DGO/2003/1

Rapport du Directeur général

1998 - 2003

Organisation mondiale de la Santé

DGO/2003/1

Rapport du Directeur général, 1998-2003

TABLE DES MATIERES

I. Contexte général *5*

Elaboration de la stratégie institutionnelle de l'Organisation mondiale de la Santé *7*

Action en faveur des pays *9*

Investir dans la santé des plus démunis : Commission Macroéconomie et Santé *11*

Ethique *12*

II. Intensification de la lutte contre la maladie *13*

VIH/SIDA *13*

Partenariat Faire reculer le paludisme *17*

Halte à la tuberculose *19*

Lutte contre d'autres maladies transmissibles *21*

Le tabac tue *22*

Santé mentale *25*

Vaccination et Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination *26*

Eradication de la poliomyélite *27*

Santé de l'enfant *28*

Pour une grossesse à moindre risque *29*

III. Risques pour la santé *30*

Risques pour les nourrissons et les jeunes enfants *31*

Sexospécificité, risques pour la santé des femmes et santé génésique *32*

Facteurs de risque liés à l'alimentation et à la sédentarité *34*

Maladies non transmissibles *35*

Vieillir en restant actif *37*

Toxicomanies *37*

Assurer la pérennité du développement
et réduire les risques environnementaux *38*

Assurer la salubrité des aliments *38*

Traumatismes et violence *40*

IV. Définir les politiques de santé et développer les systèmes de santé *41*

Etendre l'accès aux médicaments essentiels *44*

Renforcer les systèmes de surveillance nationaux *46*

Améliorer les systèmes de santé dans les
situations d'urgence 49

V. Recherche et information sanitaire *50*

Recherche *50*

Génomique et santé humaine *52*

Information sanitaire *52*

VI. Réforme administrative *53*

Encadrés

Objectifs de développement de l'ONU
pour le Millénaire *8*

Santé et droits de l'homme *10*

Un nouveau mécanisme mondial pour financer
la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose
et le paludisme *21*

I. Contexte général

1. Lorsque j'ai pris mes fonctions de Directeur général en juillet 1998, l'Organisation mondiale de la Santé était parvenue à un moment crucial de son histoire : après 50 ans d'existence, il lui fallait aborder une **transition complexe dans un monde qui évoluait rapidement**. La mondialisation ouvrait de nouvelles perspectives de croissance et de progrès mais faisait aussi peser de nouvelles menaces sur la santé.

2. Au XXe siècle, la santé et le développement humain avaient fait des progrès remarquables : l'espérance de vie à la naissance avait augmenté de plus de 30 ans, l'accès aux services de santé s'était beaucoup amélioré, les taux de couverture vaccinale dans le monde étaient élevés, la variole avait été éradiquée et la recherche-développement avait fait des progrès extraordinaires. Nous connaissions bien les différents déterminants de la santé, tant biologiques que sociétaux, ainsi que les conditions indispensables à une bonne santé.

3. Pourtant les peuples étaient encore loin d'avoir atteint le niveau de santé le plus élevé possible. **Nombre de problèmes graves persistaient** : l'extrême pauvreté s'étendait et un tiers des enfants souffraient de faim et de malnutrition ; les inégalités s'accentuaient entre pays et dans les pays ; le climat de la planète changeait, entraînant de nouveaux risques pour la santé et l'environnement ; la population était toujours la proie de maladies mortelles comme l'infection à virus de l'immunodéficience humaine/le syndrome d'immunodéficience acquise (VIH/SIDA), la tuberculose et le paludisme alors que les maladies non transmissibles gagnaient du terrain ; les femmes restaient vulnérables dans maintes parties du monde ; et les conflits armés continuaient à freiner les progrès sanitaires et le développement. L'accès aux services de santé demeurait très inéquitable : supportant 90 % de la charge mondiale de la maladie, les pays en développement n'absorbaient pourtant que 10 % des ressources consacrées à la santé. Un cinquième de l'humanité n'avait pas accès à des services de santé modernes et la moitié était privée de médicaments essentiels.

4. Il fallait impérativement définir une stratégie claire pour remédier à ces problèmes cruciaux et, pour cela, mettre la santé au coeur du débat sur le développement, **envisager la santé dans une perspective plus large**, faire comprendre qu'en investissant dans la santé, on investit utilement dans la sécurité, la lutte contre la pauvreté et la croissance

économique au niveau mondial, et faire passer ce message aux dirigeants politiques du monde entier.

5. Je voulais être certaine que l'OMS était capable de parfaitement guider du point de vue technique les efforts visant à améliorer la santé des peuples. Pour cela, il lui fallait bien connaître les risques pour la santé, l'impact des maladies, les difficultés auxquelles on se heurte quand on cherche à améliorer la performance des systèmes de santé, et le contexte politique et institutionnel de l'action en faveur de la santé. L'OMS devait s'imposer davantage comme une source fiable d'informations sur les interventions destinées à prévenir et combattre différents problèmes de santé, informations étayées par les meilleures données scientifiques disponibles. Il ne suffisait pas de prodiguer des conseils judicieux fondés sur des données récentes et pertinentes, il fallait aussi aider ceux auxquels ils s'adressaient, et qui n'avaient pas nécessairement une connaissance approfondie de la santé, à faire bon usage de ces informations. L'OMS devait donc être disposée et apte à rassembler les différents groupes concernés par la santé, en particulier dans les pays, et à servir d'intermédiaire et de négociateur dans le but d'améliorer la santé. Elle s'en est montrée capable : elle a permis aux différents partenaires d'élaborer des stratégies pour mener une action concertée et elle a pu mesurer les progrès accomplis, en particulier au sein des populations les plus pauvres.

6. Ayant un budget extrêmement limité (croissance nominale zéro) et étant tributaire des contributions volontaires, l'OMS a dû s'efforcer, pour répondre aux nouvelles exigences, d'avoir le plus grand impact possible, en assurant la cohésion entre les équipes de pays, les bureaux régionaux et les Départements au Siège. Il fallait qu'elle soit plus efficace et plus rentable, plus responsable, plus transparente et plus prompte à réagir aux changements mondiaux.

7. Pour atteindre ses buts, il lui fallait **s'ouvrir à d'autres partenaires** : aux autres institutions du système des Nations Unies, aux gouvernements, au secteur privé et à la société civile. J'envisageais l'OMS comme un chef de file dynamique construisant des partenariats novateurs avec les principaux protagonistes des secteurs de la santé et du développement humain. J'ai créé deux projets de cabinet, Faire reculer le paludisme et Pour un monde sans tabac, pionniers de ces nouvelles méthodes de travail au sein de l'OMS et avec les organisations partenaires.

Elaboration de la stratégie institutionnelle de l'Organisation mondiale de la Santé

8. La mission dont j'étais investie nécessitait également une profonde **réorganisation interne**. J'ai compris qu'il était urgent de regrouper l'Organisation en une seule entité agissant dans un même but et concentrant ses efforts sur les domaines essentiels, de resserrer le tissu de l'Organisation grâce à une structure plus uniforme, une meilleure communication, une plus grande transparence et une répartition plus claire des responsabilités, et de créer une culture d'entreprise fondée sur les résultats, l'efficience, la productivité et la satisfaction du personnel.

9. Mon but était de donner à l'OMS une stratégie institutionnelle qui lui permettrait d'agir plus efficacement pour et avec les pays, de mieux cibler son action, de fixer des priorités et d'instaurer des partenariats plus créatifs.

10. C'est dans cette optique que j'ai présenté la stratégie institutionnelle au Conseil exécutif de l'OMS en janvier 2000, qui a approuvé quatre orientations stratégiques. Ces orientations sont à la base du programme général de travail 2002-2005 et du budget programme 2002-2003, ainsi que du projet de budget programme 2004-2005 :

- réduire la mortalité, la morbidité et les incapacités, surtout dans les populations pauvres et marginalisées ;
- promouvoir des modes de vie sains et réduire les facteurs de risque pour la santé liés à l'environnement, au contexte économique et social et au comportement ;
- mettre en place des systèmes de santé qui améliorent les résultats sanitaires de manière équitable, répondent aux attentes légitimes de la population et soient financièrement justes ;
- concevoir une politique de base, créer un cadre institutionnel pour le secteur de la santé, et faire en sorte que les questions de santé soient prises en compte par nos partenaires sociaux, économiques ainsi qu'en matière d'environnement et de développement.

11. Les fonctions essentielles du Secrétariat de l'OMS sont énoncées dans la stratégie institutionnelle : définir une politique et une action de sensibilisation cohérentes, conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ; gérer l'information sanitaire et encourager la

recherche ; apporter un appui technique et théorique de façon à stimuler l'action et à renforcer les capacités nationales dans le secteur de la santé ; négocier des partenariats mondiaux et les soutenir ; fixer et valider des normes et critères, les faire appliquer et en surveiller l'application ; et encourager la mise au point et l'utilisation de technologies et de principes directeurs nouveaux en matière de lutte contre la maladie, réduction des risques, gestion des soins de santé et prestation de services.

12. C'est d'après ces orientations stratégiques que les activités et programmes de l'OMS sont conçus et mis en oeuvre depuis 1998, avec pour but ultime la santé pour tous.

Objectifs de développement de l'ONU pour le Millénaire

Lors du Sommet du Millénaire de l'Organisation des Nations Unies tenu à New York en septembre 2000, des dirigeants du monde entier sont convenus d'une série d'objectifs de développement. Trois des 8 objectifs de développement pour le Millénaire, 8 des 18 cibles et 18 des 48 indicateurs couvrent des domaines qui intéressent directement l'OMS : réduire la mortalité infantile, améliorer la santé maternelle, combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies, rendre les médicaments essentiels abordables dans les pays en développement ; d'autres, comme l'éradication de l'extrême pauvreté et de la faim ou la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, ont une dimension sanitaire. Ces objectifs ne pourront être atteints sans une stratégie mondiale concertée tendant à faciliter l'accès des personnes démunies aux services de santé essentiels.

Dans la résolution WHA55.19, adoptée en mai 2002, il est demandé instamment aux Etats Membres de consolider et d'accélérer les efforts visant à atteindre les objectifs de la Déclaration du Millénaire. Je suis profondément convaincue qu'améliorer la santé des personnes défavorisées n'est pas seulement une fin du développement économique durable, mais un moyen de parvenir à un développement économique durable. Tant les travaux en cours de l'OMS que les priorités définies dans le projet de budget programme 2004-2005 tiennent compte des objectifs. En fondant de nouveaux partenariats, en créant de nouveaux mécanismes de financement, en renforçant sa présence dans les pays, en soutenant les initiatives locales et en perfectionnant ses mécanismes d'information, l'OMS continue de coopérer avec la communauté internationale à la réalisation de ces objectifs.

J'ai réaffirmé l'attachement de l'Organisation aux objectifs du Millénaire pour le développement à la Conférence internationale sur le financement du développement tenue à Monterrey, au Mexique, en mars 2002, en demandant que l'on investisse plus massivement et plus efficacement dans la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme. Il a été décidé à Monterrey de commencer à mobiliser des fonds à cette fin. Les gouvernements donateurs ont fait preuve d'une volonté renouvelée de soutenir les efforts de développement nationaux qui donnent de bons résultats.

Action en faveur des pays

13. En janvier 1999, j'ai mis sur pied un projet de cabinet pour réexaminer la manière dont les différentes parties de l'OMS travaillent ensemble, avec les pays et avec les partenaires de l'aide au développement. L'un des principaux résultats de ce projet est un outil qui sert à définir le programme stratégique de l'OMS au niveau des pays : **les stratégies de coopération avec les pays**.

14. A l'issue de la deuxième réunion des représentants de l'OMS dans les pays en 2001, j'ai mis en chantier une nouvelle initiative pour accorder une plus grande attention aux pays. A la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé (2002), j'ai expliqué comment cette initiative allait rendre l'OMS mieux à même de collaborer avec les pays pour les aider à la fois à redresser les inégalités en santé et à exercer une plus grande influence sur l'action de santé publique aux niveaux mondial et régional. Les stratégies de coopération sont indispensables pour être plus efficaces dans chaque pays. Une cinquantaine de stratégies sont actuellement à l'étude ; dans certains pays, elles sont déjà au point. Elles sont le fruit d'une collaboration entre les autorités nationales et l'OMS. Elles se fondent sur une évaluation réaliste des besoins du pays et tiennent compte des demandes des autorités nationales, des intérêts d'autres partenaires et des priorités régionales et mondiales de l'OMS, approuvées par ses Etats Membres au sein de ses organes directeurs.

15. L'initiative fait fond sur les travaux entrepris par l'OMS et les pays pour élaborer des stratégies de coopération. Elle associe l'ensemble de l'Organisation à l'action stratégique menée dans chaque pays. Elle a pour but d'amener l'OMS à se focaliser davantage sur les besoins des pays en soutenant, par l'établissement de normes et la coopération technique, les mesures sanitaires efficaces. Plus compétentes, les

équipes de pays seront mieux à même d'appliquer la stratégie convenue, tandis que les programmes régionaux et les programmes basés à Genève pourront mieux soutenir les pays dans leur action. Les systèmes administratifs seront transformés afin que les bureaux de pays de l'OMS fonctionnent mieux. Enfin, l'initiative facilitera l'échange d'informations entre l'OMS et les pays et la collaboration avec d'autres institutions du système des Nations Unies, la Banque mondiale, d'autres partenaires de l'aide au développement et les instances nationales.

16. L'initiative en faveur des pays comporte six éléments : étendre l'utilisation des stratégies de coopération avec les pays ; améliorer les compétences essentielles et les capacités des équipes de pays ; améliorer le soutien programmatique et technique intégré fourni par les Régions et le Siège aux activités des pays pour la mise en oeuvre des stratégies de coopération avec les pays ; veiller à ce que les bureaux de l'OMS dans les pays disposent de moyens d'action efficaces ; recueillir et compiler des données et des informations sur les pays ; et améliorer la collaboration avec les organisations du système des Nations Unies et les partenaires pour le développement.

17. Les objectifs et les résultats attendus de l'initiative et des investissements en faveur des pays sont pris en compte dans le projet de budget programme 2004-2005. L'initiative sera suivie, évaluée et modifiée afin de toujours mieux combattre les problèmes de santé et la pauvreté dans les Etats Membres.

Santé et droits de l'homme

Lorsque j'ai pris mes fonctions en 1998, j'ai appelé la communauté internationale à défendre le droit fondamental de tout être humain à posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, comme le prévoit la Constitution de l'OMS. Depuis, l'OMS s'est employée à mettre en lumière les liens entre la santé et les droits de l'homme. Son action s'organise autour de trois grands axes : adopter, au sein de l'Organisation, une démarche qui allie la santé et les droits de l'homme, défendre la santé en tant que droit fondamental, et aider les pays à prendre en considération les droits de l'homme dans leurs politiques et stratégies de santé.

Des projets ont été entrepris sur la question des droits de l'homme et les handicaps mentaux et physiques, la santé génésique, la tuberculose, les médicaments essentiels, l'eau et l'assainissement. L'OMS a inauguré une série de publications sur la santé et les droits

humains. L'ensemble du personnel a été sensibilisé à la question de la santé et des droits de l'homme. L'OMS a noué des liens étroits avec le Rapporteur spécial des Nations Unies récemment chargé de la question du droit de tout être humain à posséder le meilleur état de santé physique et mental qu'il est capable d'atteindre et s'est efforcée d'apporter une contribution plus cohérente aux organes des Nations Unies chargés de vérifier l'application des traités relatifs aux droits de l'homme. Elle est désormais en mesure d'aider les Etats Membres à défendre le droit à la santé et à intégrer les droits de l'homme dans le développement sanitaire.

Investir dans la santé des plus démunis : Commission Macroéconomie et Santé

18. J'ai créé la Commission Macroéconomie et Santé pour qu'elle étudie l'interaction entre la santé et le développement économique. Présidée par le Professeur Jeffrey Sachs et composée au total de 18 économistes, spécialistes de la santé publique, professionnels du développement et responsables politiques parmi les plus éminents du monde, la Commission a remis son rapport en décembre 2001, qui confirme mon opinion qu'une meilleure santé peut être un moteur de la croissance et de la lutte contre la pauvreté.

19. La Commission conclut dans son rapport que le coût économique d'un mauvais état de santé est sous-estimé et que les pays où les conditions sanitaires et l'éducation sont les plus médiocres sont ceux qui ont le plus de mal à maintenir une croissance durable. Elle note que la grande majorité des décès sont dus à des maladies transmissibles, à des affections maternelles et périnatales, à des infections infantiles, au tabagisme et à des facteurs nutritionnels. Elle plaide pour de plus grands investissements dans les interventions sanitaires essentielles et les biens publics mondiaux, et estime qu'un investissement de US $66 milliards par an pendant 15 ans pourrait sauver 8 millions de vies chaque année avec, en termes de croissance économique, un rendement six fois supérieur au montant investi. Elle préconise également de fixer des objectifs concrets et des calendriers bien précis pour appliquer des interventions efficaces et économiques.

20. Les conclusions de la Commission nous incitent à continuer de tout mettre en oeuvre pour faciliter l'accès aux médicaments indispensables, encourager la mise au point de nouveaux vaccins et médicaments, orienter d'une manière générale les pays et les conseiller

du point de vue technique sur les questions de santé, fournir aux responsables politiques des informations scientifiquement fondées et utiles au plan local. En ce qui concerne le financement, la Commission a défini les conditions indispensables au bon financement des interventions sanitaires. Elle a insisté sur la nécessité d'un « pacte de santé » entre les ministères des finances et de la santé, les organismes d'aide au développement, le secteur privé et la société civile pour appliquer à plus grand échelle les interventions sanitaires essentielles, donnant ainsi un nouvel élan à l'action de l'OMS dans ce domaine.

21. La Commission souligne la nécessité d'investir dans les ressources humaines, notamment dans la formation des dirigeants. L'OMS a entrepris de rédiger, sur la base de données probantes et en consultation avec des experts de toutes les Régions, des lignes directrices qui donneront aux Etats Membres les conseils techniques qu'ils demandent pour appliquer les recommandations de la Commission.

22. Pour aider les pays à mettre en oeuvre les recommandations de la Commission, l'OMS collabore, le cas échéant, à la création de commissions nationales macroéconomie et santé. De concert avec l'OMS, elles analyseront la situation sanitaire dans le pays et la performance du système de santé afin d'obtenir les données épidémiologiques de départ et d'élaborer des stratégies pour appliquer les interventions sanitaires essentielles. L'OMS aide aussi les pays à mettre au point des plans sanitaires communautaires et nationaux et à présenter des demandes de financement. Elle s'efforce par ailleurs avec la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, d'autres organisations du système des Nations Unies et avec les donateurs internationaux de mettre la santé et la lutte contre la pauvreté au coeur des programmes de développement et de contribuer de façon importante à la réalisation des objectifs de développement pour le Millénaire.

Ethique

23. Les progrès rapides de la science ces dix dernières années posent de nouveaux problèmes d'éthique. Aux sessions des comités régionaux de l'OMS en 2001, j'ai lancé l'initiative éthique et santé, qui coordonne l'appui offert aux Etats Membres pour les questions d'éthique relatives aux soins de santé, à la biotechnologie, à la génétique humaine et à la génomique. L'initiative concourt aussi à l'examen des questions d'éthique inhérentes à l'action de l'OMS et coordonne les travaux sur la

bioéthique avec d'autres organisations du système des Nations Unies et des organisations régionales.

II. Intensification de la lutte contre la maladie

24. Il existe des interventions qui peuvent considérablement réduire la mortalité imputable aux maladies les plus meurtrières : les traitements antituberculeux administrés sous surveillance, les moustiquaires imprégnées d'insecticide et la distribution à grande échelle d'un traitement antipaludique aux enfants et aux femmes enceintes, les programmes de prévention de l'infection à VIH/SIDA et les programmes de soins qui prolongent l'espérance de vie des malades du SIDA. L'action menée par l'OMS contre ces maladies ainsi que d'autres efforts concernant, par exemple, la lutte antitabac et la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant sont exposés ci-après.

VIH/SIDA

25. Le VIH/SIDA est aujourd'hui la première cause de décès en Afrique. C'est un problème grave dans les Caraïbes et qui prend de l'ampleur en Asie et dans une grande partie de l'Europe orientale. Malgré un recul de la prévalence dans certains pays et une amélioration notable du traitement et des soins, on recense 42 millions de porteurs du virus, dont la majorité vit dans les pays en développement et la moitié a moins de 25 ans. Chaque jour, plus de 15 000 personnes sont contaminées. Sans un effort massif de prévention, on estime que le virus contaminera 45 millions de personnes d'ici 2010 et fera près de 30 millions de victimes.

26. L'épidémie d'infection à VIH/SIDA a des conséquences autres encore que les pertes de vies humaines et les dépenses de santé directement associées à la maladie : elle fait obstacle au développement et cause des dégâts socio-économiques de grande ampleur. Il est ressorti d'une étude faite récemment en Afrique australe qu'associé à d'autres facteurs – sécheresse, inondations, et même politiques nationales et internationales à courte vue –, le SIDA entraîne un déclin de la production agricole et grève le budget des ménages. Il sape les acquis du développement dans plusieurs pays d'Afrique où l'espérance de vie et le taux de survie de l'enfant régressent.

27. J'étais convaincue qu'en tant qu'organisme coparrainant de l'ONUSIDA, l'OMS devrait développer ses compétences techniques.

Elle doit mener la lutte anti-SIDA dans le secteur de la santé en exerçant des fonctions normatives (orientation concernant la prévention et le traitement de l'infection à VIH et fixation de normes), en fournissant une information stratégique, en promouvant la recherche-développement, en apportant un appui technique et en menant une action permanente de sensibilisation. La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé (2000) a adopté la résolution WHA53.14, dans laquelle elle demande à l'OMS de mettre au point une stratégie globale du secteur de la santé face à l'épidémie, de donner la priorité à la lutte contre le VIH/SIDA dans le budget ordinaire de l'Organisation, de continuer à mobiliser des fonds pour les programmes nationaux et de promouvoir et d'appuyer la recherche-développement. Elle demande également instamment aux Etats Membres de faire preuve d'un engagement politique en rapport avec l'ampleur du problème en allouant des ressources appropriées à la prévention du VIH/SIDA et aux soins, de renforcer l'éducation du public et de mettre en oeuvre des stratégies clés.

28. En décembre 2000, le service s'occupant du VIH/SIDA au Siège de l'OMS a été renforcé pour coordonner une action stratégique commune à toute l'Organisation et permettre à l'OMS d'apporter un meilleur appui technique aux Régions et aux pays.

29. Partout dans le monde s'affirme une volonté politique d'intensifier la lutte contre le VIH/SIDA. Les gouvernements, les entreprises du secteur privé, les organisations non gouvernementales et la société civile unissent leurs forces pour mener une offensive mondiale, à l'échelle de l'épidémie. En juin 2001, l'Assemblée générale des Nations Unies a tenu sa première session extraordinaire sur le VIH/SIDA. La déclaration d'engagement adoptée par les Etats Membres témoigne d'une volonté de combattre l'épidémie sans précédent au niveau mondial.

30. Plusieurs exemples encourageants montrent qu'on peut réduire l'incidence du VIH en conjuguant engagement politique, stratégie bien définie et mesures multisectorielles. C'est ainsi qu'en Ouganda, le taux d'infection chez les femmes enceintes des zones urbaines est passé de 30 % à moins de 10 %. En Thaïlande, le nombre de nouvelles infections a nettement diminué depuis dix ans grâce à un effort global de prévention. L'incidence du VIH a également chuté au Sénégal. Il est important d'encourager ces efforts et de promouvoir les meilleures pratiques dans d'autres pays.

31. Parallèlement, nous nous sommes occupés de l'accès au traitement des personnes vivant avec le VIH/SIDA, notamment la prise en charge clinique de la maladie, les soins infirmiers, le conseil et le soutien social et psychologique. De plus en plus d'exemples montrent qu'il est possible de soigner et de traiter les sidéens en milieu déshérité. Il y a longtemps que nombre de traitements des maladies opportunistes ne coûtent que quelques centimes de dollars américains. Grâce aux avancées récentes de la recherche, à la simplification des protocoles thérapeutiques et à une forte réduction des prix, les millions de personnes démunies qui ont besoin d'antirétroviraux ont aujourd'hui de fortes chances d'en bénéficier et de ne pas mourir prématurément. Il faut faciliter l'accès de tous aux antirétroviraux.

32. Dans les pays développés, le traitement a entraîné un recul spectaculaire de la mortalité par SIDA. Mais en Afrique et dans d'autres parties du monde en développement, nombreux sont ceux qui n'ont pas accès aux traitements palliatifs et, à plus forte raison, aux antirétroviraux et aux médicaments contre les maladies opportunistes. En schématisant, les médicaments sont au Nord et la maladie est au Sud. L'accès aux médicaments doit être un élément essentiel de la stratégie du secteur de la santé. Les gouvernements ont des choix difficiles à faire : investir dans un petit nombre de médicaments relativement coûteux, ou se concentrer sur d'autres aspects des soins. L'OMS a pour rôle de les aider à résoudre ce dilemme. Elle s'emploie avec l'ONUSIDA et d'autres partenaires, au nombre desquels les sociétés pharmaceutiques s'occupant de recherche et les fabricants de médicaments génériques, à rendre les médicaments contre le VIH plus abordables. Nous cherchons, par un dialogue constructif, à engager des négociations avec l'industrie pharmaceutique sur le coût de chaque médicament et sur les méthodes de fixation des prix. Nous encourageons, le cas échéant, la concurrence des produits génériques et les achats en gros. Nous avons ajouté les médicaments prioritaires contre le VIH à la liste modèle OMS des médicaments essentiels et nous observons les effets d'une concurrence de plus en plus grande sur le marché des antirétroviraux.

33. L'OMS s'est fixé pour priorité d'élargir l'accès à ces médicaments non seulement par une réduction des prix, mais aussi grâce à des systèmes fiables d'approvisionnement, des services de laboratoire, une supervision des malades, la surveillance de la pharmacorésistance et l'adoption de critères clairs et acceptables du point de vue de l'éthique pour l'octroi de subventions publiques. En 2002, dix médicaments

antirétroviraux ont été ajoutés à la liste modèle OMS des médicaments essentiels. Des lignes directrices ont par ailleurs été publiées sur l'utilisation simplifiée des antirétroviraux et le suivi clinique. Une coalition internationale pour l'accès aux traitements contre le VIH a été formée le 12 décembre 2002 pour mettre les médicaments antirétroviraux à la portée d'un plus grand nombre de personnes dans les pays en développement. La coalition rassemble plus d'une cinquantaine de partenaires – organisations non gouvernementales, donateurs, gouvernements, personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs défenseurs, secteur privé, instituts de recherche et organisations internationales.

34. L'OMS est fermement résolue à encourager la prévention de l'infection à VIH, en particulier chez les jeunes. Il importe à cet égard d'informer sur les causes et les conséquences de l'épidémie et de fournir des moyens de prévention. Il ressort des études que les populations savent de mieux en mieux comment se protéger.

35. L'OMS développe également ses programmes de lutte contre la transmission mère-enfant du virus, qui est actuellement à l'origine de 90 % des infections chez l'enfant. D'après les recherches, certains schémas thérapeutiques associés à des modes d'alimentation particuliers et, lorsque les conditions s'y prêtent, à une césarienne de convenance peuvent empêcher la transmission du virus de la mère à l'enfant. L'OMS s'attache aussi à promouvoir des pratiques d'injection sûres et judicieuses, moyennant la formation des agents de santé, la mise à disposition d'un matériel d'injection sécurisé et une bonne gestion des déchets médicaux. Elle continue par ailleurs à aider les programmes nationaux de transfusion sanguine à garantir la sécurité, la qualité et la mise à disposition en quantité suffisante des approvisionnements en sang. La Journée mondiale de la Santé 2000 était consacrée à la sécurité transfusionnelle.

36. Il importe également de sensibiliser l'opinion publique et de faire tomber les tabous associés au virus. Le dépistage est crucial et chacun doit avoir la possibilité de faire un test volontaire sans craindre d'être montré du doigt. Les services de conseil doivent être facilement accessibles, confidentiels et impartiaux. Le VIH est un problème éminemment sociétal. On ne peut faire changer les pratiques et comportements qui contribuent à l'infection que par une action intersectorielle axée sur la prévention de la violence à l'encontre des femmes et sur l'environnement social des jeunes. Cet aspect est

particulièrement important lorsqu'il s'agit de lutter contre la drogue chez les jeunes.

37. S'ajoute à tout ce qui précède le problème crucial des ressources. Le montant additionnel nécessaire chaque année pour combattre efficacement le SIDA dans le monde est estimé au total à US $10 milliards. Un effort international concerté s'impose pour mobiliser les fonds indispensables au développement des systèmes de santé des communautés touchées par le VIH/SIDA et pour faire en sorte que les ressources soient utilisées à bon escient. A cette fin, l'OMS a collaboré étroitement avec la communauté internationale pour mettre sur pied le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.

Partenariat Faire reculer le paludisme

38. Le projet Faire reculer le paludisme a été présenté à la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé (1998) et le partenariat a été créé en octobre 1998 dans le but de réduire de moitié la charge du paludisme dans le monde d'ici 2010. Les partenaires fondateurs – l'OMS, l'UNICEF, le PNUD et la Banque mondiale – mettent en commun leurs ressources et leurs compétences pour, ensemble, réduire la charge du paludisme dans le monde, apporter un appui technique et opérationnel aux pays, encourager la recherche-développement, faire le point et mesurer les résultats. L'OMS assure le secrétariat du partenariat et le leadership technique.

39. C'est un projet inédit, qui fait appel aux experts de toutes les disciplines de l'OMS – maladies tropicales, santé de l'enfant, salubrité de l'environnement et secteur pharmaceutique – et qui repose sur des partenariats avec d'autres organisations du système des Nations Unies, le secteur privé, les chercheurs et les organisations non gouvernementales. L'objectif est de renforcer les systèmes de santé nationaux.

40. En avril 2000, le partenariat a parrainé le premier Sommet international sur le paludisme, organisé à Abuja (Nigéria). De hauts responsables de 44 pays africains et les représentants des partenaires fondateurs ont adopté la Déclaration et le plan d'action d'Abuja, dans lesquels ils réaffirment leur attachement au programme et leur engagement à atteindre les objectifs du partenariat. Ils se sont dits déterminés à élargir l'accès au traitement, à fournir des moyens de

prévention tels que les moustiquaires imprégnées d'insecticide et à offrir une chimioprophylaxie intermittente ou un traitement présomptif aux femmes enceintes. Depuis, les organismes d'aide au développement ont annoncé une contribution supplémentaire de US $750 millions au cours des prochaines années.

41. De nouveaux partenariats efficaces ont été formés avec des gouvernements, des organisations internationales, des organisations non gouvernementales et des groupes du secteur privé, notamment l'opération Médicaments antipaludiques, partenariat public-privé créé en novembre 1999 pour mettre au point, grâce à une collaboration stratégique, de nouveaux antipaludiques. L'opération est une parade stratégique au grave problème de la pharmacorésistance qui prend rapidement de l'ampleur. Elle associe les milieux universitaires et des institutions du secteur public à l'industrie, cette dernière faisant des contributions en nature (moyens techniques, personnel, services d'experts, etc.). Elle finance la recherche et aide du point de vue technique à gérer les projets. Les nouveaux médicaments antipaludiques seront commercialisés par une société pharmaceutique partenaire à des prix abordables. En trois années d'existence, l'opération est passée de 4 projets de recherche potentiels à 11 projets pleinement opérationnels, la plupart entrepris en collaboration avec une société pharmaceutique. A plus grande échelle, les fonds internationaux consacrés à la recherche sur le paludisme sont passés de quelque US $84 millions en 1984 à plus de US $1 milliard en 2002, montant destiné en grande partie à la mise au point d'un vaccin.

42. En 2002, le partenariat Faire reculer le paludisme a fait l'objet d'une vaste évaluation externe, d'où il ressort que la première phase (1998-2002) a été marquée par d'importantes réalisations, mais qu'il faut intensifier la lutte dans les pays. Il apparaît que la structure et les moyens d'action du partenariat ne sont pas assez bien définis. Les études menées au niveau des pays révèlent des progrès inégaux dans la lutte antipaludique au sein des communautés touchées.

43. Près d'un tiers des pays africains, soit presque la moitié de la population exposée, ont achevé la phase initiale de planification stratégique, faisant la preuve de leur engagement à faire reculer le paludisme. Grâce à une action de sensibilisation d'ampleur mondiale, le paludisme reçoit aujourd'hui bien plus d'attention qu'auparavant.

Halte à la tuberculose

44. L'épidémie de tuberculose s'étend et fait environ 2 millions de morts chaque année ; c'est l'Asie du Sud-Est qui enregistre les chiffres les plus élevés. La tuberculose est une maladie curable. Les médicaments salvateurs existent ainsi que les agents de santé qualifiés pour les administrer. On ne peut donc tolérer que l'approvisionnement en médicaments antituberculeux soit insuffisant pour empêcher la maladie de se propager. En 1993, l'OMS a déclaré que la tuberculose constituait une urgence sanitaire d'ampleur mondiale et fait de la lutte antituberculeuse une de ses priorités.

45. Pour combattre la maladie, l'OMS et ses partenaires ont mis au point la stratégie DOTS (traitement de brève durée sous surveillance directe) pour dépister et guérir la tuberculose. Elle comprend cinq éléments : engagement politique, dépistage grâce à des services de laboratoire, protocoles thérapeutiques normalisés sous observation directe, approvisionnement régulier et ininterrompu en médicaments, et systèmes de surveillance et de suivi. Cette stratégie s'est révélée très efficace, avec des taux de guérison atteignant 95 %, même dans les pays les plus pauvres. La Banque mondiale a classé la stratégie DOTS parmi les interventions sanitaires les plus rentables qui soient.

46. En novembre 1998, au Congrès mondial de santé respiratoire organisé en Thaïlande, j'ai lancé l'initiative Halte à la tuberculose et annoncé que l'OMS soutiendrait massivement le projet de collaboration entre les secteurs public et privé, connu sous le nom de partenariat Halte à la tuberculose, qui vise à appliquer plus largement et plus rationnellement les stratégies destinées à interrompre la transmission de la tuberculose, adapter les stratégies existantes pour faire face aux problèmes nouveaux, et éliminer plus rapidement la tuberculose en encourageant la mise au point et l'adoption de tests diagnostiques, médicaments, vaccins et outils perfectionnés ou nouveaux.

47. Le partenariat a fixé pour objectifs : d'ici 2005, 70 % des cas de tuberculose infectieuse seront diagnostiqués et 85 % seront guéris ; d'ici 2010, la charge mondiale de la tuberculose (mortalité et prévalence) sera de moitié inférieure à ce qu'elle était en 2000 ; et d'ici 2050, l'incidence mondiale de la tuberculose sera inférieure à un cas pour un million d'habitants.

48. Le rôle de l'OMS dans le partenariat consiste à orienter la politique mondiale. L'OMS assure également le secrétariat du

partenariat et lui offre un cadre efficace et efficient pour gérer ses activités.

49. Pour renforcer l'engagement en faveur du partenariat, l'OMS et la Banque mondiale ont organisé une conférence ministérielle sur la tuberculose et le développement durable en mars 2000, à Amsterdam. Des institutions du système des Nations Unies, des organisations gouvernementales et non gouvernementales, des donateurs et des représentants du secteur privé se sont engagés à faire de la tuberculose une priorité budgétaire pour que tous ceux qui en ont besoin aient accès au traitement, à combattre la tuberculose multirésistante, à agir en partenariat et à accéder aux demandes d'aide pour lutter contre l'épidémie mondiale. En mai 2000, la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a encouragé tous les Etats Membres à approuver la Déclaration d'Amsterdam et à s'engager politiquement et financièrement à atteindre les cibles fixées par les précédentes Assemblées de la Santé.[1]

50. Des travaux de recherche ont été entrepris pour raccourcir la durée totale du traitement, réduire la fréquence des prises et les impératifs de supervision des patients par les agents de santé. De tels progrès pourraient sensiblement réduire le coût du traitement pour les pays en développement. De nouveaux médicaments sont également nécessaires pour mettre un frein à la tuberculose multirésistante. Pour soutenir ces travaux de recherche, un partenariat public-privé a été créé en octobre 2000 sous le nom d'Alliance mondiale pour la mise au point de médicaments antituberculeux. L'Alliance a déjà reçu des dons de la Fondation Bill et Melinda Gates et de la Fondation Rockefeller.

51. Il est tout aussi important de faciliter l'accès aux médicaments existants. En 2001, l'OMS et le partenariat Halte à la tuberculose ont instauré un dispositif mondial d'approvisionnement en médicaments antituberculeux afin de mettre plus largement à disposition les médicaments de qualité et, partant, généraliser la stratégie DOTS. Un partenariat avec l'industrie pharmaceutique a également vu le jour en 2001 afin de fournir les médicaments à un tarif préférentiel. Appelé Comité « Feu vert », ce nouveau partenariat contribue à faciliter l'accès aux antitutuberculeux de deuxième intention dans les pays où la multirésistance est courante. Grâce à ces initiatives, le prix des

[1] Résolution WHA53.1.

médicaments de première intention a baissé de 30 % et celui des médicaments de deuxième intention de 95 %.

Un nouveau mécanisme mondial pour financer la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme

Le **Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme**, partenariat entre les pays riches et les pays pauvres, des organisations du système des Nations Unies, dont l'OMS, le secteur privé et la société civile, est un nouveau mécanisme d'appui à l'action menée par les pays. Officiellement créé en janvier 2002, le Fonds a pour objet de réunir, gérer et distribuer des ressources supplémentaires pour atténuer l'impact du VIH/SIDA, de la tuberculose et du paludisme dans les pays démunis et, ce faisant, de contribuer à réduire la pauvreté, l'un des objectifs de développement de l'ONU pour le Millénaire.

L'OMS adhère aux objectifs du Fonds, y contribue et aide activement ses Etats Membres à obtenir de celui-ci un financement. Une équipe a été créée au Siège, relayée par des coordinateurs dans les bureaux régionaux, pour informer et conseiller les bureaux de pays. L'OMS assure également une série de services administratifs pour le compte du Fonds. Nous sommes résolus à garantir la viabilité et le succès de ce mécanisme de financement et à augmenter le volume de ressources qu'il génère et distribue.

Une première série de subventions ont été octroyées en avril 2002 à 40 pays pour un montant total de US $616 millions. Les contributions financières au Fonds se montent aujourd'hui à plus de US $3 milliards. Ces crédits peuvent nettement accentuer l'impact des programmes nationaux en permettant d'étendre la couverture et de prendre de nouvelles initiatives.

Lutte contre d'autres maladies transmissibles

52. Née en novembre 1999, l'**Alliance mondiale pour l'élimination de la lèpre** rassemble les gouvernements des pays touchés, l'OMS, des fondations, des sociétés pharmaceutiques et des organismes bilatéraux afin d'offrir, gratuitement et dans des conditions d'égalité, un traitement à tous les malades. La stratégie OMS d'élimination, qui repose sur le recours généralisé à la polychimiothérapie, a permis de réduire de 90 % la prévalence de la lèpre au cours des 15 dernières années. En mai 2001, l'OMS a annoncé que l'objectif d'élimination mondiale, soit un cas pour

10 000 habitants, avait été atteint. Les opérations se poursuivent dans les pays d'endémie qui n'ont pas encore maîtrisé la maladie.

53. L'**Alliance mondiale pour l'élimination de la filariose lymphatique** a été formée en mai 2000 dans le but d'interrompre la transmission du parasite, d'éviter et d'alléger les souffrances et les handicaps que cause la maladie. L'un de ses objectifs déclarés est de combattre la pauvreté. Le nombre de personnes à risque traitées est passé de 2,9 millions (dans 12 pays) en 2000 à 65 millions (dans 34 pays) en 2002.

54. La lutte contre la **trypanosomiase africaine** s'est elle aussi intensifiée. Un partenariat a vu le jour en mai 2001 entre l'OMS et le secteur privé pour combattre la trypanosomiase dans les pays d'Afrique les plus touchés ; il couvre les dons de médicaments, la maîtrise et la prise en charge de la maladie, et la recherche-développement. En 1998, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution[1] appelant tous les Etats Membres dans lesquels la **maladie de Chagas** sévit encore (pays andins et pays d'Amérique centrale) à élaborer des plans d'action pour interrompre la transmission de la maladie d'ici 2010. L'OMS aide les pays dans les domaines de la surveillance, de l'élaboration et de la mise en oeuvre des programmes ; les progrès sont notables.

Le tabac tue

55. Ayant constaté, d'après les tendances mises en lumière par l'étude sur la charge mondiale des maladies, que **le tabac est un problème grave**, j'ai pris une nouvelle initiative en 1998.

56. On estime, vu la situation actuelle, qu'environ 500 millions de personnes aujourd'hui en vie mourront d'une maladie liée au tabac. Le tabac ferait actuellement 4,9 millions de morts par an. Si l'on ne fait rien, la mortalité attribuable au tabac aura doublé d'ici 2020. Quelque 70 % des décès se produiront dans les pays en développement. Après le VIH/SIDA, le tabagisme est la cause de décès qui augmente le plus rapidement dans le monde et pourrait bien devenir la première cause de décès prématurés dans les années 2020. De plus en plus de femmes et d'enfants fument aujourd'hui. Le tabagisme est une maladie transmise – par la publicité et par la façon séduisante dont on le présente. Les

[1] Résolution WHA51.14.

enfants sont particulièrement vulnérables à la fumée de tabac ambiante. Le tabac pèse sur les systèmes de santé et rend les économies moins productives. La lutte antitabac étant une question d'ordre mondial, une action concertée s'impose dans trois domaines : législation, taxes et éducation.

57. Il devient de plus en plus évident que certaines sociétés productrices de tabac ont sapé la science, la santé publique et les processus politiques pour faire obstacle à la lutte antitabac et continuer à vendre leurs produits. En 1999, j'ai demandé une enquête pour déterminer si l'industrie du tabac avait abusivement influencé les activités de lutte antitabac de l'OMS. A la publication du rapport, la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution sur la transparence de la lutte antitabac et exhorté les Etats Membres à être conscients des affiliations éventuelles entre les délégués à l'Assemblée de la Santé et à d'autres réunions de l'OMS et l'industrie du tabac.[1]

58. En 1999, l'Assemblée de la Santé a décidé à l'unanimité d'instituer un organe pour rédiger un projet de **convention-cadre pour la lutte antitabac**.[2] Les négociations ont officiellement débuté à la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé.[3] La convention posera les principes de base de la lutte antitabac dans le monde et couvrira toute une série de questions comme l'interdiction de la publicité et de la promotion, les taxes et les prix, le commerce illicite, la réglementation des produits, le traitement de la dépendance tabagique, l'emballage et l'étiquetage. L'organe intergouvernemental de négociation de la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac s'est réuni à six reprises. A l'issue de la sixième session, en février 2003, les Etats Membres ont décidé de soumettre le projet définitif de convention à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2003. Les Etats Membres de l'OMS envisagent de négocier des protocoles d'accord relatifs à la publicité, à la promotion et au parrainage, ainsi qu'au commerce illicite.

59. En 1998, le Secrétaire général des Nations Unies a approuvé la création, sous la houlette de l'OMS, d'un groupe de travail spécial

[1] Résolution WHA54.18.
[2] Résolution WHA52.18.
[3] Résolution WHA53.16.

interinstitutions des Nations Unies sur la lutte antitabac. Le groupe de travail rassemble 15 organisations du système des Nations Unies, la Banque mondiale, le Fonds monétaire international, l'OMC et l'Organisation mondiale des Douanes. Il applique une approche multisectorielle et constitue, depuis quatre ans qu'il existe, un moyen sans pareil d'échanger des informations, d'étendre la collaboration multisectorielle à l'ensemble du système des Nations Unies et d'élaborer des projets interinstitutions pour combattre l'épidémie de tabagisme. L'OMS collabore activement avec l'OIT, la FAO, l'UNICEF, la Banque mondiale et l'Organisation mondiale des Douanes à la lutte antitabac.

60. Afin de faire prendre conscience des problèmes de santé liés au tabac, l'**initiative Pour un monde sans tabac** a organisé de nombreuses campagnes et manifestations en partenariat avec d'autres parties prenantes. En 2002, la Journée mondiale sans tabac a eu pour thème « Le sport sans tabac ». Ce fut l'occasion d'insister sur le fait que le tabac et le sport sont incompatibles et de faire campagne contre le tabac dans le sport, qu'il s'agisse de la consommation, du tabagisme passif, de la publicité, de la promotion, du marketing ou encore du parrainage de manifestations. L'initiative a été soutenue par le Comité olympique international, la Fédération internationale de Football Association (FIFA), Olympic Aid et par des organisations sportives régionales et locales. Des manifestations sportives sans tabac ont été organisées partout dans le monde, notamment les Jeux olympiques d'hiver et la Coupe du monde de football de la FIFA en 2002.

61. Le thème de la Journée mondiale sans tabac 2003 est « Cinéma sans tabac, mode sans tabac ». En outre, des campagnes spéciales ont été organisées pour appeler l'attention sur l'augmentation du tabagisme chez les enfants et les adolescents.

62. Nombre d'Etats Membres ont déjà pris des mesures au niveau national, notamment législatives et fiscales, et entrepris des programmes éducatifs. Plusieurs pays ont pris des dispositions pour réglementer la publicité en faveur du tabac et mieux protéger les enfants. Beaucoup ont augmenté les taxes sur les produits du tabac. L'initiative Pour un monde sans tabac soutient et encourage toutes les initiatives de ce genre. Les négociations sur la convention-cadre ont déjà instauré, entre pays et dans les pays, une riche coopération multisectorielle qui s'intensifiera encore lorsque la convention entrera en vigueur.

Santé mentale

63. Le nombre de personnes qui souffrent de troubles mentaux augmente. On estime qu'une personne sur quatre qui consultent les services de santé présente au moins un trouble mental, neurologique ou comportemental qui, le plus souvent, n'est pas pris en charge ni même diagnostiqué. La dépression, la schizophrénie, les troubles bipolaires, la dépendance alcoolique et la maladie d'Alzheimer sont parmi les premières causes d'incapacités. Les transitions socio-économiques rapides, le vieillissement de la population, la violence, le malaise social et la guerre, les maladies physiques et, bien sûr, la pauvreté aggravent encore la situation. Chaque année, entre 10 et 20 millions de personnes font une tentative de suicide. L'abus d'alcool est de plus en plus fréquent chez les hommes jeunes. Les problèmes mentaux sont courants dans tous les pays ; pourtant, dans la plupart d'entre eux, la prise en charge et la réadaptation des malades mentaux se heurtent à des obstacles.

64. Depuis 1998, l'OMS accorde une grande importance à la santé mentale. Une table ronde ministérielle a été organisée lors de la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé (2001) pour faire le point sur les soins de santé mentale et les problèmes qui empêchent de répondre aux besoins des populations. Plus de 155 pays ont célébré la Journée mondiale de la Santé 2001, consacrée à la santé mentale. C'était aussi le sujet du *Rapport sur la santé dans le monde, 2001*. La Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé une initiative quinquennale, le **programme mondial d'action pour la santé mentale**,[1] qui vise à former des partenariats stratégiques pour promouvoir le bien-être mental des populations et réduire la charge des troubles mentaux. Il est axé sur la prévention, le traitement et la réadaptation, notamment dans les groupes les plus vulnérables. Le but est de sensibiliser les gouvernements pour les inciter à agir, d'améliorer la qualité et la performance des services et de privilégier la recherche dans les domaines de la neuroscience et de la médecine comportementale. Le programme encourage également à prendre des mesures pour éviter la stigmatisation, la discrimination et la violation des droits des malades mentaux. La santé mentale doit faire partie intégrante du système général de santé et les traitements doivent être

[1] Résolution WHA55.10.

internationale concertée pour encourager l'amélioration de la santé publique et de la surveillance des facteurs de risque dans le monde, et il aide les pays à trouver les mesures les plus efficaces en termes de coût qui leur permettront de réduire les risques qui menacent la santé de leur population. Il indique aux sociétés la marche à suivre pour combattre un large éventail de maladies évitables qui tuent prématurément des millions de personnes et privent des dizaines de millions d'autres personnes d'une vie en bonne santé. L'OMS travaille avec les pays à la mise en place de systèmes de surveillance des facteurs de risque utilisant des définitions et des normes communes pour recueillir progressivement des données comparables.

Risques pour les nourrissons et les jeunes enfants

82. Depuis sa création, l'OMS s'emploie à promouvoir une bonne nutrition et la prévention et l'élimination de la malnutrition chez les nourrissons et les jeunes enfants. On estime que 174 millions d'enfants de moins de 5 ans sont atteints de malnutrition dans les pays en développement. La malnutrition entrave le développement physique et cognitif des enfants et réduit leur résistance à la maladie. La malnutrition contribue directement ou indirectement à 35 % de la mortalité chez les jeunes enfants des pays en développement. Si la malnutrition est manifestement associée à la pauvreté et au sous-développement, les mauvaises pratiques d'alimentation jouent aussi souvent un rôle déterminant. L'OMS aide les pays à évaluer et surveiller les indicateurs nutritionnels de base chez les enfants et à mettre en place des interventions destinées à protéger, promouvoir et soutenir l'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant, y compris la prise en charge de la malnutrition.

83. En 2000, en collaboration avec l'UNICEF, l'OMS a organisé une consultation pour évaluer les politiques relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, examiner les principales interventions et élaborer une stratégie complète pour la décennie à venir. Une nouvelle stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a été élaborée en 2001 sur la base de consultations régionales ; elle a été approuvée par la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé[1] et par le Conseil d'administration de l'UNICEF. On a également

[1] Résolution WHA55.25.

élargi les bases factuelles concernant la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif et l'alimentation complémentaire à associer ensuite à l'allaitement maternel, d'où une révision des recommandations. On veillera également à améliorer l'état nutritionnel des futures mères et des jeunes femmes pendant la grossesse et l'allaitement. En collaboration avec d'autres organisations, on a fait reculer les carences en micronutriments, en particulier les troubles liés à la carence en vitamine A et à la carence en iode.

84. On s'emploie sans relâche à réduire la mortalité due à la **rougeole**. Malgré les bons résultats des programmes de vaccination, la rougeole touche encore près de 30 millions d'enfants chaque année et fait 750 000 décès. La plupart de ces décès surviennent dans des pays défavorisés des Régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale. La lutte contre cette maladie passe par l'élargissement de la couverture vaccinale, le transfert rapide des cas graves, la reconnaissance et le traitement immédiats des autres affections associées à la rougeole, et l'amélioration de la nutrition. L'OMS collabore avec l'UNICEF, l'USAID, les Centers for Disease Control and Prevention et d'autres organisations pour élaborer un nouveau plan stratégique de lutte contre la rougeole afin de réduire de moitié d'ici à 2005 la mortalité par rougeole dans le monde. La prévalence de la rougeole et la mortalité due à cette maladie ont considérablement régressé dans la Région des Amériques.

Sexospécificité, risques pour la santé des femmes et santé génésique

85. La santé génésique est un domaine prioritaire pour l'OMS, en particulier dans les pays en développement. Un demi-million de femmes meurent chaque année des suites de complications liées à la grossesse dont les causes sont exacerbées par la pauvreté. Le risque de décès associé à la grossesse et à l'accouchement est de un sur seize pour les femmes dans certaines parties de l'Afrique. L'amélioration de la santé des femmes passe impérativement par la réduction du risque de mourir en accouchant. Toutes les femmes devraient bénéficier de l'aide d'un agent de santé qualifié pendant l'accouchement.

86. Si l'emploi de contraceptifs par les femmes mariées est passé de moins de 10 % dans les années 60 à plus de 60 % aujourd'hui, on estime que 123 millions de femmes sont encore privées de tout moyen de planification familiale. L'OMS poursuit son action de longue date pour

accroître l'accès à des services de planification familiale de qualité en élaborant des méthodes de contraception nouvelles et améliorées, en évaluant l'innocuité et l'efficacité des méthodes existantes, en évaluant les déterminants sociaux et comportementaux d'une utilisation satisfaisante de la contraception et en créant et en appliquant des normes et des instruments de planification familiale fondés sur l'expérience clinique.

87. Les problèmes spécifiques aux femmes sont étroitement liés à la santé et à la pauvreté. Sur 1,2 milliard de personnes qui vivent dans la pauvreté, 70 % sont des femmes. Les femmes sont sensiblement plus touchées que les hommes par la malnutrition protéino-énergétique et la carence en fer. La pauvreté est également un important facteur de stress et de dépression chez les femmes, et la violence familiale y contribue. La discrimination, jointe à la pauvreté, limite l'accès des femmes aux soins de santé. Les femmes doivent être dotées des moyens de faire des choix sains pour elles-mêmes et pour leurs enfants. L'OMS participe désormais activement aux recherches, activités de sensibilisation et programmes relatifs à la sexospécificité, la santé et la pauvreté adaptés aux besoins des Régions et des pays.

88. Une autre menace grave pour la santé des femmes aujourd'hui est le VIH. Les femmes sont plus vulnérables à l'infection aux plans biologique, économique, social et culturel. Dans certaines parties de l'Afrique, le taux d'infection chez les adolescentes est de trois à six fois plus élevé que chez les garçons du même âge. Les femmes supportent aussi souvent le fardeau psychologique et physique des soins aux personnes vivant avec le SIDA et elles sont victimes d'une discrimination particulière. Les attitudes et les pratiques sexuelles doivent changer. Les femmes doivent avoir le droit et les moyens de se protéger contre l'infection. Principales bénéficiaires des transfusions sanguines, elles doivent pouvoir recevoir du sang non contaminé, en particulier pendant et après l'accouchement. L'initiative de l'OMS Pour une grossesse à moindre risque vise notamment à intégrer les services de lutte contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles dans les soins maternels et infantiles au niveau du district.

89. On estime que de 100 à 140 millions de femmes, pour la plupart en Afrique, ont subi des mutilations sexuelles. On estime aussi que, chaque année, 2 millions de fillettes supplémentaires risquent de faire l'objet de telles mutilations. Hormis les complications immédiates – douleurs sévères, choc et hémorragie –, cette pratique peut également

être responsable de la transmission du VIH, d'autres complications physiques et de traumatismes psychologiques et psychosexuels. L'OMS recommande que soient éliminées les mutilations sexuelles féminines et elle est fortement opposée à la médicalisation de toutes ces pratiques. Un plan régional destiné à accélérer l'élimination des mutilations sexuelles féminines a été publié à la suite d'une déclaration de politique générale conjointe OMS/UNICEF/FNUAP sur les mutilations dans le but de promouvoir l'élaboration de politiques et de mesures aux niveaux mondial, régional et national. L'OMS a également publié des documents et élaboré des matériels didactiques à l'intention des agents communautaires, des infirmières et des sages-femmes pour générer des connaissances et favoriser la prévention des mutilations dans la population.

Facteurs de risque liés à l'alimentation et à la sédentarité

90. L'Assemblée mondiale de la Santé, en mai 2002, a adopté la résolution WHA55.23 établissant un processus de consultation vaste et exhaustif, axé sur la formulation d'une **stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé**. Les principes directeurs de ce processus sont la nécessité de recueillir des données plus solides sur le rapport qui existe entre alimentation, activité physique et santé pour l'élaboration des politiques, le plaidoyer en faveur d'une modification des politiques, la participation des parties prenantes à la mise en oeuvre de la stratégie mondiale et l'élaboration d'un cadre d'action avec des politiques et des interventions adaptées aux pays. La stratégie en préparation sera soumise à l'examen de la Cinquante-Septième Assemblée mondiale de la Santé en 2004.

91. Un rapport de la consultation mixte OMS/FAO d'experts de l'alimentation, de la nutrition et de la prévention des maladies chroniques fournit des données supplémentaires dont nous pourrons nous inspirer pour élaborer la stratégie mondiale sur l'alimentation, l'activité physique et la santé en collaboration avec les Etats Membres et d'autres partenaires, y compris d'autres organisations du système des Nations Unies, la Banque mondiale, des organisations non gouvernementales et le secteur privé.[1]

[1] *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 (OMS, Série de Rapports techniques, N° 916).

92. L'activité physique est aussi importante que l'alimentation pour la santé. La sédentarité prolongée favorise les cardiopathies, l'hypertension, le diabète, l'ostéoporose et l'obésité. Pour appeler l'attention sur cette question, le thème choisi pour la Journée mondiale de la Santé 2002 était « Pour votre santé, bougez ». Le lancement de cette journée a eu lieu au Brésil où le mouvement *Agita São Paulo* recommandait déjà l'activité physique pour améliorer sa santé. Le principal message de la campagne « Pour votre santé, bougez » est qu'une activité physique accrue est le moyen le plus efficace et le plus économique de protéger sa santé. Les décideurs, les professionnels de santé, les enseignants et les urbanistes sont encouragés à accorder un rang de priorité plus élevé à l'activité physique.

Maladies non transmissibles

93. On s'est inquiété ces dernières années de la menace que pourrait constituer le manque d'attention accordé à la prévention des maladies non transmissibles, en particulier dans les pays à revenu inférieur ou moyen. Les principales maladies non transmissibles, y compris les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète, les affections rhumatismales et respiratoires chroniques et les maladies génétiques, sont souvent associées à l'urbanisation et à l'évolution des modes de vie, et elles posent des problèmes de plus en plus complexes pour les systèmes de santé nationaux de nombreux pays en développement aujourd'hui. Ces pays doivent supporter la double charge des maladies transmissibles et non transmissibles. On estime actuellement que ces maladies sont responsables de près de 40 % des décès dans les pays en développement et de 75 % dans les pays industrialisés.

94. L'OMS joue un rôle croissant dans la **prévention des maladies non transmissibles.** Nos activités ont porté principalement sur les domaines prioritaires suivants : amélioration de l'hygiène scolaire et de la santé des jeunes aux niveaux mondial, régional et national, mise en lumière de l'importance et de la faisabilité d'un vieillissement en bonne santé, renforcement de la surveillance des facteurs de risque sanitaires et comportementaux, nutrition et prévention des maladies non transmissibles, promotion de la santé bucco-dentaire et développement de l'activité physique.

95. L'OMS collabore avec les principales organisations qui s'emploient à prévenir et combattre le cancer à la création d'une alliance mondiale pour la lutte contre le cancer afin de réduire la charge de morbidité cancéreuse dans le monde. La deuxième édition de *National cancer control programmes* a été publiée l'année dernière. Elle donne des conseils aux pays sur la mise en oeuvre de programmes de lutte contre le cancer complets. Le programme de lutte contre les maladies cardio-vasculaires a lancé un projet multicentrique sur la prévention des principales maladies cardio-vasculaires dans les pays à revenu inférieur ou moyen, qui vise tout particulièrement à réduire l'écart entre les connaissances fondées sur l'expérience clinique et la pratique. Nous préconisons en outre une prise en charge intégrée et économiquement efficace des risques cardio-vasculaires. Des modèles et instruments destinés à faciliter la mise en oeuvre de cette approche complète, y compris là où les ressources sont limitées, ont été mis au point et publiés récemment. En partenariat avec des organisations non gouvernementales, l'OMS a aussi entrepris une campagne mondiale de sensibilisation au diabète. Nous nous employons à fournir aux personnes qui souffrent d'affections respiratoires chroniques des instruments leur permettant de prendre en charge leur propre santé tels que des programmes de sevrage tabagique, d'éviction des allergènes, de prise en charge pharmaceutique appropriée et de réadaptation.

96. En mai 2000, la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la stratégie mondiale OMS de prévention des maladies non transmissibles ;[1] un forum mondial sur les mesures visant à prévenir et combattre les maladies non transmissibles a également été créé. Ce forum mondial a pour objectif d'élaborer des programmes nationaux intégrés de prévention et de lutte axés sur ces maladies, de les prévenir en s'attelant aux principaux facteurs de risque, de réduire la morbidité et la mortalité prématurée et d'améliorer la qualité de vie. L'accent est mis sur l'élaboration d'approches efficaces en termes de coût, fondées sur l'expérience clinique et durables pour les pays.

Vieillir en restant actif

97. Le vieillissement des populations atteste avec éclat l'amélioration de la santé dans le monde ; il constitue également un défi qui affectera

[1] Résolution WHA53.17.

tous les aspects de la société au XXIe siècle. L'OMS a élaboré un cadre politique « Vieillir en restant actif » qui vise à assurer l'état de santé et de bien-être le plus élevé possible aux personnes âgées, qui sont de plus en plus nombreuses dans le monde et représentent une part croissante de la population de nombreux pays. Le cadre politique était la principale contribution de l'OMS à la Deuxième Assemblée mondiale des Nations Unies sur le vieillissement qui s'est tenue à Madrid en 2002. Pour appeler l'attention sur la question du vieillissement, la Journée mondiale de la Santé 1999 avait pour thème « Restons actifs pour mieux vieillir ». La résolution WHA52.7 adoptée la même année par l'Assemblée mondiale de la Santé demandait qu'une action intersectorielle aide les gens à vieillir en bonne santé tout en restant actifs ; que les recherches appropriées soient mises en oeuvre ; qu'une action encourage l'adoption de modes de vie sains ; et que des mesures soient prises pour répondre aux besoins des populations vieillissantes en ce qui concerne la prévention des maladies et la prestation des services, et que les besoins spécifiques des hommes et des femmes soient pris en compte. La mise en oeuvre de la résolution et du plan d'action de Madrid sur le vieillissement a été examinée par la Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé en 2002.

Toxicomanies

98. La consommation d'alcool constitue une grave menace pour la santé et le tissu social et économique des familles, des communautés et des nations. On compte 76 millions de personnes alcooliques dans le monde. On estime que 5 % de tous les décès de jeunes de 15 à 25 ans sont imputables à l'alcoolisme. L'OMS aide activement les pays à prévenir et réduire les problèmes liés aux toxicomanies, notamment par une action de sensibilisation, la diffusion d'informations sur l'épidémiologie de l'alcoolisme et des autres toxicomanies, des interventions et la réglementation des substances psychoactives. Un groupe spécial mondial sur les politiques relatives à la consommation d'alcool a été créé pour étudier et recommander diverses orientations possibles concernant la prévention primaire de l'alcoolisme. L'attention porte plus spécialement sur l'alcoolisme chez les jeunes, notamment par la législation, la réglementation, le conseil et les programmes d'action communautaire, ainsi que sur les moyens de faire échec à la commercialisation accrocheuse des produits alcoolisés auprès des jeunes.

Assurer la pérennité du développement et réduire les risques environnementaux

99. Le lien étroit qui existe entre la santé, la lutte contre la pauvreté et le développement durable est désormais indéniable. En 1992, pendant la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement qui s'est tenue à Rio de Janeiro, au Brésil, les pays ont adopté Action 21, plan d'action mondial sur le développement durable. Dix ans plus tard, lors du Sommet mondial sur le développement durable qui s'est tenu à Johannesburg, en Afrique du Sud, les pays ont réaffirmé leur engagement vis-à-vis des buts énoncés dans Action 21 et ils sont convenus que la santé est à la fois une ressource pour le développement durable et qu'elle en résulte. Au Sommet, l'OMS a déclaré que les investissements en faveur de la santé avaient des effets bénéfiques à long terme sur le développement social, économique et environnemental. Nous avons insisté sur la nécessité d'établir des bases factuelles pour évaluer l'impact des politiques et des pratiques de développement sur la santé des personnes, et de nouer des partenariats et des alliances pour faire face aux menaces qui pèsent sur la santé et promouvoir le développement durable.

100. Pendant le Sommet mondial, l'OMS a fondé un nouveau partenariat : l'Alliance en faveur d'un **environnement sain pour les enfants**. Cette alliance réunit un éventail de groupes publics, d'entités privées, d'organisations non gouvernementales, d'universitaires, d'organismes de développement, de banques et d'autres organisations du système des Nations Unies qui prendront les mesures de plus en plus nombreuses demandées aux niveaux national et international, encourageront l'engagement politique au niveau le plus élevé, exploiteront les forces complémentaires des diverses parties prenantes et serviront de plaque tournante à un vaste réseau de partenaires s'attelant à la question de l'environnement sain – eau et aliments salubres, services d'assainissement pour tous et air non pollué – pour les enfants.

Assurer la salubrité des aliments

101. Les maladies d'origine alimentaire sont un problème de santé publique croissant dans les pays industrialisés comme dans les pays en développement. Les consommateurs, les professionnels de santé publique et les décideurs sont de plus en plus préoccupés par la salubrité des aliments, compte tenu en particulier de l'émergence de produits

alimentaires nouveaux issus des biotechnologies. La Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a reconnu l'importance des effets des maladies d'origine alimentaire pour la santé des personnes et elle a instamment prié les Etats Membres d'établir et de renforcer les programmes de salubrité des aliments, d'élaborer et d'entretenir des mécanismes de surveillance et d'intégrer des aspects de la salubrité des aliments dans les programmes d'éducation et d'information sur la santé et la nutrition à l'usage notamment des consommateurs, des agriculteurs et du personnel de l'industrie agro-alimentaire.[1] En 2002, l'OMS a mis une dernière main à une stratégie mondiale pour la salubrité des aliments incluant un nouveau message vigoureux appelant à tenir compte de la salubrité des aliments tout au long de la chaîne de production, du producteur au consommateur. L'OMS, en association avec la FAO, assure le secrétariat de la Commission du Codex Alimentarius qui élabore les directives internationales sur les normes de sécurité des aliments et la surveillance des substances chimiques et microbiologiques qui contaminent les aliments. La première évaluation du Codex en 40 ans a été faite récemment et le rapport sera examiné par les organes directeurs de l'OMS et de la FAO.

102. En janvier 2003, l'OMS a publié des lignes directrices relatives à l'établissement de mécanismes nationaux destinés à faire face à d'éventuels actes terroristes dirigés contre les denrées alimentaires.[2] Ce fascicule indique comment les pays peuvent se doter de capacités essentielles de prévention, de surveillance et de lutte. Il souligne également la nécessité de renforcer les systèmes existants d'alerte et de riposte aux situations d'urgence moyennant l'amélioration des liens avec toutes les organisations concernées et l'industrie agro-alimentaire.

103. La collaboration internationale pour le renforcement des systèmes de salubrité des aliments et l'échange d'expériences entre les pays étaient le thème du premier Forum mondial des responsables de la réglementation en matière de sécurité sanitaire des aliments organisé par l'OMS et la FAO à Marrakech, au Maroc, en 2002.

---

[1] Résolution WHA53.15.

[2] *Terrorist threats to food: guidance for establishing and strengthening prevention and response systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

Traumatismes et violence

104. La violence est l'une des principales causes de décès chez les personnes de 15 à 44 ans. Chaque année, on estime que 4500 personnes meurent des suites d'actes de violence ; d'autres conservent, souvent à vie, des séquelles physiques et psychologiques. Divers facteurs contribuent à la violence, comme les toxicomanies, le fait d'avoir été victime d'une agression, les conflits familiaux, la disponibilité d'armes à feu, l'absence de réseau social, une activité commerciale ou des revenus illicites, et les inégalités entre les sexes. De même que pour les autres causes de mauvaise santé, les pauvres supportent la plus grande part du fardeau de la violence.

105. En 2002, l'OMS a lancé une vaste campagne sur la violence et la santé qui reposait sur l'idée centrale que la violence doit être évitée. Le premier *Rapport mondial sur la violence et la santé*, publié en octobre 2002, réunit des données sur l'ampleur et les conséquences de la violence et les mesures propres à combattre la violence – dirigée contre soi, interpersonnelle et collective – dans le monde, l'objectif étant de sensibiliser l'opinion à la violence en tant que problème de santé publique. Le rapport recommande que les gouvernements élaborent, appliquent et suivent un plan d'action national pour la prévention de la violence, qu'ils renforcent leur capacité de collecte de données sur la violence, qu'ils encouragent la prévention primaire, renforcent les mesures en faveur des victimes d'actes de violence, intensifient la collaboration et l'échange d'informations sur la prévention de la violence, et intègrent la prévention de la violence dans les politiques sociales et éducatives.

106. Les traumatismes liés aux accidents de la circulation sont désormais la neuvième cause de décès dans le monde. En 2000, en collaboration étroite avec de nombreux autres acteurs, l'OMS a élaboré une stratégie quinquennale pour la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation. Nos actions futures dans ce domaine s'en inspireront. La sécurité routière a été choisie comme thème de la Journée mondiale de la Santé 2004 pour focaliser davantage l'attention sur ce problème de santé publique. Ce sera l'occasion de sensibiliser l'opinion mondiale au coût humain et économique croissant mais évitable des traumatismes et des décès dus aux accidents de la circulation routière. Un rapport mondial sur la prévention des traumatismes liés à la circulation routière est également en préparation.

IV. Définir les politiques de santé et développer les systèmes de santé

107. L'une des quatre grandes orientations stratégiques de l'OMS a consisté à encourager la mise en place de systèmes de santé équitables et réactifs. Les systèmes de santé des pays riches comme des pays pauvres ont sensiblement évolué ces dix dernières années, dans le sens d'une complexité croissante. La détermination des Etats Membres à atteindre les objectifs de développement pour le Millénaire a suscité un regain d'attention en faveur de l'amélioration des résultats sanitaires pour les plus démunis. A cet effet, les responsables politiques doivent accroître les investissements, établir de nouveaux partenariats et mener une action de sensibilisation. En 1999, la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé a invité instamment les Etats Membres à continuer de mettre en place des systèmes de soins de santé équitables, abordables, accessibles et durables, et elle a prié la communauté internationale et les institutions multilatérales de soutenir les efforts visant à renforcer les systèmes de santé des pays en développement.[1] Les tables rondes ministérielles organisées pendant la Cinquante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé avaient pour objet d'examiner les principaux défis pour les systèmes de santé.

108. L'amélioration des systèmes de santé requiert des données factuelles fiables. Aussi devons-nous être à même de mesurer la performance des systèmes de santé, faute de quoi des groupes d'intérêts agissants mais étroits pourraient influer davantage sur les politiques que les membres plus marginalisés et s'exprimant moins facilement de nos sociétés, dont les besoins sont souvent plus grands. Pour améliorer la performance, nous devons appliquer les leçons de l'expérience et savoir ce qui fonctionne, où, quand et comment.

109. Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2000* portait sur les systèmes de santé et leur performance et présentait un cadre pour l'analyse des systèmes de santé nationaux. Bien que l'amélioration de la santé des populations soit l'objectif qui définit tout système de santé, le rapport montrait que les gens espèrent voir le système contribuer à la réalisation d'autres buts sociaux, en répondant aux attentes de la population, en assurant la répartition équitable de la charge financière des soins de santé et en améliorant le niveau et la distribution de la

[1] Résolution WHA52.23.

santé. Ces trois objectifs étaient mesurés pour la première fois. L'exercice a révélé des écarts de performance importants, même entre des pays ayant des niveaux de dépenses de santé comparables.

110. Le rapport a recensé quatre fonctions des systèmes de santé : prestation de services, financement, création de ressources, y compris le capital humain et intellectuel, et la fonction primordiale qu'est l'administration. L'administration du système de santé incombe essentiellement aux pouvoirs publics et elle est à bien des égards la fonction la plus importante. Elle consiste à jouer un rôle directeur pour toutes les parties intéressées, à établir des règles pour aider les divers acteurs à se comporter conformément à l'intérêt public, à suivre leur mode de comportement et à veiller à ce que des mesures correctives soient prises en cas de besoin. Il en est ainsi même là où les ministères de la santé ne gèrent pas directement les services de santé – soit qu'ils relèvent des pouvoirs publics locaux, soit qu'ils dépendent du secteur privé. Une bonne administration repose sur des normes claires, appliquées dans le contexte local de façon aussi efficace et efficiente que possible.

111. Ce rapport a provoqué des controverses mais, en attirant davantage l'attention sur les systèmes de santé, j'estime qu'il a joué un rôle important. Beaucoup de progrès ont été accomplis depuis. Le cadre d'évaluation a fait l'objet d'un examen rigoureux auquel ont contribué des universitaires du monde entier et des décideurs, au moyen de consultations régionales, d'un processus d'examen scientifique par les pairs et d'un groupe consultatif spécial dont j'ai nommé les membres. Ce cadre a ainsi été considérablement renforcé.

112. En collaboration avec les pays, nous avons également amélioré la performance des systèmes de santé. Les problèmes de financement et de ressources humaines et leur solution préoccupent énormément les ministres de la santé. Nos travaux ont montré que les pays qui dépensent moins de US $60 environ par personne pour la santé ont beaucoup de mal à assurer ne serait-ce qu'un minimum de services. Des activités ont été mises sur pied pour dispenser des avis sur le financement des soins de santé dans différents cadres. En collaboration avec l'OIT, la Banque mondiale et d'autres organisations, nous analysons les effets de stratégies telles que l'assurance-maladie communautaire. Nous recueillons des données factuelles sur des questions fondamentales telles que le montant souhaité des dépenses de santé et les critères applicables à l'allocation des ressources. Nous faisons procéder à des examens

systématiques du rapport coût/efficacité de nombreuses interventions. La base de données publique WHO-CHOICE (*Choisir des interventions efficaces en termes de coût*) peut désormais être adaptée par les Etats Membres pour alimenter le dialogue général sur la manière de faire un meilleur usage du peu de ressources disponibles. Nous travaillons avec les ministères de la santé de plusieurs pays à l'élaboration de politiques relatives au financement de la santé.

113. En 2001, la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA54.12 qui reconnaissait l'importance des **services de soins infirmiers et obstétricaux** en tant qu'élément central de tout système de santé et priait instamment les Etats Membres de mettre en place des programmes complets soutenant la formation, le recrutement et le maintien de personnels infirmiers et obstétricaux qualifiés et motivés. Avec de nombreux partenaires, l'OMS a lancé en 2002 une stratégie pour aider les pays à renforcer leurs services infirmiers et obstétricaux.

114. La pénurie d'**agents de santé** qualifiés entrave sérieusement la prestation des services. L'OMS collabore avec d'autres organisations et fondations afin de trouver les moyens de réduire les effets de ce problème. Les interventions de santé en faveur des populations pauvres et vulnérables sont l'un des objectifs essentiels des programmes de santé. Les obstacles à leur mise en oeuvre sont souvent inhérents au système de santé. L'OMS a mis au point une formule pour aider les pays à déterminer l'ampleur du déficit de couverture et à en analyser les causes (accès, coût abordable, disponibilité, acceptabilité).

115. L'OMS collabore également avec les pays face à l'avancée des maladies chroniques. Notre projet relatif aux soins novateurs pour les affections chroniques est mis en oeuvre en association étroite avec des groupes de professionnels de santé dans le monde entier et propose des modèles, des méthodes et des instruments pour aider les systèmes de santé à s'adapter à cette évolution. L'amélioration de l'observance des traitements à long terme est un réel défi pour la prise en charge de maladies telles que l'hypertension, le diabète, la dépression, les affections pulmonaires chroniques, la tuberculose et le VIH/SIDA. De nouvelles méthodes peu coûteuses devraient améliorer prochainement la qualité de vie des malades et réduire sensiblement le coût des soins de santé.

116. Les stratégies de coopération avec les pays (voir le paragraphe 13) ont maintes fois reconnu les systèmes de santé comme un domaine prioritaire nécessitant un soutien technique accru de l'OMS. Les questions relatives aux systèmes de santé concernent tous les Départements et tous les niveaux de l'Organisation. L'initiative en faveur des pays a comme l'un de ses principaux objectifs le renforcement de la capacité de l'OMS à fournir rapidement des avis techniques de qualité.

117. Enfin, compte tenu de l'engagement de l'OMS en faveur du développement dans le monde, le *Rapport sur la santé dans le monde, 2003* portera sur les systèmes de santé et leur contribution à la réalisation des objectifs de développement pour le Millénaire. L'enquête sur la santé dans le monde, à laquelle plus de 70 pays participent cette année, mesure 13 des objectifs en rapport avec la santé. Elle renforcera sensiblement la capacité des pays à surveiller les effets de leur politique de santé. L'OMS a également entrepris une analyse détaillée des politiques de santé de nombreux pays pour mieux préciser ce qu'est une politique de santé en faveur des déshérités dans différents cadres – domaine encore très imprécis.

Etendre l'accès aux médicaments essentiels

118. Les médicaments essentiels sont l'un des éléments des soins de santé modernes les plus efficaces en termes de coût. Pourtant, plus du tiers de la population mondiale et plus de la moitié des habitants des pays les plus pauvres d'Afrique et d'Asie n'ont toujours pas accès aux médicaments essentiels. Dans une trentaine de pays, les dépenses pharmaceutiques publiques restent inférieures à US $2 par personne et par an. A mon entrée en fonctions en 1998, l'Organisation était en plein débat sur l'orientation future du programme OMS des médicaments essentiels face aux défis de la mondialisation, du libre-échange, de la privatisation des services de soins de santé, de l'émergence continue de technologies sanitaires de pointe, de la révolution des technologies de l'information et de la protection des droits de propriété intellectuelle. A la suite de vastes consultations avec les Etats Membres, des établissements d'enseignement, des centres collaborateurs de l'OMS, d'autres organisations internationales, des organisations non gouvernementales et des experts, une nouvelle stratégie pharmaceutique de l'OMS a été formulée en 2000. La mission du programme reste

inchangée – accroître au maximum la capacité des médicaments essentiels à sauver des vies et à améliorer l'état de santé.

119. L'usage rationnel des médicaments passe par le choix rationnel des médicaments les plus satisfaisants par leur innocuité, leur efficacité, leur qualité et leurs effets sur la santé. Depuis 1977, l'OMS publie régulièrement une liste modèle des médicaments essentiels dont s'inspirent les pays pour établir leur liste nationale. La liste modèle est mise à jour tous les deux ans. Afin d'améliorer la pertinence de la liste modèle pour les Etats Membres et la transparence du processus de sélection des médicaments, des mesures ont été adoptées pour renforcer les bases factuelles, élargir le processus d'examen, subordonner le choix des médicaments à des directives cliniques, assurer l'indépendance du Comité OMS d'experts de l'Utilisation des Médicaments essentiels et créer une bibliothèque des médicaments essentiels. En 2001, des directives cliniques ont été publiées sur le traitement du paludisme, des infections sexuellement transmissibles, de la tuberculose et de certaines maladies non transmissibles. Le premier formulaire modèle de l'OMS, qui fournit des informations indépendantes sur les médicaments aux prescripteurs, a été publié en 2002.

120. L'activité de l'OMS concernant la qualité et l'innocuité des médicaments a été améliorée sous l'effet de l'accent accru mis sur le renforcement des autorités nationales de réglementation pharmaceutique, parallèlement à la définition des normes, à l'élaboration de matériels de référence internationaux et à la formulation de directives relatives aux bonnes pratiques de fabrication. De nombreuses autorités nationales de réglementation pharmaceutique font désormais partie du réseau OMS de centres collaborateurs. De nombreux pays accordent davantage d'attention à la pharmacovigilance et aux problèmes que posent les médicaments contrefaits. En collaboration avec d'autres organisations du système des Nations Unies, l'OMS a maintenant établi un système de présélection des médicaments antirétroviraux, des antituberculeux de première intention et des antipaludiques.

121. L'élargissement de l'accès aux médicaments essentiels passe également par des prix abordables, des systèmes d'approvisionnement fiables et un financement durable. C'est pourquoi j'ai établi un dialogue continu avec l'industrie pharmaceutique fondée sur la recherche et les fabricants de médicaments génériques pour trouver les moyens de réduire les prix et rendre ainsi les médicaments plus accessibles aux

personnes qui en ont besoin. Avec les Etats Membres et l'industrie, l'OMS s'efforce de rendre les produits existants plus abordables au moyen de divers mécanismes tels que les accords d'achats en vrac, la graduation des prix, les dons institutionnels et les licences volontaires, ou arrangements mettant en place des prix différenciés. En avril 2001, l'OMS et l'OMC ont organisé un atelier sur les prix différenciés à Høsbjør, en Norvège auquel assistaient certains des principaux protagonistes préoccupés par l'accès aux médicaments essentiels dans le monde. Les discussions d'Høsbjør ont jeté les bases de plusieurs actions possibles. Le Gouvernement du Royaume-Uni, par exemple, a créé un groupe de travail du Premier Ministre chargé de donner des avis sur la mise en oeuvre des idées examinées à Høsbjør et la Commission européenne a élaboré un programme de travail sur les prix différenciés.

122. La quatrième Conférence ministérielle de l'OMC qui s'est tenue à Doha, au Qatar, en novembre 2001 a débouché sur une Déclaration sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle et de la santé publique qui touchent au commerce, important jalon dans l'activité de l'OMS. La déclaration, qui donnait de nouvelles précisions, constituait un élément moteur pour les conseils de l'OMS aux Etats Membres sur les conséquences des négociations commerciales et les opportunités qui s'ensuivent.

Renforcer les systèmes de surveillance nationaux

123. Avec la mondialisation – et l'intensification des mouvements de populations qui en résulte du fait des migrations et du tourisme, du développement du commerce international des denrées alimentaires et des produits biologiques, et des changements sociaux et environnementaux liés à l'urbanisation –, la propagation des maladies infectieuses prend de l'importance en tant que problème de santé publique international. La coopération internationale dans les domaines de la surveillance, de l'alerte et de l'action en cas d'épidémie est indispensable pour endiguer la propagation des maladies infectieuses.

124. L'OMS participe activement à l'action menée pour contenir la menace mondiale que font peser sur la santé publique les maladies infectieuses émergentes et potentiellement épidémiques moyennant la collecte d'informations, la coordination d'une stratégie internationale de lutte contre les maladies, l'établissement de normes internationales et une aide aux pays pour la surveillance des maladies et les activités de lutte. En 2001, la Cinquante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé

a confirmé cet engagement et s'est déclarée favorable à la formulation d'une stratégie mondiale pour juguler et, si possible, prévenir la résistance aux antimicrobiens ; elle a invité instamment les Etats Membres à participer activement à la vérification et la validation des données de surveillance sur les urgences sanitaires de portée internationale.[1] La *Stratégie mondiale OMS pour la maîtrise de la résistance aux antimicrobiens* a été publiée en 2001.

125. Etant donné l'importance majeure des partenariats pour l'efficacité des activités de surveillance et de lutte contre les maladies, l'OMS a créé en 2000 le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, dans lequel collaborent des réseaux et des établissements pour reconnaître et confirmer les flambées de maladie et agir rapidement le cas échéant. L'OMS assure le secrétariat du réseau et coordonne les mesures internationales déployées en cas de flambée grâce aux ressources du réseau. Des données sur les flambées de maladies vérifiées sont diffusées immédiatement sur le site Internet de l'OMS.

126. L'accent est mis sur l'établissement de mécanismes de surveillance et d'alerte au niveau national, plus spécialement dans les pays pauvres. Une approche multimaladies efficace et économique est utilisée. En février 2001, j'ai inauguré un nouveau bureau de l'OMS à Lyon, en France, pour la formation à l'épidémiologie de terrain et aux techniques de laboratoire. Ce bureau a été créé en collaboration avec le Gouvernement français et la Fondation Mérieux dans l'objectif de renforcer la capacité des pays à haut risque à détecter et combattre les épidémies.

127. En définissant les éléments de base de la surveillance, nous avons aussi élaboré une approche commune que les pays pourront utiliser pour surveiller les maladies non transmissibles et les risques environnementaux, chimiques et nucléaires. La surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque revêt une importance croissante dans de nombreux pays qui s'efforcent d'endiguer l'augmentation des dépenses de santé pour une population vieillissante. Les données relatives aux facteurs de risque, en particulier, sont indispensables pour la prévision de la charge future des maladies chroniques et le choix des interventions pouvant réduire cette charge. Si certains pays industrialisés mènent des enquêtes nationales sur la santé

[1] Résolution WHA54.14.

incluant certains facteurs de risque, pour beaucoup d'entre eux, les données proviennent, le cas échéant, de petites enquêtes ponctuelles réalisées à grands frais. Nous avons mis au point un jeu d'instruments d'enquête qui fournissent des données conjoncturelles valables et comparables – l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac, l'approche par étapes pour la surveillance des facteurs de risque de maladies non transmissibles (STEPs) et l'enquête sur la santé dans le monde. L'enquête sur les jeunes et le tabac, mise en oeuvre en collaboration avec les Centers for Disease Control and Prevention, est le plus important système de surveillance dans le monde pour tout risque majeur pour la santé publique. Elle est opérationnelle dans 150 pays et des questionnaires ont été remplis sur plus d'un million d'enfants de 13 à 15 ans dans des écoles choisies de façon aléatoire. L'approche de l'enquête sur les jeunes et le tabac sera prochainement appliquée à la surveillance d'autres risques majeurs pouvant être mesurés efficacement en milieu scolaire.

128. En réponse à de nombreuses demandes d'informations sur l'**usage délibéré d'agents chimiques et biologiques dans l'intention de nuire**, en particulier après les événements survenus le 11 septembre 2001 aux Etats-Unis d'Amérique, l'OMS a rédigé une deuxième édition du document *Public health response to biological and chemical weapons* (Armes biologiques et chimiques : les moyens d'action en santé publique). Les informations pertinentes ont été diffusées sur le site Internet de l'OMS. En mai 2002, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA55.16 sur l'action de santé publique internationale en cas de présence naturelle, dissémination accidentelle ou usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé. Le Etats Membres ont été instamment invités à adopter des plans nationaux de surveillance des maladies et à s'entraider pour renforcer les capacités nationales en matière d'épidémiologie de terrain, de diagnostic en laboratoire, de toxicologie et de prise en charge des cas. En application de cette résolution, l'OMS a élaboré une stratégie couvrant quatre grands domaines : préparation internationale, alerte et action mondiales, préparation nationale et préparation pour certaines maladies et intoxications.

Améliorer les systèmes de santé dans les situations d'urgence

129. La santé est la pierre angulaire de toute aide humanitaire. Dans les situations d'urgence, l'OMS fournit des données actuelles et coordonne les contributions des gouvernements, des autres organisations du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales destinées à faire face aux principaux problèmes de santé : évaluation des risques sanitaires, surveillance des épidémies et de l'état nutritionnel, lutte contre les causes évitables de morbidité et de mortalité, soins préventifs et curatifs essentiels, prévention de la malnutrition, gestion des risques sanitaires liés à l'environnement, protection des agents de santé, services et structures de santé et de la santé en tant que droit de l'être humain, et réduction des effets des catastrophes à venir. L'OMS s'est engagée à aider les Etats Membres à se doter de systèmes de santé mieux à même de faire face aux situations d'urgence, d'absorber l'aide humanitaire et de surmonter les crises.

130. En 1999, l'OMS a ouvert un bureau de pays au Timor-oriental pour aider les autorités locales à reconstruire les services de santé. En Afghanistan, l'OMS travaille en relations étroites avec les autorités nationales, d'autres organisations du système des Nations Unies, des organisations non gouvernementales et des bailleurs de fonds pour entretenir les services de soins de base, aider à assurer l'exactitude des données sur les besoins sanitaires et nutritionnels de la population, créer une synergie entre diverses interventions et surveiller les résultats. Au Kosovo, en 1999, l'OMS a participé à la formulation d'une politique pour la réhabilitation du secteur de la santé. En 2001, après le séisme de Gujarat, en Inde, l'OMS a évalué les besoins initiaux et collaboré à la vaccination des enfants et à l'amélioration de la salubrité de l'environnement. La même année, l'OMS a nommé son premier représentant en République populaire démocratique de Corée pour soutenir et guider la reconstruction du système de santé et aider à améliorer l'accès aux médicaments et matériel de base. Pendant la récente crise survenue dans la région des Grands Lacs en Afrique, l'OMS a aidé à coordonner l'action de santé, notamment dans la République démocratique du Congo. En Sierra Leone, l'OMS a mis en place un large éventail de programmes couvrant le VIH/SIDA, la poliomyélite et le paludisme. En décembre 2002, l'OMS a expédié 164 nécessaires médico-sanitaires d'urgence en Ethiopie après la période de grave sécheresse. Pour aider l'Afrique australe, en proie à une crise humanitaire, l'OMS s'emploie à renforcer le système de santé

et à faire en sorte que la santé des populations soit reconnue comme un facteur important pour un rétablissement durable. Au cours de ces cinq dernières années, l'OMS a pu maintenir une présence technique et humanitaire en Cisjordanie et dans la Bande de Gaza.

131. La réussite des interventions dans les situations d'urgence passe par la protection des personnels de santé, des hôpitaux, des services et des infrastructures de santé utilisés aux fins de l'aide humanitaire. La Cinquante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a demandé à toutes les parties à des conflits armés de respecter les règles du droit humanitaire international relatives à la protection des civils et des combattants mis hors de combat ainsi que des personnels médicaux, infirmiers et autres personnels sanitaires et humanitaires.[1] Le système de gestion des approvisionnements humanitaires (SUMA), mis au point conjointement par les pays de la Région des Amériques, est un instrument novateur dans le domaine des situations d'urgence. Plus de 3000 volontaires d'une trentaine de pays ont été formés à l'emploi du logiciel SUMA, désormais reconnu comme la référence en matière de gestion des approvisionnements après une situation d'urgence.

132. Nous croyons également que la santé peut aider à prévenir les situations d'urgence humanitaire, et à s'y préparer. L'OMS a commencé à étudier le soutien qui peut être apporté aux pays et aux populations en cas de crise imminente. En accordant un rang élevé à la santé et aux services sociaux dans le programme politique et économique, nous aidons à réduire la vulnérabilité des populations et, en définitive, le besoin d'aide humanitaire. A cet effet, un engagement international concerté est nécessaire pour mobiliser des ressources et des compétences.

V. Recherche et information sanitaire

Recherche

133. La recherche est un élément fondamental des mesures destinées à améliorer la santé. Elle fournit les instruments, les connaissances et les données factuelles sur lesquelles repose la mise en oeuvre des politiques et des programmes. Les résultats de la recherche doivent être disponibles rapidement et accessibles à l'échelle mondiale pour

[1] Résolution WHA55.13.

bénéficier au plus grand nombre. Les obstacles fondamentaux recensés ces dix dernières années dans le domaine de la recherche internationale en santé restent nombreux : seulement 10 % des ressources disponibles pour la recherche en santé dans le monde sont consacrées à l'amélioration de la santé de 90 % de la population mondiale (le fossé 10/90) ; trop peu de médicaments sont mis au point contre les maladies négligées ; le potentiel de recherche des pays en développement est limité. L'activité de l'OMS dans le domaine de la recherche en santé a beaucoup contribué à accroître l'intérêt pour la définition des priorités et des méthodes de financement des biens publics mondiaux. Les progrès des biotechnologies et de la génomique donnent à penser que de nombreux instruments et technologies seront mis au point.

134. Tous les programmes de l'OMS encouragent et soutiennent la recherche et la gestion des connaissances. Le **Programme spécial PNUD/Banque mondiale/OMS de Recherche et de Formation concernant les Maladies tropicales** et le **Programme spécial PNUD/FNUAP/OMS/Banque mondiale de Recherche, de Développement et de Formation à la Recherche en Reproduction humaine** rassemblent des organisations du système des Nations Unies, la Banque mondiale, des bailleurs de fonds, l'industrie, des instituts de recherche privés et publics et des fondations qui encouragent et soutiennent la recherche sur les maladies infectieuses négligées et la santé génésique. Un forum mondial de recherche sur les vaccins, qui se réunit chaque année, permet aux principaux acteurs des secteurs privé et public d'échanger des informations sur la mise au point et l'application des nouvelles technologies et approches concernant les vaccins et de participer à l'établissement des priorités mondiales.

135. Toutes nos activités de recherche sont axées sur la mise au point de méthodes et instruments nouveaux et améliorés visant à prévenir, diagnostiquer, traiter et combattre plus spécialement les maladies qui font peser une lourde charge, celles qui sont négligées par le secteur commercial et celles qui affectent en grande majorité les pays en développement. J'ai appuyé la participation des pays en développement à l'administration, à l'établissement des priorités et à l'application des résultats dans le domaine de la recherche. Pour définir la politique de santé mondiale, nous utilisons les données factuelles résultant de nos recherches et d'autres travaux. L'OMS aide également les Etats Membres à énoncer, à partir des résultats de la recherche, des stratégies

applicables, acceptables et d'un coût abordable, aisément intégrables dans les services de santé.

Génomique et santé humaine

136. Au cours de ces vingt dernières années, la recherche sur le génome a progressé à une vitesse remarquable, bouleversant notre connaissance de la génétique humaine et de l'anatomopathologie sous-jacente de la maladie et ouvrant de nouvelles perspectives pour la prévention, le diagnostic et le traitement. Cette révolution, avec comme point fort l'achèvement du séquençage du génome humain, a également suscité de nouveaux débats sur les conséquences scientifiques et éthiques des manipulations génétiques.

137. Il incombe à l'OMS de diriger l'action internationale dans les domaines de la recherche sur le génome et de la bioéthique et concernant leurs effets sur l'équité en matière de santé dans le monde. En 2001, j'ai demandé au **Comité consultatif OMS de la Recherche en Santé** de rédiger un rapport sur la génomique et la santé dans le monde. Ce rapport, qui a été publié en 2002,[1] décrit de façon détaillée les progrès de la recherche ainsi que les risques éventuels, y compris les inégalités croissantes en matière de santé et les problèmes d'éthique qu'ils pourraient entraîner. Il recommande que l'OMS aide les Etats Membres à établir des systèmes de réglementation propres à protéger contre les risques et les dangers pouvant découler de la recherche sur le génome et de ses applications. Il recommande également que les pays en développement commencent à se doter de capacités technologiques appropriées pour appliquer au mieux le potentiel de la génomique à leurs propres besoins sanitaires et il recommande le partage équitable des bienfaits résultant de la recherche sur le génome.

Information sanitaire

138. Des progrès importants ont été accomplis sur de nombreux fronts. Les informations disponibles sur le **site Internet de l'OMS** ont été grandement améliorées aux plans de l'organisation, de la conception, du stockage des données et des normes de publication. Plusieurs publications périodiques de l'OMS ont été fondues en un nouveau

[1] *La génomique et la santé dans le monde*, Rapport du Comité consultatif de la Recherche en Santé. Genève, OMS, 2002 (résumé d'orientation en français).

mensuel, le *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, qui paraît sous forme imprimée, en ligne et sur CD-ROM. Depuis son lancement en 1999, le Bulletin est devenu une revue de santé publique internationale majeure, comme en témoignent la fréquence des citations et le facteur d'impact. Grâce aux accords passés avec des éditeurs extérieurs, commerciaux ou non, les ouvrages et rapports de l'OMS ont pu toucher de nombreux publics nouveaux dans plus de 50 langues. En même temps, les accords passés avec des fournisseurs d'informations et de bases de données commerciaux permettent la transmission électronique des données de l'OMS à des centaines de milliers d'établissements d'enseignement, de bibliothèques et de sociétés.

139. La **bibliothèque de l'OMS** a progressivement amélioré l'accès aux informations sur la santé : accès électronique au texte intégral de plus de 1000 revues pour le personnel OMS des bureaux régionaux et de pays ; accès du public par l'Internet au texte intégral de milliers de produits d'information de l'OMS ; et élargissement continu des collections de la bibliothèque à l'usage du personnel de l'OMS et des visiteurs.

140. En juillet 2001, en collaboration avec les principales revues médicales du monde, l'OMS a mis sur pied l'initiative en faveur de l'**Accès à la recherche**, qui permet aux écoles de médecine et établissements de recherche des pays en développement d'accéder gratuitement ou à des taux fortement subventionnés à près de 2000 revues scientifiques et médicales de renom. En janvier 2003, une centaine de pays bénéficiaient de cet accès. Des activités de portée générale ont été entreprises récemment, comme des recherches et des débats sur les meilleures pratiques en matière de gestion des connaissances, la confrontation des connaissances, la collaboration entre communautés et les organisations intelligentes.

VI. Réforme administrative

141. L'un des produits importants de la stratégie institutionnelle a été l'élaboration du programme général de travail pour 2002-2005. Il a été décidé que le programme couvrirait une période de quatre ans (et non six ans comme précédemment) et qu'il se présenterait sous la forme d'un bref document d'orientation pour la rédaction du budget programme et des plans de travail opérationnels ultérieurs.

142. Le **budget programme** pour 2002-2003 a été élaboré conjointement par les bureaux régionaux et le Siège – et non séparément comme par le passé – dans le cadre de la nouvelle stratégie institutionnelle. Il était axé sur 35 domaines d'activité distincts pour l'ensemble de l'Organisation et 11 programmes prioritaires bien définis, issus des objectifs définis dans le programme général de travail. Il reflétait ainsi l'interdépendance des différentes parties de l'OMS dans les limites des stratégies et objectifs mondiaux convenus. Le concept de la budgétisation fondée sur les résultats était introduit pour la première fois, les crédits alloués à chaque domaine d'activité étant fonction de la réalisation des objectifs fixés et des résultats escomptés. Une surveillance à l'échelle de l'Organisation a été instaurée pour suivre les résultats. Le Règlement financier a également été révisé en 2000 afin de moderniser les méthodes comptables.

143. Le projet de budget programme pour 2004-2005 affine davantage le processus de budgétisation fondé sur les résultats et fournit des indicateurs mesurables pour chacun des objectifs de l'OMS.

144. Un groupe spécial sur la réforme de la gestion des ressources humaines a été créé en 2000 pour examiner la politique relative aux ressources humaines et formuler des recommandations sur la simplification des procédures et le renforcement de la productivité, de l'efficience et de la satisfaction professionnelle pour l'ensemble du personnel. L'accent a été mis sur le perfectionnement du personnel : accroître les compétences en matière de communication et de négociation ou médiation, améliorer l'accès aux moyens de perfectionnement et de formation à tous les niveaux de l'Organisation au moyen des nouvelles technologies, et encourager l'autoperfectionnement, la formation en cours d'emploi et le mentorat. J'ai également pris des mesures pour assurer la parité hommes-femmes à l'intérieur de l'Organisation. Une nouvelle méthode d'évaluation du travail du personnel a été adoptée. Nous avons renforcé notre capacité à assurer la sécurité de notre personnel dans le monde entier. Nous travaillons également à l'élaboration de politiques relatives aux conflits d'intérêts pour les membres du personnel.

145. Pour assurer l'efficacité et la transparence de nos interactions avec le secteur privé et prévenir tout conflit d'intérêts, nous avons révisé nos directives relatives aux relations avec des entreprises commerciales en juillet 1999.

146. Un éventail de mesures ont été prises pour améliorer la communication et la gestion internes. Un cabinet mondial incluant le Directeur général et les Directeurs régionaux se réunit six fois par an. Un cabinet des Directeurs exécutifs a été créé. Après une première réunion de tous les représentants de l'OMS, ceux-ci se réunissent désormais tous les deux ans. Le réseau de télécommunications a été amélioré et le système de visioconférences mondial ainsi que le réseau téléphonique mondial interne sont désormais pleinement opérationnels. La création des Unités d'appui administratif a permis de déléguer l'autorité, désormais plus proche des programmes techniques. Pour la première fois, le Conseil exécutif a effectué des retraites. Les Global Health Leadership Fellowships ont amené des jeunes boursiers à l'OMS. Un conseil mondial personnel/administration se tient chaque année.

147. Le combat contre la mauvaise santé et la maladie continue. Pour mener la lutte sur tant de fronts, l'OMS doit être forte. L'Organisation est de plus en plus sollicitée par les autorités nationales qui s'efforcent d'améliorer les résultats sanitaires pour leur population. Les pays nous demandent également de les aider à exercer une influence accrue sur l'action mondiale et régionale de santé publique. Les fondations mises en place sont solides. L'OMS peut s'enorgueillir de la tâche importante qu'elle a accomplie. Il reste cependant beaucoup à faire. L'OMS continuera, j'en suis sûre, à assumer son rôle légitime – diriger l'action de santé et de sécurité menée dans le monde.

= = =