



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



47^e CONSEIL DIRECTEUR

58^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., ÉUA, 25-29 septembre 2006

Point 4.3 de l'ordre du jour provisoire

CD47/10, Add. I (Fr.)
6 septembre 2006
Original: ANGLAIS

RAPPORT SUR L'ÉVALUATION DE LA PERFORMANCE DU BUDGET PROGRAMME BIENNAL DE L'ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ, 2004-2005

ADDENDUM

En réponse à la demande du Délégué du Canada lors de la 138^e session du Comité exécutif de juin 2006, le présent document offre une explication complète des secteurs de travail de l'Organisation décrits dans le Budget programme biennal 2004-2005 qui ont eu des résultats insatisfaisants et il est un addendum au Rapport de l'évaluation de la performance (document CD47/10).

Introduction

1. Comme l'a noté le Rapport sur l'évaluation de la performance du budget programme biennal (BPB) (document CD47/10), l'évaluation des réalisations par rapport aux indicateurs du budget programme 2004-2005 était un défi. Du fait que ni des références ni des cibles (à savoir, des données empiriquement vérifiables) étaient comprises dans le budget programme 2004-2005, l'exercice postérieur à l'exécution était par nécessité une auto-évaluation dans laquelle le personnel technique du Secrétariat donnait ses estimations les plus avisées sur les résultats par rapport à des indicateurs qui, il fallait le reconnaître, étaient loin d'être parfaits. Il faut noter que ce problème a été résolu dans le budget programme 2006-2007, qui comporte des cibles et des références pour chaque indicateur. D'autres ajustements à cet égard sont prévus dans le budget programme 2008-2009, qui sera soumis aux Organes directeurs en 2007.

Approfondissement de l'évaluation

2. En réponse à la demande du Canada lors de la 138^e session du Comité exécutif souhaitant une explication concernant les résultats insatisfaisants de certains secteurs de travail (ST) (signifiant les secteurs dont les niveaux de résultats étaient inférieurs à 70%) en 2004-2005, une demande d'explication a été envoyée aux personnels techniques concernés. Leurs réponses sont rassemblées dans le présent document, citées par secteur de travail.

3. Il faut noter qu'en fonction de la demande d'information supplémentaire, certaines des unités techniques chargées de donner des informations sur un secteur de travail ont fourni une analyse plus approfondie et un niveau de détails plus importants que ceux disponibles avant le Comité exécutif. À partir de cette analyse approfondie comprenant des informations plus précises sur les indicateurs qui étaient « partiellement réalisés »¹, certains des niveaux de résultats des secteurs de travail ont été révisés. Alors que dans un esprit de cohérence ces révisions ne sont pas comprises dans le document principal de l'Évaluation (seuls les domaines de travail donnant des résultats insatisfaisants ont eu l'opportunité de revoir leur contribution au rapport), elles sont notées ici entre crochets à titre d'information supplémentaire soumise à la considération des États Membres.

4. Enfin, le Secrétariat tient à reconnaître la nature imparfaite à la fois du document de budget programme 2004-2005 et de l'évaluation de ses accomplissements, et à réitérer

¹ Conformément à la méthodologie élaborée dans l'Évaluation principale, le lecteur notera qu'une valeur de 25% a été donnée à tous les indicateurs classés comme « partiellement réalisés »; alors que cette façon de procéder était nécessaire en raison des contraintes de temps et dans un esprit de cohérence, elle a clairement abouti au fait que certains secteurs de travail ont fait état de progrès moindres que ce qui était en fait le cas dans la réalité.

que le processus est en constante amélioration en termes de planification programmatique et d'établissement des rapports. En tenant compte de l'exécution de la gestion axée sur les résultats dans l'Organisation, le Secrétariat compte soumettre des plans et des rapports plus objectifs et plus complets de la performance programmatique à ses États Membres.

5. Gardant à l'esprit ce qui précède, des explications pour les ST dont le niveau d'accomplissement est inférieur à 70% sont données ci-dessous.

6. *1.2 GPD - Développement de Programme et Gestion.* Les résultats attendus du GPD qui ont été partiellement accomplis se rapportent au développement institutionnel du Bureau sanitaire panaméricain : programmation, surveillance, renforcement de la capacité au niveau de la gestion du cycle du projet, et évaluation. La plupart des tâches avaient trait à des améliorations et des modifications du système de planification, programmation, surveillance et évaluation de la Région des Amériques / système d'information de gestion de bureau (AMPES/OMIS), ainsi qu'à la formation des usagers. Des progrès ont été accomplis avec l'introduction de nouveaux éléments destinés à étendre la fonctionnalité de l'AMPES et à le rendre entièrement compatible avec la gestion axée sur les résultats (RBM, selon son sigle en anglais), mais le processus est en cours. De même, la formation se poursuit sur le terrain et au siège. En ce qui concerne le renforcement de la capacité au niveau de la gestion du cycle du projet, des manuels et des matériels de formation ont été préparés, mais la formation a été retardée pour coïncider avec la planification périodique du budget. Des conditions de suivi de l'initiative extrabudgétaire (IEB) ont été comprises à titre de pilote dans le programme des Services de technologie de l'information (ITS), et le système est fonctionnel, mais il reste à améliorer l'accès intégral des utilisateurs. En ce qui concerne l'évaluation, cette fonction a été reportée à plus tard en attendant l'établissement d'une unité organisationnelle appropriée. La fonction d'évaluation a été placée maintenant au sein de l'Unité des services de contrôle internes dépendant du Bureau de la Directrice.

7. *2.1 ECO – Relations externes et Partenariats.* Les résultats attendus qui ont été partiellement accomplis se rapportent au travail avec les organisations non gouvernementales (ONG), l'Initiative de l'agenda partagé, et la coordination interinstitutions sur les ODM. Au cours du premier semestre de 2004, l'Unité des relations externes et partenariats (RP) a passé la responsabilité des ONG en relations officielles avec l'OPS aux Organes directeurs. Une tentative par l'OPS de réorienter la direction stratégique principale de l'Initiative de l'Agenda partagé sur la voie de la réalisation des Objectifs de développement pour le millénaire (ODM) à l'occasion d'une réunion tenue le 17 mars 2004 avec la Banque interaméricaine de développement et la Banque mondiale, a échoué en raison d'une absence de consensus entre les trois partenaires sur une série de questions. Des possibilités existent de poursuivre l'Initiative

de l'agenda partagé, mais ceci a été empêché par de récents changements de leadership et de personnel dans les deux banques. Depuis 2005, la responsabilité de la coordination interinstitutions et du développement de stratégies et d'initiatives pour les ODM liés à la santé a été passée au Secteur du développement durable et de l'hygiène du milieu (SDE). En ce qui concerne l'articulation avec les fondations, le public, et les organisations de la société civile (OSC) qui a été renforcée, le niveau d'accomplissements a été révisé à « plein » sur la base de l'information qui n'avait pas été prise en compte dans la soumission originale. [Niveau révisé des accomplissements, basé sur l'information supplémentaire soumise : 82,3%, contre 61,7% notifié dans l'Évaluation.]

8. *3.3 NHD - Soutien au Développement national de la Santé.* Les résultats escomptés qui ont été partiellement accomplis sont liés à la capacité accrue de gérer et de coordonner la coopération nationale et internationale; le plaidoyer et/ou la planification avec les partenaires de développement de la santé; la focalisation stratégique du Programme de l'OPS/OMS; et le soutien aux processus d'intégration sous-régionale. Les bases de données nationales pour permettre aux pays de suivre la coopération extérieure sont encore en cours de développement dans les pays clés. De même, des mécanismes nationaux interinstitutions pour développer des politiques et des approches communes de la communauté des donateurs sont en cours; ceci s'inscrit dans une stratégie plus vaste devant être étendue à tous les donateurs intervenant dans la santé. La participation de l'OPS aux groupes interinstitutions des NU s'élargit. En ce qui concerne la focalisation stratégique, quatre des pays clés ont achevé leur Stratégie de pays commune (SPC); toutefois, en raison des problèmes politiques et sécuritaires, il n'a pas été possible de réaliser une SPC en Haïti. Des analyses de la situation de la santé ont été préparées pour chaque sous-région, mais un agenda spécifique de la santé par sous-région n'a pu être préparé qu'en version préliminaire pour les Caraïbes, à la suite de l'exercice sous-régional de SPC pour les Caraïbes orientales. Le BPB pour la période biennale actuelle a affecté des ressources au développement d'un agenda de la santé spécifique pour les autres sous-régions.

9. *4.3 NUT - Nutrition et Sécurité alimentaire.* Les résultats escomptés qui ont été partiellement réalisés sont liés aux domaines techniques de fortification alimentaire, supplémentation en vitamine A, et surveillance nutritionnelle qui relevaient de la responsabilité du Chef de l'Unité de la Nutrition qui a pris sa retraite en février 2005. Une consultante en micronutriments a continué à travailler dans l'Unité pendant l'été 2005 et a été en mesure de réaliser partiellement deux des trois résultats escomptés qui avaient été initiés par le Chef de l'Unité, mais elle avait également d'autres responsabilités qui ont limité ses possibilités de réaliser pleinement les résultats escomptés. Un nouveau consultant a été recruté et couvre maintenant le domaine des micronutriments de sorte que tous les résultats escomptés pour la période biennale 2006-2007 devraient être réalisés. De plus, les systèmes en place de surveillance de la

nutrition continuent à être un domaine d'une extrême faiblesse dans la Région à cause du manque de financement au niveau national.

10. *4.4 FOS – Innocuité alimentaire.* Les résultats escomptés qui ont été partiellement réalisés sont liés aux systèmes de surveillance épidémiologique, aux systèmes nationaux d'inspection alimentaire et à l'éducation en matière d'innocuité alimentaire. Ceci se doit principalement aux limitations des ressources humaines et à la restructuration des activités d'innocuité alimentaire à l'OPS, comprenant la fermeture de l'Institut panaméricain pour la protection alimentaire et la lutte contre les zoonoses (INPPAZ) et le transfert d'une partie du personnel du Centre panaméricain de la fièvre aphteuse (PANAFTOSA). Concernant les systèmes de surveillance des maladies d'origine alimentaire (MOA), quatre niveaux de cours de formation pour le renforcement de la capacité dans le cadre du Programme mondial de surveillance de la salmonelle (Salm-Surv) de l'OMS ont été exécutés par les sous-régions. Quatorze pays participent au Réseau Pulse pour développer une base de données régionale pour les profils électrophorétiques gel champ pulsé (PFGE, selon son sigle en anglais). Un pays (Cuba) a développé le protocole relatif aux évaluations de l'impact sur la santé publique des MOA et ce dernier a été mis en œuvre. Salm-Surv et les cours apparentés ont renforcé la capacité dans toutes les sous-régions d'améliorer la surveillance passive et active des MOA. En ce qui concerne le renforcement de la capacité pour l'inspection alimentaire moderne, une série complète de nouveaux matériels didactiques en portugais et en espagnol a été préparée. Le cours contenait des chapitres sur le Codex Alimentarius, les bonnes pratiques de fabrication (BPF), les bonnes pratiques agricoles (BPA), les analyses des risques – points critiques pour leur maîtrise (HACCP, d'après son sigle en anglais), et l'audit. Sept des 10 pays cibles ont entrepris des activités d'éducation en innocuité alimentaire. Toutefois, tous les pays ont utilisé les cinq clés de l'OMS pour des aliments plus sûrs. Un seul pays (l'Argentine) a intégré l'innocuité alimentaire dans le programme de l'école primaire. Des plans destinés aux vendeurs de rues de produits alimentaires dans 10 pays sont également en instance. Des marchés d'aliments sains ont été mis en place dans quatre des cinq pays cibles (Bolivie, Guyana, Paraguay et République dominicaine). Un projet pilote pour adaptation et validation des cinq clés de l'OMS pour un manuel d'aliments plus sûrs dans les écoles primaires a été initié au Guatemala en coordination avec l'Institut de Nutrition d'Amérique centrale et de Panama (INCAP). De plus, un manuel d'activités pédagogiques pour les enseignants des écoles primaires, et des directives pour les associations parents/enseignants ont été préparées. Le Ministère de l'Éducation a revu les matériels pédagogiques et a indiqué que les objectifs d'apprentissage proposés sont en conformité et cohérents avec le matériel pédagogique et les activités proposées. Le marché d'aliments sains et le projet des écoles primaires ont été mis en œuvre avec des ressources financières extrabudgétaires provenant du Programme du Golfe arabe pour les organisations de développement des Nations Unies

(AGFUND) et le Département du développement international du Royaume-Uni (DFID) respectivement.

11. *4.5 PHE – Écologie humaine et Hygiène du Milieu.* Les résultats escomptés ont été presque totalement atteints. Deux résultats escomptés ont été partiellement réalisés; l'un était lié à l'Agenda partagé et manquait de suivi par les institutions financières. Le Point focal a demandé d'employer les pourcentages de niveau d'achèvement utilisés dans le système d'observation basé sur le BPB. Les indicateurs « partiels » sont les suivants : ER1, l'Agenda partagé en hygiène du milieu est opérationnel (60%); ER4, les directives pour la participation stratégique de l'OPS auront été mises en œuvre (75%); le programme pour le renforcement des réseaux aura été formulé (90%). [Niveau révisé des accomplissements, basé sur l'information supplémentaire soumise : 92,1%, contre 57,1% notifié dans l'Évaluation.]

12. *5.3 ICT - Information et Technologie de la Communication.* Dans la soumission originale, cinq résultats escomptés étaient classés comme accomplissements « partiels ». Un indicateur n'aurait pas dû y figurer; trois aurait dû être « pleins ». Et un indicateur reste précis. Ce qui suit donne des informations sur chaque accomplissement « partiel » dans l'ordre dans lequel ils apparaissent dans le document. En ce qui concerne ITS disposant des ressources et de la formation pour exécuter les projets de technologie de l'information, ITS a perdu six de ses positions et le financement destiné aux fournisseurs a été réduit de moitié. Alors que la formation a été couverte de façon appropriée, la partie ressources de cette cible ne relevait pas du contrôle d'ITS. Par conséquent, cet élément n'aurait pas dû apparaître comme une cible ou un indicateur et aurait dû être retiré du rapport. En ce qui concerne une tendance à réduire les tickets de dépannage du « Centre d'appel », l'indicateur se réfère à la tendance au sein d'une technologie donnée ou de l'introduction d'un système et lorsque les progrès sont évalués par rapport à cette tendance, ITS a pleinement réalisé ses objectifs. Comme indiqué dans l'explication originale, l'augmentation globale des nombres se devait à l'introduction de systèmes, outils et technologies nouveaux et, du fait qu'une nouvelle technologie est introduite dans l'Organisation, le résultat qui s'ensuit est une tendance à la hausse des tickets de dépannage du Centre d'appel. Les nombres se sont ensuite stabilisés dans chaque exécution de nouvelle technologie une fois qu'elle arrive à maturité et nos tendances ont ensuite systématiquement baissé. Lorsqu'ITS a initialement complété son évaluation, il s'est occupé par erreur du nombre global de tickets de dépannage, plutôt que de s'occuper de la tendance au sein d'une technologie comme le déclarait l'indicateur. Ce niveau d'accomplissement aurait dû être « plein ». En ce qui concerne la réduction des infractions identifiées à la sécurité du réseau, notre explication déclare que les infractions ont été réduites conformément à l'indicateur. Toutefois, notre évaluation a porté incorrectement sur le fait qu'il reste des possibilités supplémentaires d'amélioration. Ce niveau d'accomplissement devrait être « plein ». En ce qui concerne la vitesse satisfaisante de l'accès à l'Internet et à d'autres communications, ITS a

considérablement amélioré la qualité de l'accès dans un nombre de bureaux de pays; et les plaintes ont toutes disparu pour ainsi dire indiquant qu'un niveau satisfaisant a maintenant été atteint. Toutefois, comme précédemment, notre évaluation a porté par erreur sur le fait qu'il reste des possibilités supplémentaires d'amélioration. Ce taux d'accomplissement devrait être « plein ». [Niveau révisé des accomplissements, basé sur l'information supplémentaire soumise : 75,0%, contre 52,5% notifié dans l'Évaluation.]

13. *5.4 EDV – Médicaments essentiels : Accès, Qualité et Utilisation rationnelle.* Les résultats escomptés qui ont été partiellement réalisés se rapportent à la facilitation de l'accès aux médicaments essentiels. Les activités apparentées à deux des indicateurs ont été ajournées, l'une d'entre elles portant sur un fonctionnaire professionnel associé (FPA) d'Espagne (Observatoire pharmaceutique) dont l'arrivée à l'OPS a été reportée, et en ce qui concerne la seconde activité, les ressources ont été réaffectées pour étudier l'impact des accords commerciaux sur l'accès aux médicaments.

14. *5.5 CLT – Technologie clinique et Sécurité sanguine.* Il y a deux problèmes concernant le niveau d'accomplissement : (a) les indicateurs se rapportent aux pays et par conséquent la responsabilité est hors de la portée de l'OPS, et (b) en fonction du nombre de pays, plus de 50% ont réalisé les indicateurs escomptés. Donc, le pourcentage de niveau d'accomplissement, notifié initialement dans l'autoévaluation pour ER1, le nombre de pays dotés de systèmes officiels d'accréditation opérationnelle, qui est passé de 3 à 13 (70%), a été pris en compte dans le calcul d'ensemble. [Niveau révisé des accomplissements, basé sur l'information supplémentaire soumise : 71,9%, contre 67,2% notifié dans l'Évaluation.]

15. *6.1 PHI - Leadership et Infrastructure de Santé publique.* En ce qui concerne ER1, les plans nationaux pour le renforcement du rôle d'orientation sont formulés et en cours dans au moins trois pays de la Région. Le niveau d'accomplissement a été révisé à « plein » sur la base de l'achèvement au Honduras, en République dominicaine et au Salvador qui n'avait pas été notifié à l'origine. En ce qui concerne ER2, l'analyse de l'infrastructure et la pratique des mesures de la performance des fonctions essentielles de la santé publique réalisées dans 10 pays de la Région, le niveau d'accomplissement a été révisé à « plein », sur la base de l'achèvement dans 12 pays qui n'avait pas été notifié à l'origine. Le Point focal a également demandé d'utiliser les pourcentages de niveau d'accomplissement basés sur deux indicateurs partiels ER2 du BPB (70% et 60% respectivement). [Niveau révisé des accomplissements, basé sur l'information supplémentaire soumise : 77,8%, contre 63,3% notifié dans l'Évaluation.]

16. *6.2 SPH - Protection sociale en Matière de Santé.* En ce qui concerne ER1, un indicateur a été révisé à « plein » sur la base d'activités du BPB exécutées mais qui n'ont pas été notifiées à l'origine; et pour un autre indicateur, le Point focal a demandé à

utiliser un pourcentage plus élevé d'accomplissement basé sur l'information du BPB (75%). De même pour ER2, un des deux indicateurs a été révisé à « plein » du fait que la cible d'entités pour le dialogue social fonctionnant dans 10 pays a été atteinte; pour l'autre indicateur, le Point focal a demandé à utiliser un pourcentage plus élevé d'accomplissement basé sur l'information du BPB (70%). Pour ER3, l'un des indicateurs « partiel » a été révisé à « plein » sur la base de l'information du BPB qui montre qu'il a en fait été largement dépassé. Pour ER4, un indicateur a été révisé à « plein » sur la base de l'information du BPB qui montre qu'il a en fait été largement dépassé. Pour ER5, un indicateur a été révisé à « plein » sur la base de l'information qui n'apparaissait pas à l'origine dans l'autoévaluation. Et pour ER6, un indicateur a été révisé à « plein » sur la base de l'information montrant qu'il était en fait dépassé. [Niveau révisé des accomplissements, basé sur l'information supplémentaire soumise : 81,5%, contre 66,7% notifié dans l'Évaluation.]

17. *6.3 OSD – Prestation des Services de Santé.* Les résultats escomptés qui ont été partiellement réalisés se rapportent aux modèles de soins de santé, au développement de systèmes de soins de santé basés sur la population, à la capacité locale à gérer les réseaux de services de santé, à l'amélioration de la qualité des soins, et à l'appui aux programmes de fluoration et aux services odontologiques. L'Unité de l'Organisation des Services de Santé (OS) a subi plusieurs changements et affronté plusieurs défis pendant la période 2004-2005. Les ressources affectées à un poste vacant (consacré aux hôpitaux et aux modèles de soins) ainsi que les ressources financières de l'Unité ont été destinées au soutien du processus menant au renouvellement des soins de santé primaires. Cette activité a consommé les ressources et le temps prévus pour d'autres activités pour la période 2004-2005. Parallèlement, le résultat concernant la qualité des soins dépendait de l'arrivée d'un FPA d'Espagne pour mener la coopération technique (CT) dans la Région.

18. *7.3 TED – Tuberculose et Maladies émergentes.* Les résultats escomptés qui ont été partiellement atteints portent sur la couverture de la stratégie « traitement de brève durée sous surveillance directe » (DOTS), la résistance aux médicaments antimicrobiens, et les actions destinées à confronter le virus du Nil occidental. En ce qui concerne la couverture de DOTS, deux des trois pays supplémentaires pour 2004 ont atteint leur objectif et le troisième fait des progrès dans cette voie. Les progrès dans les sept pays cibles et les Caraïbes anglophones pour 2005 sont mitigés. Le Brésil, qui représente le nombre le plus élevé de cas de TB dans la Région, étend la couverture DOTS de manière efficace en suivant un plan de stratégie fermement appuyé par les autorités nationales. L'expansion de DOTS dans les pays des Caraïbes anglophones a été entravée par le faible engagement politique se devant au fardeau réduit de la TB. En ce qui concerne la résistance antimicrobienne, il y a une erreur dans le niveau d'accomplissement qui devrait être « plein » du fait que cinq pays ont des plans en place (l'indicateur donnait quatre pays sur neuf). Des progrès ont été accomplis dans

l'adoption de directives cliniques et dans la collecte, l'analyse et les rapports sur les données de la résistance antimicrobienne, mais le travail sur ces deux sujets se poursuit. En ce qui concerne le virus du Nil occidental, 20 pays ont des systèmes de surveillance en place, mais la performance et la couverture ne peuvent pas être considérées complètes. Il reste encore à disposer d'un plan d'action concerté pour l'adoption du Règlement sanitaire international.

19. *7.4 VEC – Paludisme et autres Maladies à Transmission vectorielle.* Les résultats escomptés qui ont été partiellement réalisés portent sur la couverture de la stratégie de prévention et de lutte contre le paludisme, et sur l'interruption de la transmission de la maladie de Chagas. Comme expliqué à la Partie C ER1 du manuscrit original, tous les 21 pays endémiques (100%) se sont engagés dans le processus permanent de l'exécution des composantes et stratégies de l'initiative « Faire reculer le paludisme ». L'exécution intégrale de toutes les composantes stratégiques toutefois, n'est complète que dans 17 pays sur les 21 (81%), ce qui explique pourquoi le niveau des accomplissements est noté comme étant « partiel » seulement. Également, la systématisation et la consolidation d'indicateurs communs épidémiologiques et de gestion se sont faites essentiellement de la perspective régionale à travers le développement et la consolidation du Plan stratégique régional 2006-2010 pour le paludisme dans les Amériques. Le niveau d'accomplissement de cette ER est noté comme « partiel » du fait que le programme régional reconnaît les spécificités dans les contextes des pays et maintient par conséquent un certain degré d'ouverture à d'éventuelles modifications en tenant compte que le processus est en outre dynamique et en évolution. En ce qui concerne la maladie de Chagas, la transmission a été interrompue dans trois des cinq pays du Cône austral et dans des parties des deux pays restants. La transmission a également été interrompue dans des portions des pays d'Amérique centrale. Des progrès partiels ont également été accomplis dans la réduction de la séroprévalence chez les enfants des écoles en Amérique centrale, qui est beaucoup plus concentrée que ne le laisse entendre l'indicateur.

20. *7.7 VPH – Santé publique vétérinaire.* Les résultats escomptés qui ont été partiellement atteints ont trait à la vaccination canine et au contrôle de la rage, aux programmes de contrôle de la tuberculose bovine, à l'éradication de la fièvre aphteuse, aux systèmes de surveillance des zoonoses, et aux services publics de santé vétérinaire et animale. Des campagnes de vaccination canine sont organisées annuellement dans les pays courant le risque de contracter la maladie. Au cours de la période évaluée, deux des pays clés de l'Organisation (la Bolivie et Haïti) n'avaient pas de ressources pour acheter le vaccin canin afin de procéder à une vaccination de masse. L'OPS a contacté le Gouvernement brésilien, qui a fait don d'un montant considérable de vaccins canins pour ces deux pays qui ont procédé à une vaccination partielle en priorisant les zones à plus haut risque. Pour ce qui est de la fièvre aphteuse, des progrès importants ont été

accomplis dans son éradication dans le Cône austral, bien qu'il y ait eu une flambée en octobre 2005 en Argentine et au Brésil qui a empêché d'atteindre l'objectif. Le développement d'une structure pour la surveillance épidémiologique de l'encéphalopathie spongiforme bovine (ESB) a été réalisé dans 10 pays à la fin de 2005. Au début de 2006, les cinq autres pays qui avaient été reportés à plus tard avaient déjà développé la structure (entièrement terminée maintenant). Avec l'émergence d'autres zoonoses, la brucellose et la tuberculose bovine n'étaient pas considérées comme une priorité au cours de cette période. Les ressources étaient consacrées au développement d'activités de préparation à la grippe aviaire. Une consultation technique sur la leishmaniose viscérale a également été organisée conjointement avec l'Unité des Maladies transmissibles en novembre 2005. En ce qui concerne les services de santé vétérinaire et animale, la construction d'une bibliothèque virtuelle fait des progrès et des directives en matière d'éducation et de communication sociale portant sur l'innocuité alimentaire ont été développées et distribuées. Un protocole d'accord a été signé avec des écoles vétérinaires dans six pays pour développer les cours d'apprentissage à distance.

21. *8.1 WMH - Santé de la femme et santé maternelle.*

Le Point focal a demandé d'utiliser les pourcentages pour accomplissement « partiel » compris à l'origine dans l'évaluation au lieu de la pondération normale de 25%, comme suit :

Résultat escompté	Niveau d'accomplissement (indicateurs)
1. Politiques publiques, plans, programmes et projets sur la santé sexuelle et reproductive (SSR), implication des hommes et réduction de la mortalité maternelle aux niveaux régional, national et local.	100,0%
2. Normes et standards fondés sur les faits observés, et directives sur des aspects de la santé sexuelle et reproductive, développés et disséminés.	90,0%
3. Systèmes de suivi, de surveillance et d'évaluation pour les programme de santé des femmes et programmes maternels et périnatals renforcés, et suivi des progrès des pays sur la voie des ODM.	100,0%
4. Appui aux alliances, réseaux et à la coordination interinstitutions au niveau régional et de pays pour la réduction de la mortalité maternelle et la SSR.	100,0%
5. Réorientation des services dans la SSR comprenant les SOE et l'implication des hommes; donner les moyens aux femmes, aux familles et aux communautés pour procéder à des interventions efficaces destinées à rendre la grossesse plus sûre.	90,0%
6. Réseau de centres collaborateurs avec le Centre latino-américain pour la périnatalogie et le développement humain (CLAP) renforcé et fournissant la CT aux pays.	90,0%
7. Le Système d'information périnatale (SIP) sera disséminé et appliqué comme outil efficace de surveillance épidémiologique de la morbidité	66,7%

maternelle et périnatale.	
8. La recherche et les activités multicentres du Réseau des centres associés du CLAP seront renforcées et appuyées.	50,0%
9. L'information scientifique la plus récente sur les pratiques bénéfiques de la santé maternelle et périnatale et leurs stratégies d'adoption sera mise à la disposition des pays.	33,3%
10. Les constatations de la recherche du CLAP seront traduites en directives pratiques et produiront des outils et des protocoles pour les programmes et les praticiens des pays sur les causes principales de la mortalité et la morbidité maternelles.	36,4%
Total pour tous les indicateurs	75,6%

22. En ce qui concerne ER9 et ER10, les faibles niveaux d'accomplissement sont attribués au fait que plusieurs indicateurs ne pouvaient être réalisés attendu que pendant 2004 le CLAP se trouvait en situation irrégulière en conséquence d'une revue administrative qui avait eu lieu en 2003. De plus, au cours de 2005, le CLAP a été restructuré et fusionné avec l'Unité de la santé de la femme et la santé maternelle. [Niveau révisé des accomplissements, basé sur l'information supplémentaire soumise : 75,6%, contre 67,2% notifié dans l'Évaluation.]

23. *8.3 HED - Éducation et Communication sociale.* Près de tous les résultats escomptés ont été pleinement réalisés à l'exception de trois indicateurs indiquant un accomplissement partiel. Le Point focal a demandé d'employer les pourcentages de niveau d'achèvement utilisés dans le système d'observation basé sur le BPB. Les indicateurs « partiels » ont été notifiés comme suit : ER1, programmes d'éducation de compétences parentales adaptés, disséminés aux municipalités et aux écoles et appui fourni pour leur exécution (75%), les pays ont été appuyés pour mettre en œuvre les activités de formation des enseignants à l'éducation des compétences en matière de santé et de vie, littérature sanitaire, compétences parentales et prévention des comportements à risque pour la santé (75%); ER2 pays et municipalités appuyés pour développer, exécuter et évaluer les campagnes de communications sociales pour réduire la violence, les accidents de la circulation et autres blessures (60%). [Niveau révisé des accomplissements, basé sur l'information supplémentaire soumise : 83,8%, contre 62,5% notifié dans l'Évaluation.]

24. *8.4 MNH – Santé mentale et Toxicomanie.* Les résultats escomptés qui ont été partiellement atteints sont apparentés à : la dissémination de l'information sur la santé mentale et la toxicomanie; les politiques, plans et programmes pour prévenir et traiter les troubles mentaux; la législation sur la santé mentale; et les programmes et services de lutte contre l'abus d'alcool et la toxicomanie. L'Unité de Santé mentale a connu des problèmes internes de personnel et la disponibilité des ressources humaines était limitée, faisant que plusieurs activités ont été lentes à mettre en exécution.

25. *9.1 HRM – Gestion des Ressources humaines.* Les résultats escomptés qui ont été partiellement réalisés se rapportent aux bonnes pratiques des ressources humaines, et au travail efficace pour s'acquitter de la mission de l'Organisation. Tout au long de la période biennale 2004-2005, plusieurs politiques importantes ont été développées par le Secteur de la Gestion des Ressources humaines (HRM), y compris la politique sur le VIH/SIDA sur les lieux de travail; le Code des principes d'éthique et de conduite de l'OPS; la politique de l'OPS sur la prévention et la résolution du harcèlement sur les lieux de travail; une politique d'allaitement révisée; une politique révisée de Flexitime (appliquée en 2006); et une nouvelle politique de voyages en classe affaires. Également, des révisions importantes ont été apportées au Règlement du Personnel en 2005 dans un esprit de cohérence avec l'OMS et afin de maintenir de bonnes pratiques des ressources humaines. Alors que la qualité du travail de HRM est élevée, des limitations dans le domaine de l'automatisation et des difficultés de personnel au niveau de la classification ont affecté la ponctualité de certaines des actions des ressources humaines. HRM a pris des mesures pour résoudre ces contraintes et a commencé à développer des systèmes automatisés tels qu'un système de suivi de la correspondance afin de lui permettre de mieux répondre aux demandes d'information. En 2005, HRM a également développé un système électronique de planification et d'évaluation de la performance (PPES) qui est actuellement en train d'être étendu à l'ensemble du personnel. En établissant une version électronique du processus PPES de l'OPS, HRM veillera à ce que les évaluations de performance soient complétées par tous les managers et le personnel d'une manière ponctuelle; pourra vérifier où il y a des retards; et n'aura plus à garder les originaux sur papier. HRM continue en outre à appuyer l'équilibre hommes/femmes dans le recrutement du personnel en assurant qu'au moins 20% de tous les candidats aux postes vacants sont des femmes — si ce seuil n'est pas atteint, le poste vacant est annoncé une deuxième fois. Alors que l'OPS tient compte de la distribution géographique pendant le processus de sélection, ce facteur n'est pas déterminant de la sélection du fait que la composante clé est la compétence des candidats. HRM continue à orienter et appuyer les managers ayant à traiter de problèmes liés à la performance dans leur unité/secteur respectifs.