



**REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC  
BUREAU REGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL**

**COMITE REGIONAL**

WPR/RC54/3

**Cinquante-quatrième session  
Manille (Philippines)  
8-12 septembre 2003**

10 juillet 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 9 de l'ordre du jour provisoire

**BUDGET PROGRAMME 2002-2003 :  
EXECUTION DU BUDGET (RAPPORT INTERIMAIRE)**

Ce document présente le rapport intérimaire sur l'exécution par programme du budget ordinaire pour l'exercice biennal 2002-2003. Il contient également des informations sur l'utilisation des fonds extrabudgétaires.

Pour la période du 1er janvier 2002 au 31 mai 2003, l'exécution du budget ordinaire en termes monétaires, s'élève à US\$ 55 845 698, soit 78 % du budget de fonctionnement. De plus, l'utilisation de fonds extrabudgétaires a permis la réalisation d'activités pour un montant de US\$ 43 183 627. Ainsi, au total les fonds utilisés au cours de cette période s'élèvent à US\$ 99 029 325 au 31 mai 2003 (Voir Annexes 1 et 2).

Les informations relatives aux résultats font l'objet de l'Annexe 3 au présent rapport. Elles proviennent d'une évaluation réalisée en milieu d'exercice et couvrent la période écoulée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2002.

Le rapport final sur l'exécution du budget ordinaire et l'utilisation des fonds extrabudgétaires pour l'exercice 2002-2003 sera présenté à la cinquante-cinquième session du Comité régional. Cependant, le Comité régional pourra souhaiter prendre connaissance des chiffres de l'exécution budgétaire au stade intermédiaire présentés ici.

Ce rapport sur l'exécution du budget pour l'exercice 2002-2003 à la date du 31 mai 2003 (Annexes 1 et 2) constitue un rapport préliminaire au Comité régional sur l'exécution du budget ordinaire. Les résultats présentés à l'Annexe 3 ont trait à la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2002 au 31 décembre 2002 et comportent des informations provenant d'une évaluation réalisée en milieu d'exercice par tous les programmes et les bureaux nationaux. Il contient aussi des informations sur l'utilisation des fonds en provenance d'autres sources de financement afin de dresser un tableau complet de la totalité des fonds engagés pour chaque activité et des résultats obtenus pour chaque programme.

Le projet de budget programme 2002-2003 pour la Région du Pacifique occidental a été présenté une première fois au Comité régional à sa cinquante et unième session en septembre 2000 et approuvé ensuite à la cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la Santé dans le cadre du budget programme mondial. Le budget ordinaire approuvé par l'Assemblée mondiale s'élevait à US\$ 73 262 000 (une diminution de 3,5 % par rapport au budget programme de US\$ 75 889 000 approuvé par la cinquante et unième Assemblée mondiale de la Santé. Cependant, depuis cette date il a fait l'objet de plusieurs modifications importantes, décrites ci-après :

1. En novembre 2001, le Directeur général a fixé l'allocation initiale de fonds de roulement à 98 % du budget programme approuvé pour 2002-2003 (après retenue de US\$ 1 465 000, soit 2 %, par le Siègne). Cette retenue était justifiée par des arriérés prévus de paiement de certaines contributions. Une somme supplémentaire de US\$ 219 000, soit 0,3 %, a en outre été retenue par l'OMS au titre des frais de sécurité. Par conséquent, le fonds de roulement initialement alloué à la Région du Pacifique occidental était de US\$ 71 578 000. (Voir Annexe 1). Il a été convenu avec le Directeur général qu'à compter de 2002-2003, l'allocation de fonds de roulement de la Région ne ferait plus l'objet d'ajustements du fait des fluctuations du taux de change de la devise philippine par rapport au dollar américain.
2. Depuis l'allocation initiale de US\$ 71 578 000 fixée en novembre 2001 pour le fonds de roulement 2002-2003, le budget a subi d'autres ajustements. Par ailleurs, le Siègne a alloué des fonds supplémentaires d'un montant de US\$ 316 000 (contre US\$ 150 000 en 2002) en vue du financement d'activités régionales concernant l'initiative Pour un monde sans tabac, le développement des systèmes de santé et la planification, le suivi et l'évaluation des programmes (Annexe 1). L'allocation révisée du fonds de roulement s'élevait à US\$ 71 894 000 au 31 mai 2003 (Annexe 2, colonne 3, sous la rubrique budget de fonctionnement). L'Annexe 2 décrit également l'utilisation des fonds au stade intermédiaire par domaine d'action.

3. L'allocation du fonds de roulement a subi plusieurs modifications au cours de l'exercice. Elles sont rappelées brièvement dans l'Annexe 2, colonne 2.

Par sa résolution WHA54.20 relative à l'affectation des fonds pour l'exercice 2002-2003, l'Assemblée mondiale a demandé au Directeur général de poursuivre les efforts engagés pour réaliser des gains d'efficacité, comme l'y invitait la résolution WHA52.20, et d'utiliser les économies réalisées pour couvrir les surcoûts et les fluctuations de change. Dans la région du Pacifique occidental, plusieurs activités de programmes ont bénéficié d'un complément de fonds de US\$ 1 300 000 (soit 1,8 % du budget ordinaire approuvé de US\$ 73 262 000), provenant pour l'essentiel d'économies réalisées sur les frais de personnel, notamment les missions. Le Directeur général a identifié des domaines prioritaires énumérés ci-après, les domaines d'action correspondants pour la Région étant indiqués entre parenthèses : paludisme (Paludisme, parasitoses et autres maladies à transmission vectorielle) ; tuberculose (Halte à la tuberculose et élimination éducation la lèpre) ; tabagisme (Initiative Pour un monde sans tabac) ; sécurité de la grossesse (Santé génésique) ; VIH/SIDA (infections sexuellement transmissibles dont le VIH/SIDA) ; salubrité des aliments (Environnements sains) ; surveillance, prévention et prise en charge des maladies non transmissibles (Maladies non transmissibles, y compris la santé mentale) ; santé mentale (Maladies non transmissibles, y compris la santé mentale) ; sécurité transfusionnelle (Réforme des systèmes de santé) ; bases factuelles pour les politiques de santé (Bases factuelles et information sanitaire à l'appui des politiques), et ; organisation des services de santé (Réforme des systèmes de santé et ressources humaines pour la santé).

On trouvera dans l'Annexe 2, colonne 2, les résultats consolidés de toutes ces modifications qu'elles soient dues au plan d'économies, à la nécessité d'absorber des augmentations de coûts, aux effets des variations de coûts ou de la nouvelle programmation.

4. Comme l'a demandé le Comité régional,<sup>1</sup> le budget programme a été exécuté conformément aux thèmes et domaines d'action proposés dans le cadre d'action de l'OMS pour la région du Pacifique occidental (WPR/RC50/2).

A la date du 31 décembre 2002, on constate des engagements de dépenses pour un montant de US\$ 32 350 178, soit 45,10 % du budget ordinaire. Au 31 mai 2003, les dépenses engagées s'élevaient à US\$ 55 845 698, soit 77,68 % (voir Annexe 2, colonnes 4 et 5). La mise en oeuvre des activités de préparation et de lutte contre la flambée de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) qui a frappé la Région a été jugé hautement prioritaire, ce qui

---

<sup>1</sup> Résolution WPR/RC50.R3

a retardé l'exécution de diverses activités moins urgentes, en particulier plusieurs réunions. L'exécution des activités s'étant accélérée à la fin de l'épidémie de SRAS, les crédits affectés au budget ordinaire devraient être totalement utilisés d'ici la fin de l'exercice.

L'utilisation des fonds extrabudgétaires aux fins des activités nationales et régionales, par domaine d'action, figure dans l'Annexe 2, colonne 6. Le montant total engagé sur fonds extrabudgétaires au 31 mai 2003 était de US\$ 43 183 627. On trouvera dans les colonnes 7 et 8 l'utilisation totale de tous les fonds et l'utilisation par domaine d'action exprimée en pourcentage de la totalité des fonds utilisés.

L'Annexe 3 contient des informations sur les résultats des activités régionales et nationales et récapitule les résultats escomptés pour les 17 domaines d'actions. Ces informations découlent du budget programme 2002-2003 approuvé par le Comité régional lors de sa cinquante-deuxième session. On trouvera des informations détaillées sur les activités de l'OMS dans la Région au cours de l'exercice biennal dans le rapport *Activité de l'OMS dans la Région du Pacifique occidental : 1<sup>er</sup> juillet 2001 – 30 juin 2002* et *1<sup>er</sup> juillet 2002 – 30 juin 2003*.

Modifications du budget ordinaire 2002-2003 à la date du 31 mai 2003

	Modifications intervenues (US\$)	Total (US\$)	N° de colonne dans l'Annexe 2
I. Estimations du budget programme ordinaire présentées au Comité régional lors de sa cinquante et unième session et à la Cinquante-Deuxième Assemblée mondiale de la Santé		73 262 000	
2 % du budget retenu par le Directeur général pour imprévu	1 465 000		
0.3 % contribution aux dépenses de sécurité	<u>219 000</u>	<u>(1 684 000)</u>	
II. Allocation initiale du fonds de roulement		71 578 000	1
Fonds alloués par le Siège pour des activités spéciales	<u>316 000</u>	<u>316 000</u>	
III. Allocation de fonds de roulement révisée		<u><u>71 894 000</u></u>	3



## Utilisation des fonds au stade intermédiaire - budget ordinaire et fonds extrabudgétaires pour l'exercice 2002-2003 au 31 mai 2003

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Fonds de roulement	Modification de programmes en cours d'exercice et autres modifications	Budget de fonctionnement (1)+(2)	Dépenses réelles et engagements de dépense	Exécution du budget de fonctionnement exprimée en pourcentage (4)/(3)	Utilisation des fonds extrabudgétaires	Totalité des fonds utilisés (4)+(6)	Utilisation des fonds par domaine d'action
<b>LUTTER CONTRE LES MALADIES TRANSMISSIBLES</b>								
1 Programme élargi de vaccination	1 852 500	481 872	2 334 372	2 034 723	87.16%	9 563 013	11 597 736	11.71%
2 Paludisme, autres maladies à transmission vectorielle et maladies parasitaires	3 158 200	580 873	3 739 073	2 969 007	79.40%	5 407 533	8 376 540	8.46%
3 Halte à la tuberculose et élimination de la lèpre	2 129 600	32 057	2 161 657	1 408 168	65.14%	5 440 537	6 848 705	6.92%
4 Infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA	1 238 000	292 244	1 530 244	1 168 171	76.34%	2 352 064	3 520 235	3.55%
5 Maladies transmissibles : surveillance et riposte	2 404 400	517 469	2 921 869	1 847 481	63.23%	3 297 738	5 145 219	5.20%
<b>Sous-total</b>	<b>10 782 700</b>	<b>1 904 515</b>	<b>12 687 215</b>	<b>9 427 550</b>	<b>74.31%</b>	<b>26 060 885</b>	<b>35 488 435</b>	<b>35.84%</b>
<b>POUR DES COMMUNAUTES ET DES POPULATIONS EN BONNE SANTE</b>								
6 Environnements sains	7 800 750	( 293 016)	7 507 734	5 492 477	73.16%	1 514 150	7 006 627	7.08%
7 Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent	2 395 000	197 873	2 592 873	1 900 346	73.29%	1 034 112	2 934 458	2.96%
8 Santé génésique	1 331 500	( 3 530)	1 327 970	980 728	73.85%	2 822 534	3 803 262	3.84%
9 Maladies non transmissibles, y compris la santé mentale	3 708 750	( 91 770)	3 616 980	2 271 244	62.79%	346 413	2 617 657	2.64%
10 Initiative pour un monde sans tabac	712 000	174 387	886 387	531 091	59.92%	1 536 368	2 067 459	2.09%
<b>Sous-total</b>	<b>15 948 000</b>	<b>( 16 056)</b>	<b>15 931 944</b>	<b>11 175 886</b>	<b>70.15%</b>	<b>7 253 577</b>	<b>18 429 463</b>	<b>18.61%</b>

## Utilisation des fonds au stade intermédiaire - budget ordinaire et fonds extrabudgétaires pour l'exercice 2002-2003 au 31 mai 2003

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Fonds de roulement	Modification de programmes en cours d'exercice et autres modifications	Budget de fonctionnement (1)+(2)	Dépenses réelles et engagements de dépense	Exécution du budget de fonctionnement exprimée en pourcentage (4)/(3)	Utilisation des fonds extrabudgétaires	Totalité des fonds utilisés (4)+(6)	Utilisation des fonds par domaine d'action
<b>DEVELOPPEMENT DU SECTEUR DE LA SANTE</b>								
11 Réforme des systèmes de santé	12 795 400	( 393 177)	12 402 223	11 260 750	90.80%	2 251 422	13 512 172	13.65%
12 Développement des ressources humaines	7 581 400	( 850 867)	6 730 533	4 221 023	62.71%	1 295 731	5 516 754	5.57%
13 Bases factuelles et information sanitaire à l'appui des politiques	1 616 000	421 425	2 037 425	1 416 411	69.52%	565 558	1 981 969	2.00%
14 Opérations de secours d'urgence et action humanitaire	150 500	( 31 262)	119 238	98 922	82.96%	665 417	764 339	0.77%
<b>Sous-total</b>	<b>22 143 300</b>	<b>( 853 881)</b>	<b>21 289 419</b>	<b>16 997 106</b>	<b>79.84%</b>	<b>4 778 128</b>	<b>21 775 234</b>	<b>21.99%</b>
<b>FAIRE CONNAITRE L'ACTION DE L'OMS</b>								
15 Technologie de l'information	1 585 000	( 216 427)	1 368 573	1 048 569	76.62%	0	1 048 569	1.06%
16 Relations extérieures	9 848 000	415 050	10 263 050	9 249 634	90.13%	3 695 802	12 945 436	13.07%
17 Information	1 812 000	( 355 545)	1 456 455	1 097 206	75.33%	0	1 097 206	1.11%
<b>Sous-total</b>	<b>13 245 000</b>	<b>( 156 922)</b>	<b>13 088 078</b>	<b>11 395 409</b>	<b>87.07%</b>	<b>3 695 802</b>	<b>15 091 211</b>	<b>15.24%</b>



## Utilisation des fonds au stade intermédiaire - budget ordinaire et fonds extrabudgétaires pour l'exercice 2002-2003 au 31 mai 2003

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
	Fonds de roulement	Modification de programmes en cours d'exercice et autres modifications	Budget de fonctionnement (1)+(2)	Dépenses réelles et engagements de dépense	Exécution du budget de fonctionnement exprimée en pourcentage (4)/(3)	Utilisation des fonds extrabudgétaires	Totalité des fonds utilisés (4)+(6)	Utilisation des fonds par domaine d'action
<b>ADMINISTRATION ET FINANCES</b>								
Budget et finances	1 377 000	( 487 066)	889 934	825 172	92.72%	246 295	1 071 467	1.08%
Personnel	670 000	103 172	773 172	644 750	83.39%	277 649	922 399	0.93%
Administration générale	4 296 000	( 6 962)	4 289 038	3 155 266	73.57%	800 909	3 956 175	4.00%
Fournitures	625 000	( 179 487)	445 513	418 876	94.02%	70 382	489 258	0.49%
<b>Sous-total</b>	<b>6 968 000</b>	<b>( 570 343)</b>	<b>6 397 657</b>	<b>5 044 064</b>	<b>78.84%</b>	<b>1 395 235</b>	<b>6 439 299</b>	<b>6.50%</b>
<b>CABINET DU DIRECTEUR REGIONAL</b>								
Comité régional	454 000	52 644	506 644	306 668	60.53%		306 668	0.31%
Programme de développement du Directeur régional	977 000	41 000	1 018 000	702 265	68.98%		702 265	0.71%
Direction	1 060 000	( 84 957)	975 043	796 750	81.71%		796 750	0.80%
<b>Sous-total</b>	<b>2 491 000</b>	<b>8 687</b>	<b>2 499 687</b>	<b>1 805 683</b>	<b>72.24%</b>		<b>1 805 683</b>	<b>1.82%</b>
<b>Total</b>	<b>71 578 000</b>	<b>316 000</b>	<b>71 894 000</b>	<b>55 845 698</b>	<b>77.68%</b>	<b>43 183 627</b>	<b>99 029 325</b>	<b>100.00%</b>



## RÉSULTATS DES PROGRAMMES (1<sup>er</sup> JANVIER – 31 DÉCEMBRE 2002)

### 1. Programme élargi de vaccination

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
1. Appui fourni aux pays/territoires afin de planifier de façon appropriée et de mettre en oeuvre des activités PEV et de lutte contre la maladie.	<ul style="list-style-type: none"><li>Tous les pays/territoires ont élaboré et adopté des plans d'action nationaux pour la lutte contre les maladies du PEV.</li></ul>
2. Appui fourni afin de garantir qu'aucun pays/territoire ne notifie des cas de poliomyélite dus au poliovirus indigène sauvage.	<ul style="list-style-type: none"><li>Dans de bonnes conditions de surveillance aucun cas de poliomyélite dû au poliovirus indigène sauvage n'a été notifié.</li></ul>
3. Pays/territoires capables de réduire la transmission de la rougeole à des niveaux très faibles, éliminer le tétanos néonatal en tant que problème de santé publique, et maîtriser les flambées épidémiques d'autres maladies évitables par le vaccin.	<ul style="list-style-type: none"><li>Neuf pays/territoires n'ont notifié aucun cas de rougeole au cours des deux dernières années. Parmi les autres pays/territoires, 50 % ont réduit leur taux de notification des cas de rougeole. 84 % des pays/territoires ont éliminé le tétanos néonatal en tant que problème de santé publique. Une flambée de rubéole a été notifiée aux Tonga mais grâce à une prompt intervention, cette flambée épidémique a été rapidement et efficacement maîtrisée.</li></ul>
4. Tous les pays/territoires capables de maintenir une couverture systématique du PEV supérieure à 90 % et de fournir des services de haute qualité avec des injections sûres et des vaccins efficaces.	<ul style="list-style-type: none"><li>60 % des pays/territoires ont une couverture systématique du PEV supérieure à 90 %.</li></ul>

## Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
5. Autonomie progressive des pays en matière d'approvisionnement en vaccins de bonne qualité (y compris leur production appropriée).	<ul style="list-style-type: none"> <li>90 % des pays/territoires autonomes en matière d'approvisionnement en vaccins du PEV de bonne qualité.</li> </ul>
6. Appui apporté aux pays afin de garantir que le vaccin contre l'hépatite B soit complètement intégré au PEV dans tous les pays/territoires selon les recommandations de l'OMS et qu'au moins un autre antigène sera introduit dans certains pays et territoires.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tous les pays/territoires ont intégré le vaccin anti-hépatite B dans leurs programmes PEV.</li> <li><i>Haemophilus influenzae</i> type B (Hib) : Des évaluations de la charge de la maladie ont été effectuées dans cinq pays insulaires du Pacifique ; ces renseignements seront utilisés par chaque pays afin de déterminer la faisabilité de l'intégration du vaccin Hib dans leur programme de vaccination systématique.</li> </ul>

## 2. Paludisme, autres maladies à transmission vectorielle et maladies parasitaires

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
1. Mesures efficaces contre la dengue grâce à une lutte active contre le vecteur de la maladie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deux projets de lutte antivectorielle au niveau de la communauté ont été planifiés au Cambodge et en République démocratique populaire lao pour être mis en oeuvre en 2003.</li> </ul>
2. Appui apporté pour une surveillance efficace de la dengue grâce à un renforcement du réseau de laboratoires de référence.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une réunion bi-régionale sur la surveillance de la dengue a été planifiée et se tiendra en décembre 2003 afin de promouvoir le développement du réseau de surveillance mondiale de la dengue (DengueNet).</li> </ul>

<b>Résultats escomptés</b>	<b>Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs</b>
3. Coordination solide de l'élimination de la filariose dans le Pacifique grâce au Programme pour l'élimination de la filariose lymphatique dans le Pacifique (PacELF) et renforcement des programmes nationaux.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des campagnes de traitement de masse ont été coordonnées efficacement grâce au PacELF dans 11 pays insulaires du Pacifique.</li></ul>
4. Promotion de la mise en oeuvre de la stratégie mondiale d'élimination de la filariose lymphatique au Cambodge, en République démocratique populaire lao, en Malaisie, aux Philippines et au Viet Nam.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les Philippines et le Viet Nam ont mis en oeuvre des campagnes de traitement de masse contre la filariose lymphatique, et la Malaisie et le Cambodge débiteront en 2003 ; seule la République démocratique populaire lao n'a pas encore terminé la cartographie de l'endémie.</li></ul>
5. Stratégie PacELF pour l'élimination de la filariose lymphatique mise en oeuvre dans tous les pays endémiques et plans d'action nationaux coordonnés grâce au PacELF.	<ul style="list-style-type: none"><li>• La Réunion annuelle des directeurs du Programme PacELF se tiendra à Suva (Fidji) du 22 au 29 octobre 2003.</li></ul>
6. Appui apporté aux programmes de vermifugation pour plus de 75 % des écoliers.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des programmes de vermifugation dans les écoles sont en préparation à Fidji et au Kiribati.</li></ul>
7. Mise en oeuvre d'un programme régional efficace de lutte contre les zoonoses parasitaires et appui aux programmes nationaux.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une réunion conjointe organisée par l'OMS et la FAO s'est tenue à Hanoï (Viet Nam) en novembre 2002 afin de renforcer la lutte régionale contre les zoonoses parasitaires.</li></ul>
8. Amélioration de la coordination internationale pour la lutte contre les maladies parasitaires.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une réunion internationale sur la coordination de la lutte contre les maladies parasitaires s'est tenue à Tokyo en mars 2002 en collaboration avec l'Initiative Hashimoto et la participation de diverses institutions partenaires.</li></ul>

## Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
9. Données d'enquêtes collectées et compilées et rapport produit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des rapports nationaux ont été rédigés et seront distribués après compilation. Un article scientifique a été soumis au <i>Bulletin de l'OMS</i>.</li> </ul>
10. Élaboration, suivi et coordination des programmes nationaux de lutte contre le paludisme et autres maladies vectorielles et parasitaires, et promotion des approches « Faire reculer le paludisme. »	<ul style="list-style-type: none"> <li>Une réunion régionale « Faire reculer le paludisme » a été organisée en octobre 2002. L'initiative « Faire reculer le paludisme » dans les pays a été encouragée et un appui régional a été fourni avec la collaboration du coordinateur du programme « Faire reculer le paludisme » basé à Bangkok.</li> </ul>
11. Promotion de l'utilisation du bâtonnet réactif pour le diagnostic et du traitement combiné dans au moins 50 % des provinces à haut risque pour le paludisme falciparum au Cambodge, au Viet Nam et dans la province de Yunnan en Chine ; mise en oeuvre de politiques à bases factuelles en matière d'antipaludéens dans tous les pays endémiques.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sept des neuf pays de la Région endémiques pour le paludisme à falciparum utilisent maintenant le traitement combiné pour traiter la maladie. Le bâtonnet réactif est promu dans tous les pays et la Chine, la République démocratique populaire lao, le Cambodge, les Philippines et les pays insulaires du Pacifique l'utiliseront de façon généralisée avec l'appui du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme.</li> </ul>
12. Fonctionnement du système régional la surveillance de la résistance aux antipaludéens.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trente-six sites de surveillance sentinelle ont été mis en place dans six pays du Mékong afin de collecter des données sur la résistance aux antipaludéens. Dans d'autres pays, des données de suivi régulières sont dorénavant disponibles. Un rapport complet sera produit.</li> </ul>

<b>Résultats escomptés</b>	<b>Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs</b>
13. Renforcement de l'information pour la gestion et la surveillance du paludisme.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le système d'information sanitaire sur le paludisme a été passé en revue au cours de la réunion « Faire reculer le paludisme » d'octobre 2002. De nombreuses activités au niveau des pays ont été mises en oeuvre afin de réviser et renforcer les systèmes de gestion nationaux. Des progrès notables ont été réalisés dans certains pays comme la République démocratique populaire lao et le Cambodge grâce à l'utilisation du système d'information géographique Health Mapper.</li></ul>
14. Appui fourni afin d'améliorer la couverture et le ciblage de la lutte contre les vecteurs de paludisme.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une étude sur l'efficacité de la lutte antivectorielle dans la Région a été effectuée. Un cours international sur la lutte antivectorielle est prévu pour juillet 2003. Il sera organisé conjointement par la Région OMS de l'Asie du Sud-Est et celle du Pacifique occidental.</li></ul>
15. Elaboration et mise en oeuvre d'une initiative sous-régionale pour le Grand Mékong qui adopte une approche locale participative pour l'information, l'éducation et la communication (IEC), la mobilisation sociale et le plaidoyer.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le projet IEC Faire reculer le paludisme/Mékong a été lancé en 2002 dans cinq pays du Mékong avec l'appui de la Banque asiatique de Développement et le co-financement par l'OMS.</li></ul>

Annexe 3

3. Halte à la tuberculose et élimination de la lèpre

<b>Résultats escomptés</b>	<b>Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs</b>
1. Renforcement des capacités régionales de mise en oeuvre du traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS) et appui aux pays/territoires afin de renforcer les niveaux national et local.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le pourcentage de la population ayant accès au DOTS était de 68 % à la fin de 2001. Une réunion régionale pour les administrateurs des programmes tuberculose des pays supportant une charge élevée de tuberculose s'est tenue en décembre 2002. L'OMS a coordonné l'examen des programmes tuberculose nationaux en Chine et aux Philippines au second trimestre 2002.</li></ul>
2. Pays/territoires capables de renforcer la surveillance de la tuberculose, notamment les taux de prévalence, la co-infection tuberculose/VIH et la tuberculose polypharmacorésistante.	<ul style="list-style-type: none"><li>• En 2001, 33 pays et territoires sur un total de 37 dans la Région, ont notifié des cas de tuberculose. Seuls quatre pays/territoires insulaires du Pacifique (Palaos, Iles Pitcairn, Tuvalu, et Wallis et Futuna) totalisant une population d'environ 45 000 habitants n'ont pas soumis de rapport à l'OMS. Des enquêtes sur la prévalence de la tuberculose ont été achevées au Cambodge et se poursuivent en Malaisie. Des travaux de préparation ont été achevés au Viet Nam. La surveillance de la pharmacorésistance de la tuberculose a été achevée au Cambodge et au Viet Nam et se poursuit en Chine comme prévu dans de nouvelles provinces. Les préparations sont terminées aux Philippines. Trois pays (Cambodge, Malaisie et Viet Nam) mènent des activités de surveillance TB/VIH. Des directives mondiales pour la surveillance de la co-infection tuberculose/VIH seront finalisées d'ici le milieu de l'année 2003 et seront incorporées au cadre régional TB/VIH.</li></ul>



Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>3. Permettre à tous les pays/territoires de la Région d'atteindre la cible d'élimination de la lèpre à savoir moins d'un cas pour 10 000 habitants.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les 35 pays/territoires de la Région qui ont éliminé la lèpre en tant que problème de santé publique ont conservé ce statut à la fin de 2002 avec une réduction supplémentaire de la charge de la maladie et de la transmission. En outre, neuf de ces pays ont notifié une prévalence zéro et aucune détection de nouveaux cas à la fin de 2002. Aux Iles Marshall et dans les Etats fédérés de Micronésie, qui n'ont pas encore atteint l'élimination, des campagnes nationales de sensibilisation à la lèpre ont été menées.</li> </ul>
<p>4. Certains pays/territoires devront pouvoir mettre en place un système de surveillance d'un bon rapport coût-efficacité après l'élimination.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mise en oeuvre d'un système de surveillance de la lèpre après son élimination avait débuté dans certaines provinces du Cambodge, servant ainsi de projet-pilote en 2000 ; ce projet a été étendu à certaines provinces du Viet Nam et de la République démocratique populaire lao en 2002.</li> </ul>

#### 4. Infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>1. Appui apporté à l'élaboration et à la mise en oeuvre de politiques, stratégies et plans nationaux appropriés afin de dispenser des services de soins et de prévention pour les infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quatre pays ont dorénavant élaboré des projets de plans nationaux de lutte contre les IST (Cambodge, Chine, Philippines et Viet Nam).</li> </ul>

Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
2. Appui fourni afin de renforcer la compilation, l'analyse, et la diffusion des données relatives au suivi, à la planification et à l'évaluation de l'épidémie d'IST et de VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cinq pays ont atteint les cibles de surveillance régionales (Cambodge, Chine, République démocratique populaire lao, Philippines et Viet Nam). Le Numéro 17 de <i>Surveillance du VIH</i> a été distribué aux États Membres, au Siège et à d'autres Régions. Un rapport de consensus national pour les Philippines se trouve sur le site de l'OMS et sera bientôt imprimé.</li></ul>
3. Développement des soins pour le VIH/ SIDA.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trois pays ont élaboré des projets de plans stratégiques pour les soins du VIH/SIDA (Cambodge, Chine et Viet Nam) et sont sur le point de finaliser ces plans. Ces trois pays démarrent des projets pilotes et élaborent une série de principes directeurs et matériel d'information conformément aux projets de plans stratégiques. Un cadre régional sur les soins du VIH/SIDA a été élaboré suite à des consultations avec des pays et experts. Deux numéros du Bulletin sur les antirétroviraux ont été distribués aux États Membres, au Siège, aux bureaux régionaux de l'OMS et aux institutions partenaires.</li></ul>
4. Les États Membres devront pouvoir mettre en oeuvre et/ou renforcer leurs programmes de lutte contre les IST et le VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Six États Membres mettent en oeuvre le programme « le préservatif tout le temps » en ciblant les prostituées travaillant en établissement (Cambodge – dans tout le pays, Chine – quatre sites, Viet Nam – dix sites, Mongolie – un site pilote, RDP lao – un site pilote, Philippines – stade initial). La Chine et le Viet Nam ont été identifiés en tant que pays prioritaires pour des interventions de réduction des méfaits chez les toxicomanes par injection. Des outils d'orientation sur l'élaboration des politiques et des programmes, sur la prévention du VIH par intervention directe, et le plaidoyer auprès des toxicomanes sont en cours de traduction en chinois et en vietnamien. Des services de prévention du VIH au niveau de la communauté ont été mis en place initialement dans</li></ul>

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
	deux sites au Viet Nam (Hanoï et la province de Thanh Hoa). Afin d'appuyer les activités de plaidoyer pour la réduction des méfaits, un groupe de contact régional a été établi et des groupes de contact nationaux sont mis en place dans deux États Membres.

### 5. Maladies transmissibles, surveillance et riposte

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
1. Groupe régional spécial entièrement opérationnel et apte à planifier, faire le suivi et mettre en oeuvre les activités de surveillance, d'alerte, de préparation et de riposte aux flambées épidémiques.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une réunion du groupe régional spécial était prévue pour fin 2003 mais les fonds alloués pour cette activité ont été reprogrammés afin de renforcer les activités de préparation et de lutte contre le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) dans les pays/territoires.</li></ul>
2. Appui fourni afin de permettre aux États Membres d'évaluer leurs besoins en matière de renforcement des activités de surveillance et de riposte.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des évaluations préliminaires ont été effectuées en Mongolie et en Papouasie-Nouvelle-Guinée.</li></ul>
3. Les pays et territoires vulnérables devront pouvoir mettre en place et mettre en oeuvre des programmes de lutte nationaux pour certaines maladies cibles comme le choléra.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des évaluations de l'impact de la rage sur la santé publique et sur la charge de la maladie ont été élaborées. Un cours de formation sur la lutte contre la rage a été organisé en République démocratique populaire lao.</li></ul>

## Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>4. Capacité régionale renforcée pour la surveillance et la riposte aux flambées épidémiques (lignes directrices et réseau de communication).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Des lignes directrices régionales pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens sont actuellement mises au net. Une interface pour la base de données du réseau de surveillance des maladies dans le bassin du Mékong a été établie afin de partager les informations et réagir aux flambées épidémiques. Des principes directeurs pour la surveillance et la riposte aux maladies prioritaires ont été achevés pour le Pacifique.</li> </ul>
<p>5. Réseau régional de laboratoires mis en place pour les maladies prioritaires et appui apporté à la mise en place des réseaux nationaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un examen à moyen terme des activités de laboratoire et de surveillance de la grippe a été effectué en Chine en 2002. Un examen des activités laboratoire/surveillance de la grippe a également été effectué dans certaines provinces de Chine. Un appui technique a été apporté à la surveillance de la grippe dans plusieurs provinces chinoises. Un atelier a été organisé en Chine en vue de l'élaboration d'un document d'orientation sur la grippe.</li> </ul>
<p>6. Appui fourni afin de mettre en place des programmes de formation pour la surveillance de terrain et la riposte au niveaux national et local.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un appui technique a été fourni au programme de formation à l'épidémiologie de terrain en Chine. Un consultant a effectué une évaluation de ce programme en Chine, en particulier sur les besoins du projet. Un module de formation courte a été élaboré pour le Viet Nam. Un atelier de formation multipays sur l'épidémiologie de terrain a été organisé aux Etats fédérés de Micronésie en novembre 2002.</li> </ul>
<p>7. Coordination, supervision et mise en oeuvre de la lutte contre les maladies transmissibles, surveillance et riposte renforcées grâce à l'appui de l'OMS, notamment pour la formation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les premiers ateliers EpiNet du Réseau océanien de surveillance de la santé publique ont été organisés et une formation supplémentaire est programmée pour le milieu de l'année 2003.</li> </ul>

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
8. Appui apporté au renforcement de la riposte régionale à l'épidémie de SRAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une équipe de riposte à l'épidémie de SRAS a été mise en place afin de collaborer avec le réseau mondial et de coordonner la riposte régionale à l'épidémie.</li> </ul>
9. Appui apporté afin de renforcer les capacités de préparation et de riposte des pays à l'épidémie de SRAS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un appui technique a été fourni aux pays/territoires afin de renforcer leur capacité de préparation par l'apport d'une expertise, de matériel et fournitures.</li> </ul>
10. Appui à la collecte et à la diffusion d'information sur le SRAS aux autorités sanitaires et au grand public pour répondre aux préoccupations sur l'épidémie.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un appui a été fourni aux pays/territoires afin de collecter et diffuser l'information sur le SRAS dans l'ensemble de la Région, par l'apport d'une expertise, de matériel et fournitures.</li> </ul>

## 6. Environnements sains

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
1. Appui apporté à certains pays afin de mettre en place un mécanisme de coordination intersectorielle national accompagné d'un plan d'action et d'un budget pour les Villes-Santé ou les Iles-Santé.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatre pays (Cambodge, République démocratique populaire lao, Mongolie et Viet Nam) ont reçu un appui afin d'élaborer des plans d'action ou de renforcer la coordination nationale. Des pays insulaires du Pacifique ont bénéficié de la publication de principes directeurs sur les Iles-Santé. Les Philippines ont pu mettre en place un centre en faveur des modes de vie sains dans le cadre de l'initiative Villes-Santé pour répondre aux besoins des personnes âgées.</li> </ul>

## Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>2. Pays/territoires prêts à élaborer des projets modèles, des études de cas sur « les bonnes pratiques » et des principes directeurs régionaux et nationaux pour les lieux de travail favorables à la santé, les marchés, les villages/communautés, le tourisme et les hôpitaux.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un inventaire régional des initiatives en faveur de la santé sur les lieux de travail et des principes directeurs régionaux en faveur de la santé dans le secteur de l'agriculture sont en cours d'élaboration. Une première version des principes directeurs régionaux en faveur des Marchés-Santé a été préparée. Des projets sur les Marchés-Santé modèles ont été élaborés aux Philippines et ont démarré au Vanuatu. Une étude de cas et une présentation vidéo sur un Hôpital-Santé aux Philippines ont été menées à bien. L'élaboration de projets modèles sur le tourisme dans les Villes-Santé et Iles-Santé a débuté aux Palaos, à Fidji, au Japon, en Malaisie et aux Philippines.</li> </ul>
<p>3. Permettre à certains pays de renforcer leur système de suivi de l'impact des activités de promotion de la santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un cadre régional pour la promotion de la santé a été publié afin d'aider les États Membres à renforcer leur capacité dans le domaine de la promotion de la santé. Une stratégie et un programme régional pour la promotion de la santé ont été élaborés et un appui a été fourni à plusieurs pays afin de renforcer leur capacité en matière de promotion de la santé y compris pour l'évaluation de son efficacité.</li> </ul>
<p>4. Appui à certains pays afin qu'ils mettent en place un mécanisme de coordination intersectorielle national accompagné d'un plan d'action et d'un budget pour les Villes-Santé ou les Iles-Santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deux pays (Mongolie et Viet Nam) ont reçu un appui afin d'élaborer des mécanismes de coordination nationaux pour la prévention des traumatismes.</li> </ul>

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
5. Appui fourni à certains pays afin de développer la capacité nécessaire pour mettre en oeuvre une évaluation adéquate de l'impact de l'environnement sur la santé.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quatre pays (Chine, Fidji, Malaisie et Mongolie) ont reçu un appui afin de développer leur capacité à mettre en oeuvre des évaluations de l'impact de l'environnement sur la santé.</li></ul>
6. Appui fourni à certains pays afin qu'ils déterminent des normes sanitaires pour l'air et l'eau ainsi que des systèmes de surveillance de la qualité de l'air et de l'eau.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les Philippines ont reçu un appui afin d'élaborer un système de surveillance des impacts sur la santé de la pollution de l'air dans une zone urbaine. Le Cambodge a reçu un appui afin d'élaborer un projet de normes de qualité de l'eau de boisson, et six pays (République démocratique populaire lao, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Tonga et Vanuatu) ont reçu un appui afin de développer le suivi et la surveillance de la qualité de l'eau de boisson.</li></ul>
7. Appui apporté aux pays et territoires afin qu'ils puissent avoir un accès adéquat à l'information sur les dangers et risques chimiques, physiques et biologiques pour la santé sur les lieux de travail, dans les communautés et dans les foyers, y compris les mesures de prévention et de lutte.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cinq pays (Chine, Malaisie, Philippines, Iles Salomon et Viet Nam) ont reçu un appui afin d'améliorer l'accès à l'information sur l'impact des risques chimiques, physiques et biologiques sur la santé.</li></ul>
8. Appui à certains pays afin d'incorporer les normes et codes de pratique dans la législation sur la santé du travail afin de lutter contre les risques chimiques, physiques et biologiques pour la santé.	<ul style="list-style-type: none"><li>• La Chine et le Viet Nam ont reçu un appui afin d'élaborer et d'introduire des dispositions législatives sur la santé et la sécurité au travail.</li></ul>

Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
9. Certains pays devront pouvoir élaborer une législation et adopter des technologies appropriées pour la lutte contre la pollution et la gestion des déchets en mettant l'accent sur les technologies de minimisation des déchets et le recyclage.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trois pays (Fidji, Mongolie et Papouasie-Nouvelle-Guinée) ont reçu un appui afin de mettre en place des politiques/programmes sur la gestion des déchets dans le milieu des soins.</li></ul>
10. Appui à certains pays afin d'améliorer la salubrité des aliments en élaborant et en renforçant la législation dans ce domaine ; renforcement de la capacité à appliquer les principes d'analyse des risques ; organiser des cours de formation sur la salubrité des aliments ; et mettre en oeuvre des programmes de surveillance et de contrôle.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Neuf pays (Cambodge, Chine, Fidji, République démocratique populaire lao, Kiribati, Malaisie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Vanuatu et Viet Nam) ont passé en revue leurs programmes nationaux de salubrité de l'environnement, examiné le besoin d'une approche multisectorielle pour l'élaboration de leurs politiques et plans d'action ; ils ont commencé à effectuer une évaluation des risques, un contrôle des contaminants ou ont développé la législation sur l'alimentation.</li></ul>



## 7. Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>1. Pays et territoires prioritaires ayant reçu un appui pour la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation du programme de la PCIME.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Douze pays ont introduit la PCIME, dont cinq (Cambodge, Chine, Mongolie, Philippines et Viet Nam) ont étendu la mise en oeuvre au delà de la phase pilote. Sept pays (Cambodge, Chine, République démocratique populaire lao, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines et Viet Nam) ont intégré la PCIME dans leurs documents d'orientation et/ou plans d'action nationaux pour la santé de l'enfant. Onze pays (Cambodge, Chine, Fidji, République démocratique populaire lao, Malaisie, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Iles Salomon, Vanuatu et Viet Nam) ont élaboré des directives de PCIME adaptées à leurs circonstances. Le Kiribati explore d'autres moyens d'introduire la PCIME.</li> </ul>
<p>2. Soutien apporté à des pays et territoires prioritaires pour l'élaboration, la mise en oeuvre et l'analyse d'interventions intégrées en matière de santé et de développement de l'adolescent, y compris en utilisant des directives et des outils mis au point par le Bureau régional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatre pays (Chine, Mongolie, Philippines et Viet Nam) ont élaboré et mis en oeuvre des interventions intégrées pour la santé et le développement de l'adolescent. Six pays (Chine, Kiribati, Mongolie, Philippines, République de Corée et Viet Nam) ont utilisé le matériel de l'OMS pour leurs activités de plaidoyer, de formation, et la mise en oeuvre de politiques et/ou d'interventions pour la santé et le développement de l'adolescent.</li> </ul>
<p>3. Appui aux pays et territoires prioritaires pour l'élaboration, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation de plans d'action pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatre pays (Cambodge, Chine, Fidji et Viet Nam) ont pu élaborer, mettre en oeuvre et assurer le suivi de plans d'action pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et des stages de formation y afférents.</li> </ul>

Annexe 3

<b>Résultats escomptés</b>	<b>Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs</b>
4. Appui aux pays et territoires prioritaires pour la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l'analyse des plans d'action nationaux sur la nutrition, y compris, selon le cas, des plans pour la prévention et la lutte contre l'obésité.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trois pays (République démocratique populaire lao, Mongolie et Tonga) ont pu réexaminer leurs plans d'action nationaux sur la nutrition. Fidji et les Tonga ont amélioré la planification, la mise en oeuvre et le suivi d'interventions pour la prévention et la lutte contre l'obésité. Douze pays du Pacifique vont pouvoir formuler des stratégies pour la prévention et la lutte contre l'obésité suite à une réunion consultative sur la salubrité et la qualité des aliments dans le Pacifique.</li></ul>
5. Pays et territoires prioritaires en mesure d'élaborer et de mettre en oeuvre des plans d'action pour la prévention et la lutte contre les carences en micronutriments.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trois pays (Chine, République démocratique populaire lao et Mongolie) ont reçu un appui pour élaborer, mettre en oeuvre, suivre et analyser des programmes de prévention et de lutte contre les troubles dus à une carence en iode (TCI). Quatre pays (Cambodge, Chine, Philippines et Viet Nam) ont bénéficié de soutien pour élaborer, mettre en oeuvre, suivre et analyser des interventions basées sur une nouvelle approche pour la prévention de l'anémie. Une évaluation a été effectuée sur les carences en micronutriments et les possibilités de fortification en micronutriments dans les pays de la Région.</li></ul>

## 8. Santé génésique

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>1. Soutien apporté à des pays prioritaires dans la révision, le remaniement, la mise au point et la mise en oeuvre de plans d'action nationaux pour la réduction de la mortalité maternelle et la santé génésique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Six pays prioritaires (Cambodge, République démocratique populaire lao, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines et Viet Nam) ont mis au point des plans d'action nationaux pour la réduction de la mortalité maternelle. Un plan directeur national sur la maternité sans risque (2005-2010) a été rédigé sous forme d'ébauche au Viet Nam.</li> </ul>
<p>2. Pays prioritaires soutenus pour améliorer les soins de santé maternels et néonataux et les services de planification familiale à divers échelons, en partie par l'élaboration de directives et de protocoles de service.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le fascicule sur <i>La prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement</i> a été adapté, traduit et imprimé au Cambodge, en Chine, en Mongolie, en République démocratique populaire lao et au Viet Nam et il a été adapté aux Philippines. En coopération avec l'UNICEF, des programmes de formation ont été menés dans plusieurs régions et provinces des Philippines et des guides pratiques sur les soins essentiels ont été adaptés. Un atelier régional sur l'amélioration de la qualité des soins en matière de planification familiale s'est tenu en juillet 2002 à Nandi (Fidji). A la suite de cet atelier, une majorité de pays ont élaboré/révisé des protocoles de services sur la planification familiale et organisé des stages de formation à l'échelon national sur les critères d'éligibilité pour les contraceptifs. Un programme de cours pour la formation de sages-femmes a été développé au Cambodge et des stages de formation ont été organisés. Un protocole de service sur la</li> </ul>

## Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
	<p>maternité sans risque a été élaboré en République démocratique populaire lao et des normes de service pour des interruptions de grossesse à moindre risque ont été définies au Viet Nam.</p>
<p>3. Promotion de la grossesse à moindre risque et sensibilisation dans le domaine de la santé génésique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La situation de la santé génésique chez les adolescents en Chine a été examinée. Des évaluations analogues seront menées au Cambodge, en République démocratique populaire lao, en Malaisie, en Mongolie et en République de Corée en 2003. Le fascicule <i>Towards healthier mothers, children and families: a nutrition guide for community health workers</i> a été publié et diffusé.</li> </ul>
<p>4. Soutien technique adéquat apporté à cinq pays inclus dans le projet pour renforcer l'accès et l'offre de soins de santé génésique de bonne qualité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un soutien a été apporté à la Mongolie pour la prévention de l'anémie chez les femmes enceintes. Des méthodes de suivi et des indicateurs sur les hôpitaux « amis des mamans » ont été élaborés en Mongolie.</li> </ul>
<p>5. Soutien apporté à certains pays et territoires pour les aider à développer ou améliorer leur système d'évaluation des progrès effectués dans la réduction du TMM et de la situation de la santé génésique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le deuxième atelier régional sur les systèmes de surveillance de la mortalité maternelle et infantile dans les établissements de santé publics s'est déroulé à Beijing en décembre 2002. Le Cambodge, la Chine et la Mongolie ont entrepris des audits des décès maternels. Tous les pays prioritaires ont amélioré leurs systèmes d'enregistrement et de notification sur la mortalité maternelle et infantile. Le système de santé génésique des Iles Salomon a été examiné et un logiciel facile à manier pour les services de santé génésique a été développé et mis à l'essai dans huit provinces.</li> </ul>

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>6. Pays et territoires en mesure d'élaborer des stratégies et des mesures d'intervention concernant l'anémie, le cancer du col de l'utérus et les troubles mentaux chez les femmes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un projet a été préparé portant sur une étude de l'anémie chez les femmes enceintes. Des études ont été menées sur la santé des femmes et la sexospécificité, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>– Une étude sur les facteurs de risque de suicide chez les femmes en âge de procréer ;</li> <li>– Une étude sur la violence au foyer à l'égard des femmes enceintes (Chine) ;</li> <li>– Formation de conseillers en matière de prévention et de prise en charge de la violence au foyer (Chine et République de Corée) ;</li> <li>– Une étude des services médico-juridiques pour les personnes ayant subi des violences sexuelles et un examen du projet de protocole de l'OMS pour la prise en charge médicale des enfants et adultes victimes de violence sexuelle (Philippines) ; et</li> <li>– introduction d'un module de formation sur « la sexospécificité et les droits en santé génésique » (Philippines).</li> </ul> </li> </ul>

### 9. Maladies non transmissibles, y compris la santé mentale

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>1. Soutien apporté aux pays et territoires prioritaires pour élaborer et mettre en oeuvre des approches intégrées pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles (MNT).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le Viet Nam a mis au point son plan d'action national pour les MNT et l'a ratifié comme programme national officiel. La Mongolie a rédigé une avant-dernière ébauche en novembre 2002 et compte la parachever dans le cadre d'un atelier national en juillet 2003. Des projets sont en cours en Chine, aux Iles Cook, en Malaisie, en Mongolie, aux Philippines et au Viet Nam. Des ateliers nationaux se tiendront en 2003 dans des pays de démonstration pour constater les résultats obtenus.</li> </ul>

Annexe 3

<b>Résultats escomptés</b>	<b>Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs</b>
2. Pays prioritaires soutenus dans la conduite de recherches épidémiologiques et dans le renforcement de leurs systèmes d'enregistrement.	<ul style="list-style-type: none"><li>• La collecte de données a été achevée à Fidji, aux Iles Marshall, aux Etats fédérés de Micronésie et au Samoa. Les progrès effectués ont été examinés lors d'un atelier qui s'est tenu à Suva (Fidji) en janvier-février 2003. Le personnel des MNT a contribué aux ateliers sur l'obésité qui se sont déroulés à Fidji et aux Tonga courant 2002. Le registre du cancer au Viet Nam est actuellement développé dans cinq provinces. La Malaisie est en train de réorganiser son processus d'enregistrement des cas de cancer.</li></ul>
3. Pays soutenus dans l'élaboration d'une documentation sur la prise en charge du diabète et de l'hypertension et la formation d'agents de soins de santé primaires.	<ul style="list-style-type: none"><li>• La Mongolie, le Samoa et le Viet Nam ont élaboré des documents d'orientation. Les Philippines ont mis au point un manuel de formation et étendu leur système de formation.</li></ul>
4. Sensibilisation accrue chez les décideurs, les professionnels et le grand public concernant l'importance de la promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un rapport régional sur l'épilepsie a été préparé et un rapport régional sur la santé mentale est en cours de préparation. Il s'agit de deux documents importants pour la promotion de la santé mentale. Il existe désormais des rapports de situation sur la santé mentale pour 16 pays, identifiés pour une analyse détaillée de la situation.</li></ul>
5. Soutien apporté dans les domaines de la législation, des politiques et des plans d'action nationaux portant sur la prévention et le traitement des troubles mentaux.	<ul style="list-style-type: none"><li>• La politique et la législation concernant la santé mentale sont en cours de révision dans 16 pays. Des activités de formation et l'élaboration de documents pour la formation ont été entreprises en Chine, au Cambodge et au Viet Nam.</li></ul>

<b>Résultats escomptés</b>	<b>Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs</b>
6. Soutien aux prestations de services de santé mentale et à l'analyse à l'échelon national et local.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un projet de démonstration sur l'épilepsie a bénéficié de soutien en Chine. Des agents de santé ont été formés et des traitements d'un bon rapport coût-efficacité ont été fournis au niveau des soins primaires. Une étude de coût-efficacité pour des soins de santé mentale au niveau de la communauté a été menée en Malaisie.</li></ul>
7. Incitation à développer une culture et une capacité de recherche.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des centres en Australie, en Chine et au Japon, travaillant en collaboration, ont été activement impliqués dans la formation en matière de méthodes de recherche, de politiques sur la santé mentale et d'enquêtes épidémiologiques. Une réunion consultative s'est tenue en novembre 2002 à Manille sur le développement d'une culture et d'une capacité de recherche en santé mentale. Une enquête sur les toxicomanies a été appuyée dans la province de Yunnan (Chine).</li></ul>
8. Préconisation et soutien de la promotion de la santé mentale, de la prévention des troubles mentaux et du suicide et des campagnes mondiales sur la santé mentale.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le Samoa met au point des programmes pour la prévention du suicide.</li></ul>

Annexe 3

10. Initiative pour un monde sans tabac

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
1. Etats Membres en mesure de mettre en place des plans d'action nationaux sur la lutte anti-tabac, accompagnés de stratégies et programmes de lutte anti-tabac précis.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Vingt-trois pays/territoires sont désormais dotés de plans d'action nationaux pour la lutte anti-tabac, comportant des dispositions compatibles avec la Convention-cadre sur la lutte anti-tabac (CCLAT).</li></ul>
2. Soutien apporté aux Etats Membres pour introduire des directives efficaces pour lutter contre le tabagisme, ainsi que des lois et des règlements anti-tabac.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quatorze pays/territoires ont bénéficié de soutien pour élaborer ou renforcer leur législation anti-tabac.</li></ul>
3. Etats Membres invités à adopter des approches intégrées pour réaliser les cibles de lutte anti-tabac, y compris les meilleures pratiques en matière de lutte globale anti-tabac.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sept pays ont reçu un appui pour mettre en oeuvre des approches intégrées pour la lutte anti-tabac.</li></ul>
4. Des moyens plus considérables déployés pour appuyer les programmes de lutte anti-tabac des gouvernements et de l'OMS.	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'ensemble des ressources pour le Bureau régional et les bureaux dans les pays ont fait plus que quintupler.</li></ul>



Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
5. Systèmes de recherche, de suivi et de surveillance en place pour appuyer la lutte anti-tabac, y compris l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac, l'enquête mondiale sur les professionnels de santé et la surveillance mondiale des données régionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Six pays ont achevé la première phase de l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac. Cinq autres pays/territoires sont en train de la terminer. Un pays entame la deuxième phase.</li> </ul>
6. Soutien apporté aux pays pour lancer des campagnes et des documents de plaidoyer, d'éducation et de promotion.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Huit pays ont mis au point une stratégie définie pour les activités de promotion et de communication concernant la lutte anti-tabac.</li> </ul>
7. Etats Membres invités à participer à la CCLAT et à l'appuyer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 24 Etats Membres ont pris activement part aux négociations sur la CCLAT. Les Etats Membres mettent au point des protocoles sur la publicité et le commerce illicite transfrontaliers de produits du tabac.</li> </ul>

## 11. Réforme des systèmes de santé

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
1. Pays et territoires en mesure de mettre en oeuvre et de renforcer leurs politiques pharmaceutiques nationales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La Malaisie, les Etats fédérés de Micronésie, la Mongolie et Tuvalu sont en train d'élaborer et de promulguer des politiques pharmaceutiques nationales. Le Cambodge, la Chine, la République démocratique populaire lao, les Philippines et le Viet Nam sont en train de renforcer leurs systèmes d'assurance-qualité pour les produits pharmaceutiques. Le Cambodge, la Chine, la République démocratique populaire lao, la Mongolie,</li> </ul>

Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
	la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Tonga et le Viet Nam sont en train d'améliorer l'utilisation rationnelle des médicaments au moyen de diverses stratégies. La Chine, le Cambodge, la République démocratique populaire lao, la Mongolie et la Papouasie-Nouvelle-Guinée sont en train d'informatiser les procédures d'enregistrement des médicaments.
2. Mise en oeuvre et renforcement de la collaboration entre pays à l'échelon régional et infrarégional en matière de produits pharmaceutiques.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un soutien a été apporté à la 19<sup>e</sup> Réunion du Groupe de travail de l'ANASE sur les produits pharmaceutiques qui s'est tenue au Brunéi Darussalam ; ont participé à ce Groupe de travail le Cambodge, la République démocratique populaire lao et le Viet Nam. Un atelier sur le programme d'achat en gros basé à Fidji s'est déroulé en novembre 2002, avec l'appui de l'OMS, et avec la participation des Etats insulaires du Pacifique, pour analyser les progrès de mise en oeuvre du plan de travail.</li></ul>
3. Meilleure intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de soins de santé des pays et territoires, avec l'appui de l'OMS.	<ul style="list-style-type: none"><li>• La Chine, la Malaisie, la Mongolie, la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les Philippines et le Viet Nam ont reçu un appui pour élaborer et mettre en oeuvre leurs programmes.</li></ul>
4. Meilleure collaboration entre les pays concernant l'usage des médicaments à base de plantes.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Il y a eu trois réunions du Forum pour l'harmonisation des médicaments à base de plantes ; deux sous-comités et leurs groupes de travail se penchent sur divers aspects de la normalisation et de la qualité des médicaments à base de plantes.</li></ul>

<b>Résultats escomptés</b>	<b>Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs</b>
5. Pays prioritaires en mesure d'améliorer les services de transfusion sanguine.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des participants venus du Cambodge, de Chine, de Fidji, de la République démocratique populaire lao, de Malaisie, de Mongolie, de Papouasie-Nouvelle-Guinée, des Philippines, du Samoa, du Vanuatu, du Viet Nam ont suivi un stage de formation régional sur la gestion de la qualité. La Chine, la Malaisie et les Philippines ont organisé de tels stages de formation à l'échelon national.</li></ul>
6. Soutien apporté à des pays et des territoires en vue d'améliorer la qualité des services de laboratoire.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un soutien continu a été apporté dans le cadre du programme externe d'assurance de la qualité. La participation des 14 pays insulaires du Pacifique concernés s'améliore (Iles Cook, Fidji, Kiribati, Iles Marshall, Etats fédérés de Micronésie, Nauru, Niué, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Palau, Samoa, Iles Salomon, Tonga, Tuvalu, Vanuatu).</li></ul>
7. Soutien technique apporté aux pays prioritaires pour examiner les questions de sécurité des injections et élaborer des plans d'action.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une évaluation a été effectuée pour le Cambodge, la Chine et la Mongolie ; des ateliers visant à définir des politiques nationales sur la sécurité des injections ont été organisés au Cambodge et en Mongolie ; un soutien technique continu a été apporté au Cambodge, à la République démocratique populaire lao et au Viet Nam concernant l'élimination sécurisée des seringues usagées.</li></ul>

Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>8. Avis consultatifs concernant les politiques à adopter fournis à des pays en transition économique et aux pays insulaires du Pacifique pour établir des systèmes de financements plus équitables, stables et justes en matière de soins de santé, dans le but de protéger les populations à faibles revenus et défavorisées au moyen de l'assurance-maladie.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Après examen des politiques, des recommandations spécifiques ont été soumises à plusieurs pays (Chine, Fidji, République démocratique populaire lao, Malaisie, Etats fédérés de Micronésie, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Samoa et Viet Nam). Le cadre régional et les recommandations pour une politique de financement des soins de santé ont été rédigés au cours de la troisième réunion du GCT pour le développement du secteur de la santé en février 2003.</li></ul>
<p>9. Des projets pilotes sur l'assurance-maladie pour les communes rurales conçus et mis en oeuvre dans trois pays au moins avec le concours de l'OMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des régimes d'assurance-maladie pour les communes rurales ont été conçus pour la République démocratique populaire lao et le Viet Nam. Le cadre et les critères principaux pour une assurance maladie communale en Chine ont été examinés et approuvés lors de la conférence sur la santé en zone rurale. Le régime pilote d'assurance maladie communale a été lancé dans des provinces sélectionnées de la République démocratique populaire lao. Le régime pilote est en cours de mise en oeuvre dans un des districts de Hanoi avant d'être étendu aux communes. Les grands principes du régime d'assurance maladie pour les communes sont actuellement étudiés par les services médicaux des coopératives rurales en Chine.</li></ul>

<b>Résultats escomptés</b>	<b>Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs</b>
10. L'assurance-maladie introduite ou étendue avec le concours de l'OMS, dans les pays et territoires afin de renforcer leurs filets de protection sociale pour la santé.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un soutien technique a été apporté à l'élaboration de politiques d'assurance-maladie et à des cadres de développement, y compris l'extension de la couverture d'assurance (Chine, Fidji, République démocratique populaire lao, Malaisie, Mongolie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Samoa et Viet Nam). Un soutien technique a été apporté pour l'élaboration d'un plan directeur visant à introduire une assurance-maladie au Cambodge.</li></ul>
11. Capacité nationale renforcée avec le concours de l'OMS en matière de planification financière, budgétisation et gestion, y compris l'allocation et l'utilisation des ressources, l'analyse et l'évaluation économiques dans certains pays et territoires.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Les besoins en formation ont été évalués et un cadre général de supports de formation établi ; un module de formation est en cours de préparation.</li></ul>
12. Tous les pays et territoires en mesure de mettre en point une méthodologie pour tenir des comptes nationaux de la santé qui soient complets, fiables et comparables.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des stratégies de développement et de méthodologie pour les comptes nationaux de santé (CNS) ont été identifiés au cours de l'atelier bi-régional sur les comptes nationaux de santé qui s'est tenu à Bangkok en juin 2002. Un soutien technique pour les CNS est en cours en Chine, en Malaisie, en Mongolie, aux Philippines et au Samoa. Des CNS sont actuellement à l'étude au Brunéi Darussalam, au Cambodge, à Fidji et en République démocratique populaire lao.</li></ul>

Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
13. Sensibilisation, connaissances et compétences accrues dans les pays et les territoires, avec le concours de l’OMS, ainsi qu’au sein du personnel de l’OMS, pour aborder les questions de pauvreté et de santé.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dans le cadre de la préparation d’un manuel visant à encourager l’intégration des préoccupations de pauvreté et de sexospécificité dans les programmes d’études des professionnels de santé, 11 avant-projets de modules sont actuellement uniformisés, révisés et mis au net.</li></ul>
14. Documents d’orientation sur l’élaboration de politiques, la réglementation et la production de supports de formation sur l’analyse des politiques de santé.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des progrès ont été effectués au niveau du développement de documents d’orientation, à savoir :<ul style="list-style-type: none"><li>– Un guide pratique pour comprendre le processus législatif a été achevé,</li><li>– Le travail se poursuit pour établir des principes de réglementation des professions de santé,</li><li>– Enseignements recueillis sur l’établissement de conseils de promotion de la santé et de taxes en faveur de la santé, y compris les aspects juridiques,</li><li>– Le travail se poursuit sur un avant-projet de document sur l’application de lois sur la protection de la santé .</li></ul>Un fascicule a été préparé sur le développement de politiques de santé pour les praticiens des îles du Pacifique et il est en cours de révision. Des experts en législation sanitaire ont effectué des missions en Chine, aux Tonga et au Viet Nam.</li></ul>
15. Formation en santé publique renforcée dans certains pays et territoires, et utilisation des fonctions essentielles de santé publique introduite dans des pays sélectionnés.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un exposé technique a été préparé pour le Comité Régional en 2002. Une réunion consultative pour les pays insulaires du Pacifique est prévue fin 2003. Une mission d’experts est prévue au Viet Nam fin 2003 pour renforcer les réseaux de santé publique, y compris les principales institutions de formation.</li></ul>

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>16. Capacité des pays et des territoires renforcée dans les domaines de la politique, de la planification et de la gestion des soins de santé primaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien technique axé sur la gestion efficace du matériel :           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Deux missions d’experts ont été effectuées en supplément au projet de développement d’une politique nationale en République démocratique populaire lao;</li> <li>– Soutien apporté pour les participants de pays insulaires du Pacifique à un stage de formation de techniciens biomédicaux;</li> <li>– Un avant-projet de cadre régional et des outils pour la gestion de matériel ont été préparés.</li> </ul> </li> </ul>

## 12. Développement des ressources humaines

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>1. Des mécanismes ou directives nationaux ou institutionnels établis pour la révision, l’évaluation et le renforcement des programmes d’enseignement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une étude et une analyse des programmes d’enseignement de 37 institutions de formation médicale et infirmière ont été menées dans 18 pays, mettant l’accent sur les questions de pauvreté, de sexospécificité et la santé. Un examen et un renforcement des programmes de formation en médecine et soins infirmiers ont été entrepris dans huit pays. Ont été élaborées ou sont en cours d’élaboration : des principes directeurs sur la pauvreté, la sexospécificité et la santé ; sur l’évaluation et les besoins de développement professionnel des praticiens de niveau intermédiaire ; sur la promotion des professions d’infirmières et de sages-femmes ; sur la santé et le développement des adolescents. Un soutien technique pour améliorer le niveau et la qualité de la formation des professionnels de santé a été apporté à cinq pays.</li> </ul>

Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
2. Planification de la main-d'oeuvre sanitaire à l'aide de méthodes, principes ou outils à bases factuelles.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Une étude a été effectuée sur la migration des professionnels de santé dans les pays insulaires du Pacifique. Une analyse de la situation du personnel de santé du point de vue des normes du travail a été entreprise dans quatre pays (République démocratique populaire lao, Philippines, Vanuatu et Viet Nam). Un examen technique du programme des bourses de l'OMS a été effectué pour en améliorer l'impact sur les services de santé.</li></ul>
3. Capacités de direction, de gestion, de planification et de recherche stratégiques renforcées chez les professionnels de santé.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un soutien technique a été apporté pour le Stage de direction et de gestion de la santé dans le Pacifique qui s'est déroulé à l'Université nationale du Samoa en 2003 avec la participation de dix pays. Un guide a été élaboré pour évaluer l'impact de cette formation dans les pays insulaires du Pacifique. Une formation au leadership et en recherche opérationnelle a été menée pour huit pays. Une formation au leadership et au plaidoyer a été menée pour sept pays. Une réunion consultative régionale sur les stratégies en matière de soins infirmiers a été organisée avec la participation d'institutions internationales et des pays.</li></ul>
4. Soutien apporté aux programmes régionaux et des pays au plan promotionnel, technique et du développement.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un soutien technique a été apporté à au moins dix pays et institutions de santé par le personnel professionnel chargé du programme, des experts et des partenaires contractuels.</li></ul>



### 13. Bases factuelles et information sanitaire à l'appui des politiques

<b>Résultats escomptés</b>	<b>Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs</b>
1. Soutien apporté aux Etats Membres pour renforcer le développement et la capacité des systèmes d'information sanitaire.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Quatre pays (République démocratique populaire lao, Iles Marshall, Mongolie et Viet Nam) ont remanié leurs plans pour les systèmes d'information sanitaire et trois pays (République démocratique populaire lao, Mongolie et Viet Nam) ont expérimenté un système révisé en 2003.</li></ul>
2. Etats Membres en mesure de développer et d'exploiter des données et des indicateurs sur la santé afin de surveiller et d'analyser les résultats réalisés à l'échelon du district.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trois pays (République démocratique populaire lao, Viet Nam et Mongolie) ont mis au point des indicateurs nationaux sur la santé pour la planification et l'analyse de la situation sanitaire. Quatre ateliers nationaux ont été organisés au Brunéi Darussalam, en Chine (2) et en Mongolie pour relever les compétences dans le domaine de l'analyse et de l'exploitation des données.</li></ul>
3. Concours apporté aux pays et territoires leur permettant d'organiser des stages de formation à l'échelon national sur la classification et la codification des maladies afin qu'un noyau de personnel chargé des dossiers médicaux puisse mettre en oeuvre la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10 <sup>e</sup> révision (CIM-10).	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trois stages de formation nationaux sur la CIM-10 ont été organisés pour environ 200 codificateurs et statisticiens médicaux (Chine, Brunéi Darussalam et Papouasie-Nouvelle-Guinée).</li></ul>

Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
4. Des méthodes, procédures et outils, ainsi que des directives, fournis à l'appui des activités de collecte d'informations et de recherche dans les pays et les territoires.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un manuel sur la gestion des dossiers médicaux, des tableaux démographiques et la classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, ont été distribués pour être utilisés à l'échelon des pays.</li></ul>
5. Amélioration de la capacité des pays et territoires à entreprendre des analyses de situation et d'élaborer des documents d'orientation.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cette capacité a été améliorée dans sept pays insulaires du Pacifique (Iles Cook, Fidji, Kiribati, Samoa, Iles Salomon, Tonga et Vanuatu) par le biais d'un atelier sur l'élaboration de politiques de santé organisé à Nandi (Fidji) en 2002. De même, des analyses des systèmes de santé provinciaux en 2001 et 2002 ont permis d'améliorer cette capacité dans neuf provinces chinoises.</li></ul>
6. Amélioration des capacités de recherche des pays par un appui à des projets de recherche et à des stages de formation.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Neuf projets de recherche réalisés avec l'appui du programme.</li></ul>

14. Opérations de secours d'urgence et action humanitaire

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
1. Données de santé publique sur les situations d'urgence dans les pays collectées, compilées, analysées et échangées avec les Etats Membres et les institutions partenaires.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des données de santé publique sur deux situations d'urgence causées par des catastrophes naturelles ont été recueillies et analysées.</li></ul>

<b>Résultats escomptés</b>	<b>Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs</b>
2. Gestion des situations d'urgence améliorée grâce au renforcement des partenariats régionaux avec les organisations pertinentes et un soutien technique proactif renforcé de la part de l'OMS.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le deuxième stage de formation inter-régional sur la santé publique et la gestion des situations d'urgence en Asie et dans le Pacifique (PHEMAP) a été mené en octobre 2002, avec la collaboration du Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est et du Centre asiatique de préparation aux catastrophes (ADPC). Un accord a été signé par l'OMS et l'ADPC pour constituer un comité directeur inter-institutionnel pour la PHEMAP. Un manuel d'intervention en cas d'urgence a été produit pour les bureaux de l'OMS dans les pays.</li></ul>
3. Possibilités de renforcer et d'actualiser les capacités de gestion des situations d'urgence chez le personnel de santé à l'échelon national et provincial dans les pays les plus exposés aux catastrophes.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Plus de 20 membres du personnel de santé de sept pays (Cambodge, République démocratique populaire lao, Japon, Malaisie, Papouasie-Nouvelle-Guinée, Philippines, Viet Nam), ont reçu une formation dans le cadre de plusieurs programmes de formation internationaux sur la gestion des urgences sanitaires. Le ministère de la santé philippin a mis au point un programme de formation national sur la gestion des urgences sanitaires pour le personnel de santé provincial, avec la collaboration de l'OMS. Le ministère de la santé du Viet Nam est en train de mettre au point un programme de formation national sur la gestion des urgences sanitaires pour le personnel de la santé provincial avec la collaboration de l'OMS.</li></ul>

## Annexe 3

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
4. Meilleure accessibilité aux connaissances et compétences en matière de « meilleures pratiques de santé publique » dans les situations d'urgence pour le personnel de santé aux niveaux national et provincial dans les pays les plus exposés aux catastrophes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les versions khmère et chinoise de manuels publiés par le Bureau régional pour les Amériques ont été préparées et imprimées. La version khmère a été distribuée à l'échelon du district au Cambodge.</li> </ul>
5. Identification des caractéristiques des catastrophes passées, des types de risques et des communautés vulnérables dans les pays et territoires les plus exposés aux catastrophes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un atelier interpays pour le Pacifique sur la gestion des catastrophes et des urgences sanitaires a été organisé en Papouasie-Nouvelle-Guinée en novembre 2002 afin de revoir la gestion des urgences sanitaires en Mélanésie et d'élaborer de futurs plans d'action. Une base de données a été constituée, comportant plus de 1200 situations d'urgence sanitaire dans la Région du Pacifique occidental de 1981 à 2000.</li> </ul>

## 15. Technologie de l'information

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
1. Meilleur accès à l'information technique du Bureau régional pour l'ensemble de l'OMS et les Etats Membres.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un nouveau raccordement à l'Internet a été installé au Bureau régional. La formation du personnel de l'OMS à l'utilisation du logiciel HealthMapper a commencé. Un système de gestion du contenu pilote (SGC) a été installé pour le lancement de la version améliorée du site Internet.</li> </ul>
2. Promotion et diffusion dans les langues requises de produits et outils d'information prioritaires avec formation à l'appui.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un calendrier de formation a été établi pour le personnel. Des normes et politiques concernant le matériel, les logiciels et le développement des outils informatiques ont été adoptées.</li> </ul>

## 16. Relations extérieures

Résultats escomptés	Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs
<p>1. Meilleure collaboration, coordination et communication avec les institutions des Nations Unies, les ONG et d'autres partenaires pour la mise en oeuvre d'activités de développement sanitaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La collaboration s'est étendue dans des domaines tels que la lutte contre la tuberculose, les maladies non transmissibles/ la santé mentale, l'initiative Pour un monde sans tabac et la sécurité transfusionnelle. Plus de 23 accords ont été signés avec diverses institutions partenaires. Un plus grand nombre d'activités en commun ont été mises en oeuvre avec des institutions des Nations Unies, dans des domaines tels que la lutte contre le VIH/SIDA, la réforme du secteur de santé et la santé génésique avec le PNUD ; la santé génésique et la planification familiale et la lutte contre le VIH/SIDA avec le FNUAP ; l'élimination du tétanos maternel et néonatal, le Programme élargi de vaccination, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance et l'initiative Pour un monde sans tabac avec l'UNICEF, et la lutte contre le VIH/SIDA et la sécurité transfusionnelle avec ONUSIDA.</li> </ul>
<p>2. Forger de meilleures relations avec les partenaires bailleurs de fonds actuels et en rechercher d'autres, et établir un partenariat avec des donateurs non-conventionnels afin de préserver et de mobiliser des ressources pour les programmes de santé prioritaires à l'échelon régional et des pays.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A la date de mai 2003, les fonds extrabudgétaires reçus ou engagés à l'échelon régional s'élevaient à US\$ 49 millions et les prévisions de fonds extrabudgétaires pour l'exercice s'élevaient à plus de US\$ 52 millions, ce qui représente une augmentation de plus de 10 % par rapport à l'exercice précédent.</li> <li>• Des profils de donateurs et des bases de données régionales ont été établis et une base de données dynamique sur la mobilisation des ressources a été constituée et actualisée.</li> </ul>

Annexe 3

17. Information

<b>Résultats escomptés</b>	<b>Résultats obtenus à ce jour, mesurés par indicateurs</b>
1. Meilleure connaissance des activités de l’OMS de la part du grand public grâce au site internet du Bureau régional.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Le nombre de visiteurs du site internet du Bureau régional a augmenté, en raison surtout de la forte demande d’information sur le SRAS. D’une moyenne mensuelle de 80 000 pages consultées au cours du premier trimestre de 2003, ce chiffre est passé à 250 000 en avril 2003. Un groupe de travail Internet a été constitué pour relancer le site.</li></ul>
2. Amélioration des relations avec les médias, amenant à une plus grande sensibilisation des journalistes aux questions de santé publique importantes.	<ul style="list-style-type: none"><li>• L’OMS a gagné en visibilité pendant l’épidémie de SRAS. Un porte-parole a été désigné pour répondre aux questions des médias.</li></ul>
3. Des manuels pratiques, des guides, des calendriers et d’autres supports de communication, ainsi que des documents de référence, publiés et diffusés.	<ul style="list-style-type: none"><li>• Treize nouvelles publications ont été imprimées, des droits de traduction et de reproduction ont été accordés. Des publications ont été réimprimées.</li><li>• Les documents pour le Comité régional ont été traduits en français et en chinois ; plusieurs publications régionales et du Siège ont été traduites en chinois, en mongol et en vietnamien.</li></ul>