon dont le système de santé est financé et organisé est un déterminant essentiel de la santé et du bien-être de la population, au point que, dans la plupart des pays, ce financement est au coeur du débat politique. Parmi les questions les plus courantes figure la question de savoir comment les fonds seront levés, comment ils seront mis en commun pour répartir les risques et comment ils devraient être utilisés pour dispenser les services et les programmes nécessaires aux populations de façon efficiente et équitable. Dans certains pays, le niveau des dépenses est encore insuffisant pour assurer un accès équitable aux services et interventions de santé essentiels – personnels, collectifs et intersectoriels ; aussi la principale préoccupation consiste-t-elle à garantir la mobilisation de ressources suffisantes et équitables pour la santé. L'accroissement des flux extérieurs en faveur de la santé dans les pays pauvres a concentré l'attention sur la façon d'accroître la prévisibilité de ces flux. Dans de nombreux pays, quel que soit le niveau de revenu, les pouvoirs publics se préoccupent de limiter le taux d'augmentation des dépenses de santé tout en maintenant, voire en améliorant, la qualité. Tous les pays sont soucieux de faire en sorte que les ressources disponibles pour la santé soient utilisées efficacement et réparties équitablement, bien que des disparités dans l'accès aux services demeurent entre milieu rural et milieu urbain et entre les sexes. Dans de nombreux pays, le financement de la santé repose en grande partie sur les débours directs des ménages, ce qui fait peser une charge financière très importante, parfois de dimension catastrophique, sur les ménages, qui peuvent de ce fait être acculés à la pauvreté ou plongés dans une pauvreté plus extrême.

Pour faire face à la situation, il convient de faire en sorte que les pays pauvres puissent bénéficier d'un financement accru, que ces fonds arrivent de façon prévisible et que les ressources soient utilisées équitablement et efficacement. Cela exige parfois des ajustements assez complexes de la façon dont les fonds sont levés, mis en commun pour répartir les risques et utilisés pour l'achat et la prestation de services. Les pays sont libres de choisir le dosage de dispensateurs et de bailleurs de fonds publics et privés qui convient à leur situation, mais l'Etat doit conserver un rôle de tutelle et il faudra parfois aider les ministères de la santé à défendre les activités intersectorielles destinées à améliorer la santé.

L'élaboration de politiques est souvent entravée par des données et des informations incomplètes sur des questions de base telles que le niveau et la répartition des dépenses de santé ; l'efficacité, les coûts et les répercussions en matière d'équité de différents modes d'utilisation des ressources lorsque celles-ci sont rares ; et l'étendue des graves difficultés financières et de l'appauvrissement entraînés par le paiement direct des services de santé. De nombreux pays n'ont pas de compétences suffisantes en matière de budgétisation, de planification financière et de gestion, ce qui les empêche de pouvoir exploiter au mieux les ressources disponibles pour améliorer la santé. L'expérience internationale concernant l'impact des différentes réformes organiques et du financement de la santé n'a pas encore été suffisamment analysée pour que l'on puisse proposer aux décideurs des données sous une forme utilisable. L'enjeu consiste à trouver les moyens d'obtenir les informations essentielles, d'utiliser ces connaissances pour contribuer au débat politique sur l'amélioration des systèmes de santé et de développer les capacités d'utilisation de l'information selon les besoins.

### APPROCHES STRATEGIQUES

L'approche suivie pour atteindre l'objectif sera conforme aux principes généraux énoncés dans la résolution WHA58.33 et reflète la diversité des niveaux de revenu et la nature des problèmes de santé, du développement institutionnel, des capacités, des antécédents et des philosophies sociales et politiques des Etats Membres. Il s'agit notamment de mobiliser des fonds supplémentaires dans les pays ou pour leur compte lorsque les besoins de santé sont élevés, les recettes disponibles insuffisantes et que les mécanismes comptables permettent de garantir l'utilisation transparente et efficace des fonds. Il faut généralement faire appel à la fois à des sources intérieures et extérieures, et envisager le financement d'activités liées à la santé par d'autres secteurs. On pourra accroître le financement intérieur en faisant appel à un éventail d'agents et d'institutions publics et privés, mais cela exige une tutelle efficace des pouvoirs publics. Les pays collaboreront également avec la communauté internationale afin d'améliorer la prévisibilité des flux d'aide extérieurs.

Pour diminuer la dépendance vis-à-vis des débours directs là où ils sont élevés en améliorant l'efficacité des mécanismes de prépaiement, il faudra procéder à une évaluation active de la faisabilité, de l'efficacité et de l'équité des réformes des modalités existantes de financement et/ou de l'introduction de nouvelles modalités.

Pour améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources en se concentrant sur les questions telles que le dosage des activités et les moyens à financer, il faudra évaluer dans quelle mesure faire appel à la prévention, à la promotion, au traitement, à la réadaptation et à l'action intersectorielle ; les dépenses d'équipement par rapport aux dépenses de fonctionnement ; les différents types de dépenses de fonctionnement (ressources humaines et médicaments, par exemple). Cela suppose également que l'on se demande si des interventions coûteuses et à faible impact sont financées aux dépens de solutions moins coûteuses et à fort impact et se demander aussi comment changer les incitations inhérentes à la façon dont les services sont achetés ou fournis pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prestation de services.

Les Etats Membres amélioreront également la protection sociale en vérifiant que les pauvres et les autres groupes vulnérables bénéficient d'un meilleur accès aux services dont ils ont besoin (individuels, collectifs et intersectoriels) et que le fait de faire payer les soins n'entraîne pas de frais catastrophiques ou un appauvrissement de ces groupes de population. Ils devront promouvoir la transparence et la responsabilité dans les systèmes de financement de la santé et améliorer la production et l'utilisation de l'information – de nombreux pays ne connaissent pas en effet l'étendue des frais catastrophiques associés aux paiements directs ni la mesure dans laquelle la charge du financement du système de santé dans son intégralité est progressive, proportionnelle ou régressive. D'autres ne savent pas à combien se montent les dépenses du secteur privé et en quoi elles consistent.

Pour aider les Etats Membres dans leurs efforts, le Secrétariat s'emploiera surtout :

- à préconiser un financement accru et plus prévisible de la santé aux niveaux mondial, régional et national et la participation à des partenariats qui défendent cet objectif ;
- à aider les ministères de la santé à accorder à la santé un rang plus élevé de priorité dans l'action nationale et, selon les besoins, à réclamer davantage de fonds aux ministères des finances ou à des sources extérieures, ou encore à préconiser des activités liées à la santé dans d'autres secteurs ;
- à aider les pays à atteindre et maintenir des niveaux élevés de responsabilité et de transparence dans l'utilisation des fonds, et à développer les fonctions de bonne gestion financière ;

- à mettre au point des données factuelles et à définir des options et à fournir un soutien technique en développant les institutions et mécanismes de prépaiement afin de réduire la dépendance vis-à-vis des paiements directs lorsqu'ils découragent les gens de se faire soigner ou se traduisent par de graves difficultés financières ;
- à fournir un soutien technique et des données factuelles pour l'élaboration de politiques en vue d'améliorer l'efficacité – y compris en garantissant un financement suffisant d'apports essentiels tels que les médicaments et les ressources humaines – ou des mesures essentielles telles que la prévention, la promotion et l'action intersectorielle ; à réduire les gaspillages et le manque de productivité et à améliorer l'équité dans l'utilisation des ressources ;
- à fournir un soutien technique et des données factuelles pour l'élaboration de politiques destinées à accroître l'équité dans l'utilisation des ressources – y compris en repérant les groupes souffrant de très graves difficultés financières et d'appauvrissement en raison de leurs dépenses de santé et en recherchant des méthodes susceptibles de les protéger ;
- à mettre en commun les expériences des pays utilisant différents types de financement et de mécanismes de mise en commun des ressources et d'achat/prestation dans différents cadres, de même que les facteurs qui favorisent les progrès vers la réalisation des objectifs fondamentaux ;
- à fournir et à diffuser les normes et les outils appropriés ;
- à fournir et à diffuser les informations nécessaires à la mise en place, au bon fonctionnement et au suivi de systèmes de financement de la santé justes, adaptés et durables ;
- à renforcer les capacités au niveau des pays et à l'OMS si nécessaire.

### CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

La réalisation de cet objectif stratégique exige la mise en place et le maintien de partenariats efficaces et la participation de toutes les parties prenantes aux niveaux national, régional et mondial. Il est particulièrement important à ce titre d'obtenir le concours des institutions financières régionales et internationales, de donateurs bilatéraux et des ministères des finances.

On suppose également que les pays et partenaires du développement maintiendront leur engagement en faveur de l'instauration de la couverture universelle et que des fonds suffisants seront disponibles pour entreprendre un plan de travail élargi et ambitieux pour aider ces pays.

Les risques possibles sont les suivants :

- que les récentes augmentations du financement de la santé dans les pays pauvres ne soient très étroitement liées qu'à un nombre de problèmes de santé très limité auxquels sont confrontés ces pays ;
- que l'augmentation du financement de sources extérieures contourne plutôt qu'elle ne renforce les institutions nationales de recouvrement des recettes, de mise en commun des fonds et d'achat/prestation des interventions et des services ; et
- que les mécanismes visant à améliorer la prévisibilité des flux extérieurs pour la santé ne soient pas soutenus au niveau international.

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 1. Fourniture aux Etats Membres d'un soutien technique et politique éthique et fondé sur des données factuelles afin d'améliorer la performance des systèmes de financement des systèmes de santé en termes de protection financière, d'équité du financement, d'utilisation des services et de productivité des ressources.                  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 1.1 Nombre de pays bénéficiant d'un soutien technique et politique destiné à réduire les obstacles financiers à l'accès aux interventions sanitaires nécessaires ; incidence des frais catastrophiques et de l'appauvrissement liés aux paiements directs ; et amélioration de l'efficacité et de l'équité dans l'utilisation des ressources. | 1.2 Mise au point et diffusion et promotion de l'utilisation d'informations clés sur la collecte des recettes, leur mise en commun et l'achat/prestation de services pour orienter la formulation et la mise en oeuvre des politiques. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 36  | 6 documents techniques à l'intention des décideurs décrivant les bonnes pratiques produits et soutenus dans les pays.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 90  | 15   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>32 495</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 32 495 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 32 495  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |



|                      |   |
|----------------------|---|
| <b>JUSTIFICATION</b> | <i>On a observé une augmentation substantielle des demandes d'appui des Etats Membres en vue d'améliorer l'efficacité et/ou l'équité de leurs systèmes de financement de la santé et d'étendre la protection contre le risque financier pour les groupes vulnérables. C'est pourquoi l'évaluation et la diffusion des expériences et des meilleures pratiques dans tous les contextes s'imposent. Pour répondre à cette demande croissante, une augmentation importante du financement est requise pour 2008-2009 avec de plus modestes augmentations par la suite.</i> |
|----------------------|---|

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>2.</b> Appui technique et information et sensibilisation aux niveaux régional, national et international destiné à mobiliser un financement supplémentaire et prévisible en faveur de la santé.   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|--|--|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>2.1</b> Présence et leadership de l'OMS dans les partenariats nationaux, régionaux et internationaux afin d'accroître le financement de la santé dans les pays pauvres.   | <b>2.2</b> Soutien de l'OMS aux pays pour la conception et/ou le suivi des documents stratégiques de réduction de la pauvreté, des approches sectorielles, des cadres de dépenses à moyen terme et autres dispositifs de financement à long terme dans les pays. | <b>2.3</b> Collecte et diffusion de données concernant les meilleures pratiques pour la coordination de l'aide financière extérieure aux niveaux national, régional et mondial afin d'accroître les niveaux de financement et d'améliorer le caractère prévisible de l'aide extérieure, et soutien à l'utilisation de ceux-ci. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |  |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 4 partenariats mondiaux et/ou régionaux actifs concernant les options de financement auxquelles participe l'OMS.   | 16   | 3 documents techniques destinés aux décideurs produits et soutenus au même titre que des documents d'information.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 8  | 40   | 8  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>10 795</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   |  |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 10 795 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |  |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 10 795   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>L'OMS a contribué aux efforts nationaux et internationaux visant à accroître le financement en faveur de la santé dans les pays pauvres et en faveur des groupes vulnérables où qu'ils se trouvent. Il est important de créer une dynamique au niveau international et d'aider activement les pays à inscrire la santé dans les plans économiques nationaux tels que les cadres de dépenses à moyen terme. Pour cela, il convient de renforcer les capacités des bureaux de pays ainsi que des autres niveaux de l'OMS.</i> |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>3.</b> Mise au point d'outils de mesure destinés à analyser la transparence et la responsabilité comptable des systèmes de financement de la santé, et fourniture d'un appui technique pour en encourager l'utilisation le cas échéant.   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|--|--|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>3.1</b> Nombre de pays bénéficiant d'un appui technique pour utiliser les outils de l'OMS afin de suivre et d'évaluer l'utilisation des fonds, d'estimer des besoins financiers futurs et de gérer et de contrôler l'utilisation des fonds disponibles.   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |  |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 20   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 50   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>15 995</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   |  |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 15 995 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |  |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 15 995   |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>L'OMS est la seule institution qui fournit des estimations des dépenses de santé pour ses 192 Etats Membres. Après consultation des pays, les estimations sont publiées chaque année dans le rapport sur la santé dans le monde. A la demande des pays, cet ensemble relativement élémentaire de tableaux doit être élargi pour inclure les dépenses par maladie/ affection et bénéficiaire. En outre, les outils dont disposent les pays pour évaluer les besoins financiers d'élargissement et de suivi des programmes doivent être développés et les capacités d'utilisation renforcées à l'OMS et dans les Etats Membres. Cela demandera une augmentation initiale des crédits, suivie d'augmentations plus modestes après 2008 pour permettre aux pays de recevoir un appui.</i> |  |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 4. Elaboration de normes et de critères pour suivre l'utilisation des ressources, estimer les conséquences économiques des maladies, des coûts et des interventions, des frais catastrophiques et de l'appauvrissement, et promotion, soutien et suivi de leur mise en oeuvre.  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
|---|---|--------------------------|--|-----------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 4.1 Outils, normes et critères essentiels pour orienter l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques élaborés, diffusés et promus – conformément au besoin exprimé, mais comprenant le suivi de l'utilisation des ressources, les conséquences économiques des maladies, les coûts et les effets des interventions, les frais catastrophiques et l'appauvrissement.  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | Mise à disposition d'outils pour le suivi de l'utilisation des ressources, l'additionnalité, le calcul des coûts, la charge économique, les frais catastrophiques et l'appauvrissement. Mise au point d'un cadre de politique financière. Diffusion et soutien des outils et du cadre.  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | Outils et cadre modifiés, actualisés et diffusés selon les besoins.   |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>7 295</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 7 295 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 7 295   |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Il est continuellement demandé au Secrétariat de l'OMS de fournir des normes et des principes directeurs sur la façon d'estimer l'impact économique de la maladie, ou de suivre l'utilisation des dépenses pour une maladie particulière, ou encore de repérer et de suivre les ménages confrontés à des frais catastrophiques et à un appauvrissement en raison du paiement direct de services de santé. L'aptitude de l'OMS à répondre à ces demandes doit être substantiellement développée de même que son aptitude à soutenir les décideurs qui souhaitent utiliser les normes qu'elle élabore.</i> |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 5. Mesures prises pour renforcer les capacités d'élaboration d'une politique de financement de la santé et de production, d'interprétation et d'utilisation de l'information.   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 5.1 Nombre de pays bénéficiant d'un soutien pour renforcer leur capacité d'élaboration de politiques et de stratégies de financement de la santé, et pour la collecte et l'utilisation d'informations financières telles que les dépenses de santé, les coûts, les frais catastrophiques et l'appauvrissement, la rentabilité et la budgétisation.  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 80  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>17 995</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 17 995 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 17 995  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>De nombreux pays manquent de compétences en matière de planification et de gestion financières et économiques pour la santé, et de nombreux bureaux de l'OMS dans les pays n'ont pas non plus de compétences dans ces domaines. Les demandes d'appui des Etats Membres ont rapidement augmenté, et une augmentation des crédits pour 2008-2009 s'impose pour répondre au besoin de renforcement des capacités.</i> |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 6. Mesures prises pour encourager la production, la traduction et la diffusion de connaissances utiles et pour infléchir les programmes de recherche.  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
|---|--|--------------------------|--|-----------------|-------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 6.1 Validation et diffusion d'informations et de connaissances essentielles sur les dépenses de santé, le financement de la santé, l'efficacité et l'équité afin d'orienter l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques.   |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | Mises à jour annuelles des dépenses de santé pour 192 Etats Membres et recherches effectuées sur l'étendue des frais catastrophiques et de l'appauvrissement pour les 90 pays où les ménages sont les plus exposés.  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | Mises à jour annuelles des dépenses de santé pour 192 Etats Membres et étendue des frais catastrophiques et de l'appauvrissement actualisés et nouvelles estimations établies pour 20 pays.  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">8 095</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 8 095 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 8 095  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Le Secrétariat a aidé les Etats Membres en leur fournissant des informations clés – sur les dépenses de santé, l'efficacité et les coûts d'interventions essentielles, et l'étendue des frais catastrophiques et de l'appauvrissement liés aux débours directs des ménages, par exemple. D'importantes activités supplémentaires doivent être mises en place pour veiller à ce que ces informations vitales soient diffusées aux décideurs, qui pourront les utiliser au moment où ils en ont besoin. En outre, les travaux menés permettent de mettre en lumière de nombreuses lacunes dans les connaissances et de nombreuses questions encore sans réponse pourtant essentielles du point de vue des politiques, mais il faudrait renforcer les liens avec les chercheurs capables de leur apporter des réponses. Pour cela, une augmentation de crédits sur toute la période couverte par le plan stratégique à moyen terme s'impose.</i> |                          |  |                 |       |                       |       |                       |       |

## OBJECTIF STRATEGIQUE 15

**Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.**

### Portée

La réalisation du présent objectif stratégique facilite les activités de l'OMS au titre de tous les autres objectifs stratégiques. En réponse aux priorités établies dans le onzième programme général de travail, il tient compte de l'évolution sensible du contexte dans lequel s'inscrit la santé internationale. Cet objectif couvre trois grands domaines complémentaires : direction et gouvernance de l'Organisation ; soutien de l'OMS aux divers Etats Membres, présence de l'OMS dans ces Etats Membres et dialogue avec les Etats Membres ; et rôle incombant à l'Organisation de faire en sorte que l'énergie et l'expérience collectives des Etats Membres et d'autres acteurs influent sur les problèmes de santé importants aux niveaux mondial et régional.

La principale innovation qui sous-tend cet objectif réside dans l'influence qu'il tente d'exercer sur les débats mondiaux et régionaux en mettant à profit toute l'étendue de l'expérience que l'OMS a des pays – et ce afin d'exercer une influence positive sur l'environnement dans lequel travaillent les responsables politiques nationaux, et de contribuer à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et d'autres objectifs sanitaires convenus au niveau international.

### Indicateurs et Cibles

- Nombre des pays qui appliquent les résolutions et les accords liés à la santé approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé.
- Nombre des pays dotés d'une stratégie de coopération approuvée par le gouvernement, incluant une appréciation qualitative de la mesure dans laquelle les ressources de l'OMS sont harmonisées avec les partenaires et alignées sur les stratégies nationales pour la santé et le développement.
- Améliorations qualitatives des structures sanitaires mondiales : progrès accomplis sur la voie de la réalisation d'un programme commun d'action sanitaire entre tous les partenaires pour la santé, y compris un financement plus rationnel et plus prévisible de l'action sanitaire.

### Liens avec d'autres objectifs stratégiques

- 

## PROBLEMES ET ENJEUX

Pour ce qui est de l'administration et de la gouvernance de l'Organisation, élément central de cet objectif, les problèmes et les enjeux concernent la relation entre l'Assemblée mondiale de la Santé et le Secrétariat par l'intermédiaire du Directeur général, et la relation entre les comités régionaux et leurs Régions respectives par l'intermédiaire des Directeurs régionaux, qui exigent que des réponses satisfaisantes soient apportées aux besoins et que les décisions tiennent compte de ces besoins et soient appliquées de manière transparente. A l'intérieur du Secrétariat, des mécanismes plus solides sont nécessaires pour assurer une structure hiérarchique claire et des responsabilités bien définies, et l'obligation de rendre des comptes, notamment en raison de la décentralisation croissante des ressources et des décisions relatives à leur utilisation, prises plus près du lieu de mise en oeuvre des programmes.

A tous les niveaux, il convient de renforcer la capacité de l'Organisation à répondre à la demande toujours croissante d'informations sur la santé. L'Organisation doit être équipée pour communiquer à l'intérieur et à l'extérieur, rapidement et régulièrement aux niveaux du Siège, des Régions et des pays – en amont des problèmes et en situation de crise – pour affirmer son rôle directeur dans le domaine de la santé, fournir des informations essentielles sur la santé et sensibiliser l'opinion à ses activités.

Au niveau des pays, il faut une forte volonté politique, une bonne gouvernance et un solide encadrement. Il incombe en effet à l'Etat de modeler, réglementer et gérer les systèmes de santé et de définir les responsabilités respectives du gouvernement, de la société et des particuliers en matière de santé. Au-delà des problèmes liés au secteur de la santé, il doit aussi s'atteler à d'autres problèmes plus vastes, par exemple la réforme de la fonction publique et la politique macroéconomique, qui peuvent influencer fortement sur la prestation des services de santé. Le Secrétariat, pour sa part, doit redoubler d'efforts pour axer son soutien autour de stratégies nationales clairement formulées, s'assurer que

celles-ci sont prises en compte dans les plans à moyen terme et les budgets programmes de l'OMS et qu'elles leur correspondent, et adapter la présence de l'Organisation aux besoins et au niveau de développement du pays concerné afin d'optimiser l'appui fourni.

Au niveau mondial, les mécanismes tels que l'Assemblée mondiale de la Santé pourraient être renforcés pour permettre aux acteurs concernés de s'atteler aux problèmes de santé mondiaux de façon transparente et efficace. L'OMS doit veiller à ce que les responsables nationaux des politiques de santé et leurs conseillers soient pleinement associés à tous les débats internationaux portant sur des problèmes qui touchent la santé. C'est là un aspect d'autant plus important que, vu l'interdépendance sociale et économique actuelle, les décisions concernant par exemple le commerce, les conflits et les droits de l'homme peuvent avoir des conséquences majeures pour la santé. Les nombreux acteurs qui interviennent dans le domaine de la santé publique, en dehors des organismes publics et intergouvernementaux, qu'il s'agisse de militants ou des représentants d'intérêts universitaires ou du secteur privé, ont besoin d'un cadre où ils peuvent contribuer de manière transparente aux débats mondiaux et nationaux sur les politiques liées à la santé. Ces lieux de débat sont aussi indispensables pour garantir une bonne gouvernance et le principe de responsabilité.

Les enseignements tirés montrent également que :

- Dans un contexte où les secteurs, les acteurs et les partenaires sont de plus en plus nombreux, il est important que le rôle et les avantages spécifiques de l'OMS soient bien compris et effectivement reconnus ; tel est aujourd'hui le cas de la plupart des pays et de la majorité des domaines programmatiques ; l'OMS devra impérativement préserver cet avantage pour pouvoir mener à bien les objectifs stratégiques ambitieux énoncés dans le plan stratégique à moyen terme, et contribuer ainsi à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.
- La multiplication des secteurs, acteurs et partenaires associés à l'action de santé a également créé des problèmes de responsabilité et un déficit de synergie dans la coordination des mesures destinées à améliorer la santé. Les partenariats mondiaux dans le domaine de la santé permettent de réunir les atouts qu'offrent les organisations publiques et privées, et les groupes de la société civile, pour s'atteler aux problèmes de santé.
- Parallèlement aux attentes grandissantes vis-à-vis de l'Organisation des Nations Unies dans son ensemble, il est de plus en plus nécessaire de préciser les avantages dont elle est porteuse ; c'est là un défi pour l'OMS au même titre que pour ses partenaires à l'intérieur du système des Nations Unies ; les relations au niveau des pays revêtent une importance toute particulière en raison des nombreux changements qui s'y opèrent – les organisations internationales alignent en effet leurs activités sur les politiques et les programmes de santé nationaux, et harmonisent leur action afin de réduire au maximum la charge globale de la gestion. Dans ce contexte, l'OMS doit continuer de prendre des initiatives avec le système des Nations Unies, et concevoir des mécanismes innovateurs pour gérer les partenariats mondiaux ou participer à ces partenariats. L'objectif est d'accroître l'efficacité et la réactivité des structures sanitaires internationales compte tenu des besoins des Etats Membres.

## APPROCHES STRATEGIQUES

La réalisation de cet objectif stratégique nécessitera une étroite collaboration entre les Etats Membres et le Secrétariat. Les approches stratégiques sont, plus précisément, les suivantes :

Encadrer et coordonner les activités de l'OMS liées au programme mondial d'action sanitaire. Assurer l'encadrement et la direction des activités de l'OMS ; renforcer le mécanisme de gouvernance de l'Organisation moyennant un engagement plus solide des Etats Membres et un appui efficace du Secrétariat ; informer efficacement les Etats Membres, les autres partenaires, les acteurs intéressés et le public sur le savoir de l'OMS et ses activités.

Dialoguer avec les pays pour faire progresser l'action sanitaire mondiale, soutenir les stratégies et les priorités nationales, et intégrer les réalités et les perspectives des pays dans les politiques et les priorités mondiales. Orienter et coordonner les différents niveaux organiques de l'OMS par une présence effective dans les pays tenant compte des priorités et des besoins nationaux ; promouvoir des approches multisectorielles pour faire progresser l'action sanitaire mondiale ; renforcer les capacités institutionnelles nationales en matière d'encadrement et de gouvernance ; renforcer le potentiel national de planification du développement sanitaire ; faciliter la coopération technique entre pays en développement et pays développés.

Promouvoir l'établissement de partenariats fonctionnels et d'une structure sanitaire mondiale qui assure des résultats sanitaires équitables à tous les niveaux. Encourager des approches harmonisées du développement et de la sécurité sanitaires avec d'autres organisations internationales, y compris celles du système des Nations Unies ; participer activement au dialogue sur la réforme du système des Nations Unies ; promouvoir l'établissement de partenariats efficaces en faveur de la santé ; établir des contacts avec d'autres acteurs concernés dans le domaine de la santé ; et réunir les acteurs concernés pertinents autour de questions de santé revêtant une importance mondiale et régionale.

## CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

Cet objectif stratégique pourra être réalisé à condition :

- que tous les acteurs concernés continuent, conformément à leurs engagements, à assurer une bonne gouvernance et un solide encadrement ; les Etats Membres et le Secrétariat défendent et respectent les résolutions et les décisions des organes directeurs ;
- que la relation fondée sur la confiance entre les Etats Membres et le Secrétariat, aujourd'hui forte et reconnue, perdure ;
- que les mécanismes destinés à accroître la responsabilisation entre les mesures approuvées et décidées et les activités efficacement mises en oeuvre soient renforcés dans le contexte du cadre gestionnaire axé sur les résultats ; et
- que l'évolution probable de l'environnement extérieur et intérieur au cours des six années du plan stratégique à moyen terme ne modifie pas fondamentalement le rôle et les fonctions de l'OMS ; si cela se produisait, par exemple dans le contexte des réformes du système des Nations Unies, l'OMS devra être capable de réagir et de s'adapter en conséquence.

Pour ce qui est des risques pouvant entraver la réalisation de cet objectif stratégique, on envisagera ce qui suit :

- les conséquences négatives du processus de réforme de l'Organisation des Nations Unies pourraient être réduites et les opportunités accrues si l'OMS prend des initiatives et agit par anticipation ;
- de même, compte tenu de l'importance du rôle du Directeur général à l'OMS, un changement de direction à l'intérieur du Secrétariat pourrait affecter le programme énoncé dans le plan stratégique à moyen terme ; cela faisant toutefois partie de l'évolution normale d'une organisation, les mécanismes de gouvernance existants pourront y remédier ; et
- face à la multiplication du nombre des partenariats qui, paradoxalement, peut entraîner un chevauchement des activités entre les diverses initiatives, des transactions coûteuses pour les gouvernements et les donateurs, des responsabilités mal définies et un déficit d'alignement sur les priorités et les systèmes des pays, l'OMS devra prendre les mesures nécessaires.

|  |  |  |   |   |
|--|--|--|---|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>1. Encadrement et direction efficaces de l'Organisation moyennant l'amélioration de la gouvernance, de la cohérence, de la responsabilisation et de la synergie des activités de l'OMS.</b> |  |   |   |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | <b>1.1</b> Proportion des résolutions adoptées qui portent sur la politique générale et peuvent être appliquées aux niveaux mondial, régional et national.                                     | <b>1.2</b> Proportion des documents soumis aux organes directeurs dans toutes les langues officielles, dans les délais constitutionnels. | <b>1.3</b> Niveau de compréhension par les principaux acteurs concernés du rôle, des priorités et des messages essentiels de l'OMS. | <b>1.4</b> Niveau de satisfaction des organes directeurs, comme en témoignent leurs rapports, concernant le fonctionnement de la vérification externe et interne des comptes et des cadres de contrôle. |
| <b>BASE</b>  |  |  |   |   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 40 %   | 100 %  | 10 % d'augmentation par rapport à la base.  | Appréciation qualitative.   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 50 %   | 100 %  | 25 % d'augmentation par rapport à la base.  | Appréciation qualitative.   |
|  | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>  |  |   |   |
|  | Coûts 2008-2009  |  | 66 500  |   |
|  | Estimations 2010-2011  |  | ~ 000   |   |
|  | Estimations 2012-2013  |  | ~ 000   |   |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     |  |  |   |   |

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'EHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 2. Présence effective de l'OMS dans les pays pour appliquer des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays alignées sur le programme national de santé et de développement des Etats Membres, et harmonisées avec l'équipe des Nations Unies dans le pays et les autres partenaires pour le développement.                        |   |  |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 2.1 Nombre des pays qui utilisent activement le processus des stratégies de coopération avec les pays pour planifier les activités de l'OMS dans les pays et harmoniser la coopération de l'Organisation des Nations Unies avec les membres de l'équipe des Nations Unies dans le pays et les autres partenaires pour le développement. | 2.2 Proportion des pays où la présence de l'OMS, y compris le soutien régional et mondial, tient compte des stratégies de coopération avec les pays respectifs. |  |
| <b>BASE</b>  |   |   |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 60  | 25 %  |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 135   | 80 %  |  |
|  | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |   |  |
|  | Coûts 2008-2009   | 98 700  |  |
|  | Estimations 2010-2011   | ~ 000   |  |
|  | Estimations 2012-2013   | ~ 000   |  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     |   |   |  |

|  |   |        |  |
|--|---|--------|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'EHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 3. Un programme de réunions maintenu pour l'élaboration et l'application éthiques des aspects normatifs de la santé au moyen d'accords, de traités, de lois et de politiques.   |        |  |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 3.1 Nombre de réunions mondiales destinées à promouvoir les stratégies et les interventions qui servent l'intérêt collectif des Etats Membres et à faire progresser la réalisation du programme mondial d'action sanitaire. |        |  |
| <b>BASE</b>  |   |        |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                        | 2   |        |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                        | 2   |        |  |
|  | <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |        |  |
|  | Coûts 2008-2009   | 13 600 |  |
|  | Estimations 2010-2011   | ~ 000  |  |
|  | Estimations 2012-2013   | ~ 000  |  |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                     |   |        |  |

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'EHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 4. La structure mondiale de la santé et du développement fournit efficacement des ressources techniques et financières plus durables et prévisibles pour la santé, conformément à un programme de santé commun qui tient compte des besoins et des priorités sanitaires des Etats Membres. |   |   |   |
| <b>INDICATEURS</b>                                       | 4.1 Proportion des flux d'aide extérieure pour la santé fournis au moyen d'instruments souples et à long terme.  | 4.2 Proportion des partenariats pour la santé auxquels l'OMS est associée et qui respectent les principes des meilleures pratiques des partenariats mondiaux en faveur de la santé. | 4.3 Proportion des accords commerciaux qui tiennent effectivement compte des intérêts de la santé publique énoncés dans les recommandations de l'OMS. | 4.4 Proportion des pays où l'OMS dirige les partenariats pour la santé et le développement (officiels ou non), ou y est étroitement associée, y compris dans le contexte des réformes de l'ONU. |
| <b>BASE</b>  |  |   |   |   |

|                                   |  |  |                           |                           |
|-----------------------------------|--|--|---------------------------|---------------------------|
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b> | Mécanismes établis (en partenariat avec l'OCDE/CAD et la Banque mondiale) pour surveiller systématiquement les engagements ou l'aide à long terme en faveur de la santé, programmés au moyen des données de base gouvernementales recueillies, et cible fixée pour 2013. | Le Fonds mondial, l'initiative mondiale pour les vaccins et la vaccination et d'autres enquêtes mondiales sur les professionnels de santé conviennent d'adapter un ensemble d'indicateurs* issus de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, d'établir un système de surveillance, de recueillir des données de base et de fixer des cibles pour 2013. | Appréciation qualitative. | Appréciation qualitative. |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b> | A établir en 2009.   | A établir en 2009.   | Appréciation qualitative. | Appréciation qualitative. |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>   |  |  |                           |                           |
| Coûts 2008-2009                   |  |  |                           |                           |
| Estimations 2010-2011             |  |  |                           |                           |
| Estimations 2012-2013             |  |  |                           |                           |
| <b>JUSTIFICATION</b>              |  |  |                           |                           |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <b>RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 5. Connaissances dans le domaine de la santé et matériels de sensibilisation essentiels multilingues mis à la disposition des Etats Membres, des partenaires pour la santé et des autres acteurs concernés moyennant l'échange et la communication efficaces des connaissances. |   |   |   |
| <b>INDICATEURS</b>                                      | <b>5.1</b> Nombre des pays ayant accès aux informations sur la santé et aux matériels de sensibilisation pour la mise en oeuvre efficace des programmes de santé conformément aux stratégies de coopération avec les pays.  | <b>5.2</b> Nombre moyen de consultations/visites mensuelles des sites Web de l'OMS. | <b>5.3</b> Nombre de pages multilingues (autres qu'en anglais) disponibles sur les sites Web. | <b>5.4</b> Nombre de publications OMS vendues par période biennale. |
| <b>BASE</b>   |   |   |   |   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                       | Base plus 20 %.   | 48 000 000/5 000 000  | 22 000  | 400 000   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                       | Base plus 50 %.   | 80 000 000/7 000 000  | 40 000  | 500 000   |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                         |   |   |   |   |
| Coûts 2008-2009   |   |   |   |   |
| Estimations 2010-2011                                   |   |   |   |   |
| Estimations 2012-2013                                   |   |   |   |   |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                    |   |   |   |   |



**OBJECTIF STRATEGIQUE 16**

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

**Portée**

Cet objectif couvre les fonctions nécessaires à l'action du Secrétariat dans les pays, dans les bureaux régionaux et au Siège. Les activités à entreprendre au titre de cet objectif s'organisent comme suit : intégralité du cadre et des méthodes de gestion fondée sur les résultats, qui vont de la planification et de la budgétisation stratégiques et opérationnelles au suivi et à l'évaluation des résultats ; gestion des ressources financières moyennant le suivi, la mobilisation et la coordination à l'échelle de l'Organisation, en veillant à ce que les ressources soient réparties rationnellement dans l'ensemble de l'Organisation ; gestion des ressources humaines, y compris la planification, le recrutement, le perfectionnement et l'apprentissage du personnel, la gestion de l'exécution des tâches, les conditions d'emploi et les prestations ; soutien opérationnel : gestion de l'infrastructure et logistique, services linguistiques, sécurité du personnel et des locaux, services médicaux et gestion des technologies de l'information ; mise en place de bons mécanismes de responsabilisation et de gouvernance dans tous les domaines.

L'objectif stratégique couvre en outre un vaste programme de réformes institutionnelles visant à renforcer en permanence les fonctions ci-dessus afin d'apporter un soutien à la fois plus efficace et plus économique au reste de l'Organisation. Ce programme est étroitement lié aux réformes générales entreprises dans le système des Nations Unies au niveau des pays et au niveau mondial.

**Indicateurs et cibles**

- Rapport coût/efficacité des services de soutien opérationnel (c'est-à-dire, toutes choses égales par ailleurs, le rapport entre le coût actuel d'une fonction et son coût à la fin de la période pour mesurer indirectement l'efficience).
- Alignement des contributions volontaires sur le budget programme (pour mesurer indirectement le rapport confiance/efficacité dans l'Organisation).
- Efficacité des services gestionnaires et administratifs au niveau des pays (on est en train de mettre au point des méthodes pour mesurer cet aspect dans le cadre des travaux entrepris pour apprécier l'efficacité globale de l'OMS au niveau des pays).

**Liens avec d'autres objectifs stratégiques**

Cet objectif ne doit pas être envisagé séparément des autres objectifs stratégiques, car il concerne les besoins de l'Organisation dans son ensemble. Il doit notamment être envisagé parallèlement à son objectif complémentaire, qui consiste à jouer un rôle directeur, renforcer la gouvernance, encourager les partenariats et la collaboration dans les activités menées avec les pays et à faire en sorte que l'OMS s'acquitte de son mandat en faisant progresser le programme mondial d'action sanitaire. Alors que l'objectif stratégique 16 concerne davantage les questions intérieures (gestion et administration), l'objectif stratégique 15 est plus tourné vers l'extérieur, car il porte sur le rôle directeur et la gouvernance de l'OMS, ainsi que sur sa collaboration avec les Etats Membres et les partenaires au niveau mondial, au niveau régional et au niveau des pays.

**PROBLEMES ET ENJEUX**

Comme il est souligné dans le onzième programme général de travail, l'époque actuelle se caractérise par un perpétuel changement. L'Organisation doit continuer à faire preuve de souplesse et de réactivité si elle veut s'adapter à l'évolution des problèmes de santé dans le monde, qui seront peut-être très différents demain de ce qu'ils sont aujourd'hui.

La structure de la santé publique à l'échelle mondiale, dans laquelle l'OMS tient une place très importante, est de plus en plus complexe. Il apparaît sans cesse de nouveaux acteurs et de nouveaux partenariats. De plus, les efforts d'harmonisation des organismes d'aide au développement et les réformes d'ordre plus général entreprises dans le système des Nations Unies influent sur la façon dont agissent les différents acteurs aux niveaux mondial et local. L'OMS doit non seulement participer activement à cette évolution, elle doit aussi adapter ses méthodes de travail à un contexte en constante évolution.

Les investissements dans la santé ont notablement augmenté ces 10 dernières années, de sorte que les pays sollicitent de plus en plus l'appui technique de l'OMS. Les relations de l'Organisation avec les principaux partenaires et contributeurs s'en trouvent changées, car ils attendent plus de transparence, sous la forme de résultats mesurables, et une meilleure justification de l'utilisation des ressources financières.

Les progrès de l'informatique, la dépendance de plus en plus grande vis-à-vis des cycles économiques mondiaux, l'innovation dans le domaine des techniques de gestion et la concurrence de plus en plus forte sur le marché de l'emploi influencent la manière dont l'OMS peut et devrait être gérée.

Dans ce contexte, et malgré les progrès réalisés dans un certain nombre de domaines, il reste plusieurs obstacles à surmonter pour améliorer l'appui gestionnaire et administratif dans l'ensemble de l'Organisation.

L'important travail accompli pour mettre au point le onzième programme général de travail et l'élaboration d'un plan stratégique à moyen terme ont eu pour effet de renforcer le cadre OMS de gestion fondée sur les résultats. Mais on pourrait faire en sorte que ce cadre tienne mieux compte des leçons tirées de l'expérience, reflète mieux les besoins des pays et encourage davantage la collaboration au sein de l'Organisation.

La gestion des ressources financières ne va pas sans difficultés dans une organisation dont plus de 70 % des ressources sont des contributions volontaires. La situation concernant les ressources est désormais mieux surveillée grâce à un suivi et à des rapports réguliers. Une plus grande participation de tous les programmes techniques sur le plan intérieur et des partenaires sur le plan extérieur s'impose toutefois pour mieux aligner les ressources sur le budget programme et réduire le coût des transactions.

Les réformes ambitieuses entreprises dans le domaine des ressources humaines ont progressé, notamment la simplification des procédures de recrutement et de classification, l'adoption d'un modèle mondial de compétences pour tous les membres du personnel, la création d'un fonds mondial de perfectionnement du personnel et la mise sur pied d'un programme d'encadrement pour tous les administrateurs principaux. Cela étant, il faudra prendre d'autres initiatives pour mieux planifier les ressources humaines à l'OMS et faire de l'apprentissage et de la gestion de l'exécution des tâches des pratiques courantes. Il faut aussi s'employer plus activement à favoriser la rotation et la mobilité du personnel au sein de l'Organisation.

On est en train de mettre en place un système qui permette à l'Organisation de mieux utiliser sa base de connaissances et d'accéder rapidement aux informations nécessaires pour prendre des décisions administratives éclairées. Ce système devra être adapté à mesure qu'évoluent les besoins de l'Organisation. Il faut poursuivre les efforts faits pour améliorer la qualité des services gestionnaires et administratifs dans l'ensemble de l'Organisation.

Compte tenu de la structure décentralisée de l'OMS qui, outre le Siège, compte six bureaux régionaux et 142 bureaux de pays, il est particulièrement important au sein de l'Organisation de mettre en adéquation responsabilité et autorité, condition indispensable pour qu'il soit dûment rendu compte de la gestion. Il faut mener une réflexion de fond pour déterminer à quels niveaux de l'Organisation les décisions doivent être prises et exécutées pour une efficacité et une efficacité maximales compte tenu des besoins de l'Organisation et des demandes qu'elle doit satisfaire. On s'attachera plus particulièrement à renforcer les moyens de gestion des bureaux de pays de l'OMS.

## APPROCHES STRATEGIQUES

Pour atteindre l'objectif stratégique et surmonter les difficultés exposées ci-dessus, il faut appliquer plusieurs grandes approches complémentaires. Depuis deux ou trois ans, d'importantes réformes intérieures ont été entreprises pour renforcer les moyens de l'OMS en matière d'administration et de gestion, réformes qui commencent à porter leurs fruits. Elles vont s'intensifier au cours des six prochaines années et consisteront notamment à passer d'une gestion principalement fondée sur une vérification stricte et excessivement bureaucratique à un contrôle a posteriori qui procède de la délégation de pouvoirs et de la responsabilisation ; concernant l'utilisation des ressources, à faire en sorte que les responsabilités soient exercées et les décisions prises à un échelon plus proche de celui auquel les programmes sont mis en oeuvre ; à rendre la gestion plus transparente et plus intègre ; à renforcer la gouvernance d'ensemble et les systèmes communs à toute l'Organisation en tenant compte des particularités régionales ; et à renforcer partout, mais plus particulièrement dans les bureaux de pays, les moyens et compétences gestionnaires et administratifs. Ces approches stratégiques ne pourront être appliquées avec succès qu'avec le soutien actif des Etats Membres, notamment le financement du budget programme de l'Organisation, y compris les contributions volontaires.

Plus concrètement, pour aider l'Organisation à s'acquitter de son mandat de façon plus efficace et plus efficiente, le Secrétariat appliquera cinq approches stratégiques organisées selon le modèle opérationnel exposé dans la rubrique Portée :

- Renforcer l'approche fondée sur les résultats dans tous les domaines d'action de l'OMS en insistant sur l'importance de l'apprentissage, de la planification conjointe et de la collaboration et en tirant parti de l'avantage spécifique de l'OMS sur les autres organismes qui oeuvrent pour la santé et le développement dans le monde.

- Suivre une approche qui soit à la fois plus intégrée, plus stratégique et plus équitable pour financer le budget programme et gérer les ressources financières dans l'ensemble de l'Organisation ; cela suppose de mieux coordonner la mobilisation des ressources.
- Adopter pour pratique à l'OMS d'intégrer les processus d'apprentissage dans le travail de l'ensemble du personnel, d'inciter à avoir un comportement intègre et conforme à l'éthique, de récompenser le travail de qualité et de faciliter la mobilité du personnel aux fins d'efficience et d'efficacité.
- Renforcer le soutien opérationnel dans l'ensemble de l'Organisation en cherchant sans cesse des solutions plus efficaces et plus économiques pour les systèmes et services administratifs, gestionnaires et d'information, y compris le choix du lieu où ces services sont assurés ; offrir un environnement de travail sûr et salubre ; recourir, pour la gestion, à des accords clairement définis sur la qualité de service.
- Mettre à disposition des cadres de référence et des outils permettant d'instaurer des mécanismes solides de responsabilisation dans l'ensemble de l'Organisation tout en soutenant la collaboration et la coordination à ses différents niveaux.

### CONDITIONS, RISQUES ET ANALYSE DES OPTIONS

La condition indispensable pour atteindre l'objectif est que les Etats Membres et le Secrétariat soient décidés à poursuivre et à accélérer les réformes entreprises. Si l'on veut en effet améliorer durablement les méthodes de gestion, la haute administration doit jouer un rôle moteur et l'ensemble du personnel de l'Organisation doit se mobiliser afin que les stratégies et politiques trouvent leur expression concrète dans la pratique quotidienne. L'ouverture et la communication seront indispensables à l'intérieur comme à l'extérieur de l'Organisation pour que cet objectif demeure bien adapté à ses besoins.

On part aussi du principe que les changements qui risquent de survenir dans l'environnement intérieur et extérieur pendant la période de six ans couverte par le plan stratégique à moyen terme ne modifieront pas fondamentalement le rôle et les fonctions de l'OMS. Si toutefois c'était le cas, les réformes gestionnaires envisagées au titre de cet objectif stratégique donneront à l'OMS la souplesse nécessaire pour s'adapter en conséquence.

Il est probable qu'il faudra continuer de limiter les coûts administratifs. Le Secrétariat continuera à réduire le plus possible les coûts et veillera à ce que toutes les options soient envisagées à cet égard, y compris les possibilités d'externalisation et de délocalisation. Ces solutions ne doivent cependant pas nuire au savoir de l'Organisation, à la qualité des prestations ni au système de contrôle et de responsabilisation. Il faut également tenir compte du fait que cet objectif est intrinsèquement lié aux activités du reste de l'Organisation : des ressources supplémentaires seront nécessaires si la charge de travail augmente dans les domaines couverts par d'autres objectifs stratégiques, même si, du fait des économies d'échelle, la corrélation n'est pas linéaire.

|   |  |   |   |  |
|---|--|---|---|--|
| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 1. Les activités de l'Organisation sont guidées par des plans stratégiques et opérationnels qui s'appuient sur l'expérience acquise, tiennent compte des besoins des pays, sont élaborés en commun à tous les niveaux de l'Organisation et utilisés judicieusement pour mesurer la performance et évaluer les résultats. |   |   |  |
| <b>INDICATEURS</b>  | 1.1 Proportion de plans de travail approuvés qui tiennent compte des leçons tirées de l'exercice précédent dans le rapport d'appréciation de l'exécution du budget programme et qui ont été élaborés en consultation avec les autres niveaux de l'Organisation.  | 1.2 Proportion de rapports sur les objectifs stratégiques établis pour l'examen à mi-parcours et l'appréciation de l'exécution du budget programme qui ont fait l'objet d'un examen collégial et qui ont été soumis en temps voulu. | 1.3 Proportion d'évaluations par programme, par thème et par pays conformes au cadre de référence de l'Organisation pour l'évaluation des programmes. | 1.4 Proportion d'administrateurs qui, après formation, sont habilités à administrer les mécanismes de responsabilisation de l'OMS. |
| <b>BASE</b>   |  |   |   |  |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 80 %   | 80 %  | 100 %   | 90 %   |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 90 %   | 90 %  | 100 %   | 95 %   |
| <b>RESSOURCES (EN US \$000)</b>                           |  |   |   |  |
|   |  | Coûts 2008-2009   | 35 000  |  |
|   |  | Estimations 2010-2011   | ~ 000   |  |
|   |  | Estimations 2012-2013   | ~ 000   |  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>JUSTIFICATION</b> | <i>Il faut renforcer d'une manière générale le cadre de gestion fondée sur les résultats, c'est-à-dire la planification conjointe, l'assurance de la qualité, les examens par les pairs, etc. Bien qu'ayant augmenté lors du dernier exercice, les investissements restent insuffisants, surtout dans les Régions et les pays, pour appliquer une approche plus intégrée qui fasse une plus grande place à la collaboration. Il faudra faire d'importants efforts pour mieux rendre compte des résultats des programmes et mieux diriger leur planification et leur mise en oeuvre dans toute l'Organisation. L'augmentation concernera essentiellement les Régions et les pays.</i> |
|----------------------|--|

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>2.</b> Pratiques financières saines et, notamment par un effort de mobilisation et un suivi constants, gestion judicieuse des ressources financières afin qu'elles correspondent aux budgets programmes (éventuellement révisés par le Directeur général en vertu des pouvoirs qui lui sont délégués).   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|---|---|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>2.1</b> Application des normes comptables internationales pour le secteur public.  | <b>2.2</b> Proportion d'objectifs stratégiques pour lesquels les dépenses correspondent aux cibles du budget programme. | <b>2.3</b> Proportion de contributions volontaires à objet non désigné. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | Application des normes comptables internationales pour le secteur public.   | 80 %  | 20 %  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         |   | 100 %   | 30 %  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>47 500</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |   |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 47 500 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 47 500  |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>L'augmentation proposée permettra de financer le soutien institutionnel que demande une approche mieux coordonnée et plus stratégique pour mobiliser les ressources. Des investissements seront nécessaires pour adopter les normes comptables internationales pour le secteur public et mieux garantir encore la responsabilité et l'intégrité financières.</i> |   |   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | <b>3.</b> Dans le domaine des ressources humaines, politiques et pratiques propres à attirer et fidéliser les meilleurs éléments, promouvoir l'apprentissage et le perfectionnement du personnel, faciliter la gestion de l'exécution des tâches et inciter au respect des règles d'éthique.  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|---|---|---|--|--------------------------|--|-----------------|--------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | <b>3.1</b> Proportion de bureaux <sup>1</sup> qui ont un plan de ressources humaines approuvé pour un exercice quelconque.  | <b>3.2</b> Nombre de membres du personnel qui occupent un nouveau poste ou changent de lieu d'affectation pendant un exercice quelconque. | <b>3.3</b> Proportion d'utilisateurs du système électronique de gestion et de développement des services du personnel (PMDS) ayant suivi le cycle du PMDS qui ont atteint leurs objectifs individuels de perfectionnement. |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 75 %  | 300   | 75 %   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 100 %   | 400   | 95 %   |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>33 009</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>  |   |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 33 009 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 33 009  |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>L'augmentation proposée découle de la nécessité de renforcer les capacités à l'échelon régional pour mieux soutenir les administrateurs et le personnel au niveau régional et au niveau des pays. Il faut faire d'importants efforts pour mieux gérer les ressources humaines en adoptant de nouvelles politiques qui privilégient la mobilité et la rotation du personnel, la gestion de l'exécution des tâches, etc.</i> |   |  |                          |  |                 |        |                       |       |                       |       |

<sup>1</sup> Les bureaux désignent ici les bureaux de pays (144), les divisions des bureaux régionaux (environ 30) et les Départements du Siège (environ 40).

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 4. Stratégies, politiques et pratiques en matière de gestion des systèmes d'information qui offrent des solutions fiables, sûres et d'un bon rapport coût/efficacité tout en tenant compte de l'évolution des besoins de l'Organisation.   |  |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
|---|--|--|--|--------------------------|--|-----------------|---------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 4.1 Proportion de propositions, projets et applications connus dont l'évolution est régulièrement suivie grâce aux processus mondiaux de gestion du portefeuille.  | 4.2 Nombre de services informatiques <sup>1</sup> assurés dans l'ensemble de l'Organisation conformément aux meilleures pratiques informatiques de référence (par exemple la méthode « IT Infrastructure Library »). | 4.3 Proportion de bureaux qui utilisent en temps réel des informations cohérentes pour la gestion. |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |  |  |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 80 %   | 7  | 75 %   |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 95 %   | 11   | 100 %  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">100 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table> |  |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 100 000 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |  |  |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 100 000  |  |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |  |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |  |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>Les ressources restent relativement stables dans ce domaine, car si les coûts diminuent d'un côté grâce à la mise en place du système mondial de gestion, ils augmenteront de l'autre pendant l'exercice 2008-2009 tant que les anciens systèmes informatiques se recouperont avec le nouveau système mondial de gestion.</i>   |  |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 5. Prestation des services gestionnaires et administratifs <sup>2</sup> nécessaires au bon fonctionnement de l'Organisation conformément à des accords sur la qualité de service qui privilégient notamment la réactivité.   |   |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
|---|--|---|--------------------------|--|-----------------|---------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 5.1 Proportion de services assurés conformément aux critères définis par les accords sur la qualité de service.  | 5.2 Proportion d'opérations effectuées conformément aux modes opératoires normalisés pour les situations d'urgence. |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |  |   |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | 75 %   | 75 %  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | 100 %  | 100 %   |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Coûts 2008-2009</td> <td style="text-align: center;">168 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2010-2011</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Estimations 2012-2013</td> <td style="text-align: center;">~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   |   | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 168 000 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |  |   |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 168 000  |   |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000  |   |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000  |   |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <i>La charge de travail augmente d'une manière générale dans l'Organisation, augmentation qui doit se refléter dans les services d'appui. En même temps, les méthodes de travail plus rentables qu'on s'efforce de trouver devraient permettre de réaliser des économies. Mais, au total, il faudra légèrement augmenter les ressources dans ce domaine pendant le prochain exercice. (Note : il faudra poursuivre les travaux au cours des prochains mois pour calculer plus précisément les coûts dans le cadre d'un examen de la prestation des services à l'échelle mondiale.)</i> |   |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |

<sup>1</sup> Par exemple, services de dépannage, configuration des systèmes, gestion des versions de logiciels, bureau d'assistance.

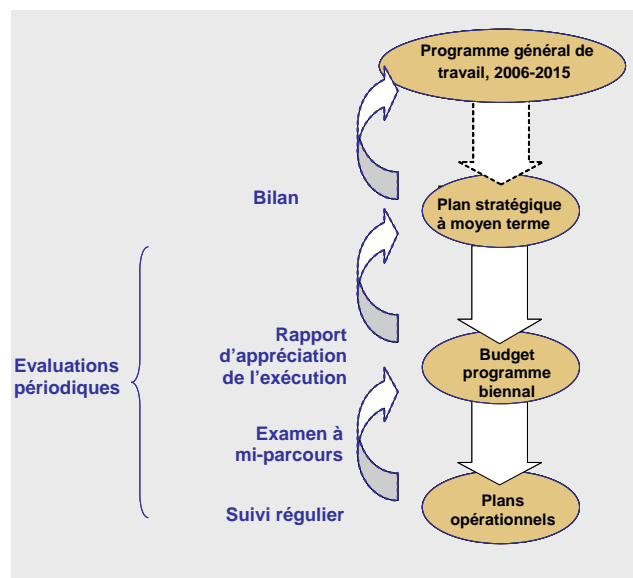
<sup>2</sup> Englobent les technologies de l'information, les ressources humaines, les ressources financières, la logistique et les services linguistiques.

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b> | 6. Dans tous les lieux d'affectation, un cadre de travail qui contribue au bien-être et à la sécurité du personnel.   |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
|---|---|--|--------------------------|--|-----------------|---------|-----------------------|-------|-----------------------|-------|
| <b>INDICATEURS</b>  | 6.1 Exécution du plan-cadre d'équipement en temps voulu et dans les limites du budget approuvé.   | 6.2 Proportion de lieux d'affectation où sont appliqués des politiques et des plans offrant de meilleures garanties concernant la santé et la sécurité du personnel au travail, y compris les normes minimales de sécurité opérationnelle. |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>BASE</b>   |   |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2009</b>                         | En voie de réalisation.   | 75 %   |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>CIBLES A ATTEINDRE EN 2013</b>                         | En voie de réalisation.   | 95 %   |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
|   | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">RESSOURCES (EN US \$000)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Coûts 2008-2009</td> <td>174 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2010-2011</td> <td>~ 000</td> </tr> <tr> <td>Estimations 2012-2013</td> <td>~ 000</td> </tr> </tbody> </table>   |  | RESSOURCES (EN US \$000) |  | Coûts 2008-2009 | 174 000 | Estimations 2010-2011 | ~ 000 | Estimations 2012-2013 | ~ 000 |
| RESSOURCES (EN US \$000)                                  |   |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| Coûts 2008-2009   | 174 000   |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| Estimations 2010-2011                                     | ~ 000   |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| Estimations 2012-2013                                     | ~ 000   |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |
| <b>JUSTIFICATION</b>                                      | <p><i>L'augmentation prévue pour obtenir ce résultat tient principalement à la hausse des coûts qu'implique l'application des normes minimales de sécurité opérationnelle. La totalité des ressources nécessaires sera calculée avec plus de précision au cours des prochains mois à mesure que sera élaboré le plan-cadre d'équipement (que le Conseil exécutif doit examiner à sa cent dix-neuvième session).</i></p> |  |                          |  |                 |         |                       |       |                       |       |

## Suivi et évaluation du plan stratégique à moyen terme et du budget programme

Le cadre de gestion fondée sur les résultats utilisé à l'OMS prévoit plusieurs mécanismes pour repérer, examiner et résoudre les éventuels problèmes d'exécution du plan stratégique à moyen terme et des budgets programmes qui lui sont associés. Ils sont exposés ci-dessous, en commençant par les plans opérationnels pour finir par le programme général de travail.

La mise en oeuvre des programmes et l'exécution financière sont **régulièrement contrôlées** pendant l'exercice, au moins tous les six mois, au moyen de plans opérationnels (plans de travail). On peut ainsi faire le point sur certaines activités et, au besoin, les adapter selon la situation des programmes et de la situation financière.



A la fin de la première année de chaque exercice, on procède à une **évaluation à mi-parcours** qui porte sur l'ensemble de l'Organisation. Le but est de déterminer dans quelle mesure chaque bureau de l'OMS progresse vers les résultats qu'il est censé atteindre. Cette évaluation complète le rapport financier non vérifié qui paraît au même moment.

**L'appréciation de l'exécution** du budget programme effectuée à la fin de l'exercice complète le rapport financier vérifié soumis au même moment. Elle donne un aperçu de l'exécution des programmes par le Secrétariat à l'échelle de l'Organisation et en tire des enseignements.

Les rapports d'appréciation de l'exécution du budget programme permettront de suivre l'application du plan stratégique à moyen terme. A la fin de la période de six ans, un **bilan** sera dressé pour savoir dans quelle mesure les 16 objectifs stratégiques du plan ont été réalisés. On rassemblera les données nécessaires pour calculer les indicateurs et déterminer si les cibles prédéfinies ont été atteintes. Ce bilan comprendra une analyse détaillée des résultats et récapitulera les principales réalisations ; les facteurs de réussite et les principaux obstacles y seront exposés ainsi que les enseignements utiles à l'OMS pour élaborer les prochains plans stratégiques.

Autre élément important qui parachève le cadre de gestion fondée sur les résultats : **l'évaluation** périodique des programmes de l'OMS. Elle permet de juger des résultats de l'action de l'OMS sous trois angles différents : par thème, par programme et par pays. Une douzaine d'évaluations sont effectuées à chaque exercice.

Des mécanismes comme l'examen par les pairs sont employés pendant les phases de planification et de suivi de la gestion fondée sur les résultats dans le but de garantir la qualité des prestations dans l'ensemble de l'Organisation. Les examens collectifs auxquels procèdent la haute administration et les organes directeurs permettront également de prendre en compte les nouveaux besoins, de faire face aux éventuels problèmes d'exécution et de redéfinir les priorités au cours de la période de six ans.

Le **programme général de travail**, dans le cadre duquel le plan stratégique à moyen terme est conçu et exécuté, fera lui aussi l'objet d'un suivi : bilan approfondi des différentes priorités fixées et examen suivi des principales fonctions de l'OMS afin de s'assurer de leur pertinence et d'instaurer un mécanisme qui garantisse la qualité et l'efficacité des activités de l'OMS.





## Partie II : Avant-projet de budget programme 2008-2009

### ORIENTATION 2008-2009 PAR OBJECTIFS STRATEGIQUES

#### OBJECTIF STRATEGIQUE 1

Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.

| RESULTATS ESCOMPTE A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION  | COUTS POUR 2008-2009 |
|---|----------------------|
| 1. Fourniture aux Etats Membres d'un appui technique et stratégique pour accroître au maximum l'accès équitable de tous à des vaccins de qualité garantie, nouveaux produits et technologies de vaccination compris, et intégrer d'autres interventions essentielles de santé des enfants dans la vaccination.  | 149 361              |
| 2. Bonne coordination et appui aux Etats Membres pour la certification de l'éradication de la poliomyélite et la destruction, ou le confinement approprié, des poliovirus, conduisant à l'arrêt simultané partout dans le monde de la vaccination antipoliomyélitique orale.  | 251 654              |
| 3. Bonne coordination et appui aux Etats Membres pour assurer l'accès de toutes les populations aux interventions de prévention, de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées, y compris les zoonoses.  | 152 288              |
| 4. Fourniture d'un soutien technique et stratégique aux Etats Membres pour renforcer leur capacité à assurer la surveillance et le suivi de toutes les maladies transmissibles importantes pour la santé publique.  | 71 832               |
| 5. Mise au point et validation de connaissances, d'instruments et de stratégies d'intervention nouveaux répondant aux besoins prioritaires pour la prévention des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies, et augmentation du nombre des scientifiques de pays en développement à la tête de ces recherches.  | 74 166               |
| 6. Les Etats Membres bénéficient d'un soutien pour se doter des capacités essentielles minimales requises aux termes du Règlement sanitaire international pour l'établissement et le renforcement de systèmes d'alerte et d'action à utiliser en cas d'épidémie ou d'autres urgences de santé publique de portée internationale.  | 80 848               |
| 7. Les Etats Membres et la communauté internationale sont équipés pour détecter, évaluer et combattre les grandes maladies épidémiques et les maladies potentiellement pandémiques (grippe, méningite, fièvre jaune, fièvres hémorragiques, peste et variole, notamment) moyennant la conception et la mise en oeuvre d'instruments, de méthodes, de pratiques, de réseaux et de partenariats efficaces pour la prévention, la détection, la préparation et l'intervention. | 62 214               |
| 8. Coordination des capacités régionales et mondiales, rapidement disponibles pour les Etats Membres, pour la détection, la vérification, l'évaluation des risques et l'action en cas d'épidémie et d'autres urgences de santé publique de portée internationale.   | 57 871               |

| REPARTITION DES RESSOURCES                 |      |        |       |         |
|--|------|--------|-------|---------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 900 234 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 2**

**Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.**

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>   | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|---|-----------------------------|
| 1. Elaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.  | 124 000                     |
| 2. Fourniture d'un soutien stratégique et technique aux pays pour étendre la mise en oeuvre des interventions de prévention, de traitement et de soins liées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme ; y compris l'intégration de la formation et de la prestation des services ; l'élargissement des réseaux de prestataires de services ; le renforcement des capacités de laboratoire et l'amélioration des liens avec d'autres services de santé, comme la santé procréative, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, la nutrition, les services de traitement des toxicomanies, les soins aux personnes présentant des affections respiratoires, la lutte contre les maladies négligées et la salubrité de l'environnement. | 256 000                     |
| 3. Fourniture d'un soutien technique et de conseils à l'échelle mondiale sur les politiques et les programmes destinés à promouvoir un accès équitable à des médicaments essentiels de qualité garantie pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, et leur utilisation rationnelle par les prescripteurs et les consommateurs ; et approvisionnement ininterrompu en produits diagnostiques, en sang non contaminé et autres biens essentiels.   | 85 100                      |
| 4. Renforcement et extension des systèmes mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance, d'évaluation et de suivi pour contrôler les progrès sur la voie de la réalisation des cibles et les ressources allouées aux activités de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, et suivi des effets des activités de lutte et de l'évolution de la pharmacorésistance.   | 124 000                     |
| 5. Maintien de l'engagement politique et mobilisation des ressources assurée par des activités de sensibilisation et l'entretien de partenariats pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose aux niveaux national, régional et mondial ; fourniture d'un appui aux pays, le cas échéant, pour élaborer/renforcer et mettre en oeuvre des mécanismes pour la mobilisation et l'utilisation de ressources et accroître la capacité d'absorption des ressources disponibles ; et accroissement de la participation des communautés et des personnes affectées pour étendre au maximum la couverture et les résultats de la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.  | 35 000                      |
| 6. Mise au point et validation de nouvelles connaissances, de nouveaux outils d'intervention et de nouvelles stratégies qui répondent aux besoins prioritaires en matière de prévention et de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, les scientifiques des pays en développement étant de plus en plus nombreux à conduire ces recherches.  | 87 000                      |

**REPARTITION DES RESSOURCES**

| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL          |
|--|------|--------|-------|----------------|
| Total 2008-2009                            |      |        |       | <b>711 100</b> |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |                |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 3**

**Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.**

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>   | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|---|-----------------------------|
| 1. Sensibilisation et soutien visant à accroître l'engagement politique, financier et technique dans les pays afin de traiter le problème des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes et des incapacités.                           | 24 200                      |
| 2. Fourniture de conseils et d'un soutien aux pays pour l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques, de stratégies et de réglementations applicables aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et comportementaux, à la violence, aux traumatismes et aux incapacités.            | 29 900                      |
| 3. Amélioration de la capacité des pays à recueillir, analyser, diffuser et utiliser des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence et des traumatismes et des incapacités.                    | 28 000                      |
| 4. Amélioration des données factuelles réunies par l'OMS sur la rentabilité des interventions visant à prendre en charge les affections chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes et les incapacités.   | 23 800                      |
| 5. Fourniture de conseils et d'un soutien aux pays pour la préparation et la mise en oeuvre de programmes multisectoriels à l'échelle de la population pour prévenir les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes et les déficiences visuelles et auditives.                        | 25 100                      |
| 6. Fourniture de conseils et d'un soutien aux pays pour les aider à renforcer leurs systèmes de santé et systèmes sociaux en vue de prévenir et de prendre en charge les affections chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes et les incapacités. | 26 200                      |

| <b>REPARTITION DES RESSOURCES</b>          |      |        |       |         |
|--|------|--------|-------|---------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 157 200 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 4**

**Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités.**

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>  | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|--|-----------------------------|
| 1. Appui aux Etats Membres pour les aider à élaborer une politique, un plan et une stratégie complets en vue d'accélérer l'instauration de l'accès universel à des interventions efficaces en collaboration avec d'autres programmes, en prêtant particulièrement attention aux inégalités entre les sexes et aux inégalités en matière de santé, en assurant la continuité des soins tout au long de la vie, en intégrant la prestation de services aux différents niveaux du système de santé et en améliorant la coordination avec la société civile et le secteur privé. | 27 025                      |
| 2. Renforcement des capacités de recherche nationales selon les besoins et mise à disposition de données factuelles, de produits, de technologies, d'interventions et de méthodes d'exécution nouveaux présentant un intérêt aux niveaux national et/ou mondial afin d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, de permettre aux gens de vieillir en restant actifs et en bonne santé, et d'améliorer la santé génésique et sexuelle.   | 49 025                      |
| 3. Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé maternelle utilisés dans les pays, et notamment fourniture d'un appui technique aux Etats Membres afin d'intensifier l'action pour faire en sorte que des soins qualifiés soient prodigués à toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés, pendant l'accouchement et les périodes post-partum et postnatale, en particulier pour les populations pauvres et défavorisées, et suivi des progrès.  | 70 025                      |
| 4. Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la survie et la santé néonatales appliqués au niveau des pays, et soutien technique fourni aux Etats Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle par des interventions efficaces, et suivi des progrès.  | 68 025                      |
| 5. Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé et le développement de l'enfant appliqués au niveau des pays, et appui technique fourni aux Etats Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle de la population par des interventions efficaces, et suivi des progrès, en prenant en considération les normes internationales et normes relatives aux droits de l'homme, notamment les dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant.  | 38 025                      |
| 6. Fourniture d'un appui technique aux Etats Membres pour la mise en oeuvre de politiques et de stratégies fondées sur des données factuelles en matière de santé et développement de l'adolescent et extension d'un ensemble d'interventions de prévention, de traitement et de soins efficaces conformément aux normes établies.   | 36 025                      |
| 7. Mise à disposition de lignes directrices, d'approches et d'outils et fourniture d'un appui technique aux Etats Membres pour accélérer l'action en vue de la mise en oeuvre de la stratégie mondiale pour la santé génésique, l'accent étant mis en particulier sur l'instauration d'un accès équitable à des services de santé génésique et sexuelle de qualité, en particulier là où les besoins ne sont pas satisfaits, et dans le respect des droits humains pour ce qui touche à la santé génésique et sexuelle.  | 59 025                      |
| 8. Fourniture aux Etats Membres de lignes directrices, d'approches et d'outils, ainsi que d'une assistance technique afin d'accroître la sensibilisation pour que le vieillissement en bonne santé soit considéré comme une question de santé publique, élaborer et mettre en oeuvre des politiques et des programmes visant à maintenir une capacité fonctionnelle maximale tout au long de la vie et à former les dispensateurs de soins de santé aux méthodes qui permettent aux gens de vieillir en restant en bonne santé.  | 14 025                      |

**REPARTITION DES RESSOURCES**

| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
|--|------|--------|-------|---------|
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 361 200 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 5**

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

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>  | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|--|-----------------------------|
| 1. Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux Etats Membres pour la mise au point et le renforcement de plans et de programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence.   | 42 000                      |
| 2. Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un appui technique aux Etats Membres pour l'organisation rapide des secours en cas de catastrophes associées à des risques naturels et de crises liées à des conflits.   | 62 000                      |
| 3. Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux Etats Membres pour l'évaluation des besoins, de même que pour planifier et mettre en oeuvre les mesures de transition et de relèvement dans les situations consécutives à des conflits ou à des catastrophes. | 51 500                      |
| 4. Fourniture aux Etats Membres d'un soutien technique coordonné en matière de lutte contre les maladies transmissibles dans les situations de catastrophes naturelles et de conflits.   | 35 000                      |
| 5. Fourniture aux Etats Membres d'un appui pour le renforcement de la préparation nationale et la mise en place des mécanismes d'alerte et d'action pour les urgences liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments.   | 15 500                      |
| 6. Etablissement d'une communication de partenariats et d'une coordination efficaces avec les autres institutions des Nations Unies, les gouvernements, les ONG locales et internationales, les universités et les associations professionnelles aux niveaux national, régional et mondial.                                | 13 500                      |

| <b>REPARTITION DES RESSOURCES</b>          |      |        |       |         |
|--|------|--------|-------|---------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 219 500 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 6**

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

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>   | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|---|-----------------------------|
| 1. Fourniture aux pays d'avis et d'un soutien pour qu'ils puissent renforcer leur capacité de promotion de la santé dans tous les programmes pertinents et établir des collaborations multisectorielles et multidisciplinaires efficaces pour promouvoir la santé et prévenir et réduire les facteurs de risque majeurs.  | 41 900                      |
| 2. Fourniture de conseils et d'un soutien pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque majeurs par l'élaboration, la validation et la diffusion de cadres, d'outils et de méthodes d'exploitation dans les pays à forte charge ou à charge croissante de mortalité et d'incapacité imputable aux facteurs de risque majeurs.  | 19 900                      |
| 3. Elaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays à forte charge ou à charge croissante afin de renforcer les institutions pour les aider à traiter/prévenir les problèmes de santé publique associés au tabagisme. Une aide sera également fournie à la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac pour mettre en oeuvre les dispositions de la Convention et élaborer des protocoles et des principes directeurs. | 40 900                      |
| 4. Elaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays à forte charge ou à charge croissante, afin de renforcer les établissements pour pouvoir traiter/prévenir les problèmes de santé publique associés à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives.  | 20 900                      |
| 5. Elaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays à forte charge ou à charge croissante, afin de renforcer les établissements et de traiter/prévenir les problèmes de santé publique associés à la mauvaise alimentation et au manque d'exercice physique.   | 19 900                      |
| 6. Elaboration de politiques, de stratégies, d'interventions, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays pour promouvoir une sexualité sans risque et renforcer les établissements afin de prendre en charge les conséquences sociales et individuelles des rapports sexuels non protégés.   | 18 900                      |

| <b>REPARTITION DES RESSOURCES</b>          |      |        |       |         |
|--|------|--------|-------|---------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 162 400 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 7**

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

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>  | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|--|-----------------------------|
| 1. Importance des déterminants sociaux et économiques de la santé reconnue dans toute l'Organisation et intégrée dans l'action normative de l'OMS et sa collaboration technique avec les Etats Membres et d'autres partenaires.  | 21 220                      |
| 2. Prise par l'OMS d'une initiative destinée à fournir des possibilités et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international afin de traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé et d'encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable. | 14 920                      |
| 3. Collecte, synthèse et analyse de données économiques et sociales intéressant la santé ventilées par sexe, âge, appartenance ethnique, revenu et état de santé (maladie ou incapacité, par exemple).   | 10 520                      |
| 4. Promotion d'approches de la santé fondées sur l'éthique et les droits de l'homme à l'OMS et aux niveaux national et international.  | 8 320                       |
| 5. Intégration de mesures d'analyse des sexospécificités et de prise en compte de celles-ci dans l'action normative de l'OMS et soutien aux pays pour l'élaboration de politiques et de programmes tenant compte des différences entre les sexes dans les Etats Membres.                                   | 11 819                      |

| <b>REPARTITION DES RESSOURCES</b>          |      |        |       |        |
|--|------|--------|-------|--------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL  |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 66 799 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |        |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 8**

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

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>   | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|---|-----------------------------|
| 1. Elaboration et actualisation d'évaluations, de normes et de recommandations fondées sur des données factuelles concernant les risques prioritaires pour la santé liés à l'environnement (par exemple qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, eau de boisson, recyclage des eaux usées) ; appui technique aux accords internationaux en matière d'environnement et pour le suivi des OMD.   | 35 900                      |
| 2. Fourniture d'un soutien et de conseil techniques aux pays pour la mise en oeuvre d'interventions de prévention primaire destinées à réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, à accroître la sécurité et à promouvoir la santé publique, y compris dans des cadres particuliers et dans les groupes de population vulnérables (enfants, personnes âgées, par exemple).   | 23 900                      |
| 3. Assistance technique et soutien aux pays pour renforcer l'élaboration de politiques de santé au travail et de salubrité de l'environnement, la planification d'interventions préventives, la prestation de services et la surveillance.  | 26 800                      |
| 4. Principes directeurs, outils et initiatives destinés à aider le secteur de la santé à infléchir les politiques dans les secteurs prioritaires (par exemple énergie, transports, agriculture) ; évaluation des effets sur la santé ; évaluation des coûts et avantages des différentes politiques dans ces secteurs ; et mobilisation d'investissements hors du secteur de la santé pour améliorer la santé, l'environnement et la sécurité.  | 26 600                      |
| 5. Renforcer le rôle mobilisateur du secteur de la santé afin de favoriser un environnement plus sain et d'infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces environnementales pour la santé, y compris en répondant aux préoccupations émergentes et réémergentes en matière de salubrité de l'environnement liées au développement, à l'évolution des technologies, aux changements environnementaux mondiaux et aux modes de consommation et de production. | 19 100                      |

**REPARTITION DES RESSOURCES**

| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
|--|------|--------|-------|---------|
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 132 300 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |



**OBJECTIF STRATEGIQUE 9**

**Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.**

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>  | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|--|-----------------------------|
| 1. Formation de partenariats et d'alliances, développement du leadership et mise en place d'une coordination et de réseaux avec toutes les parties prenantes aux niveaux mondial, régional et des pays, afin de promouvoir la sensibilisation et la communication, d'encourager l'action intersectorielle, d'accroître les investissements en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires, et d'élaborer et de soutenir un programme de recherche. | 24 000                      |
| 2. Elaboration et distribution aux Etats Membres de normes – y compris de références, exigences, priorités de recherche, principes directeurs, manuels de formation – pour accroître leur capacité d'évaluer toutes les formes de malnutrition, les zoonoses et les maladies d'origine alimentaire non zoonotiques et y faire face, et promouvoir des habitudes alimentaires saines.   | 15 000                      |
| 3. Renforcement du suivi et de la surveillance des besoins et évaluation des interventions dans le domaine de la nutrition et des maladies chroniques liées à l'alimentation et amélioration de l'aptitude à recenser les meilleures options politiques dans les situations stables comme dans les situations de crise humanitaire.  | 13 400                      |
| 4. Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux Etats Membres visés pour l'élaboration, le renforcement et la mise en oeuvre de plans, de politiques et de programmes nutritionnels visant à améliorer la nutrition sur toute la durée de la vie, dans les situations stables comme dans les situations de crise humanitaire.   | 29 900                      |
| 5. Renforcement des systèmes de surveillance, de prévention et de lutte pour les maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et intégration dans les systèmes nationaux de surveillance existants de programmes de surveillance et d'évaluation des risques alimentaires, les résultats étant diffusés aux principaux intervenants.  | 20 400                      |
| 6. Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux pays, y compris pour leur participation à l'élaboration de normes au niveau international afin d'accroître leur capacité d'évaluation des risques dans le domaine des maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et de la sécurité sanitaire des aliments, et pour élaborer et mettre sur pied des systèmes nationaux de contrôle des aliments reliés à des systèmes d'urgence internationaux.                                     | 24 000                      |

**REPARTITION DES RESSOURCES**

| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
|--|------|--------|-------|---------|
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 126 700 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 10**

**Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.**

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>  | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|--|-----------------------------|
| 1. Les politiques relatives à la prestation des services et leur mise en oeuvre dans les Etats Membres tiennent de plus en plus compte des normes, des meilleures pratiques et des principes d'égalité approuvés par l'OMS ou élaborés avec son soutien.   | 45 000                      |
| 2. Renforcement des capacités organisationnelles et gestionnaires des établissements et des réseaux qui assurent la prestation de services dans les Etats Membres en vue d'améliorer la prestation des services.   | 32 000                      |
| 3. Mécanismes et systèmes de réglementation mis en place dans les Etats Membres pour assurer une collaboration et une synergie entre les systèmes de prestation de services publics et non étatiques conduisant à l'amélioration générale de la prestation des services.   | 25 000                      |
| 4. Changements stratégiques, structurels et gestionnaires opérés dans l'architecture des services de santé des Etats Membres pour assurer l'intégration des programmes axés sur une maladie spécifique dans les services de santé généraux pour améliorer la prestation des services de santé dans son ensemble. | 42 000                      |

| <b>REPARTITION DES RESSOURCES</b>          |      |        |       |         |
|--|------|--------|-------|---------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 144 000 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 11**

**Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé  
 et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.**

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>  | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|--|-----------------------------|
| 1. Les pays auront plus de moyens et suivront de meilleures pratiques aux niveaux national et local en ce qui concerne l'élaboration de la politique du secteur de la santé, la réglementation, la planification stratégique, la mise en oeuvre de réformes, la coordination intersectorielle et interinstitutionnelle.  | 21 787                      |
| 2. Meilleure coordination de l'assistance fournie par les donateurs au niveau mondial et au niveau des pays afin d'atteindre les cibles de développement des systèmes de santé nationaux et les objectifs sanitaires mondiaux.   | 4 387                       |
| 3. Contribuer à renforcer les systèmes d'information sanitaire des pays de sorte qu'ils fournissent et utilisent en temps voulu des informations de qualité utiles pour suivre les problèmes et programmes de santé locaux et pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des grands objectifs internationaux.  | 49 686                      |
| 4. Contribuer à l'acquisition de connaissances et de données plus utiles pour la prise de décision dans le domaine de la santé en synthétisant et en publiant les éléments d'information existants, en facilitant la production d'informations dans les domaines prioritaires et le leadership mondial dans la recherche en santé, et en garantissant une conduite conforme à l'éthique. | 26 187                      |
| 5. Renforcement du potentiel national de recherche en santé pour le développement des systèmes de santé dans le contexte de la recherche régionale et internationale et avec la participation de la société civile.  | 26 987                      |
| 6. Gestion des connaissances, recueil de données probantes et élaboration de politiques et stratégies en matière de cybersanté pour renforcer les systèmes de santé.   | 32 286                      |

| <b>REPARTITION DES RESSOURCES</b>          |      |        |       |         |
|--|------|--------|-------|---------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 161 320 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 12**

**Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation.**

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>   | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|---|-----------------------------|
| 1. Plaidoyer et soutien pour l'élaboration et la supervision de politiques nationales complètes concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation.  | 36 314                      |
| 2. Elaboration de lignes directrices, normes et critères internationaux concernant la qualité, la sécurité, l'efficacité et le rapport coût/efficacité des technologies et produits médicaux, et plaidoyer et soutien pour leur application au niveau national/régional.  | 64 537                      |
| 3. Au sein de l'OMS, des programmes régionaux et nationaux, élaboration, sur la base de données probantes, et préconisation de principes directeurs pour amener les agents de santé et les consommateurs à faire un usage fondé du point de vue scientifique et efficace sur le plan des coûts des technologies et produits médicaux. | 27 724                      |

| <b>REPARTITION DES RESSOURCES</b>          |      |        |       |         |
|--|------|--------|-------|---------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 128 575 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 13**

**Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif  
 aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.**

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>   | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|---|-----------------------------|
| 1. Renforcement des moyens dont disposent les pays de développer le personnel de santé.   | 26 488                      |
| 2. Renforcement de la base d'informations et de connaissances sur le développement du personnel de santé aux niveaux national, régional et mondial.   | 20 188                      |
| 3. Soutien technique aux pays en crise afin de remédier aux pénuries en agissant sur la formation, la répartition et la palette de compétences du personnel de santé.                                     | 56 588                      |
| 4. Création de réseaux et de partenariats aux niveaux mondial, régional et des pays pour renforcer l'infrastructure institutionnelle des pays frappés par la crise des ressources humaines pour la santé. | 14 588                      |

| <b>REPARTITION DES RESSOURCES</b>          |      |        |       |         |
|--|------|--------|-------|---------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 117 852 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 14**

**Etendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.**

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>  | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|--|-----------------------------|
| 1. Fourniture aux Etats Membres d'un soutien technique et politique éthique et fondé sur des données factuelles afin d'améliorer la performance des systèmes de financement des systèmes de santé en termes de protection financière, d'équité du financement, d'utilisation des services et de productivité des ressources. | 32 495                      |
| 2. Appui technique et information et sensibilisation aux niveaux régional, national et international destiné à mobiliser un financement supplémentaire et prévisible en faveur de la santé.  | 10 795                      |
| 3. Mise au point d'outils de mesure destinés à analyser la transparence et la responsabilité comptable des systèmes de financement de la santé, et fourniture d'un appui technique pour en encourager l'utilisation le cas échéant.  | 15 995                      |
| 4. Elaboration de normes et de critères pour suivre l'utilisation des ressources, estimer les conséquences économiques des maladies, des coûts et des interventions, des frais catastrophiques et de l'appauvrissement, et promotion, soutien et suivi de leur mise en oeuvre.   | 7 295                       |
| 5. Mesures prises pour renforcer les capacités d'élaboration d'une politique de financement de la santé et de production, d'interprétation et d'utilisation de l'information.  | 17 995                      |
| 6. Mesures prises pour encourager la production, la traduction et la diffusion de connaissances utiles et pour infléchir les programmes de recherche.  | 8 095                       |

| <b>REPARTITION DES RESSOURCES</b>          |      |        |       |        |
|--|------|--------|-------|--------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL  |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 92 670 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |        |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 15**

**Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.**

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>  | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|--|-----------------------------|
| 1. Encadrement et direction efficaces de l'Organisation moyennant l'amélioration de la gouvernance, de la cohérence, de la responsabilisation et de la synergie des activités de l'OMS.  | 66 500                      |
| 2. Présence effective de l'OMS dans les pays pour appliquer des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays alignées sur le programme national de santé et de développement des Etats Membres, et harmonisées avec l'équipe des Nations Unies dans le pays et les autres partenaires pour le développement. | 98 700                      |
| 3. Un programme de réunions maintenu pour l'élaboration et l'application éthiques des aspects normatifs de la santé au moyen d'accords, de traités, de lois et de politiques.  | 13 600                      |
| 4. La structure mondiale de la santé et du développement fournit efficacement des ressources techniques et financières plus durables et prévisibles pour la santé, conformément à un programme de santé commun qui tient compte des besoins et des priorités sanitaires des Etats Membres.                       | 14 900                      |
| 5. Connaissances dans le domaine de la santé et matériels de sensibilisation essentiels multilingues mis à la disposition des Etats Membres, des partenaires pour la santé et des autres acteurs concernés moyennant l'échange et la communication efficaces des connaissances.                                  | 30 000                      |

| <b>REPARTITION DES RESSOURCES</b>          |      |        |       |                |
|--|------|--------|-------|----------------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL          |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | <b>223 700</b> |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |                |

**OBJECTIF STRATEGIQUE 16**

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

| <b>RESULTATS ESCOMPTEES A L'ECHELLE DE L'ORGANISATION</b>  | <b>COUTS POUR 2008-2009</b> |
|--|-----------------------------|
| 1. Les activités de l'Organisation sont guidées par des plans stratégiques et opérationnels qui s'appuient sur l'expérience acquise, tiennent compte des besoins des pays, sont élaborés en commun à tous les niveaux de l'Organisation et utilisés judicieusement pour mesurer la performance et évaluer les résultats. | 35 000                      |
| 2. Pratiques financières saines et, notamment par un effort de mobilisation et un suivi constants, gestion judicieuse des ressources financières afin qu'elles correspondent aux budgets programmes (éventuellement révisés par le Directeur général en vertu des pouvoirs qui lui sont délégués).                       | 47 500                      |
| 3. Dans le domaine des ressources humaines, politiques et pratiques propres à attirer et fidéliser les meilleurs éléments, promouvoir l'apprentissage et le perfectionnement du personnel, faciliter la gestion de l'exécution des tâches et inciter au respect des règles d'éthique.                                    | 33 009                      |
| 4. Stratégies, politiques et pratiques en matière de gestion des systèmes d'information qui offrent des solutions fiables, sûres et d'un bon rapport coût/efficacité tout en tenant compte de l'évolution des besoins de l'Organisation.   | 100 000                     |
| 5. Prestation des services gestionnaires et administratifs nécessaires au bon fonctionnement de l'Organisation conformément à des accords sur la qualité de service qui privilégient notamment la réactivité.  | 168 000                     |
| 6. Dans tous les lieux d'affectation, un cadre de travail qui contribue au bien-être et à la sécurité du personnel.  | 174 000                     |

| <b>REPARTITION DES RESSOURCES</b>          |      |        |       |         |
|--|------|--------|-------|---------|
| Niveau auquel les ressources sont allouées | PAYS | REGION | SIEGE | TOTAL   |
| Total 2008-2009                            |      |        |       | 557 509 |
| Pourcentage par niveau                     |      |        |       |         |





## Annexe 1 : Allocations par objectif

| Objectif stratégique   | Afrique          | Amériques      | Asie du Sud-Est |
|--|------------------|----------------|-----------------|
| 1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.  | 317 064          | 32 800         | 135 100         |
| 2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.  | 243 400          | 48 800         | 81 300          |
| 3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.  | 18 200           | 10 000         | 18 000          |
| 4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités. | 115 000          | 27 700         | 51 100          |
| 5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.  | 66 200           | 20 000         | 24 500          |
| 6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés.  | 26 000           | 14 000         | 13 000          |
| 7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.   | 9 378            | 7 000          | 4 900           |
| 8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.   | 19 000           | 12 300         | 14 000          |
| 9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.   | 38 500           | 14 700         | 14 100          |
| 10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.   | 46 000           | 10 000         | 15 000          |
| 11. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.   | 32 030           | 10 800         | 16 100          |
| 12. Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation.   | 22 867           | 9 000          | 12 700          |
| 13. Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.  | 34 952           | 10 000         | 17 100          |
| 14. Étendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.  | 29 100           | 7 400          | 7 000           |
| 15. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.   | 50 500           | 17 000         | 18 200          |
| 16. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.   | 120 260          | 30 500         | 53 900          |
| <b>TOTAL</b>   | <b>1 188 451</b> | <b>282 000</b> | <b>496 000</b>  |

stratégique et par bureau, 2008-2009 (en milliers de US \$)

| Europe         | Méditerranée orientale | Pacifique occidental | Siège            | TOTAL            |
|----------------|------------------------|----------------------|------------------|------------------|
| 30 000         | 101 400                | 53 870               | 230 000          | 900 234          |
| 36 000         | 54 000                 | 59 600               | 188 000          | 711 100          |
| 16 000         | 20 000                 | 22 000               | 53 000           | 157 200          |
| 14 000         | 40 000                 | 25 400               | 88 000           | 361 200          |
| 21 000         | 41 000                 | 16 800               | 30 000           | 219 500          |
| 10 000         | 25 000                 | 32 000               | 42 400           | 162 400          |
| 6 000          | 12 000                 | 2 500                | 25 021           | 66 799           |
| 18 000         | 16 500                 | 12 500               | 40 000           | 132 300          |
| 6 000          | 9 000                  | 19 400               | 25 000           | 126 700          |
| 12 000         | 20 000                 | 11 000               | 30 000           | 144 000          |
| 22 000         | 18 600                 | 13 760               | 48 030           | 161 320          |
| 7 000          | 16 900                 | 10 100               | 50 008           | 128 575          |
| 6 000          | 16 300                 | 13 500               | 20 000           | 117 852          |
| 8 000          | 12 200                 | 9 000                | 19 970           | 92 670           |
| 25 000         | 27 000                 | 16 000               | 70 000           | 223 700          |
| 40 000         | 39 000                 | 33 849               | 240 000          | 557 509          |
| <b>277 000</b> | <b>468 900</b>         | <b>351 279</b>       | <b>1 199 429</b> | <b>4 263 059</b> |

## Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés

| <b>Objectif stratégique 1 : Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.</b>   |                |                  |                        |
|--|----------------|------------------|------------------------|
| <b>Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation</b>   | <b>Afrique</b> | <b>Amériques</b> | <b>Asie du Sud-Est</b> |
| Fourniture aux Etats Membres d'un appui technique et stratégique pour accroître au maximum l'accès équitable de tous à des vaccins de qualité garantie, nouveaux produits et technologies de vaccination compris, et intégrer d'autres interventions essentielles de santé des enfants dans la vaccination.  |                |                  |                        |
| Bonne coordination et appui aux Etats Membres pour la certification de l'éradication de la poliomyélite et la destruction, ou le confinement approprié, des poliovirus, conduisant à l'arrêt simultané partout dans le monde de la vaccination antipoliomyélitique orale.  |                |                  |                        |
| Bonne coordination et appui aux Etats Membres pour assurer l'accès de toutes les populations aux interventions de prévention, de lutte, d'élimination et d'éradication des maladies tropicales négligées, y compris les zoonoses.  |                |                  |                        |
| Fourniture d'un soutien technique et stratégique aux Etats Membres pour renforcer leur capacité à assurer la surveillance et le suivi de toutes les maladies transmissibles importantes pour la santé publique.  |                |                  |                        |
| Mise au point et validation de connaissances, d'instruments et de stratégies d'intervention nouveaux répondant aux besoins prioritaires pour la prévention des maladies transmissibles et la lutte contre ces maladies, et augmentation du nombre des scientifiques de pays en développement à la tête de ces recherches.  |                |                  |                        |
| Les Etats Membres bénéficient d'un soutien pour se doter des capacités essentielles minimales requises aux termes du Règlement sanitaire international pour l'établissement et le renforcement de systèmes d'alerte et d'action à utiliser en cas d'épidémie ou d'autres urgences de santé publique de portée internationale.  |                |                  |                        |
| Les Etats Membres et la communauté internationale sont équipés pour détecter, évaluer et combattre les grandes maladies épidémiques et les maladies potentiellement pandémiques (grippe, méningite, fièvre jaune, fièvres hémorragiques, peste et variole, notamment) moyennant la conception et la mise en oeuvre d'instruments, de méthodes, de pratiques, de réseaux et de partenariats efficaces pour la prévention, la détection, la préparation et l'intervention. |                |                  |                        |
| Coordination des capacités régionales et mondiales, rapidement disponibles pour les Etats Membres, pour la détection, la vérification, l'évaluation des risques et l'action en cas d'épidémie et d'autres urgences de santé publique de portée internationale.   |                |                  |                        |
| <b>TOTAL</b>   |                |                  |                        |
| <b>Objectif stratégique 2 : Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.</b>   |                |                  |                        |
| <b>Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation</b>   | <b>Afrique</b> | <b>Amériques</b> | <b>Asie du Sud-Est</b> |
| Elaboration de directives, politiques générales, stratégies et autres outils pour la prévention, le traitement et les soins liés au VIH/SIDA, au paludisme et à la tuberculose, y compris des méthodes novatrices pour étendre la couverture des interventions dans les populations pauvres, difficiles d'accès et vulnérables.  |                |                  |                        |



## Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés

| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
|--|---------|-----------|-----------------|
| Fourniture d'un soutien stratégique et technique aux pays pour étendre la mise en oeuvre des interventions de prévention, de traitement et de soins liées au VIH/SIDA, à la tuberculose et au paludisme ; y compris l'intégration de la formation et de la prestation des services ; l'élargissement des réseaux de prestataires de services ; le renforcement des capacités de laboratoire et l'amélioration des liens avec d'autres services de santé, comme la santé procréative, la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, la nutrition, les services de traitement des toxicomanies, les soins aux personnes présentant des affections respiratoires, la lutte contre les maladies négligées et la salubrité de l'environnement. |         |           |                 |
| Fourniture d'un soutien technique et de conseils à l'échelle mondiale sur les politiques et les programmes destinés à promouvoir un accès équitable à des médicaments essentiels de qualité garantie pour la prévention et le traitement du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme, et leur utilisation rationnelle par les prescripteurs et les consommateurs ; et approvisionnement ininterrompu en produits diagnostiques, en sang non contaminé et autres biens essentiels.   |         |           |                 |
| Renforcement et extension des systèmes mondiaux, régionaux et nationaux de surveillance, d'évaluation et de suivi pour contrôler les progrès sur la voie de la réalisation des cibles et les ressources allouées aux activités de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, et suivi des effets des activités de lutte et de l'évolution de la pharmacorésistance.   |         |           |                 |
| Maintien de l'engagement politique et mobilisation des ressources assurée par des activités de sensibilisation et l'entretien de partenariats pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose aux niveaux national, régional et mondial ; fourniture d'un appui aux pays, le cas échéant, pour élaborer/renforcer et mettre en oeuvre des mécanismes pour la mobilisation et l'utilisation de ressources et accroître la capacité d'absorption des ressources disponibles ; et accroissement de la participation des communautés et des personnes affectées pour étendre au maximum la couverture et les résultats de la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.  |         |           |                 |
| Mise au point et validation de nouvelles connaissances, de nouveaux outils d'intervention et de nouvelles stratégies qui répondent aux besoins prioritaires en matière de prévention et de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, les scientifiques des pays en développement étant de plus en plus nombreux à conduire ces recherches.  |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>   |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 3 : Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.</b>   |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Sensibilisation et soutien visant à accroître l'engagement politique, financier et technique dans les pays afin de traiter le problème des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence, des traumatismes et des incapacités.   |         |           |                 |



## Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés

| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation   | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
|---|---------|-----------|-----------------|
| Fourniture de conseils et d'un soutien aux pays pour l'élaboration et la mise en oeuvre de politiques, de stratégies et de réglementations applicables aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux et comportementaux, à la violence, aux traumatismes et aux incapacités.   |         |           |                 |
| Amélioration de la capacité des pays à recueillir, analyser, diffuser et utiliser des données sur l'ampleur, les causes et les conséquences des affections chroniques non transmissibles, des troubles mentaux et comportementaux, de la violence et des traumatismes et des incapacités.   |         |           |                 |
| Amélioration des données factuelles réunies par l'OMS sur la rentabilité des interventions visant à prendre en charge les affections chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes et les incapacités.  |         |           |                 |
| Fourniture de conseils et d'un soutien aux pays pour la préparation et la mise en oeuvre de programmes multisectoriels à l'échelle de la population pour prévenir les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes et les déficiences visuelles et auditives.   |         |           |                 |
| Fourniture de conseils et d'un soutien aux pays pour les aider à renforcer leurs systèmes de santé et systèmes sociaux en vue de prévenir et de prendre en charge les affections chroniques non transmissibles, les troubles mentaux et comportementaux, la violence et les traumatismes et les incapacités.  |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>  |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 4 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités.</b>   |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation   | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Appui aux Etats Membres pour les aider à élaborer une politique, un plan et une stratégie complets en vue d'accélérer l'instauration de l'accès universel à des interventions efficaces en collaboration avec d'autres programmes, en prêtant particulièrement attention aux inégalités entre les sexes et aux inégalités en matière de santé, en assurant la continuité des soins tout au long de la vie, en intégrant la prestation de services aux différents niveaux du système de santé et en améliorant la coordination avec la société civile et le secteur privé. |         |           |                 |
| Renforcement des capacités de recherche nationales selon les besoins et mise à disposition de données factuelles, de produits, de technologies, d'interventions et de méthodes d'exécution nouveaux présentant un intérêt aux niveaux national et/ou mondial afin d'améliorer la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, de permettre aux gens de vieillir en restant actifs et en bonne santé, et d'améliorer la santé génésique et sexuelle.   |         |           |                 |
| Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé maternelle utilisés dans les pays, et notamment fourniture d'un appui technique aux Etats Membres afin d'intensifier l'action pour faire en sorte que des soins qualifiés soient prodigués à toutes les femmes enceintes et tous les nouveau-nés, pendant l'accouchement et les périodes post-partum et postnatale, en particulier pour les populations pauvres et défavorisées, et suivi des progrès.  |         |           |                 |





## Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés

| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
|--|---------|-----------|-----------------|
| Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la survie et la santé néonatales appliqués au niveau des pays, et soutien technique fourni aux Etats Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle par des interventions efficaces, et suivi des progrès.   |         |           |                 |
| Lignes directrices, approches et outils destinés à améliorer la santé et le développement de l'enfant appliqués au niveau des pays, et appui technique fourni aux Etats Membres pour intensifier l'action en vue de l'instauration de la couverture universelle de la population par des interventions efficaces, et suivi des progrès, en prenant en considération les normes internationales et normes relatives aux droits de l'homme, notamment les dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant.       |         |           |                 |
| Fourniture d'un appui technique aux Etats Membres pour la mise en oeuvre de politiques et de stratégies fondées sur des données factuelles en matière de santé et développement de l'adolescent et extension d'un ensemble d'interventions de prévention, de traitement et de soins efficaces conformément aux normes établies.  |         |           |                 |
| Mise à disposition de lignes directrices, d'approches et d'outils et fourniture d'un appui technique aux Etats Membres pour accélérer l'action en vue de la mise en oeuvre de la stratégie mondiale pour la santé génésique, l'accent étant mis en particulier sur l'instauration d'un accès équitable à des services de santé génésique et sexuelle de qualité, en particulier là où les besoins ne sont pas satisfaits, et dans le respect des droits humains pour ce qui touche à la santé génésique et sexuelle.         |         |           |                 |
| Fourniture aux Etats Membres de lignes directrices, d'approches et d'outils, ainsi que d'une assistance technique afin d'accroître la sensibilisation pour que le vieillissement en bonne santé soit considéré comme une question de santé publique, élaborer et mettre en oeuvre des politiques et des programmes visant à maintenir une capacité fonctionnelle maximale tout au long de la vie et à former les dispensateurs de soins de santé aux méthodes qui permettent aux gens de vieillir en restant en bonne santé. |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>   |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 5 : Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.</b>   |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux Etats Membres pour la mise au point et le renforcement de plans et de programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence.  |         |           |                 |
| Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un appui technique aux Etats Membres pour l'organisation rapide des secours en cas de catastrophes associées à des risques naturels et de crises liées à des conflits.  |         |           |                 |
| Elaboration de normes et de critères, renforcement des capacités et fourniture d'un soutien technique aux Etats Membres pour l'évaluation des besoins, de même que pour planifier et mettre en oeuvre les mesures de transition et de relèvement dans les situations consécutives à des conflits ou à des catastrophes.  |         |           |                 |



## Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés

| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
|--|---------|-----------|-----------------|
| Fourniture aux Etats Membres d'un soutien technique coordonné en matière de lutte contre les maladies transmissibles dans les situations de catastrophes naturelles et de conflits.  |         |           |                 |
| Fourniture aux Etats Membres d'un appui pour le renforcement de la préparation nationale et la mise en place des mécanismes d'alerte et d'action pour les urgences liées à l'environnement et à la sécurité sanitaire des aliments.  |         |           |                 |
| Etablissement d'une communication de partenariats et d'une coordination efficaces avec les autres institutions des Nations Unies, les gouvernements, les ONG locales et internationales, les universités et les associations professionnelles aux niveaux national, régional et mondial.   |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>   |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 6 : Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés.</b>   |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Fourniture aux pays d'avis et d'un soutien pour qu'ils puissent renforcer leur capacité de promotion de la santé dans tous les programmes pertinents et établir des collaborations multisectorielles et multidisciplinaires efficaces pour promouvoir la santé et prévenir et réduire les facteurs de risque majeurs.  |         |           |                 |
| Fourniture de conseils et d'un soutien pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque majeurs par l'élaboration, la validation et la diffusion de cadres, d'outils et de méthodes d'exploitation dans les pays à forte charge ou à charge croissante de mortalité et d'incapacité imputable aux facteurs de risque majeurs.  |         |           |                 |
| Elaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays à forte charge ou à charge croissante afin de renforcer les institutions pour les aider à traiter/prévenir les problèmes de santé publique associés au tabagisme. Une aide sera également fournie à la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac pour mettre en oeuvre les dispositions de la Convention et élaborer des protocoles et des principes directeurs. |         |           |                 |
| Elaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays à forte charge ou à charge croissante, afin de renforcer les établissements pour pouvoir traiter/prévenir les problèmes de santé publique associés à la consommation d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives.  |         |           |                 |
| Elaboration de politiques, de stratégies, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays à forte charge ou à charge croissante, afin de renforcer les établissements et de traiter/prévenir les problèmes de santé publique associés à la mauvaise alimentation et au manque d'exercice physique.   |         |           |                 |



## Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés

| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
|--|---------|-----------|-----------------|
| Elaboration de politiques, de stratégies, d'interventions, de recommandations, de normes et de principes directeurs éthiques et fondés sur des données factuelles, et fourniture d'un soutien technique aux pays pour promouvoir une sexualité sans risque et renforcer les établissements afin de prendre en charge les conséquences sociales et individuelles des rapports sexuels non protégés.                         |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>   |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 7 : Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.</b>  |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Importance des déterminants sociaux et économiques de la santé reconnue dans toute l'Organisation et intégrée dans l'action normative de l'OMS et sa collaboration technique avec les Etats Membres et d'autres partenaires.   |         |           |                 |
| Prise par l'OMS d'une initiative destinée à fournir des possibilités et des moyens de collaboration intersectorielle aux niveaux national et international afin de traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé et d'encourager la réduction de la pauvreté et le développement durable.  |         |           |                 |
| Collecte, synthèse et analyse de données économiques et sociales intéressant la santé ventilées par sexe, âge, appartenance ethnique, revenu et état de santé (maladie ou incapacité, par exemple).  |         |           |                 |
| Promotion d'approches de la santé fondées sur l'éthique et les droits de l'homme à l'OMS et aux niveaux national et international.   |         |           |                 |
| Intégration de mesures d'analyse des sexes et de prise en compte de celles-ci dans l'action normative de l'OMS et soutien aux pays pour l'élaboration de politiques et de programmes tenant compte des différences entre les sexes dans les Etats Membres.   |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>   |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 8 : Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.</b>  |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Elaboration et actualisation d'évaluations, de normes et de recommandations fondées sur des données factuelles concernant les risques prioritaires pour la santé liés à l'environnement (par exemple qualité de l'air, substances chimiques, champs électromagnétiques, radon, eau de boisson, recyclage des eaux usées) ; appui technique aux accords internationaux en matière d'environnement et pour le suivi des OMD. |         |           |                 |
| Fourniture d'un soutien et de conseils techniques aux pays pour la mise en oeuvre d'interventions de prévention primaire destinées à réduire les risques pour la santé liés à l'environnement, à accroître la sécurité et à promouvoir la santé publique, y compris dans des cadres particuliers et dans les groupes de population vulnérables (enfants, personnes âgées, par exemple).                                    |         |           |                 |



## Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés

| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
|--|---------|-----------|-----------------|
| Assistance technique et soutien aux pays pour renforcer l'élaboration de politiques de santé au travail et de salubrité de l'environnement, la planification d'interventions préventives, la prestation de services et la surveillance.  |         |           |                 |
| Principes directeurs, outils et initiatives destinés à aider le secteur de la santé à infléchir les politiques dans les secteurs prioritaires (par exemple énergie, transports, agriculture) ; évaluation des effets sur la santé ; évaluation des coûts et avantages des différentes politiques dans ces secteurs ; et mobilisation d'investissements hors du secteur de la santé pour améliorer la santé, l'environnement et la sécurité.  |         |           |                 |
| Renforcer le rôle mobilisateur du secteur de la santé afin de favoriser un environnement plus sain et d'infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces environnementales pour la santé, y compris en répondant aux préoccupations émergentes et réémergentes en matière de salubrité de l'environnement liées au développement, à l'évolution des technologies, aux changements environnementaux mondiaux et aux modes de consommation et de production. |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>   |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 9 : Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.</b>  |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Formation de partenariats et d'alliances, développement du leadership et mise en place d'une coordination et de réseaux avec toutes les parties prenantes aux niveaux mondial, régional et des pays, afin de promouvoir la sensibilisation et la communication, d'encourager l'action intersectorielle, d'accroître les investissements en matière de nutrition, de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité des approvisionnements alimentaires, et d'élaborer et de soutenir un programme de recherche.                |         |           |                 |
| Elaboration et distribution aux Etats Membres de normes – y compris de références, exigences, priorités de recherche, principes directeurs, manuels de formation – pour accroître leur capacité d'évaluer toutes les formes de malnutrition, les zoonoses et les maladies d'origine alimentaire non zoonotiques et y faire face, et promouvoir des habitudes alimentaires saines.  |         |           |                 |
| Renforcement du suivi et de la surveillance des besoins et évaluation des interventions dans le domaine de la nutrition et des maladies chroniques liées à l'alimentation et amélioration de l'aptitude à recenser les meilleures options politiques dans les situations stables comme dans les situations de crise humanitaire.   |         |           |                 |
| Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux Etats Membres visés pour l'élaboration, le renforcement et la mise en oeuvre de plans, de politiques et de programmes nutritionnels visant à améliorer la nutrition sur toute la durée de la vie, dans les situations stables comme dans les situations de crise humanitaire.  |         |           |                 |
| Renforcement des systèmes de surveillance, de prévention et de lutte pour les maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et intégration dans les systèmes nationaux de surveillance existants de programmes de surveillance et d'évaluation des risques alimentaires, les résultats étant diffusés aux principaux intervenants.   |         |           |                 |





## Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés

| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation   | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
|---|---------|-----------|-----------------|
| Renforcement des capacités et fourniture d'un soutien aux pays, y compris pour leur participation à l'élaboration de normes au niveau international afin d'accroître leur capacité d'évaluation des risques dans le domaine des maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques et de la sécurité sanitaire des aliments, et pour élaborer et mettre sur pied des systèmes nationaux de contrôle des aliments reliés à des systèmes d'urgence internationaux. |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>  |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 10 : Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.</b>   |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation   | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Les politiques relatives à la prestation des services et leur mise en oeuvre dans les Etats Membres tiennent de plus en plus compte des normes, des meilleures pratiques et des principes d'égalité approuvés par l'OMS ou élaborés avec son soutien.   |         |           |                 |
| Renforcement des capacités organisationnelles et gestionnaires des établissements et des réseaux qui assurent la prestation de services dans les Etats Membres en vue d'améliorer la prestation des services.   |         |           |                 |
| Mécanismes et systèmes de réglementation mis en place dans les Etats Membres pour assurer une collaboration et une synergie entre les systèmes de prestation de services publics et non étatiques conduisant à l'amélioration générale de la prestation des services.   |         |           |                 |
| Changements stratégiques, structurels et gestionnaires opérés dans l'architecture des services de santé des Etats Membres pour assurer l'intégration des programmes axés sur une maladie spécifique dans les services de santé généraux pour améliorer la prestation des services de santé dans son ensemble.   |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>  |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 11 : Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.</b>   |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation   | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Les pays auront plus de moyens et suivront de meilleures pratiques aux niveaux national et local en ce qui concerne l'élaboration de la politique du secteur de la santé, la réglementation, la planification stratégique, la mise en oeuvre de réformes, la coordination intersectorielle et interinstitutionnelle.  |         |           |                 |
| Meilleure coordination de l'assistance fournie par les donateurs au niveau mondial et au niveau des pays afin d'atteindre les cibles de développement des systèmes de santé nationaux et les objectifs sanitaires mondiaux.   |         |           |                 |
| Contribuer à renforcer les systèmes d'information sanitaire des pays de sorte qu'ils fournissent et utilisent en temps voulu des informations de qualité utiles pour suivre les problèmes et programmes de santé locaux et pour mesurer les progrès accomplis dans la réalisation des grands objectifs internationaux.  |         |           |                 |
| Contribuer à l'acquisition de connaissances et de données plus utiles pour la prise de décision dans le domaine de la santé en synthétisant et en publiant les éléments d'information existants, en facilitant la production d'informations dans les domaines prioritaires et le leadership mondial dans la recherche en santé, et en garantissant une conduite conforme à l'éthique.   |         |           |                 |

à l'échelle de l'Organisation et par bureau, 2008-2009 (en milliers de US \$)

| Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental | Siège | TOTAL |
|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
| Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental | Siège | TOTAL |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
| Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental | Siège | TOTAL |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |

## Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés

| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
|--|---------|-----------|-----------------|
| Renforcement du potentiel national de recherche en santé pour le développement des systèmes de santé dans le contexte de la recherche régionale et internationale et avec la participation de la société civile.   |         |           |                 |
| Gestion des connaissances, recueil de données probantes et élaboration de politiques et stratégies en matière de cybersanté pour renforcer les systèmes de santé.  |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>   |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 12 : Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation.</b>  |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Plaidoyer et soutien pour l'élaboration et la supervision de politiques nationales complètes concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels, leur qualité et leur utilisation.  |         |           |                 |
| Elaboration de lignes directrices, normes et critères internationaux concernant la qualité, la sécurité, l'efficacité et le rapport coût/efficacité des technologies et produits médicaux, et plaidoyer et soutien pour leur application au niveau national/régional.  |         |           |                 |
| Au sein de l'OMS, des programmes régionaux et nationaux, élaboration, sur la base de données probantes, et préconisation de principes directeurs pour amener les agents de santé et les consommateurs à faire un usage fondé du point de vue scientifique et efficace sur le plan des coûts des technologies et produits médicaux. |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>   |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 13 : Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.</b>   |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Renforcement des moyens dont disposent les pays de développer le personnel de santé.   |         |           |                 |
| Renforcement de la base d'informations et de connaissances sur le développement du personnel de santé aux niveaux national, régional et mondial.   |         |           |                 |
| Soutien technique aux pays en crise afin de remédier aux pénuries en agissant sur la formation, la répartition et la palette de compétences du personnel de santé.   |         |           |                 |
| Création de réseaux et de partenariats aux niveaux mondial, régional et des pays pour renforcer l'infrastructure institutionnelle des pays frappés par la crise des ressources humaines pour la santé.   |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>   |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 14 : Etendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.</b>   |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation  | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Fourniture aux Etats Membres d'un soutien technique et politique éthique et fondé sur des données factuelles afin d'améliorer la performance des systèmes de financement des systèmes de santé en termes de protection financière, d'équité du financement, d'utilisation des services et de productivité des ressources.          |         |           |                 |

à l'échelle de l'Organisation et par bureau, 2008-2009 (en milliers de US \$)

| Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental | Siège | TOTAL |
|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
| Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental | Siège | TOTAL |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
| Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental | Siège | TOTAL |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
| Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental | Siège | TOTAL |
|        |                        |                      |       |       |

## Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés

| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation   | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
|---|---------|-----------|-----------------|
| Appui technique et information et sensibilisation aux niveaux régional, national et international destiné à mobiliser un financement supplémentaire et prévisible en faveur de la santé.  |         |           |                 |
| Mise au point d'outils de mesure destinés à analyser la transparence et la responsabilité comptable des systèmes de financement de la santé, et fourniture d'un appui technique pour encourager l'utilisation le cas échéant.   |         |           |                 |
| Elaboration de normes et de critères pour suivre l'utilisation des ressources, estimer les conséquences économiques des maladies, des coûts et des interventions, des frais catastrophiques et de l'appauvrissement, et promotion, soutien et suivi de leur mise en oeuvre.   |         |           |                 |
| Mesures prises pour renforcer les capacités d'élaboration d'une politique de financement de la santé et de production, d'interprétation et d'utilisation de l'information.  |         |           |                 |
| Mesures prises pour encourager la production, la traduction et la diffusion de connaissances utiles et pour infléchir les programmes de recherche.  |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>  |         |           |                 |
| <b>Objectif stratégique 15</b> : Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail. |         |           |                 |
| Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation   | Afrique | Amériques | Asie du Sud-Est |
| Encadrement et direction efficaces de l'Organisation moyennant l'amélioration de la gouvernance, de la cohérence, de la responsabilisation et de la synergie des activités de l'OMS.  |         |           |                 |
| Présence effective de l'OMS dans les pays pour appliquer des stratégies de coopération de l'OMS avec les pays alignées sur le programme national de santé et de développement des Etats Membres, et harmonisées avec l'équipe des Nations Unies dans le pays et les autres partenaires pour le développement.                               |         |           |                 |
| Un programme de réunions maintenu pour l'élaboration et l'application éthiques des aspects normatifs de la santé au moyen d'accords, de traités, de lois et de politiques.  |         |           |                 |
| La structure mondiale de la santé et du développement fournit efficacement des ressources techniques et financières plus durables et prévisibles pour la santé, conformément à un programme de santé commun qui tient compte des besoins et des priorités sanitaires des Etats Membres.   |         |           |                 |
| Connaissances dans le domaine de la santé et matériels de sensibilisation essentiels multilingues mis à la disposition des Etats Membres, des partenaires pour la santé et des autres acteurs concernés moyennant l'échange et la communication efficaces des connaissances.  |         |           |                 |
| <b>TOTAL</b>  |         |           |                 |



## Annexe 2 : Allocations par objectif stratégique, par résultats escomptés

| <b>Objectif stratégique 16 : Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.</b>   |                |                  |                        |
|---|----------------|------------------|------------------------|
| <b>Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation</b>  | <b>Afrique</b> | <b>Amériques</b> | <b>Asie du Sud-Est</b> |
| Les activités de l'Organisation sont guidées par des plans stratégiques et opérationnels qui s'appuient sur l'expérience acquise, tiennent compte des besoins des pays, sont élaborés en commun à tous les niveaux de l'Organisation et utilisés judicieusement pour mesurer la performance et évaluer les résultats. |                |                  |                        |
| Pratiques financières saines et, notamment par un effort de mobilisation et un suivi constants, gestion judicieuse des ressources financières afin qu'elles correspondent aux budgets programmes (éventuellement révisés par le Directeur général en vertu des pouvoirs qui lui sont délégués).                       |                |                  |                        |
| Dans le domaine des ressources humaines, politiques et pratiques propres à attirer et fidéliser les meilleurs éléments, promouvoir l'apprentissage et le perfectionnement du personnel, faciliter la gestion de l'exécution des tâches et inciter au respect des règles d'éthique.                                    |                |                  |                        |
| Stratégies, politiques et pratiques en matière de gestion des systèmes d'information qui offrent des solutions fiables, sûres et d'un bon rapport coût/efficacité tout en tenant compte de l'évolution des besoins de l'Organisation.   |                |                  |                        |
| Prestation des services gestionnaires et administratifs nécessaires au bon fonctionnement de l'Organisation conformément à des accords sur la qualité de service qui privilégient notamment la réactivité.  |                |                  |                        |
| Dans tous les lieux d'affectation, un cadre de travail qui contribue au bien-être et à la sécurité du personnel.  |                |                  |                        |
| <b>TOTAL</b>  |                |                  |                        |



à l'échelle de l'Organisation et par bureau, 2008-2009 (en milliers de US \$)

| Europe | Méditerranée orientale | Pacifique occidental | Siège | TOTAL |
|--------|------------------------|----------------------|-------|-------|
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |
|        |                        |                      |       |       |

## Annexe 3 : Allocations par objectif stratégique et par bureau (contributions au budget ordinaire et

| Objectif stratégique   | TOTAL GENERAL                     |                           |                    | Régions                           |                           |                    |
|--|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|
|  | Contributions au budget ordinaire | Contributions volontaires | Ensemble des fonds | Pays                              |                           |                    |
|  |                                   |                           |                    | Contributions au budget ordinaire | Contributions volontaires | Ensemble des fonds |
| 1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.  |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.  |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.  |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités. |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.  |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés.  |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.   |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.   |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.   |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.   |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 11. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.   |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 12. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorant la qualité et l'utilisation.  |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 13. Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.  |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 14. Etendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.  |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 15. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.   |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| 16. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.   |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |
| <b>TOTAL</b>   |                                   |                           |                    |                                   |                           |                    |



## Annexe 4 : Allocations détaillées par objectif stratégique et par bureau (contributions au budget ordinaire et

| Objectif stratégique   | Afrique                           |                           |                    |
|--|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|
|  | Pays                              |                           |                    |
|  | Contributions au budget ordinaire | Contributions volontaires | Ensemble des fonds |
| 1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.  |                                   |                           |                    |
| 2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.  |                                   |                           |                    |
| 3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.  |                                   |                           |                    |
| 4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités. |                                   |                           |                    |
| 5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.  |                                   |                           |                    |
| 6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés.  |                                   |                           |                    |
| 7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.   |                                   |                           |                    |
| 8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.   |                                   |                           |                    |
| 9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.   |                                   |                           |                    |
| 10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.   |                                   |                           |                    |
| 11. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.   |                                   |                           |                    |
| 12. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation.   |                                   |                           |                    |
| 13. Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.  |                                   |                           |                    |
| 14. Étendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.  |                                   |                           |                    |
| 15. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.   |                                   |                           |                    |
| 16. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.   |                                   |                           |                    |
| <b>TOTAL</b>   |                                   |                           |                    |



**Annexe 4 : Allocations détaillées par objectif stratégique et par bureau (contributions au budget ordinaire et**

| Objectifs stratégiques   | Amériques                         |                           |                    |
|--|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|
|  | Pays                              |                           |                    |
|  | Contributions au budget ordinaire | Contributions volontaires | Ensemble des fonds |
| 1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.  |                                   |                           |                    |
| 2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.  |                                   |                           |                    |
| 3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.  |                                   |                           |                    |
| 4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités. |                                   |                           |                    |
| 5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.  |                                   |                           |                    |
| 6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés.  |                                   |                           |                    |
| 7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.   |                                   |                           |                    |
| 8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.   |                                   |                           |                    |
| 9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.   |                                   |                           |                    |
| 10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.   |                                   |                           |                    |
| 11. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.   |                                   |                           |                    |
| 12. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation.   |                                   |                           |                    |
| 13. Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.  |                                   |                           |                    |
| 14. Étendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.  |                                   |                           |                    |
| 15. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.   |                                   |                           |                    |
| 16. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.   |                                   |                           |                    |
| <b>TOTAL</b>   |                                   |                           |                    |



## Annexe 4 : Allocations détaillées par objectif stratégique et par bureau (contributions au budget ordinaire et

| Objectifs stratégiques   | Asie du Sud-Est                   |                           |                    |
|--|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|
|  | Pays                              |                           |                    |
|  | Contributions au budget ordinaire | Contributions volontaires | Ensemble des fonds |
| 1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.  |                                   |                           |                    |
| 2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.  |                                   |                           |                    |
| 3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.  |                                   |                           |                    |
| 4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités. |                                   |                           |                    |
| 5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.  |                                   |                           |                    |
| 6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés.  |                                   |                           |                    |
| 7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.   |                                   |                           |                    |
| 8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.   |                                   |                           |                    |
| 9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.   |                                   |                           |                    |
| 10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.   |                                   |                           |                    |
| 11. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.   |                                   |                           |                    |
| 12. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation.   |                                   |                           |                    |
| 13. Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.  |                                   |                           |                    |
| 14. Étendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.  |                                   |                           |                    |
| 15. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.   |                                   |                           |                    |
| 16. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.   |                                   |                           |                    |
| <b>TOTAL</b>   |                                   |                           |                    |





**Annexe 4 : Allocations détaillées par objectif stratégique et par bureau (contributions au budget ordinaire et**

| Objectifs stratégiques   | Europe                            |                           |                    |
|--|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|
|  | Pays                              |                           |                    |
|  | Contributions au budget ordinaire | Contributions volontaires | Ensemble des fonds |
| 1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.  |                                   |                           |                    |
| 2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.  |                                   |                           |                    |
| 3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.  |                                   |                           |                    |
| 4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités. |                                   |                           |                    |
| 5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.  |                                   |                           |                    |
| 6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés.  |                                   |                           |                    |
| 7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.   |                                   |                           |                    |
| 8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.   |                                   |                           |                    |
| 9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.   |                                   |                           |                    |
| 10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.   |                                   |                           |                    |
| 11. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.   |                                   |                           |                    |
| 12. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation.   |                                   |                           |                    |
| 13. Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.  |                                   |                           |                    |
| 14. Étendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.  |                                   |                           |                    |
| 15. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.   |                                   |                           |                    |
| 16. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.   |                                   |                           |                    |
| <b>TOTAL</b>   |                                   |                           |                    |



## Annexe 4 : Allocations détaillées par objectif stratégique et par bureau (contributions au budget ordinaire et

| Objectifs stratégiques   | Méditerranée orientale            |                           |                    |
|--|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|
|  | Pays                              |                           |                    |
|  | Contributions au budget ordinaire | Contributions volontaires | Ensemble des fonds |
| 1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.  |                                   |                           |                    |
| 2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.  |                                   |                           |                    |
| 3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.  |                                   |                           |                    |
| 4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités. |                                   |                           |                    |
| 5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.  |                                   |                           |                    |
| 6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés.  |                                   |                           |                    |
| 7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.   |                                   |                           |                    |
| 8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.   |                                   |                           |                    |
| 9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.   |                                   |                           |                    |
| 10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.   |                                   |                           |                    |
| 11. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.   |                                   |                           |                    |
| 12. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation.   |                                   |                           |                    |
| 13. Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.  |                                   |                           |                    |
| 14. Étendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.  |                                   |                           |                    |
| 15. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.   |                                   |                           |                    |
| 16. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.   |                                   |                           |                    |
| <b>TOTAL</b>   |                                   |                           |                    |



## Annexe 4 : Allocations détaillées par objectif stratégique et par bureau (contributions au budget ordinaire et

| Objectifs stratégiques   | Pacifique occidental              |                           |                    |
|--|-----------------------------------|---------------------------|--------------------|
|  | Pays                              |                           |                    |
|  | Contributions au budget ordinaire | Contributions volontaires | Ensemble des fonds |
| 1. Réduire le fardeau sanitaire, social et économique dû aux maladies transmissibles.  |                                   |                           |                    |
| 2. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose.  |                                   |                           |                    |
| 3. Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes.  |                                   |                           |                    |
| 4. Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé génésique et sexuelle et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé, en utilisant une approche sur la durée de la vie et en s'efforçant de réduire les inégalités. |                                   |                           |                    |
| 5. Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques.  |                                   |                           |                    |
| 6. Promouvoir la santé et le développement, prévenir et réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une mauvaise alimentation, à la sédentarité et aux rapports sexuels non protégés.  |                                   |                           |                    |
| 7. Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme.   |                                   |                           |                    |
| 8. Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement.   |                                   |                           |                    |
| 9. Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable.   |                                   |                           |                    |
| 10. Améliorer l'organisation, la gestion et la prestation des services de santé.   |                                   |                           |                    |
| 11. Renforcer l'encadrement, la gouvernance des systèmes de santé et la base de connaissances sur laquelle ils reposent.   |                                   |                           |                    |
| 12. Elargir l'accès aux technologies et produits médicaux, en améliorer la qualité et l'utilisation.   |                                   |                           |                    |
| 13. Mettre à disposition un personnel de santé compétent, productif et attentif aux besoins des patients afin d'améliorer les résultats sanitaires.  |                                   |                           |                    |
| 14. Étendre la protection sociale grâce à un financement juste, suffisant et durable.  |                                   |                           |                    |
| 15. Jouer un rôle mobilisateur, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration en dialoguant avec les pays pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail.   |                                   |                           |                    |
| 16. Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat.   |                                   |                           |                    |
| <b>TOTAL</b>   |                                   |                           |                    |

