Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A66/6**
Point 12.2 de l'ordre du jour provisoire **19 avril 2013**

Projet de douzième programme général de travail

APERÇU

1. Le programme général de travail a pour objet de définir une perspective stratégique de haut niveau pour les activités de l'OMS.[1] Celui présenté ici, qui est le douzième de la série, fixe les priorités et détermine l'orientation générale pour la période de six ans qui débutera en janvier 2014. Il est le fruit d'un long dialogue entre le Secrétariat et les États Membres et a été élaboré dans le cadre d'un vaste programme de réforme à l'OMS entamé en 2010. Premièrement, il reflète les trois grands éléments de la réforme de l'OMS : les programmes et priorités, la gouvernance et la gestion. Dans ce contexte, le programme général de travail fixe les priorités de leadership qui à la fois détermineront les domaines essentiels dans lesquels l'OMS cherche à exercer son influence sur l'action sanitaire à l'échelle mondiale et orienteront la façon dont les activités sont menées aux différents niveaux du Secrétariat et entre eux. Deuxièmement, le programme général de travail fixe un cap pour une meilleure gouvernance par les États Membres et pour que l'OMS joue un plus grand rôle de direction et de coordination dans la gouvernance de l'action sanitaire mondiale. Enfin, en établissant une chaîne de résultats claire, il explique comment les activités de l'OMS s'organiseront pendant les six prochaines années, comment les activités de l'Organisation contribueront à un ensemble clairement défini de réalisations et d'impacts, et comment l'OMS devra rendre compte de l'utilisation qui est faite des ressources pour obtenir des résultats déterminés. Les trois budgets programmes de la période indiquent en détail les activités à mener au cours de chaque exercice.

2. Le présent projet de programme général de travail tient compte des commentaires circonstanciés faits sur les projets successifs. Le processus a commencé en février 2012 lors de la réunion des États Membres sur les programmes et la fixation des priorités, à la suite de laquelle une ébauche a été présentée à la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé, et il s'est poursuivi au sein des instances de gouvernance suivantes : les six comités régionaux en 2012 ; le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration à sa dix-septième réunion en janvier 2013 ; le Conseil exécutif à sa cent trente-deuxième session ; et enfin, une consultation en ligne.

3. Le projet de douzième programme général de travail s'inspire des enseignements tirés du onzième programme général de travail et, comme l'ont demandé les États Membres, il comprend des éléments clés du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013. À cet égard, le onzième programme général de travail définissait un programme d'action sanitaire plus pour l'ensemble du monde que pour l'OMS elle-même, le rôle de l'OMS étant l'élément central du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Le projet de douzième programme général de travail cherche à rétablir l'équilibre dans un seul document, tout d'abord en reprenant la perspective stratégique de haut niveau définie dans le précédent programme général de travail et en montrant comment l'orientation et les priorités de l'OMS sont conditionnées par l'environnement dans lequel œuvre l'Organisation. En deuxième lieu, le fait de ramener la durée du programme général de travail de 10 à 6 ans permet de garantir un proche alignement sur le cycle de planification et de budgétisation. En troisième lieu, le projet de programme général de travail définit un certain nombre de résultats de haut niveau, sur le plan de l'impact et des réalisations, et indique comment suivre et évaluer ces résultats. Enfin, il indique les changements qui seront apportés à l'affectation des ressources financières pour obtenir ces résultats.

[1] Comme l'exige l'article 28 de la Constitution de l'OMS.

4. Le projet de douzième programme général de travail est organisé comme suit :

Le chapitre 1 présente une analyse du contexte politique, économique et institutionnel en mutation dans lequel œuvre l'OMS. Après un point sur les tendances épidémiologiques et démographiques actuelles, il expose à grands traits l'incidence de ces changements sur la santé des populations, les systèmes de santé des pays et, dans une dernière section, sur la gouvernance de l'action sanitaire et l'évolution des exigences auxquelles les organisations internationales doivent répondre.

Le chapitre 2 détermine ensuite ce qu'implique cette analyse pour l'OMS du point de vue de ses fonctions et de ses valeurs, en soulignant le besoin à la fois de continuité et de changement. Il explique clairement les liens entre l'évolution du contexte et les éléments de la réforme de l'OMS ayant trait aux programmes, à la gouvernance et à la gestion. Il donne notamment des précisions sur la relation entre les fonctions essentielles et les rôles et responsabilités de chaque niveau de l'Organisation.

Le chapitre 3 porte sur les six priorités de leadership qui définissent l'orientation programmatique pour les six prochaines années et qui correspondent au volet de la réforme consacré aux programmes et à la définition des priorités. Le début du chapitre indique comment ces priorités ont été dégagées. Chaque priorité est ensuite examinée dans le but de déterminer comment elle répond à l'analyse du contexte faite au chapitre 1 et de définir, pour chacune d'entre elles, les principaux éléments de l'action de l'OMS.

Le chapitre 4 porte sur deux autres priorités qui correspondent aux volets de la réforme consacrés à la gouvernance et à la gestion. La gouvernance est abordée sous deux angles : le rôle de l'OMS dans la gouvernance de l'action sanitaire mondiale, y compris la façon dont les États Membres dirigent l'Organisation ; et la participation de l'OMS aux processus de gouvernance dans d'autres secteurs et instances qui peuvent avoir un impact sur la santé. La deuxième partie du chapitre traite de la réforme des politiques, systèmes et pratiques de gestion.

Le chapitre 5 indique comment les activités de l'OMS seront organisées, c'est-à-dire en cinq catégories techniques et une catégorie gestionnaire. Il présente ensuite la structure et les éléments de la chaîne des résultats en expliquant le lien entre les produits dont le Secrétariat est responsable et la façon dont ces produits contribuent à la fois aux réalisations et aux huit objectifs définis sur le plan de l'impact, dont les États Membres, d'autres partenaires et le Secrétariat partagent la responsabilité. La dernière partie du chapitre définit un nouveau cadre de suivi et d'évaluation.

Le chapitre 6 présente un nouveau modèle de financement et indique l'axe selon lequel les ressources financières passeront d'une catégorie d'activité à l'autre au cours de la période de six ans.

CHAPITRE 1

SITUATION GÉNÉRALE

De nouvelles réalités politiques, économiques, sociales et environnementales

5. Le projet de douzième programme général de travail a été élaboré à la lumière de l'expérience acquise au cours de la période couverte par le onzième programme général de travail, qui a été élaboré en 2005, en des temps de croissance économique mondiale soutenue. Malgré l'optimisme qui prévalait alors, le onzième programme général de travail décrivait les défis que représentaient pour la santé mondiale les lacunes en matière de justice sociale et de responsabilité, les lacunes dans la mise en œuvre et les lacunes des connaissances.

6. La suite des événements a montré combien cette analyse était prémonitoire : au fil de la première décennie du XXIe siècle, au lieu d'une prospérité partagée, la mondialisation s'est accompagnée d'une aggravation des inégalités sociales et de l'épuisement rapide des ressources naturelles. Il ne s'agit pas de nier les avantages de la mondialisation, qui a permis d'améliorer considérablement le niveau de vie d'une partie de la population de nombreux pays. Mais la mondialisation s'est superposée à des problèmes et à des inégalités existants ; les politiques et les institutions actuelles ne sont pas parvenues à assurer un équilibre entre les préoccupations économiques, sociales et environnementales ; et, en conséquence, la croissance économique a trop souvent été considérée comme une fin en soi.

7. À la fin de cette première décennie, le monde a été frappé par la crise financière et économique la plus grave depuis les années 1930. Cette catastrophe n'a pas encore produit tous ses effets. Néanmoins, il apparaît d'ores et déjà que la crise a accéléré l'avènement d'un nouvel ordre mondial dans lequel la croissance est une particularité de plusieurs pays émergents et en développement, tandis que de nombreux pays développés ont du mal à maintenir une reprise économique fragile.

8. Alors que débute la deuxième décennie de ce siècle, les pays à revenu intermédiaire abritent les trois quarts environ des personnes vivant dans la pauvreté absolue. Bon nombre de ces pays deviennent moins dépendants des prêts à des conditions préférentielles (et ne peuvent plus y prétendre). De ce fait, l'approche de la réduction de la pauvreté reposant sur un développement financé par des ressources extérieures devient rapidement dépassée. À sa place, il faut de nouvelles méthodes qui favorisent l'échange des connaissances et des meilleures pratiques, assorties d'instruments normatifs solides, et qui facilitent le dialogue entre États, et entre les États, le secteur privé et la société civile.

9. Dans le même temps, de nombreuses populations parmi les plus pauvres au monde continueront à dépendre du soutien financier et technique extérieur. Il est par conséquent probable que les plus grands besoins seront de plus en plus concentrés dans les pays les plus instables et les plus fragiles du monde et qu'ils absorberont une grande part du financement traditionnel du développement. D'où la question importante de savoir comment seront financées les activités des Nations Unies dans d'autres pays moins pauvres.

10. Le nouveau siècle a également été marqué par une transformation du pouvoir relatif de l'État, d'une part, et, d'autre part, de celui des marchés, de la société civile et des réseaux sociaux constitués d'individus. Le rôle du secteur privé en tant que moteur de croissance et d'innovation

n'est pas nouveau. Les gouvernements gardent encore le pouvoir de diriger et de réglementer, mais il est désormais difficile d'imaginer des progrès significatifs sur des questions d'importance mondiale telles que la santé, la sécurité alimentaire, l'énergie durable et l'atténuation du changement climatique sans que le secteur privé y joue un rôle important. De même, dans les pays à faible revenu, les ressources provenant des investissements directs étrangers et les transferts de fonds des migrants dépassent largement l'appui au développement ; ces derniers ont souvent mieux résisté que l'aide à la récession économique.

11. Peut-être le changement le plus saisissant résulte-t-il de l'évolution des technologies de la communication, qui donnent aux individus et à la société civile le pouvoir d'agir dans une mesure qui était simplement inimaginable au début de la dernière décennie. Les médias sociaux ont modifié la façon dont se mènent les affaires, se tissent les relations personnelles et se forment les mouvements politiques. Ils ont transformé la communication sur les risques. Alors que seulement 10 % de la population défavorisée dans le monde disposent de comptes bancaires, les abonnés des réseaux de téléphonie mobile sont désormais au nombre de 5,3 milliards, ce qui permet d'envisager un accès beaucoup plus large aux services financiers. Dans le même temps, l'augmentation rapide de la connectivité qui a alimenté la croissance des communications virtuelles comporte aussi bien des risques que des avantages, notamment la vulnérabilité potentielle à un dérèglement des systèmes mondiaux, étroitement interconnectés, sur lesquels le monde repose désormais.

12. La situation actuelle dans le monde présente à la fois des défis et des opportunités, dont beaucoup ont des conséquences directes pour la santé mondiale :

- La persistance de la récession économique dans certains pays développés et la réduction des dépenses publiques qui en découle mettent à mal le contrat social entre les citoyens et leurs gouvernements. Les réductions des dépenses publiques risquent de créer un cercle vicieux qui aura un impact négatif sur les services essentiels et qui entraînera une baisse du niveau de santé et d'éducation et une augmentation du chômage chez les jeunes. À l'autre extrémité de la pyramide des âges, ceux qui arrivent à l'âge de la retraite peuvent se trouver confrontés à la perspective d'un appauvrissement et d'un mauvais état de santé au cours de leur vieillesse.

- D'ici 2050, 70 % de la population mondiale vivra dans les villes. L'urbanisation rapide non planifiée est une réalité, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. L'urbanisation offre sans aucun doute des possibilités pour la santé, notamment quand les municipalités ont des budgets conséquents, mais elle comporte également des risques d'exclusion et d'inégalité. Les flux migratoires entre pays peuvent être bénéfiques à la fois aux pays que quittent les migrants et à ceux où ils émigrent, mais les avantages ne sont jamais garantis et de nombreux migrants sont exposés à des risques sanitaires accrus dans leur quête de nouvelles opportunités économiques.

- L'atout démographique que représente une population active et jeune plus importante a donné un nouvel élan à la croissance économique dans de nombreuses parties du monde. Pour beaucoup de pays, c'est une chance extraordinaire à saisir, mais elle s'évanouira s'ils ne font rien pour l'emploi des jeunes. Le chômage chronique, combiné à l'absence de droits économiques et politiques et à toute forme de protection sociale, peut conduire à l'indignation et à la rébellion.

- Partout dans le monde, l'environnement est également sous pression. Les principales limites de la planète, telles que la perte de biodiversité, ont été franchies ; et d'autres le seront prochainement. Dans de nombreuses parties du monde, le changement climatique va

compromettre les conditions indispensables à une bonne santé, comme la propreté de l'air en milieu urbain, une eau potable sûre et en quantité suffisante, un approvisionnement alimentaire garanti et de bonne qualité nutritive, la protection contre les phénomènes météorologiques extrêmes et un logement adéquat. La plupart des populations et des gouvernements reconnaissent le bien-fondé des arguments en faveur du développement durable. Ils reconnaissent aussi que la santé contribue à sa réalisation, qu'elle a tout à gagner de politiques environnementales dynamiques et qu'elle offre un des moyens les plus efficaces de mesurer les progrès réalisés. Malheureusement, aux niveaux mondial et national, on tarde à mettre en place des institutions et des politiques capables de garantir une approche plus cohérente dans les domaines social, environnemental et économique.

- Face à ces défis, des pays ayant des intérêts nationaux divergents s'efforcent de trouver des solutions aux problèmes communs. Les regroupements mondiaux (tels que le G20), qui réunissent un nombre plus limité de membres ou des membres ayant des points de vue plus proches, offrent un moyen d'avancer plus rapidement sur des questions spécifiques, mais ils n'ont pas la légitimité que confèrent des processus pleinement multilatéraux. De la même façon, dans le domaine de la santé, les alliances, les coalitions et les partenariats centrés sur une question ont permis de progresser plus rapidement sur le front de la mortalité de la mère et de l'enfant, du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme, par exemple. Mais les problèmes les plus complexes appellent toujours des négociations multilatérales menées avec intelligence au sein d'une organisation de composition universelle pour parvenir à un accord juste et équitable pour tous.

Un programme mondial d'action sanitaire en évolution

Tendances démographiques et sanitaires

13. Plus de 10 ans après l'adoption des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) et de leurs cibles par les dirigeants du monde, on constate d'importants progrès en ce qui concerne la réduction de la pauvreté, la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant, l'amélioration de la nutrition et le recul de la morbidité et de la mortalité dues à l'infection à VIH, à la tuberculose et au paludisme. Dans beaucoup de pays où les taux de mortalité sont les plus élevés, les progrès se sont accélérés ces dernières années, mais il reste de grandes disparités entre pays et dans les pays.

14. On estime que la malnutrition demeure la cause initiale de décès pour 35 % des décès survenant chez les enfants de moins de cinq ans. La proportion d'enfants malnutris dans les pays en développement est passée de 28 % à 17 % entre 1990 et 2011. Cette baisse est proche de celle nécessaire pour atteindre la cible correspondante des objectifs du Millénaire pour le développement.

15. Entre 1990 et 2011, la mortalité des moins de cinq ans a chuté de 41 %. Même si la baisse de la mortalité de l'enfant s'est globalement accélérée au niveau mondial ces 10 dernières années, passant de 1,8 % par an entre 1990 et 2000 à 3,2 % par an entre 2000 et 2011, elle reste insuffisante pour atteindre la cible des objectifs du Millénaire pour le développement.

16. Le nombre de décès maternels est passé de 543 000 en 1990 à 287 000 en 2010, selon les estimations. Toutefois, le taux de diminution de la mortalité devra doubler si l'on veut atteindre la cible des objectifs du Millénaire pour le développement. Le fait que les enfants mis au monde par des mères adolescentes représentent environ 11 % de toutes les naissances dans le monde est particulièrement préoccupant. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, les complications de la

grossesse et de l'accouchement sont la principale cause de décès chez les adolescentes et la mortalité périnatale est de 50 % plus élevée chez les enfants dont la mère a moins de 20 ans.

17. Les taux de mortalité néonatale ont diminué de plus de 30 % entre 2009 et 2011, mais cette décrue est plus lente que pour la mortalité de l'enfant en général et la proportion des décès d'enfants de moins de cinq ans qui surviennent pendant la période néonatale a augmenté entre 1990 et 2011, passant de 36 % à 43 %.

18. La moitié environ de la population mondiale risque de contracter le paludisme et, sur un total estimatif de 216 millions de cas de paludisme en 2010, 655 000 ont été mortels et 86 % de ces décès sont survenus chez des enfants de moins de cinq ans. L'incidence estimative du paludisme a diminué de 17 % dans le monde entre 2000 et 2010. La couverture des interventions, comme la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide et la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent, a beaucoup augmenté mais il faut la maintenir à ce niveau pour éviter une recrudescence des cas et des décès.

19. Le nombre de nouveaux cas de tuberculose enregistrés chaque année diminue lentement depuis 2006. En 2011, il y a eu 8,7 millions de cas nouveaux selon les estimations, dont 13 % environ concernaient des personnes vivant avec le VIH. La mortalité tuberculeuse a chuté de 41 % depuis 1990 et la baisse à l'échelle mondiale atteindra 50 % d'ici 2015.

20. En 2011, 2,5 millions de personnes ont été contaminées par le VIH, soit 24 % de moins qu'en 2001. Parallèlement, l'accès aux antirétroviraux (plus de 8 millions de personnes sont actuellement sous traitement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire) se traduit par une augmentation du nombre global de personnes vivant avec le VIH, car les décès dus à des causes liées au sida sont désormais moins nombreux.

21. Les maladies tropicales négligées sévissent essentiellement dans les communautés les plus pauvres et les plus marginalisées et touchent des millions de personnes, avec leur cortège de souffrances, de handicaps permanents et de décès. Grâce à l'approche coordonnée et intégrée adoptée depuis 2007, il s'avère possible de maîtriser, d'éliminer et même d'éradiquer ces maladies.

22. Si la cible des objectifs du Millénaire pour le développement consistant à réduire de moitié le pourcentage de la population qui n'a pas accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable a été atteinte, on constate encore des disparités entre pays et dans les pays. En ce qui concerne l'assainissement de base, 2,5 milliards de personnes n'ont toujours pas accès à des infrastructures d'assainissement améliorées.

23. La pénurie de médicaments dans le secteur public continue à contraindre de nombreuses personnes à se fournir dans le secteur privé, où les prix peuvent être sensiblement plus élevés. Des enquêtes effectuées entre 2007 et 2011 indiquent que, parmi les médicaments disponibles dans le secteur public dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la disponibilité moyenne de certains médicaments génériques n'était que de 51,8 %. De plus, les génériques les moins chers dans le secteur privé coûtent en moyenne cinq fois le prix de référence international, voire 14 fois ce prix dans certains pays. Le prix des génériques même les moins chers peut rendre des traitements courants inaccessibles aux ménages à faible revenu. Les patients atteints de maladies chroniques nécessitant un traitement à long terme sont particulièrement en butte à ces difficultés.

24. Dans presque tous les pays, la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans augmente plus vite que celle des autres tranches d'âge, du fait à la fois de l'allongement de l'espérance de vie et de

la baisse du taux de fécondité. Parallèlement, on prévoit que les adolescents seront plus nombreux que jamais auparavant. Pendant la période couverte par le douzième programme général de travail, il y aura davantage de personnes de plus de 60 ans que d'enfants de moins de cinq ans. D'ici 2050, 80 % des personnes âgées dans le monde vivront dans les pays actuellement classés comme à revenu faible ou intermédiaire. Si le vieillissement de la population peut être considéré comme une réussite exemplaire du point de vue de la santé publique et du développement socio-économique, il oblige la société à s'adapter afin que les personnes âgées puissent jouir d'un état de santé et d'une capacité fonctionnelle optimums et que leur participation sociale et leur sécurité soient garanties. De plus, ces changements démographiques montrent combien il est important d'œuvrer pour la santé non pas en ciblant certaines tranches d'âge prises isolément, mais tout au long de l'existence.

Des défis plus complexes dans le domaine de la santé

25. Au-delà de leur aspects épidémiologiques et démographiques, les nouvelles réalités politiques, économiques, sociales et environnementales rendent plus complexe le programme mondial d'action sanitaire à cause de l'impact qu'elles ont sur les institutions chargées d'œuvrer pour la santé. En 2010, les dépenses de santé ont atteint au total US $6,45 billions, ce qui représente plus du double des US $2,93 billions dépensés en 2000. Le secteur de la santé, qui est l'un des plus grands employeurs de la planète, a contribué de manière essentielle à stabiliser les économies confrontées aux récents chocs financiers. Le rôle de la santé dans le développement a par ailleurs été mieux mis en évidence. L'aide au développement dans le domaine de la santé est passée de US $10,52 milliards en 2000 à US $26,8 milliards 10 ans plus tard.

26. Dans certains pays, les dépenses de santé restent inférieures à ce qu'elles devraient être pour assurer ne serait-ce que les services les plus élémentaires. En revanche, dans de nombreux pays développés, le coût des soins de santé continue à augmenter plus rapidement que le produit intérieur brut du fait de la charge croissante des maladies non transmissibles dans les populations vieillissantes, des attentes de plus en plus grandes du public et de l'augmentation du coût de la technologie. Dans les pays où la récession économique persiste, la viabilité financière des systèmes de santé s'en trouvera directement menacée. Il faudra des solutions intelligentes – qui mettent l'accent sur la prévention, le dépistage précoce de la maladie et la promotion de modes de vie sains – pour préserver la couverture sanitaire universelle là où elle a été instaurée et continuer à progresser là où elle n'est pas encore en place. Sans de tels changements, les pressions exercées sur les finances publiques risquent de se traduire par une plus grande exclusion de ceux qui n'ont pas les moyens financiers d'accéder aux soins.

27. L'importance croissante des maladies non transmissibles sur le plan épidémiologique en tant que cause de mortalité n'est pas nouvelle, ni le fait que ces maladies sont une cause de mortalité et de morbidité de plus en plus fréquente dans tous les pays. Les maladies chroniques, comme les cardiopathies, l'accident vasculaire cérébral, le cancer, les maladies respiratoires chroniques et le diabète, sont de loin la première cause de mortalité dans le monde, avec 63 % des décès. Sur les 36 millions de personnes qui sont mortes de maladies chroniques en 2008, 9 millions avaient moins de 60 ans et 90 % de ces décès prématurés ont été enregistrés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Pourtant, quelque chose a changé : on a pris conscience – non seulement les professionnels de la santé mais aussi les ministres des finances, les chefs d'État et le grand public – de l'ampleur des conséquences sociales et économiques qu'engendrerait l'inaction après pareil constat. Néanmoins, l'un des plus grands défis de la décennie à venir sera de combler le fossé entre la rhétorique et la réalité lorsqu'il s'agit de passer à l'action concrète et d'allouer les ressources, non seulement dans le secteur de la santé, mais dans l'ensemble des pouvoirs publics et des sociétés.

28. Pour relever le défi que représentent les maladies non transmissibles, et en particulier pour s'attaquer à leurs déterminants sociaux, environnementaux et économiques par des mesures multisectorielles appliquées à différents stades de l'existence, le rôle des ministères de la santé doit évoluer. Tout en continuant à s'occuper de fournir et de financer les services de santé, ils doivent mieux s'acquitter du rôle d'intermédiaire et d'interlocuteur auprès d'autres instances gouvernementales et faire partie d'un système global destiné à assurer le bien-être de la population et non pas seulement à prévenir et soigner les maladies. Les ministères doivent donc être capables de diriger, de réglementer et de négocier avec un vaste ensemble de partenaires dans un environnement de plus en plus complexe.

29. Dans un environnement de plus en plus complexe, il faut se concentrer davantage sur les *moyens* par lesquels on peut obtenir de meilleurs résultats sanitaires, à savoir la santé en tant que droit de l'homme, l'équité en santé, des systèmes de santé plus forts et plus résistants, la santé en tant que résultat des politiques menées dans de nombreux autres secteurs, et l'innovation et l'efficience face aux difficultés financières. Les inégalités se creusent dans les pays et entre pays tant du point de vue de l'accès aux services de santé et aux produits médicaux que sur le plan des résultats sanitaires. Déjà préoccupantes en soi, ces inégalités peuvent faire obstacle à d'autres aspects du développement économique et social.

30. Le nouveau programme d'action sanitaire doit tenir compte des liens étroits entre la santé et le développement durable. La politique de santé contribue au développement durable et à la résorption de la pauvreté à condition que les individus ne soient pas exposés au risque de dépenses catastrophiques quand ils tombent malades. De même, les politiques qui améliorent l'environnement ont des retombées positives sur la santé. Dans les années qui viennent, il faudra de plus en plus tenir compte du lien entre la santé, le changement climatique et d'autres grands facteurs environnementaux comme la pollution atmosphérique. Enfin, en mesurant l'impact sur la santé, on peut amener le grand public et les responsables politiques à s'intéresser aux politiques de développement durable qui ont un effet plus diffus ou différé.

Une plus grande sécurité sanitaire et une action humanitaire plus efficace

31. La dernière décennie nous a montré qu'il faut se préparer à l'inattendu. Il convient aussi d'anticiper les chocs, même s'il est impossible d'en prédire l'origine, le lieu et la gravité, et s'ils résultent de maladies nouvelles ou résurgentes, de conflits ou de catastrophes naturelles.

32. Récemment encore, les systèmes humanitaires fonctionnaient indépendamment des systèmes s'occupant des urgences de santé publique. Il est de plus en plus admis qu'il faut une approche plus globale de la gestion des risques associés aux urgences, une approche qui embrasse à la fois prévention, réduction des risques en situation d'urgence, préparation, surveillance, intervention et relèvement.

33. En outre, la distinction entre secours et développement est artificielle. La transition entre l'action humanitaire et le développement est rarement linéaire et la séparation des programmes apparentés peut être contre-productive. Les pays touchés enregistrent des taux de pauvreté plus élevés et un petit nombre d'entre eux n'ont pas encore atteint un seul des objectifs du Millénaire pour le développement. Pour parvenir à une plus grande résilience et à une meilleure stabilité, il faut investir dans le renforcement des capacités politiques et institutionnelles, axer les activités sur la préparation moyennant la gestion des risques associés aux urgences et reconnaître que les opérations de secours et le développement sont profondément interdépendants.

De nouveaux défis pour la gouvernance de l'action sanitaire

34. Les atouts dont le monde dispose pour améliorer la santé des peuples pourraient être exploités de manière plus efficace et plus équitable. Une meilleure gouvernance de l'action sanitaire peut déboucher sur des instruments qui aident à réduire les menaces transnationales pour la santé (tels le Règlement sanitaire international (2005) et le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique), grâce à des approches et à des stratégies communes destinées à combattre des problèmes mondiaux, régionaux ou infrarégionaux communs (tel le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé), et grâce à la solidarité et à l'élan que suscitent des buts communs (par exemple, les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé ainsi que les buts et les cibles volontaires proposés dans le domaine des maladies non transmissibles).

35. Plusieurs facteurs ont contribué à élargir la liste des priorités de la gouvernance de l'action sanitaire :

a) Une multiplicité de voix. La gouvernance de l'action sanitaire n'est plus l'apanage des États nations. Les réseaux de la société civile, les organisations non gouvernementales au niveau international ou communautaire, les associations professionnelles, les fondations philanthropiques, les associations commerciales, les médias, les sociétés nationales et transnationales, les particuliers et les communautés disséminées informelles, qui ont trouvé une voix et une influence nouvelles grâce aux technologies de l'information et aux médias sociaux, sont autant d'acteurs qui influent sur la prise des décisions concernant la santé.

b) De nouveaux acteurs. Le paysage institutionnel de la santé dans le monde est de plus en plus complexe ; les incitations à créer des organisations, des dispositifs financiers et des systèmes de suivi nouveaux au lieu de réformer ceux qui existent déjà risquent d'aggraver la situation. Les effets de certains de ces changements se manifestent dans l'évolution de la réflexion menée sur le développement depuis la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide jusqu'à l'actuel Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement, qui met davantage l'accent sur le partenariat et la coopération Sud-Sud ainsi que sur d'autres formes de coopération.[1]

c) Des enjeux plus vastes. Dans de nombreux débats sur la gouvernance, le nœud du problème est de déterminer comment protéger la santé humaine en réduisant au minimum les entraves aux voyages, au commerce et au développement économique. Si le principal souci reste de trouver le juste équilibre, le débat porte aussi sur d'autres éléments, dont certains sont liés à une plus grande utilisation des instruments relatifs aux droits de l'homme et font ainsi une plus large place à la justice et à l'équité.

[1] Le Partenariat pour une coopération efficace au service du développement, qui a été constitué à Busan (République de Corée) en décembre 2011, reflète ces changements : « *Nous, … [reconnaissons que] l'architecture de la coopération pour le développement est également plus complexe aujourd'hui, s'appuyant sur une multitude d'acteurs, qu'il s'agisse d'États ou non, de même que sur une coopération entre des pays à différents stades de développement qui, pour beaucoup, sont des pays à revenu intermédiaire. La coopération Sud-Sud et la coopération triangulaire, les nouvelles formes de partenariat public privé, et les autres instruments et modalités de développement ont pris une place importante, complémentaire des formes Nord-Sud de coopération.* ».

d) Gouvernance de l'action sanitaire et gouvernance pour la santé. Deux concepts distincts sont implicites dans l'approche de la santé fondée sur les déterminants sociaux de la santé, qui est énoncée dans la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), à savoir : *la gouvernance de l'action sanitaire,* qui porte sur un grand nombre des questions précitées et qui est essentiellement une fonction de coordination, de direction et de cohérence interne. Le second concept, *la gouvernance pour la santé*, renvoie à une fonction de sensibilisation et de politique publique qui cherche à influencer la gouvernance dans d'autres secteurs afin que l'action qui y est menée ait des effets positifs sur la santé humaine.

Les organisations multilatérales confrontées à des exigences de plus en plus grandes

36. De même que ralentit la hausse globale de l'aide publique au développement brute, le taux annuel de croissance de cette forme d'aide fournie par des organisations multilatérales a diminué ces dernières années, tombant de 9 % en 2008 à seulement 1 % en 2011. Sur ce total, les fonds à objet désigné augmentent plus vite que les autres contributions de base.

37. La plus grande partie du financement multilatéral est affectée à cinq grands groupes d'organisations. Plus de 80 % des US $54 milliards versés au total en 2010 ont été alloués à des institutions européennes (Fonds européen de Développement et budget de l'Union européenne) ; à l'Association internationale de Développement (Banque mondiale) ; aux fonds et programmes des Nations Unies ; à la Banque africaine de Développement et à la Banque asiatique de Développement ; et au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Le restant est réparti entre plus de 200 organisations multilatérales, parmi lesquelles figure l'OMS.

38. Les mesures d'austérité prises dans les pays donateurs conjuguées au morcellement du système multilatéral imposent parfois des contraintes contradictoires aux organisations internationales. Premièrement, alors que la demande porte sur des activités utiles à tous les États Membres, les donateurs exigent souvent de ces organisations qu'elles privilégient les besoins des pays les plus démunis. Deuxièmement, alors que nombre d'organisations multilatérales ont pour avantage spécifique de pouvoir élaborer des accords, des normes, des critères et d'autres biens publics par la négociation, les organismes bilatéraux qui évaluent leur performance, individuellement ou collectivement, s'intéressent davantage à leur contribution au développement au sens traditionnel. Troisièmement, alors que les systèmes de gouvernance et de responsabilisation demeurent, pour de nombreuses organisations des Nations Unies, propres à chacune d'entre elles, l'intégration demandée au niveau des pays accroît le coût des transactions pour la coordination.

39. Pour répondre à ces exigences, il faut que les organisations multilatérales définissent leur avantage spécifique, fixent clairement leurs priorités, garantissent la responsabilité financière, disposent de systèmes leur permettant de gérer efficacement les risques et, surtout, il faut qu'elles soient capables d'obtenir des résultats probants. Dans beaucoup d'organisations, y compris l'OMS, ces préoccupations sont à la base des récentes réformes.

CHAPITRE 2

L'OMS : DES VALEURS, DES FONCTIONS ET UN AVANTAGE COMPARÉ TRÈS PARTICULIERS

40. Depuis sa création en 1948, l'OMS a joué un rôle de premier plan dans l'amélioration de la santé partout dans le monde. Comme le chapitre 1 l'a montré, les défis auxquels se trouve confrontée la santé publique ont changé profondément et, dans certains cas, à une vitesse exceptionnelle. L'objectif global du programme de réforme de l'OMS est de faire en sorte que l'Organisation évolue pour rester en phase avec ces changements. Le présent chapitre examine les conséquences de cette évolution pour l'OMS, s'agissant du besoin de continuité et de changement.

Continuité : des principes et des valeurs pérennes

41. L'OMS reste fermement attachée aux principes énoncés dans le préambule de sa Constitution (Encadré 1).

Encadré 1. Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé : principes

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

La santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité ; elle dépend de la coopération la plus étroite des individus et des États.

Les résultats atteints par chaque État dans l'amélioration et la protection de la santé sont précieux pour tous.

L'inégalité des divers pays en ce qui concerne l'amélioration de la santé et la lutte contre les maladies, en particulier les maladies transmissibles, est un péril pour tous.

Le développement sain de l'enfant est d'une importance fondamentale ; l'aptitude à vivre en harmonie avec un milieu en pleine transformation est essentielle à ce développement.

L'admission de tous les peuples au bénéfice des connaissances acquises par les sciences médicales, psychologiques et apparentées est essentielle pour atteindre le plus haut degré de santé.

Une opinion publique éclairée et une coopération active de la part du public sont d'une importance capitale pour l'amélioration de la santé des populations.

Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées.

42. Dans un contexte d'inégalité croissante, de concurrence pour l'accès à des ressources naturelles limitées et de crise financière menaçant les droits essentiels aux soins, il serait difficile de trouver meilleure expression de la santé en tant que droit fondamental, condition préalable à la paix et à la sécurité, et du rôle clé de l'équité, de la justice sociale, de la participation populaire et de la solidarité mondiale dans les travaux de l'Organisation.

43. Dans le cadre du programme général de travail, il importe également d'énoncer à nouveau les éléments clés de l'approche adoptée par l'OMS pour assumer son rôle constitutionnel de gardien et d'observateur indépendant de la situation sanitaire aux niveaux régional et mondial.

- Son fondement intergouvernemental associé à sa structure régionalisée confère à l'Organisation une légitimité toute particulière pour obtenir l'engagement des pays et les soutenir. En particulier, l'examen des questions de gouvernance de l'action sanitaire au chapitre 1 fait ressortir la nécessité de trouver des solutions négociées aux problèmes de santé internationaux communs, notamment en cas d'interaction entre la santé et d'autres intérêts sectoriels (tels que le commerce, les migrations, la sécurité et la propriété intellectuelle). En outre, la capacité à organiser et à faciliter la négociation d'instruments internationaux contraignants et non contraignants distingue l'OMS des autres acteurs dans le domaine de la santé. Son engagement en faveur du multilatéralisme reste un élément essentiel de ses activités.

- Représentée dans quelque 150 pays, territoires et zones par un bureau de l'OMS, l'Organisation est particulièrement bien placée pour rester un pourvoyeur d'appui technique aux États Membres pris individuellement, facilitant ainsi l'établissement de liens plus étroits au sein des pays et entre pays aux fins de la coopération Sud-Sud et de la coopération triangulaire. L'OMS continuera d'apporter une aide humanitaire en veillant à ce que l'action sanitaire reste au cœur des opérations de secours après une catastrophe.

- Conformément au principe d'équité et de justice sociale, l'OMS continuera à concentrer ses efforts là où les besoins sont les plus grands. Bien que son travail présente toujours un intérêt pour tous les États Membres, l'Organisation considère que la santé joue un rôle crucial dans la réduction de la pauvreté. L'analyse menée au chapitre 1 souligne qu'en nombre absolu, les personnes défavorisées se trouvent désormais en majorité dans les pays à revenu intermédiaire et les pays émergents. Une attention prioritaire sera donc prêtée non seulement aux pays, mais aussi aux populations démunies au sein des pays.

- Acquise à l'idée d'intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits humains, l'OMS mettra sur pied un mécanisme de responsabilisation pour suivre l'efficacité du processus d'intégration. L'OMS a à cœur de rendre opérationnel le plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies pour promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes dans les politiques et programmes du système de Nations Unies.

- Dans son activité normative et de détermination de critères qui profite collectivement à tous les États Membres, l'OMS est et restera une organisation s'appuyant sur la science et les données factuelles et tournée vers la santé publique. L'environnement dans lequel elle évolue devient de plus en plus complexe et politisé ; mais sa légitimité et son autorité d'expert technique reposent sur son application rigoureuse du principe consistant à systématiquement fonder toutes les politiques sur des bases factuelles. Ce principe sous-tend également la fonction essentielle de l'Organisation consistant à surveiller les tendances sanitaires et les déterminants de la santé au niveau des pays, des Régions et au niveau mondial. En tant qu'organisme de santé publique, l'OMS continue à s'intéresser non seulement aux aspects purement médicaux de la maladie, mais aussi aux déterminants d'un mauvais état de santé et à la promotion de la santé en tant que résultante positive des politiques menées dans d'autres secteurs.

Fonctions essentielles et division du travail

44. Les six fonctions essentielles autour desquelles s'articulait le onzième programme général de travail offrent toujours une base solide pour décrire la nature de l'action de l'OMS. Ces six fonctions sont les suivantes :

1. Jouer un rôle moteur dans les domaines essentiels pour la santé et établir des partenariats lorsqu'une action conjointe est nécessaire ;

2. Établir les priorités de la recherche et encourager la production, l'application et la diffusion de connaissances dignes d'intérêt ;

3. Fixer des normes et des critères, encourager et surveiller leur application ;

4. Définir des politiques conformes à l'éthique et fondées sur des données probantes ;

5. Fournir un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles ;

6. Surveiller la situation sanitaire et évaluer les tendances dans ce domaine.

45. Une gestion efficace suppose toutefois qu'on répartisse clairement les rôles et les responsabilités entre les différents niveaux de l'Organisation, en considérant la façon dont ils se conjuguent et ce qu'ils apportent effectivement. Pour avoir une plus grande portée opérationnelle, les six fonctions essentielles doivent donc être considérées par rapport aux rôles et aux responsabilités aux trois niveaux de l'Organisation.

46. Cette analyse est présentée sous la forme d'une matrice qui lie les six fonctions essentielles portées sur un axe aux trois niveaux de l'Organisation portés sur l'autre axe. Cette manière de définir les liens aide à déterminer les rôles et fonctions primordiaux. Ainsi, pour la cinquième fonction essentielle (apporter un appui technique, se faire l'agent du changement et renforcer durablement les capacités institutionnelles), la matrice montrerait que c'est le bureau de pays qui prend l'initiative (au sein du Secrétariat) pour élaborer et négocier une stratégie de coopération avec le pays, gérer la coopération technique, mettre en œuvre et suivre les engagements, conventions et instruments juridiques internationaux, et intervenir en cas d'urgence ou de crise. Le rôle du bureau régional est de fournir et de coordonner l'appui nécessaire pour ces processus. Le rôle du Siège est de coordonner la mise au point d'orientations institutionnelles pour l'élaboration de la stratégie de coopération avec les pays et de promouvoir les meilleures pratiques en matière de collaboration technique. En revanche, c'est le Siège qui prend l'initiative pour la formulation des normes et des critères techniques, le rôle des bureaux de pays et des bureaux régionaux étant de faciliter leur adaptation lorsqu'elle est nécessaire et de fournir certains des éléments sur lesquels les normes, les critères et les méthodologies sont fondés.

47. La même démarche analytique sera suivie pour définir les rôles et les fonctions au niveau programmatique. Cette évolution est particulièrement importante car elle aura pour effet de formaliser les réseaux de catégories.[1] Ces réseaux informels ont été utilisés comme moyen d'assurer la participation de tous les niveaux de l'Organisation à l'établissement du projet de budget programme 2014-2015.

48. Enfin, à un niveau encore plus détaillé, la matrice servira de modèle pour définir la contribution précise de chaque niveau de l'OMS à chaque produit spécifique prévu dans le budget programme.

La réforme de l'OMS : une réponse stratégique à un environnement en mutation

49. Le début du XXIe siècle a été marqué par une série d'engagements, d'opportunités, d'innovations, de succès, de revers et d'événements inattendus sans précédents dans l'histoire de la santé publique. La vulnérabilité croissante de la santé aux nouvelles menaces découlant de l'interdépendance décuplée des nations et des sphères politiques n'a pas non plus d'égale dans l'histoire. Les forces à l'origine de ces changements sont puissantes, quasi universelles et elles façonneront certainement la santé pour les années à venir. Elles augmentent les contraintes évoquées à la fin du chapitre 1 auxquelles les organisations internationales sont confrontées.

Alignement du financement sur les priorités

50. L'OMS continue à jouer un rôle essentiel en tant que principale autorité technique dans le domaine de la santé mondiale. Mais parallèlement, il est apparu que l'Organisation avait multiplié les engagements et étendu ses activités de manière démesurée, et qu'elle avait besoin d'être réformée. La définition des priorités, en particulier, n'est ni suffisamment sélective ni orientée de manière stratégique. En outre, la plupart des analystes estiment désormais que la crise financière aura des conséquences à long terme et pas seulement dans les pays de l'OCDE qui fournissent une grande part du financement volontaire de l'OMS. De toute évidence, l'Organisation doit réagir de manière stratégique à une nouvelle réalité financière difficile et durable au lieu de gérer une crise à court terme. Un financement durable et prévisible, aligné sur un ensemble de priorités soigneusement définies, convenu par les États Membres, est par conséquent essentiel dans la perspective d'une OMS réformée. Le processus de définition des priorités selon lequel l'ensemble des priorités de haut niveau ont été déterminées est présenté de manière plus approfondie au chapitre suivant.

Efficacité de la gouvernance de l'action sanitaire

51. L'analyse présentée au chapitre 1 souligne aussi la nécessité, pour l'OMS, de jouer un rôle plus efficace dans la gouvernance de l'action sanitaire. Expression concrète de la fonction que lui confère la Constitution d'« agir en tant qu'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international », la gouvernance de l'action sanitaire se compose de plusieurs éléments. Elle englobe le rôle fédérateur de l'Organisation au niveau multilatéral, qui consiste à réunir les pays pour négocier des conventions, des règlements, des résolutions et des stratégies techniques ainsi qu'à appuyer leur mise en œuvre dans les pays. En réponse à la récente multiplication des organismes, des circuits de financement et des systèmes de notification, elle comprend aussi la contribution de l'OMS à une plus grande cohérence et à une meilleure

[1] Les six catégories sont celles adoptées par les États Membres en 2012. Le contenu programmatique est examiné de façon plus détaillée au chapitre 5.

coordination du système de santé mondial. Enfin, elle renvoie au rôle des États Membres en tant que gouverneurs et parties prenantes de l'Organisation.

52. Dans la perspective générale d'une OMS réformée, la gouvernance de l'action sanitaire est une fonction mondiale essentielle à laquelle participent tous les niveaux de l'OMS : au Siège, par les travaux des organes directeurs et les interactions avec d'autres acteurs mondiaux ; au niveau régional, par les interactions avec les organes économiques et politiques régionaux et par le traitement des questions d'importance régionale, infrarégionale ou des autres questions locales transfrontières ; et au niveau des pays, par l'aide apportée à ceux qui cherchent à réformer et à renforcer leur système de santé ainsi qu'à aligner les financements internes et internationaux sur les priorités nationales en matière de santé. Le programme général de travail revient sur la question de la gouvernance de l'action sanitaire au chapitre 4.

Recherche de l'excellence

53. Les éléments de la réforme de l'OMS ayant trait à la gestion cherchent à rendre l'Organisation plus souple et plus flexible pour qu'elle puisse rapidement faire face à l'évolution des besoins en santé à l'échelle mondiale. La perspective fondamentale de la réforme consiste à remplacer les structures de gestion et d'organisation obsolètes pour édifier une organisation plus efficace, efficiente, réactive, objective, transparente et responsable.

54. D'un point de vue structurel, l'objectif est d'améliorer le soutien aux pays, moyennant des bureaux de pays renforcés, responsables et dotés de ressources plus appropriées dans les pays où une présence physique est nécessaire. Lorsque cette présence n'est pas indispensable, le soutien continuera à être fourni par le Siège, et les bureaux régionaux et infrarégionaux. En second lieu, la réforme s'est efforcée de déterminer clairement les rôles et les responsabilités des trois principaux niveaux de l'OMS, cherchant des synergies et un alignement autour de questions politiques et stratégiques communes à toute l'Organisation, ainsi qu'une division claire du travail, avec obligation de rendre compte de l'utilisation des ressources et des résultats obtenus.

55. Au moment où le nouveau programme général de travail débutera, bon nombre des réformes des systèmes de gestion de l'OMS seront en place, notamment les réformes liées aux ressources humaines, à la planification et à la budgétisation fondées sur les résultats, aux contrôles financiers, à la gestion des risques, à l'évaluation et à la communication. Mais la mise en œuvre de ces réformes dans l'ensemble de l'Organisation en vue d'améliorer constamment les résultats restera une priorité pendant la période couverte par le programme général de travail, comme indiqué dans la deuxième partie du chapitre 4.

CHAPITRE 3

DÉFINITION DES PRIORITÉS

56. Lors d'une réunion qui a eu lieu au début de 2012, les États Membres ont adopté les critères suivants pour définir les priorités à l'OMS pendant la période 2014-2019 couverte par le douzième programme général de travail :

- La situation sanitaire actuelle, notamment les tendances et les changements démographiques et épidémiologiques, les problèmes de santé urgents, émergents ou négligés, en tenant compte de la charge de morbidité aux niveaux mondial, régional et/ou des pays.

- Les besoins qu'a chaque pays d'un appui de l'OMS, tels qu'ils sont exprimés dans la stratégie de coopération avec le pays, lorsqu'elle existe, et dans les plans nationaux pour la santé et le développement.

- Les instruments ayant fait l'objet d'un accord international et qui concernent la santé ou ont une incidence sur la santé, tels que les déclarations et accords, ainsi que les résolutions, décisions et autres documents adoptés par les organes directeurs de l'OMS aux niveaux mondial et régional.

- L'existence d'interventions fondées sur des données probantes et économiques, et la possibilité de mettre à profit les connaissances, la science et la technologie pour améliorer la santé.

- L'avantage comparé de l'OMS, à savoir :

  a) la capacité de mettre au point des bases factuelles pour faire face aux problèmes de santé actuels et émergents ;

  b) l'aptitude à contribuer au renforcement des capacités ;

  c) la capacité de répondre à des besoins qui évoluent, sur la base d'une appréciation continue des résultats ;

  d) la possibilité de travailler avec d'autres secteurs, organisations et partenaires afin d'exercer un impact important sur la santé.

Priorités de leadership

57. Les critères convenus au début de 2012 ont servi de point de départ pour définir les six priorités de leadership proposées ci-après. La première étape du processus a consisté à examiner à la lumière de ces critères le contexte dans lequel intervient l'OMS, comme indiqué au chapitre 1, plus particulièrement du point de vue de son avantage comparé.

58. Les priorités de leadership permettent de préciser l'orientation des activités de l'OMS. Elles se rattachent au rôle de l'Organisation en matière de gouvernance de l'action sanitaire et font ressortir les domaines dans lesquels on a le plus besoin de son action de sensibilisation et de son autorité technique pour la santé mondiale. Ce sont les domaines dans lesquels l'OMS cherchera à structurer

le débat mondial, à obtenir l'engagement des pays et à fixer sa façon d'agir – en intégrant les efforts de tous les niveaux de l'Organisation et entre les différents niveaux.

59. Ces priorités ne reflètent pas la structure plus formelle de la chaîne des résultats, car elles ont été choisies comme domaines dans lesquels le rôle de chef de file de l'OMS est la principale considération. De la même façon que celles fixées par un nouveau gouvernement, elles définissent les questions et les sujets qui occupent la première place dans l'ensemble de l'activité de l'OMS.

60. La chaîne des résultats sera le principal outil pour suivre et évaluer l'action de l'OMS. L'efficacité avec laquelle l'Organisation s'acquitte des priorités de leadership sera elle aussi évaluée. Le chapitre 5 passe en revue le cadre de suivi et d'évaluation de l'OMS, de même que ses liens avec la chaîne des résultats et le cadre qui organise les activités de l'OMS dans le budget programme. Les choix concernant les différentes priorités de leadership sont examinés dans les sections qui suivent.

Encadré 2. Priorités de leadership 2014-2019

Faire progresser la couverture sanitaire universelle : permettre aux pays de maintenir ou d'élargir l'accès aux services de santé essentiels et à la protection financière, et promouvoir la couverture sanitaire universelle en tant que concept unificateur de l'action sanitaire mondiale.

Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : s'attaquer au travail inachevé et aux défis à venir, accélérer la réalisation des OMD actuels liés à la santé d'ici à 2015 et au-delà. Dans cette priorité est inclus l'achèvement de l'éradication de la poliomyélite et de certaines maladies tropicales négligées.

Relever le défi des maladies non transmissibles, de la santé mentale, de la violence et des traumatismes, et des handicaps.

Appliquer les dispositions du **Règlement sanitaire international :** veiller à ce que tous les pays puissent satisfaire aux prescriptions en matière de capacités prévues par le Règlement sanitaire international (2005).

Améliorer l'accès à des **produits médicaux** essentiels, de grande qualité et abordables (médicaments, vaccins, produits diagnostiques et autres technologies sanitaires).

Agir sur les **déterminants sociaux, économiques et environnementaux** de la santé en tant que moyen de réduire les inégalités en santé au sein des pays et entre ceux-ci.

61. Dans le reste de ce chapitre, les six priorités de leadership sont examinées à tour de rôle. Conformément à l'objectif global du programme général de travail, il s'agit de justifier le choix de ces priorités et d'indiquer la perspective de l'OMS et l'orientation qu'elle doit se donner pendant les six prochaines années.

Faire progresser la couverture sanitaire universelle

62. La couverture sanitaire universelle est une des idées-forces de la santé publique. Elle associe deux éléments fondamentaux : l'accès aux services nécessaires pour être en bonne santé (promotion, prévention, soins et réadaptation, et services axés sur les déterminants de la santé) et la protection financière qui évite qu'une mauvaise santé n'entraîne la pauvreté. Elle offre par conséquent un concept rassembleur pour guider l'action sanitaire et le développement et pour parvenir à une plus grande équité en santé dans les années à venir. C'est un domaine dans lequel le leadership à la fois technique et politique de l'OMS sera déterminant pour faire des progrès.

63. La couverture sanitaire universelle est conçue non comme un ensemble minimum de services, mais comme un processus actif de prise de conscience progressive selon lequel les pays améliorent pas à pas l'accès aux services curatifs et préventifs tout en protégeant un nombre croissant de personnes des conséquences financières catastrophiques d'une maladie.

64. Donner à chacun la possibilité de bénéficier de services de santé complets et de grande qualité par la couverture et l'accès universels constitue un moyen d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires. C'est aussi un but souhaitable en soi – l'assurance pour chacun d'avoir accès à un système de santé capable de prévenir et de traiter les maladies de manière efficace et à un prix abordable, à domicile, dans la communauté et, le cas échéant, après orientation vers un centre de soins ou un hôpital. Pareille démarche éviterait que 100 millions de personnes ne sombrent chaque année dans la pauvreté en raison du coût des services de santé dont elles ont besoin (comme c'est le cas aujourd'hui). La couverture sanitaire universelle est importante pour réduire la pauvreté et promouvoir la stabilité et la sécurité. La déclaration adoptée à l'issue de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20)[1] à une fois de plus souligné les liens entre la couverture sanitaire universelle et les piliers social, environnemental et économique du développement durable.

65. La couverture sanitaire universelle est un processus dynamique. Il ne s'agit pas d'offrir un ensemble fixe de prestations minimales, mais de faire des progrès sur plusieurs fronts : l'éventail des services dont les populations peuvent disposer ; la proportion du coût de ces services qui est prise en charge ; et la proportion de la population qui en bénéficie. Peu de pays parviennent à la situation idéale, mais tous – riches ou pauvres – peuvent faire des progrès. Elle intéresse donc l'ensemble des pays et peut constituer un objectif universel.

66. Ce point est particulièrement important pour définir une nouvelle génération d'objectifs de développement. La couverture sanitaire universelle est étroitement liée au développement durable ; elle offre un moyen de préserver les acquis et de protéger, après 2015, les investissements consentis dans l'ensemble actuel des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé, et peut répondre aux préoccupations liées à la fois aux maladies transmissibles et aux maladies non transmissibles. Pour que la couverture universelle ait un sens, il faut que les populations aient accès à tous les services dont elles ont besoin, y compris les services liés aux maladies non transmissibles, à la santé mentale, aux maladies infectieuses et à la santé génésique.

67. En tant que priorité de leadership pour les six années à venir, la couverture sanitaire universelle est l'expression concrète du souci d'équité et de justice sociale de l'OMS, et elle contribue à renforcer les liens entre santé, protection sociale et politique économique. Concrètement, l'OMS s'attachera à répondre à la forte demande émanant de pays de toutes les parties du monde qui sollicitent des conseils pratiques sur la manière de faire avancer les choses compte tenu de leur propre situation. La couverture sanitaire universelle donnera aussi une orientation claire aux travaux de l'OMS sur le renforcement des systèmes de santé.

---

[1] *« Nous estimons également qu'il importe d'assurer la couverture universelle des soins de santé pour améliorer la santé et pour promouvoir la cohésion sociale et un développement humain et économique durable. Nous nous engageons à renforcer les systèmes de santé en vue d'assurer une couverture universelle équitable. Nous invitons tous les acteurs concernés à participer à une action multisectorielle concertée en vue de répondre d'urgence aux problèmes de santé de la population dans le monde. »*. Voir la résolution 66/288 de l'Assemblée générale des Nations Unies, paragraphe 139.

68. L'OMS mettra l'accent sur l'intégration des services de santé, reflétant l'aspiration à des services davantage centrés sur la personne, à l'efficacité et à la rentabilité, et sur un changement d'orientation générale des programmes, qui seront dorénavant moins axés sur des questions et des maladies déterminées. L'OMS répondra à la nécessité d'intégrer une gamme complète de soins, depuis la prévention primaire jusqu'à la réadaptation, en passant par la prise en charge active. Le resserrement des liens entre les soins médicaux, sociaux et les soins à long terme a des retombées positives sur la prise en charge des maladies non transmissibles, la santé de la mère et de l'enfant, et la santé des populations vieillissantes.

69. Éléments essentiels de l'élargissement de la couverture sanitaire universelle, les travaux sur la collecte, l'analyse et l'utilisation des données sanitaires – y compris le renforcement des systèmes d'information nationaux – seront poursuivis en tant que condition préalable à la prise de décisions en matière d'investissement, à l'amélioration de l'efficacité et à la responsabilisation. Une attention particulière sera accordée à l'instauration de systèmes d'enregistrement des faits d'état civil dans les pays où ils n'existent pas encore. De même, le manque criant de personnel de santé, un éventail de compétences insuffisant et la répartition géographique inégale des ressources humaines sont des obstacles majeurs à la couverture sanitaire universelle et à l'obtention de meilleurs résultats sanitaires. Résoudre ces problèmes en suscitant une plus grande prise de conscience, en proposant des analyses et des stratégies afin d'améliorer les conditions d'emploi, la formation et la rémunération des personnels de santé restera une priorité.

70. En dernier lieu, la couverture sanitaire universelle donne une orientation et offre un aboutissement aux travaux de l'OMS sur les politiques, les stratégies et les plans de santé nationaux. En s'appuyant sur les travaux du Partenariat international pour la santé (IHP+), l'OMS exploitera l'avantage comparé que lui donne son pouvoir fédérateur en facilitant la participation de tous les grands acteurs au renforcement des politiques et des systèmes de santé au niveau national. Ainsi, son rôle, qui consistait à mettre en œuvre des projets fractionnés à petite échelle, a fondamentalement changé et permet désormais de garantir que tous les éléments constitutifs des systèmes de santé comme les ressources humaines et le financement font partie d'une stratégie d'ensemble cohérente. En outre, l'OMS apportera son soutien aux autorités nationales pour garantir que les contributions des partenaires extérieurs et le financement interne sont alignés sur les objectifs définis au niveau national. Le dialogue politique impliquera de plus en plus fréquemment des acteurs du secteur privé, de la société civile et des organisations non gouvernementales, et s'étendra à d'autres secteurs pour faire en sorte que les déterminants sociaux les plus importants soient pris en compte.

Objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé : le travail inachevé et les défis à venir

71. Plus d'une décennie après l'adoption par les dirigeants mondiaux des objectifs du Millénaire pour le développement et de leurs cibles, des progrès notables ont été faits dans la réduction de la mortalité de l'enfant et de la mère, l'amélioration de la nutrition, la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à l'infection à VIH, à la tuberculose et au paludisme, et l'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Dans les pays où les taux de mortalité sont les plus élevés, les progrès se sont accélérés au cours des dernières années. La poliomyélite, l'une des principales causes de mortalité et de handicap chez l'enfant, est en passe d'être éradiquée.

72. Néanmoins, il reste beaucoup à faire, en intensifiant l'action collective et en élargissant, au-delà de 2015, les approches concluantes pour préserver les acquis obtenus à ce jour et parvenir à une répartition plus équitable des avancées entre les pays, les populations et les programmes. De fait, il faudra encore attendre quelque temps après 2015 avant de pouvoir pleinement apprécier la réalisation de l'ensemble des objectifs actuels. Il faut donc continuer à progresser par rapport aux objectifs actuels ; à soutenir les efforts nationaux moyennant le travail de sensibilisation indispensable pour pérenniser l'engagement politique et l'appui financier requis ; et, ce qui est essentiel, à maintenir à leur niveau les investissements consacrés aux systèmes nationaux et internationaux qui permettent d'assurer le suivi des résultats et des ressources engagées.

73. Le programme inachevé que constituent les objectifs du Millénaire pour le développement est une priorité stratégique pour l'OMS pour plusieurs raisons. Alors que débute le débat sur la prochaine génération d'objectifs, la première série de consultations montre clairement qu'il faut tirer les enseignements de l'expérience faite avec les objectifs actuels. Ce débat intense sur la manière de définir la prochaine génération d'objectifs pour l'après-2015, engagé en 2012, ne s'achèvera qu'au cours des premières années du présent programme général de travail. Les pays – quel que soit leur niveau de revenu – ont toutefois insisté pour que le débat sur les nouveaux objectifs ne mette pas en péril les efforts actuels.

74. En second lieu, les travaux sur les objectifs liés à la santé sont l'un des principaux moyens pour l'OMS de contribuer à la réduction de la pauvreté et à un monde plus équitable. C'est pour cette raison que l'élimination ou l'éradication de certaines maladies tropicales négligées fait partie de cette priorité, étant donné qu'elles sont une cause importante de handicap et de perte de productivité dans certaines des populations les plus défavorisées au monde.[1]

75. En troisième lieu, le programme des objectifs du Millénaire pour le développement rassemble sous une priorité unique plusieurs aspects de l'activité de l'OMS : en particulier le besoin de construire des systèmes de santé solides et des établissements de santé efficaces, non seulement comme une fin en soi, mais aussi en tant que moyen de parvenir à des résultats durables et équitables en matière de santé.

76. L'ébauche de cette perspective pour les six prochaines années laisse aussi apparaître des priorités spécifiques. Il s'agit notamment d'achever l'éradication du poliovirus sauvage et de mettre en place tous les éléments nécessaires à la phase finale contre la maladie. Au fur et à mesure que les activités de lutte contre le VIH et le sida passent de l'action d'urgence à un modèle durable de prestation de services à long terme, l'OMS mettra l'accent sur la mise au point de schémas thérapeutiques simplifiés. Dans le domaine de la lutte contre la tuberculose, un meilleur accès au traitement de première intention dans tous les pays durement touchés par la maladie reste indispensable pour prévenir une aggravation de la résistance aux médicaments. Pour ce qui est du paludisme, la carte se réduit mais les personnes les plus à risque deviennent plus difficiles à atteindre et la prestation des services plus coûteuse. D'où l'importance croissante d'un traitement reposant sur un diagnostic rapide de grande qualité. En outre, l'OMS prendra les devants en offrant des conseils normatifs lorsqu'un vaccin efficace sera disponible. Les vaccins sont l'instrument le plus rentable dont on dispose pour réduire les décès chez l'enfant (et de plus en plus chez l'adulte). Le programme général de travail s'inscrit dans le droit fil de la Décennie des Vaccins, en veillant en particulier à ce que la vaccination soit un point d'accès à d'autres services de santé publique.

---

[1] Les priorités sont définies plus précisément dans la feuille de route sur les maladies tropicales négligées, *Accelerating work to overcome the global impact of neglected tropical diseases: a roadmap for implementation.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (document WHO/HTM/NTD/2012.1).

77. La réduction de la mortalité de la mère, de l'enfant et du nouveau-né occupera une place essentielle dans les efforts visant à promouvoir la santé et le bien-être tout au long de l'existence, du stade de la conception à celui de la vieillesse. Parmi les priorités spécifiques figurent la planification familiale, le développement du jeune enfant, la santé de l'adolescent et les interventions au cours des 24 heures qui entourent l'accouchement (prise en charge du travail, administration d'ocytocine après l'accouchement, réanimation du nouveau-né et mise au sein rapide).

78. La manière dont les objectifs mondiaux sont définis influe sur la façon dont le monde perçoit le développement, tel est l'un des enseignements tirés des objectifs du Millénaire pour le développement. En conséquence, les objectifs façonnent les programmes politiques et influencent les transferts de ressources. Pour ces raisons, l'OMS veillera tout particulièrement à défendre la place de la santé dans le programme de développement pour l'après-2015. Bien que divers courants de pensée s'expriment à ce sujet, il ne fait guère de doute que la santé contribue directement à réduire la pauvreté, qu'elle bénéficie de l'amélioration des politiques environnementales et offre un moyen fiable de mesurer les progrès réalisés en ce qui concerne les trois piliers du développement durable. La difficulté consiste à élaborer un projet descriptif qui englobe un programme d'action sanitaire plus large (faisant place en particulier aux maladies non transmissibles et aux systèmes de santé) et à éviter la concurrence entre différents intérêts sectoriels.

Relever le défi des maladies non transmissibles et de la santé mentale, de la violence, du traumatisme et du handicap

79. La raison d'être de cette priorité de leadership est de plus en plus manifeste, compte tenu de l'ampleur du problème, de la demande des pays et de l'existence d'un mandat clair convenu au niveau international.

80. La charge de plus en plus importante des maladies non transmissibles, y compris les handicaps, les conséquences de la violence et les traumatismes, aura des effets catastrophiques sur la santé des individus, des familles et des communautés, et elle menace de saturer les systèmes de santé. Considérée par le Forum économique mondial comme l'un des plus grands risques à l'échelle mondiale, l'inaction à court terme face aux maladies non transmissibles entraînera inexorablement des pertes de production considérables. L'impact économique global est à la mesure des conséquences financières pour les systèmes de santé. Dans certains pays, les soins aux diabétiques peuvent déjà absorber à eux seuls jusqu'à 15 % des dépenses totales de santé. Toutefois, une somme de l'ordre de US $11 milliards, dépensée aujourd'hui pour des interventions d'un bon rapport coût/efficacité, peut éviter des pertes économiques se chiffrant à plus de US $47 000 milliards à l'échelle mondiale d'ici à 2030. En bref, les mesures prises maintenant peuvent apporter la preuve qu'une meilleure santé peut contribuer de manière significative à la réduction de la pauvreté et au développement économique.

81. Chaque année, les actes de violence et les traumatismes non intentionnels entraînent plus de 5 millions de décès. Un quart de ces décès sont dus à un suicide ou un homicide et un autre quart aux accidents de la circulation. L'Assemblée générale des Nations Unies a proclamé la décennie 2011-2020, Décennie d'action pour la sécurité routière. Les chutes, les noyades, les brûlures et les intoxications sont d'autres causes importantes de décès.

82. On compte plus d'un milliard de personnes handicapées dans le monde, ce qui correspond à 15 % de la population mondiale. La prévalence des handicaps augmente avec le vieillissement de la population et le nombre croissant d'affections chroniques. Partout dans le monde, les personnes

handicapées se heurtent à de nombreux obstacles, jouissent d'une moins bonne santé et, souvent, ne bénéficient pas des soins dont elles ont besoin.

83. Élargir les interventions concernant les maladies non transmissibles est un programme d'envergure mondiale. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la prévalence des maladies non transmissibles et des troubles mentaux s'accroît non seulement chez les personnes âgées, dont le nombre augmente, mais aussi dans la tranche d'âge la plus productive. La tendance est particulièrement marquée en Afrique, où, d'ici à 2030, la charge que représentent les maladies non transmissibles devrait dépasser celle des maladies transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles prises ensemble pour devenir la première cause de mortalité.

84. Au cours des six prochaines années, l'OMS s'attachera avant tout à combattre les quatre plus grandes maladies non transmissibles[1] et leurs principaux facteurs de risque.[2] L'approche que suivront les États Membres, d'autres partenaires et le Secrétariat de l'OMS est présentée dans le plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020.

85. Dans le cadre de ce plan, la priorité pour l'OMS consiste à passer de la sensibilisation à l'action multisectorielle au cours des six prochaines années. Pour une lutte plus efficace, on mettra l'accent sur la prévention, mais l'appui technique insistera aussi sur le dépistage précoce des maladies, l'amélioration de l'accès à des produits pharmaceutiques plus abordables, l'atténuation des souffrances des personnes atteintes de maladies chroniques, la mise au point de nouveaux produits et technologies adaptés à une utilisation dans les régions où les ressources sont limitées, et la simplification des schémas thérapeutiques qui doivent être administrés dans le cadre des soins de santé primaires.

86. Pour ce qui est de la santé mentale, le Secrétariat axera ses activités sur l'information et la surveillance ; l'enrichissement de la base de connaissances sur les interventions en matière de santé mentale ; l'appui aux États Membres pour l'élaboration de politiques, de stratégies et d'instruments juridiques, avec un accent particulier sur la protection des droits ; le développement et l'intégration des services de santé mentale dans le cadre des soins de santé primaires ; et l'offre d'un soutien psychologique et psychosocial dans les situations d'urgence humanitaire.

87. Dans le domaine de la violence et des traumatismes non intentionnels, le Secrétariat s'attachera à élargir la base de données factuelles en faveur de la prévention et renforcera l'appui aux États Membres concernant le suivi de ces problèmes et des solutions qui y sont apportées, ainsi que le renforcement des capacités ; l'élaboration des politiques et la planification ; la sensibilisation ; la programmation de la prévention et la fourniture de services, y compris en traumatologie. En matière de handicap, l'OMS intensifiera ses activités en vue d'améliorer les données disponibles, renforcera les systèmes de santé pour offrir des technologies de réadaptation et d'assistance, et cherchera à promouvoir la réadaptation en milieu communautaire, conformément au plan d'action de l'Organisation sur les incapacités, à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement ainsi qu'aux autres objectifs du développement adoptés au plan international en faveur des personnes handicapées.

[1] Maladies cardio-vasculaires, cancer, pneumopathies chroniques et diabète.

[2] Tabagisme, mauvaise alimentation, sédentarité et usage nocif de l'alcool.

88. Il n'en demeure pas moins, cependant, que le secteur de la santé ne peut à lui seul faire des progrès réels pour toutes les maladies non transmissibles. Bien qu'il en aille de même pour de nombreuses affections, une analyse des causes et des déterminants des maladies non transmissibles montre qu'un éventail particulièrement large et complexe de déterminants étroitement liés les uns aux autres entre en jeu. Parmi ceux-ci figure l'exposition aux toxines environnementales, l'alimentation, le tabagisme, la consommation excessive de sel et d'alcool et les modes de vie de plus en plus sédentaires, qui à leur tour dépendent du revenu, du logement, de l'emploi, des transports, des politiques dans les domaines de l'agriculture et de l'éducation, elles-mêmes influencées par les modalités du commerce international, les finances, la publicité, la culture et les communications.

89. Il est possible d'identifier les leviers politiques liés à tous ces facteurs pris individuellement, mais orchestrer une réponse cohérente d'une société à l'autre reste l'un des paris les plus difficiles de l'action sanitaire mondiale et constitue par conséquent une priorité de leadership pour l'OMS. Pour obtenir des résultats, il faudra mener une action multisectorielle coordonnée aux niveaux mondial, régional, national et local.

90. Le rôle de l'OMS est bien illustré par le fait que les États Membres participant à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2011 lui ont demandé de mettre au point un cadre mondial global de suivi et de formuler des recommandations en vue de définir des cibles volontaires à l'échelle mondiale ; de présenter des options pour renforcer et faciliter l'action multisectorielle, y compris au moyen d'un partenariat efficace ; et de jouer un rôle de chef de file et de coordonnateur pour promouvoir l'action mondiale en rapport avec les travaux des fonds, programmes et organismes des Nations Unies.

91. L'action que l'OMS devra mener dans ce domaine sollicitera beaucoup ses compétences normatives et ses compétences en matière de renforcement des capacités ; elle est étroitement liée à son action concernant les déterminants sociaux, en particulier pour ce qui est de la nutrition (voir plus loin) et, point peut-être plus important encore, elle témoigne particulièrement bien du rôle grandissant de l'OMS dans la gouvernance de l'action sanitaire, à tous les niveaux de l'Organisation.

Appliquer les dispositions du Règlement sanitaire international (2005)

92. L'OMS joue un rôle directeur dans la mise en place des systèmes qui constituent la principale défense au niveau mondial contre les événements inattendus d'origine microbienne.

93. Ces événements sont de plus en plus divers, en particulier ceux dus à des zoonoses (l'interface entre hommes et animaux étant désormais source de 75 % des nouvelles maladies). La protection repose toujours sur les systèmes et programmes qui permettent de rassembler des informations en temps réel sur les maladies émergentes et à potentiel épidémique, de vérifier les rumeurs, de lancer des alertes précoces et d'organiser une riposte internationale immédiate pour contenir la menace à sa source. Le Règlement sanitaire international (2005) est l'instrument juridique clé pour parvenir à la sécurité collective. Néanmoins, dans le rapport qu'il a publié en 2011 sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) eu égard à la pandémie de grippe A (H1N1) 2009, le Comité d'examen du RSI a conclu que le monde était mal préparé pour faire face à une grave pandémie de grippe ou à toute autre urgence de santé publique mondiale prolongée et constituant une menace.

94. Le Règlement sanitaire international (2005) comme d'autres instruments tels que le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique portent sur les menaces pour la santé publique. Toutefois, le fait d'accorder la priorité à la mise en œuvre de leurs dispositions aura un impact plus large. Cette approche est conforme à l'évolution évoquée au chapitre 1 en faveur d'une conception plus globale de la gestion des risques associés aux urgences qui allie à la fois prévention, réduction des risques liés aux situations d'urgence, préparation, surveillance, intervention et relèvement, et qui permet ainsi

de réduire la mortalité, la morbidité ainsi que les troubles sociaux et les conséquences économiques que peuvent entraîner les épidémies, les catastrophes naturelles, les conflits, les urgences d'origine environnementale ou alimentaire.

95. La priorité accordée à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005) se justifie aussi par le fait que les pays et les communautés qui ont investi dans la réduction des risques, la préparation et la gestion des situations d'urgence résistent mieux aux catastrophes et tendent à réagir plus efficacement, quelle que soit la cause de la menace. Toutefois, de profondes disparités demeurent entre les capacités des États Membres à se préparer et à faire face aux menaces aiguës ou de plus longue durée.

96. Concrètement, le Secrétariat fournira l'appui dont les pays ont besoin pour mettre en place les principales capacités requises par l'annexe 1 du Règlement sanitaire international (2005) avant la date butoir de 2016, qu'il s'agisse de la législation, de la politique et du financement au niveau national, de la coordination et de la communication au niveau du point focal national, de la surveillance, de l'intervention, de la préparation, de la communication sur les risques, des ressources humaines ou des laboratoires. L'OMS soutiendra les pays dans leurs efforts et rendra compte des progrès accomplis. En outre, elle renforcera ses propres systèmes et réseaux pour garantir une intervention rapide et coordonnée lors des futures urgences de santé publique. Elle continuera ainsi à développer, en veillant à leur intégrité, les systèmes de recommandations, de gestion de l'information et de communication qui sont nécessaires aux niveaux mondial, régional et national pour détecter, vérifier, évaluer les événements de santé publique aigus à mesure qu'ils se produisent et coordonner la riposte.

Améliorer l'accès à des produits médicaux essentiels de grande qualité, efficaces et abordables

97. Les nouvelles technologies sont riches de promesses : elles peuvent rendre les professionnels de la santé plus efficaces, les établissements de soins plus efficients et les populations davantage conscientes des risques et des ressources qui peuvent avoir une incidence sur leur santé. Pour arriver à satisfaire les besoins sanitaires les plus urgents dans le monde, il faut de nouveaux médicaments, vaccins et produits diagnostiques. Parallèlement, les technologies les plus récentes et les meilleures sont de plus en plus demandées, ce qui contribue à la montée en flèche des coûts. Il est impossible de juger de la valeur d'une technologie sanitaire indépendamment du système de santé dans lequel elle est utilisée. Les dossiers médicaux électroniques peuvent améliorer la qualité des soins, si toutes les conditions sont prises pour garantir leur confidentialité. Le progrès scientifique, la déontologie et une réglementation efficace doivent aller de pair pour que le développement technologique serve, dans les règles de l'éthique, à satisfaire les besoins sanitaires des populations démunies.

98. L'équité en santé publique dépend notamment de l'accès aux technologies médicales essentielles, qui doivent être de grande qualité et financièrement abordables, qu'il s'agisse des médicaments, vaccins, produits de diagnostic ou d'autres procédures et systèmes. Améliorer l'accès à ces produits est par conséquent une priorité stratégique pour la période couverte par le douzième programme général de travail.

99. Partout, des prix abordables allègent les dépenses de santé, mais ils sont d'une importance particulière dans les pays en développement, où trop de personnes encore doivent payer de leur poche les frais médicaux. L'augmentation de la charge des maladies non transmissibles rend plus crucial encore l'accès à des médicaments d'un prix abordable, les malades ayant parfois besoin d'un traitement à vie. En outre, l'accès aux médicaments essentiels dès les premiers stades de la maladie peut permettre d'éviter des conséquences plus graves et des coûts plus élevés à un stade ultérieur.

100. Il est évident qu'il faut améliorer l'accès aux produits médicaux pour instaurer la couverture sanitaire universelle. Une plus grande efficacité et moins de gaspillage sont des composantes importantes de la politique de financement de la santé. Les stratégies visant à améliorer l'accès doivent aussi être liées à la sécurité et à l'assurance de la qualité de tous les produits médicaux, y compris aux travaux menés dans le domaine de la santé et dans d'autres secteurs pour prévenir l'aggravation de la résistance aux antimicrobiens.

101. En pratique, l'OMS continuera à promouvoir un système d'achat et une prescription rationnels qui privilégient les génériques au détriment des marques originales. Elle poursuivra son travail normatif concernant les nomenclatures, les bonnes pratiques de fabrication, la normalisation biologique, la spécification des produits et le choix des médicaments essentiels, des produits diagnostiques et des autres technologies sanitaires. Elle encouragera la recherche-développement de produits médicaux dont les pays à faible revenu ont besoin et poursuivra la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle. Elle continuera à faciliter les négociations engagées en vue d'instaurer des mécanismes de lutte contre les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/ contrefaits.

102. L'innovation aura aussi une place dans les activités futures pour la mise au point de technologies sanitaires d'un prix abordable, d'une part, pour la santé de la mère et de l'enfant et, d'autre part, pour les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques afin de les aider à conserver leur indépendance et à surmonter leur handicap. L'un des axes transversaux consistera à créer les conditions propices à une plus grande autonomie, en particulier dans les pays de la Région africaine. Lorsque la production locale offre de réelles possibilités de rendre les produits plus accessibles et plus abordables, l'OMS encouragera le transfert de technologie. Il existe déjà des réseaux régionaux de recherche-développement et d'innovation. Dans de nombreux pays, le maillon faible est donc le potentiel national de réglementation. Le développement et le soutien des autorités de réglementation régionales ou nationales seront des priorités de premier ordre dans les activités de l'OMS, afin que, progressivement, ces autorités dépendent moins des programmes mondiaux de présélection et que l'entrée sur le marché des fabricants de pays en développement soit facilitée.

Agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé en tant que moyen de réduire les inégalités en santé au sein des pays et entre ceux-ci

103. Les travaux sur les déterminants économiques, environnementaux et sociaux de la santé ne sont pas nouveaux à l'OMS. Leur origine remonte à la Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. De même, la décision de l'OMS de lutter contre le tabagisme par l'intermédiaire de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac illustre cette démarche qui consiste à s'attaquer à l'un des déterminants les plus meurtriers de la santé et de l'incapacité, et pas seulement à ses conséquences biomédicales. La Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, tenue en septembre 2011, la Commission des Déterminants sociaux de la Santé et la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, tenue à Rio en octobre 2011,[1] ont donné à ce domaine de travail une importance et un élan nouveaux.

[1] La Déclaration politique de la Conférence mondiale a défini cinq domaines d'action dans lesquels il est demandé à l'OMS de soutenir les États Membres : 1) une gouvernance améliorée pour la santé et le développement ; 2) la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques ; 3) la réorientation du secteur de la santé pour promouvoir la santé et réduire les inégalités en santé ; 4) le renforcement de la gouvernance et de la collaboration mondiales ; et 5) le suivi des progrès et l'amélioration de la responsabilisation.

104. Les déterminants sociaux de la santé constituent une approche et reflètent un mode de pensée qui suppose de reconnaître expressément la large gamme des déterminants sociaux, économiques et autres associés à un mauvais état de santé et aux inégalités en matière de résultats sanitaires. L'objectif est d'améliorer les résultats sanitaires et d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé. Une plus large application de cette approche – dans l'esprit du titre du projet de douzième programme général de travail et dans différents pans de l'OMS – est par conséquent une priorité stratégique de plein droit pour les six prochaines années.

105. Cette priorité a plusieurs conséquences pratiques, dont la nécessité de renforcer les capacités et les instruments de cohérence politique pour intégrer l'approche axée sur les déterminants sociaux au sein du Secrétariat et dans les États Membres. En outre, une large gamme d'activités techniques porteront sur les déterminants de la santé et viseront à promouvoir l'équité. Il s'agit notamment des activités couvrant la protection sociale, la préparation aux catastrophes, la définition de critères relatifs aux risques environnementaux, le changement climatique, la politique en matière d'énergie et de transports, la sécurité sanitaire des aliments, la nutrition, l'accès à une eau propre, l'assainissement et de bien d'autres activités encore. De plus, une grande partie des activités concernant les maladies non transmissibles reposent sur l'idée que la santé – et la réduction de l'exposition aux principaux facteurs de risque et déterminants – est une résultante des politiques menées dans différents autres secteurs et l'expression concrète d'une approche de la santé faisant appel à l'ensemble des pouvoirs publics et de la société. De même, certains produits contribuent à rendre l'accès aux soins et les résultats sanitaires plus équitables, en particulier dans les domaines du développement du jeune enfant, de l'organisation des services de santé ainsi que de la collecte et de la diffusion des données sanitaires. Les produits qui, dans chaque partie du budget programme, se rapportent à des déterminants sociaux ou autres de la santé, seront mis en évidence pour montrer le champ qu'ils couvrent.

106. Le concept d'approche axée sur les déterminants sociaux de la santé, tel qu'il est présenté dans la Déclaration politique de Rio, suppose une meilleure gouvernance de la santé – à la fois au sein des gouvernements et pour ce qui est des acteurs de plus en plus nombreux qui interviennent dans le domaine de la santé – que l'on désignera généralement sous le nom de gouvernance de l'action sanitaire. Aussi bien, cette approche incite à promouvoir la gouvernance dans d'autres secteurs d'une manière positive pour la santé humaine, et l'on parlera alors de gouvernance pour la santé. Cette dernière perspective est parfaitement illustrée par l'approche faisant appel à l'ensemble de la société pour les maladies non transmissibles, ainsi que dans une déclaration de 2010 des ministres des affaires étrangères des sept pays participant à l'Initiative Politique étrangère et santé mondiale :[1] « Les domaines de la politique étrangère comme la sécurité et la consolidation de la paix, l'action humanitaire, le développement économique et social, les droits de l'homme et le commerce [ont] une grande influence sur les résultats sanitaires ».[2] La gouvernance de l'action sanitaire est abordée de manière plus approfondie dans le chapitre qui suit.

[1] Afrique du Sud, Brésil, France, Indonésie, Norvège, Sénégal et Thaïlande.

[2] Déclaration ministérielle d'Oslo (2007).

CHAPITRE 4

GOUVERNANCE ET GESTION

107. Le présent chapitre aborde deux priorités liées à deux des trois composantes de la réforme de l'OMS.

> *Renforcer le rôle de gouvernance de l'OMS :* une plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale, l'OMS jouant un rôle de direction et de coordination qui permet à différents acteurs de contribuer plus efficacement à améliorer l'état de santé de tous les peuples.
>
> *Réformer les politiques, les systèmes et les pratiques gestionnaires :* une organisation qui aspire à l'excellence, qui soit efficace, efficiente, réactive, objective, transparente et ait l'obligation de rendre des comptes.

Le rôle de l'OMS dans la gouvernance de l'action sanitaire mondiale

108. Le chapitre 1 a souligné plusieurs des défis à relever en matière de gouvernance de l'action sanitaire mondiale. Pour résumer :

- le nombre des questions liées à la santé pour lesquelles un accord nécessite de prudentes négociations pour trouver un équilibre entre intérêts techniques et intérêts politiques n'a cessé de croître ;
- l'éventail des acteurs participant aux défis en matière de santé mondiale sous la coordination et la direction de l'OMS est de plus en plus large ;
- on s'attache de plus en plus à ce que la gouvernance dans d'autres secteurs et arènes politiques évite les compromissions et ait, dans l'idéal, un impact positif sur la santé.

109. Pour ce qui est de ce dernier point, la section ci-dessus sur les déterminants sociaux distingue la gouvernance de la santé, qui est une fonction de coordination, de direction et de cohérence interne essentiellement, de la gouvernance dans d'autres secteurs dans l'intérêt de la santé, fonction de sensibilisation qui intègre l'approche faisant intervenir l'ensemble du gouvernement/de la société pour améliorer la santé. L'OMS doit maîtriser ces deux aspects. En dernier lieu, il importe de reconnaître que le rôle de l'OMS dans la gouvernance de l'action sanitaire mondiale s'exprime non seulement au Siège, mais de plus en plus au niveau régional et au niveau des pays.

110. Les réformes abordent la gouvernance de la santé à la fois dans la perspective des organes directeurs de l'OMS et du rôle que joue l'OMS dans la coordination des autres acteurs de la santé, ainsi que dans la perspective du rôle de l'OMS dans la gouvernance pour la santé.

Réforme des organes directeurs

111. Les objectifs des réformes des organes directeurs s'appuient sur le constat selon lequel, bien que la gouvernance de l'OMS par les États Membres ait été judicieuse par le passé, l'évolution de la situation, les nouvelles demandes et le nombre toujours plus grand d'acteurs dans le domaine de la santé mondiale nécessitent des changements dans la manière dont l'Organisation elle-même est régie. Pour l'Assemblée mondiale de la Santé, le Conseil exécutif et les comités régionaux, l'objectif est d'encourager une approche plus stratégique et plus disciplinée de la définition des priorités, d'améliorer la supervision stratégique des aspects programmatiques et financiers de l'Organisation,

d'harmoniser et d'aligner les processus de gouvernance dans l'ensemble de l'Organisation, et d'améliorer l'efficacité et l'intégration du processus de consensus intergouvernemental en renforçant les méthodes de travail des organes directeurs.

112. Pour le Conseil exécutif, les travaux seront axés sur le renforcement de son rôle exécutif et stratégique et de son rôle de supervision, et sur la rationalisation de ses méthodes de travail. Pour l'Assemblée de la Santé, une orientation plus stratégique contribuera à garantir que les résolutions permettent une meilleure définition des priorités. Les travaux des comités régionaux seront plus étroitement liés à la gouvernance mondiale de l'OMS, en particulier aux travaux du Conseil exécutif, et les meilleures pratiques seront normalisées entre les différentes Régions. Pour compléter ces changements, le Secrétariat améliorera l'appui qu'il apporte aux fonctions de gouvernance de l'OMS, notamment en informant les nouveaux membres et en fournissant des documents d'une qualité encore meilleure en temps voulu.

113. En conséquence de l'intérêt politique croissant pour la santé, de la reconnaissance du lien entre la santé et de nombreux autres domaines de la politique sociale et économique, les processus intergouvernementaux sont de plus en plus prisés pour parvenir à des accords durables et complets, au détriment de processus purement techniques. Le projet de programme général de travail prévoit que cette tendance se confirmera. Partant, l'OMS mettra en place les capacités requises pour préparer les réunions, informer les participants et gérer ces processus de manière aussi efficace que possible.

114. La question de la présentation des rapports par les États Membres est liée à la réforme des organes directeurs. Pour que la prise de décisions au niveau national comme au niveau mondial repose sur une base de données plus solide, l'OMS rationalisera et renforcera la présentation de rapports par les États Membres sur les données sanitaires, la législation et les politiques nationales, et la mise en œuvre des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé, faisant un meilleur usage des technologies de l'information actuelles pour réunir et diffuser ces informations.

Partenariats hébergés

115. Une première étape dans l'élargissement du rôle de supervision des organes directeurs de l'OMS a consisté à convenir en 2013 que le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif veillerait à ce que les modalités relatives aux partenariats hébergés par l'OMS soient réexaminées périodiquement au cas par cas. L'examen porterait sur leurs contributions à l'amélioration des résultats sanitaires et l'efficacité de leurs interactions avec l'OMS. Le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration formulerait ensuite les éventuelles recommandations nécessaires au Conseil moyennant l'inscription systématique d'un point sur ce sujet à l'ordre du jour du Conseil.

Acteurs non étatiques

116. Un autre élément de la réforme a trait à la collaboration de l'OMS avec un large éventail d'acteurs non étatiques parmi lesquels figurent les organisations non gouvernementales, les organisations de la société civile, les partenariats, les fondations, les établissements universitaires et les entités du secteur privé qui tous, de différentes façons, influent sur la santé mondiale. Le fait d'assumer un rôle de direction et de coordination plaide logiquement en faveur d'une collaboration renforcée. Mais même si les avantages pouvant découler d'un réseau plus large de relations sont manifestes, il existe aussi des risques importants à éviter – la protection de la fonction normative de l'OMS contre toute forme d'intérêt catégoriel est l'un de ceux-ci, et non le moindre. Au moment où ce programme général de travail est rédigé, l'élaboration des principes et des pratiques pour régir la collaboration avec différents types d'acteurs non étatiques, tout en reconnaissant que les

interactions ont lieu à différentes fins dans différents contextes, se poursuit. Toutefois, il est prévu que de tels principes, procédures et mécanismes de supervision seront en place dès que possible au cours de la période de six ans.

Renforcer le rôle de l'OMS dans la gouvernance pour la santé

117. Le rôle de l'OMS dans la gouvernance pour la santé revêt de nombreuses expressions pratiques. Deux perspectives sont importantes pour le programme général de travail : positionner et promouvoir la santé dans un ensemble de processus mondiaux, régionaux et nationaux ; et consolider les liens entre le rôle de l'OMS dans la gouvernance et les six principales priorités de leadership.

Place et promotion de la santé

118. L'OMS s'attachera à défendre les questions de santé dans divers forums intergouvernementaux (politique étrangère, négociations commerciales, droits humains, accords sur le changement climatique et autres) où la santé n'est pas la préoccupation première, mais dont les décisions peuvent avoir un impact sur la santé. Le rôle de l'OMS dans ces interactions sera d'utiliser les données factuelles et son influence pour obtenir des résultats sanitaires plus positifs. En outre, l'OMS continuera à promouvoir la santé comme une question d'importance dans l'action humanitaire des Nations Unies par l'intermédiaire du Comité permanent interorganisations, à l'Assemblée générale des Nations Unies et dans le cadre du Comité économique et social, du Conseil des chefs de secrétariat des Nations Unies et d'autres organes tels que le G8 ou le G20. Cette démarche signifie que les travaux seront menés au plus haut niveau des instances gouvernementales, auprès des ministres des affaires étrangères, des ministres des finances et des chefs d'État et de gouvernement.

119. *Le programme de développement pour l'après-2015 :* la formulation de la prochaine génération d'objectifs mondiaux aura une influence majeure sur les priorités et le financement du développement pour plusieurs années à venir. Veiller à ce que la santé occupe la place qui convient et à ce que son rôle soit clairement énoncé est un enjeu majeur pour la gouvernance de l'action sanitaire et une priorité pour l'OMS. L'environnement dans lequel ont lieu les négociations est mouvant et complexe, et il réunit les nombreux intérêts sectoriels concurrents qui cherchent à être représentés. Le processus consultatif en cours nécessite l'alignement des différents niveaux de l'Organisation et une communication cohérente dans les interactions entre l'OMS et les États Membres et d'autres parties prenantes.

120. *La santé et le développement durable :* les préparatifs de la Conférence de Rio+20 en juin 2012 ont illustré un aspect connexe du travail de gouvernance de l'OMS : une synergie efficace entre le Secrétariat, les États Membres et d'autres parties prenantes dans l'action en faveur des intérêts sanitaires. Le premier projet de document final de Rio+20 mentionnait à peine la santé. Le personnel du Siège et des Régions de l'OMS a par conséquent travaillé avec les États Membres à Genève et à New York, et avec des groupes d'organisations non gouvernementales, afin d'élaborer des arguments convaincants sur le rôle de la santé, qui ont été repris en définitive par les négociateurs à Rio. Le texte final inclut la quasi-totalité des problèmes de santé qui préoccupent l'OMS.[1] Dans le

[1] Le document final de Rio+20, L'avenir que nous voulons, contient neuf paragraphes sur la santé et la population, qui commencent par « *Nous estimons que la santé est à la fois une condition préalable, le résultat et un indicateur des trois volets du développement durable* ». Suivent des références à l'importance de la couverture universelle des soins de santé, au VIH/sida, à la tuberculose, au paludisme, à la poliomyélite et à d'autres maladies transmissibles, aux maladies non transmissibles, à l'accès aux médicaments, au renforcement des systèmes de santé, à la santé sexuelle et génésique, à la protection des droits humains dans ce contexte et à l'engagement de réduire la mortalité de la mère et de l'enfant.

suivi de Rio+20, la santé constitue un lien important entre le processus d'élaboration des objectifs du développement durable et le programme pour l'après-2015. De plus, la collaboration avec d'autres secteurs, tels que l'énergie durable, l'eau et l'assainissement, le changement et l'adaptation climatiques, la sécurité sanitaire des aliments et la nutrition, témoigne de la valeur des indicateurs sanitaires comme moyen de mesurer les progrès des trois volets du développement durable.

121. *La santé et la réforme de l'Organisation des Nations Unies :* l'OMS s'est engagée à aborder de manière plus cohérente l'activité des Nations Unies dans les pays, à aligner l'appui aux priorités nationales, à promouvoir la place de la santé dans les plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement et les plans de l'initiative « *Unité d'action des Nations Unies* » et à coordonner l'action du groupe de responsabilité sectorielle Santé dans les situations d'urgence. La récente évaluation indépendante des pays pilotes de l'initiative « *Unité d'action des Nations Unies* » a montré que la réforme des opérations des Nations Unies avait progressé au niveau des pays, mais que toute nouvelle avancée était subordonnée à la propension des États Membres à soutenir une intégration accrue au niveau du Siège. Dès lors, la priorité de l'OMS est de renforcer le rôle des bureaux de pays pour qu'ils travaillent au sein d'une équipe de pays des Nations Unies, qu'ils soutiennent les équipes régionales du Groupe des Nations Unies pour le développement et les mécanismes de coordination régionaux dans les Régions où ils fonctionnent efficacement. Au niveau du Siège, la priorité est accordée à une représentation de haut niveau au sein du Conseil des chefs de secrétariat (et du Comité de haut niveau sur les programmes) et à un dialogue beaucoup plus ciblé avec le Groupe des Nations Unies pour le développement.

122. *La coopération pour le développement après Busan :* comme il est indiqué au chapitre 1, le Partenariat de Busan pour une coopération efficace au service du développement, constitué à la suite de la réunion sur le développement qui s'est tenue en République de Corée en novembre 2011, montre qu'un cadre fondé sur l'« aide » a fait place à un consensus international plus large et plus participatif, qui privilégie les approches de la coopération fondées sur les partenariats et, notamment, les relations triangulaires et Sud-Sud. Dans le contexte de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide et du Programme d'action d'Accra, l'OMS a veillé à ce que la santé joue un rôle directeur et révélateur ; elle a démontré, au moyen d'initiatives telles que le Partenariat international pour la santé (IHP+) et Harmonisation pour la santé en Afrique, qu'en dépit des nombreux acteurs différents, il était possible d'améliorer la coordination autour des stratégies sanitaires nationales. Ces approches font intervenir, au-delà du cadre des Nations Unies, des organisations de développement bilatérales, des banques de développement et des organisations non gouvernementales, et elles peuvent contribuer à accroître à la fois l'efficacité et les résultats sanitaires. À mesure que commencera à prendre forme le nouveau Partenariat de Busan, l'OMS jouera un rôle actif en montrant qu'une meilleure gouvernance de la santé est liée aux résultats d'une manière qui peut servir de modèle à d'autres secteurs.

123. *La santé et l'intégration économique régionale :* l'intégration régionale et infrarégionale progresse partout dans le monde. Si, dans ce domaine, un grand nombre d'organisations tendent à privilégier le développement économique, elles ont la capacité d'influer également sur la santé et la politique sociale. L'Union européenne, par exemple, a atteint un niveau d'intégration l'autorisant à coordonner certains aspects de la politique étrangère de sorte qu'elle est un acteur majeur de l'action sanitaire mondiale. Il est probable que d'autres organes régionaux adopteront aussi en leur temps ce modèle. L'OMS a un rôle croissant à assumer dans l'établissement de réseaux de relations avec les banques régionales de développement, les groupements politiques régionaux et infrarégionaux, et les commissions économiques des Nations Unies. Les banques de développement et les commissions économiques présentent l'avantage particulier de pouvoir réunir les ministres de la santé et les ministres des finances.

Gouvernance de l'action sanitaire et priorités de leadership de l'OMS

124. Vu la diversité des enjeux liés à la santé et le nombre croissant des acteurs, la complexité du paysage de la gouvernance n'est guère surprenante. Plutôt que de parler d'« architecture », il est plus juste de décrire la gouvernance de l'action sanitaire comme « des ensembles de cadres réglementaires (*de gouvernance*) qui se recouvrent partiellement, sont parfois en concurrence et associent plusieurs acteurs s'employant à résoudre des problèmes différents au moyen de principes et de processus divers ».[1] Cette description vaut particulièrement pour ce qui est de l'achèvement du travail sur les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé où des cercles de gouvernance qui se recouvrent partiellement dans les institutions des Nations Unies, les partenariats, les groupes de défense de certains intérêts et les instruments de financement sont en concurrence pour la maîtrise des opérations et, inévitablement, pour les ressources. Toutefois, assurer la capacité de l'Organisation à aider les pays qui ont de nombreux partenaires extérieurs pour le développement à surmonter cette complexité et à réduire le coût de leurs transactions est l'un des éléments essentiels de la réforme de l'OMS.

125. Les travaux sur les maladies non transmissibles, comme il est indiqué au chapitre 3, illustrent l'importance de l'influence d'autres secteurs et par conséquent de la gouvernance *pour* la santé. De même, les défis à relever dans le domaine des maladies non transmissibles témoignent de la gamme particulièrement étendue de déterminants sociaux, économiques et environnementaux interdépendants et se superposant qui influent sur les résultats sanitaires. Comme nous l'avons évoqué plus haut, il est possible de trouver des moyens d'action pour chacun de ces déterminants, l'orchestration d'une action cohérente applicable à toutes les sociétés demeure aujourd'hui l'un des plus grands défis pour la gouvernance dans le domaine de la santé mondiale.

126. Du point de vue de la gouvernance de l'action sanitaire, la couverture de santé universelle est importante à double titre. En premier lieu, au niveau des pays, elle constitue un objectif qui intéresse tous les pays désireux de renforcer ou de réformer leur système de santé. En second lieu, dans le débat sur la place de la santé dans le programme de développement pour l'après-2015, elle offre le moyen de définir un objectif unificateur promouvant équité et droits, et associant le souci de mener à bien les travaux sur les objectifs actuels du Millénaire pour le développement, tout en répondant à la nécessité de combattre les maladies non transmissibles et les autres causes de maladies.

127. Deux des autres priorités de leadership mettent en évidence un aspect supplémentaire du rôle de l'OMS dans la gouvernance de l'action sanitaire, à savoir le lien nécessaire entre la négociation d'instruments internationaux et le renforcement des capacités dans les pays. Cela est particulièrement manifeste dans le cas du Règlement sanitaire international (2005). Le Règlement constitue le principal instrument juridique nécessaire pour assurer la sécurité sanitaire collective, mais il ne peut cependant avoir d'effet que si tous les pays ont les capacités requises pour détecter, déclarer et combattre toute éventuelle menace nouvelle ou émergente d'importance internationale pour la santé publique.

128. De même, les travaux réalisés en vue d'accroître l'accès aux produits médicaux ont été influencés par plusieurs accords internationaux, notamment la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et la santé publique (et son intégration à l'Accord sur les ADPIC), et la Stratégie mondiale et le Plan

[1] Fidler D. The Challenges of Global Health Governance. Council on Foreign Relations, mai 2010.

d'action de l'OMS pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle qui ont suivi. D'autres processus de gouvernance concernant les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits et le financement de la recherche-développement sont toujours en cours. Comme dans le cas du Règlement sanitaire international, cependant, les décisions liées à la gouvernance n'auront leur plein effet que si les institutions requises au niveau des pays et des Régions ont été mises en place ou renforcées, et si les accords sont appliqués.

Renforcer les capacités de gouvernance

129. Le point commun de tous les aspects de la gouvernance est la nécessité de renforcer les capacités dans toute l'Organisation pour gérer les priorités de manière plus efficace. Le Secrétariat doit, d'une part, renforcer ses propres capacités et, d'autre part, offrir une aide aux États Membres lorsque cela est nécessaire.

130. Pour le Secrétariat, les mesures visant à améliorer les capacités consisteront notamment à parvenir à une compréhension plus approfondie du rôle de l'OMS dans le système international au sens large de la part des personnels gestionnaires et techniques, afin qu'ils soient mieux à même de comprendre comment les questions de gouvernance influent sur leurs travaux. Plus précisément, une formation dans le domaine de la diplomatie de la santé, d'ores et déjà obligatoire pour les représentants de l'OMS, sera progressivement étendue à d'autres parties de l'Organisation. La formation doit inclure l'utilisation d'outils issus de disciplines telles que les relations internationales et les sciences politiques pour permettre une meilleure analyse de la complexité des systèmes et de la cartographie des parties prenantes.

131. En outre, une coordination interne plus efficiente à tous les niveaux de l'Organisation, permettant à l'OMS de prendre des positions cohérentes et pertinentes à l'appui de la santé dans les diverses arènes mentionnées ci-dessus, aura une incidence positive sur l'influence dont jouit l'Organisation.

132. Pour les États Membres, les stratégies visant à renforcer les capacités de gouvernance qui seront soutenues par l'OMS passent par le renforcement des départements internationaux au sein des ministères de la santé ; une coordination interministérielle sur les questions ayant trait aux politiques de santé mondiale ; l'élaboration d'une stratégie interministérielle pour la santé mondiale ; des échanges réguliers avec les milieux universitaires, les ONG et d'autres entités sur les questions de santé mondiale ; des échanges de personnel entre les ministères et les organisations internationales ; et la formation du personnel à la diplomatie de la santé et à la négociation.

Réformer les politiques, les systèmes et les pratiques gestionnaires

133. Les réformes gestionnaires à l'OMS ont de nombreuses composantes qui, pour plusieurs d'entre elles, seront mises en œuvre avant le début de la période couverte par le programme général de travail. Cette partie du document met par conséquent en lumière, dans le cadre du programme global de gestion, les priorités qui seront particulièrement essentielles pour façonner l'action de l'OMS au cours des six années du programme de travail.

Alignement institutionnel : Siège, bureaux régionaux et sous-régionaux et bureaux de pays

134. Les liens entre les différents niveaux de l'OMS ont une incidence sur les résultats. À cet égard, deux éléments sont fondamentaux, et aussi indispensables l'un que l'autre. En premier lieu, l'élaboration de politiques, de stratégies et de positions sur les questions de santé mondiale requiert synergie et alignement. L'uniformité dans l'application des règles relatives

aux ressources humaines et aux finances, aux procédures administratives et aux procédures de notification est aussi nécessaire. En ce sens, toutes les parties de l'OMS doivent travailler comme une seule organisation. Toutefois, la différenciation et la répartition des tâches sont essentielles lorsqu'il s'agit de définir les tâches, les activités et les produits spécifiques. Sans cette différenciation, il devient impossible de définir clairement les responsabilités gestionnaires ou de mettre en place un cadre de responsabilisation valable.

135. Différents aspects de la réforme ont trait à ces deux aspects de l'alignement. Pour une direction et une gouvernance de la santé efficaces, il faut que toutes les parties de l'OMS travaillent sur le même scénario – qu'il s'agisse de la réforme des Nations Unies, de la définition de nouveaux objectifs pour le développement, de l'élaboration de stratégies pour accroître l'accès aux médicaments, ou d'autres domaines. Par ailleurs, les nouveaux systèmes de planification, de budgétisation et d'attribution des ressources sont les moyens de renforcer et de préciser clairement la différenciation et la répartition des tâches à chaque niveau de l'OMS (comme le décrit le chapitre 2).

Améliorer les résultats dans les pays

136. Le rôle de chef de file que joue l'OMS au niveau des pays est un élément particulièrement important du programme de réforme. Il porte sur les politiques, la gestion, le perfectionnement du personnel et les services administratifs qui permettent d'améliorer l'efficacité des bureaux de l'OMS dans les pays, zones et territoires et qui, plus largement, déterminent la coopération de l'OMS avec les pays où l'Organisation n'est pas présente physiquement. En pratique, cela suppose de mettre à jour régulièrement les processus et les outils nécessaires pour élaborer les stratégies de coopération avec les pays et, en particulier, de mettre davantage l'accent sur les domaines de collaboration de façon à ce qu'ils jouent un rôle plus important dans la définition des priorités futures. Dans tous les pays, la stratégie de coopération doit être étroitement alignée sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux en matière de santé ; et, le cas échéant, ses principales composantes doivent apparaître dans le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement.[1]

137. Au-delà du processus des stratégies de coopération avec les pays, il est nécessaire de faciliter la circulation de l'information vers les bureaux de pays, en provenance de ceux-ci et d'un bureau à l'autre, en fournissant au besoin des orientations techniques et en tenant l'ensemble des bureaux de pays informés des évolutions à l'échelle de l'Organisation. Une meilleure connectivité en tant que moyen pour les bureaux de pays d'accroître leur autonomie – notamment dans leur quête de connaissances et de ressources auprès des diverses composantes de l'Organisation ou d'autres entités – est un aspect essentiel de la vision d'une présence efficace de l'OMS dans les pays.

138. Le leadership au niveau du pays exige de trouver un équilibre entre les besoins du pays, les priorités de l'OMS (indiquées dans la stratégie de coopération avec le pays) et la dotation en personnel, le dosage des compétences et la classification du bureau de pays. Enfin, pour renforcer les capacités de leadership de l'OMS au sein du pays, il faut des services de perfectionnement du personnel adaptés aux besoins des bureaux de l'OMS (en particulier dans le domaine de la diplomatie de la santé comme indiqué plus haut) ; des processus renforcés de sélection des chefs de ces bureaux ; et une liste de candidats potentiels à ces postes.

[1] Une stratégie de coopération avec le pays pourra aussi être élaborée dans certains pays où l'OMS n'a pas de bureau de pays.

Communication stratégique et gestion du savoir

139. L'accès à des données factuelles récentes, à des avis d'experts et à des connaissances approfondies sur les pays reste indispensable pour maintenir et accroître la compétence professionnelle du personnel de l'OMS à tous les niveaux de l'Organisation. Les moyens qui permettent de garantir un tel accès ainsi que de diffuser et de gérer des informations utiles professionnellement évoluent rapidement. Une stratégie moderne de gestion du savoir suppose de faire une utilisation rentable de la technologie afin de permettre au personnel de créer, saisir, stocker, retrouver, utiliser et partager les connaissances utiles pour exercer leurs fonctions. Comme il a été indiqué plus haut, il s'agit d'un aspect essentiel d'une présence efficace dans les pays.

140. La gestion du savoir comprend aussi les politiques et systèmes requis pour coordonner les relations de l'OMS avec les centres collaborateurs, les groupes et les comités consultatifs d'experts ; assurer la communication avec les États Membres et la notification par ceux-ci ; et pour veiller à la qualité et à l'accessibilité des publications de l'OMS.

141. La santé est un sujet de préoccupation publique et politique partout dans le monde. Le paysage institutionnel de plus en plus complexe, l'émergence de nouveaux acteurs influençant la prise de décisions dans le domaine de la santé, la couverture permanente des médias et les attentes grandissantes des donateurs, des responsables politiques et du public qui souhaitent voir clairement l'impact des activités de l'OMS, font qu'il est essentiel de communiquer de façon rapide, efficace et bien coordonnée. Les principaux éléments de la stratégie de communication consistent à assurer un service capable de monter en puissance pour répondre à une demande accrue dans les situations d'urgence ; à aborder de façon plus dynamique les relations avec le personnel et les médias pour expliquer le rôle de l'OMS et son impact ; et à apprécier régulièrement l'opinion que le public et les parties prenantes se font de l'OMS.

Obligation de rendre compte, gestion des risques et transparence

142. Une évaluation et une gestion plus efficaces et plus globales du risque sont au cœur de la réforme gestionnaire de l'OMS. Cette composante regroupe par conséquent une série de services indispensables à la réalisation de cet objectif. Ces services s'inscrivent dans le cadre d'un registre des risques qui couvre tous les aspects de la gestion des risques, des processus ayant été mis en place pour tenir ce registre à jour et établir, à l'intention de la direction de l'OMS, des rapports sur l'observation des règles et sur l'atténuation des risques. Pour veiller au bon fonctionnement du système de gestion des risques, les services de contrôle interne et de surveillance seront renforcés et un nouveau bureau chargé de l'éthique sera créé, qui axera ses travaux sur les normes de comportement éthique du personnel et veillera au respect des normes les plus strictes en matière de pratique institutionnelle (en particulier pour ce qui est des conflits d'intérêts et de la divulgation d'informations financières). La gestion des risques au sein du Secrétariat est soutenue par le Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance (IEOAC) qui, en outre, assure la liaison entre les services de contrôle interne et les organes directeurs de l'OMS par l'intermédiaire du Conseil exécutif et de son Comité du Programme, du Budget et de l'Administration. En dernier lieu, cet aspect de la réforme englobe une fonction de surveillance concernant l'évaluation, qui consiste à promouvoir celle-ci en tant que fonction indispensable à tous les niveaux de l'OMS et à faciliter les études d'évaluation indépendantes.

CHAPITRE 5

ORGANISER LES ACTIVITÉS, MESURER LES RÉSULTATS ET SUIVRE LA PERFORMANCE

143. Le présent chapitre fixe le cadre des activités de l'OMS pour la période couverte par le programme général de travail. Il présente de manière assez détaillée la chaîne de résultats ainsi que la théorie du changement qui en est le socle. Il décrit les impacts et les réalisations auxquels les activités de l'OMS vont contribuer, et complète l'explication donnée au chapitre 3 sur la relation entre la chaîne formelle de résultats et les priorités de leadership. Enfin, il explique comment une nouvelle approche de suivi et d'évaluation sera utilisée pour apprécier les différentes facettes de la performance de l'OMS.

Structure : catégories d'activités et secteurs de programme

144. À une réunion tenue en février 2012, les États Membres sont convenus d'organiser les activités de l'OMS autour d'un nombre limité de catégories. Les cinq premières sont programmatiques et correspondent aux activités techniques de l'Organisation, tandis que la sixième recouvre l'ensemble des services institutionnels. Elles s'articulent comme suit :

- **Maladies transmissibles :** réduire la charge des maladies transmissibles, y compris le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales négligées.

- **Maladies non transmissibles :** réduire la charge des maladies non transmissibles, y compris les cardiopathies, le cancer, les pneumopathies, le diabète et les troubles mentaux ainsi que les handicaps et les traumatismes, par la promotion de la santé et la réduction des risques, la prévention, le traitement et la surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque.

- **Promouvoir la santé à toutes les étapes de la vie :** réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé pendant la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence ; améliorer la santé sexuelle et génésique ; et permettre à tous de vieillir en restant actifs et en bonne santé, sachant qu'il faut tenir compte des déterminants de la santé et des objectifs de développement convenus au niveau international, en particulier les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé.

- **Systèmes de santé :** contribuer au renforcement des systèmes de santé en mettant l'accent sur la prestation intégrée des services ; concourir à leur financement en vue de la couverture sanitaire universelle ; renforcer les ressources humaines pour la santé et les systèmes d'information sanitaire ; faciliter le transfert de technologie ; promouvoir l'accès à des technologies sanitaires d'un coût abordable, de qualité, sûres et efficaces, ainsi que la recherche sur les systèmes de santé.

- **Préparation, surveillance et intervention :** contribuer à la préparation, à la surveillance et à une intervention efficace en cas de flambée épidémique et d'urgence aiguë de santé publique, et à la bonne gestion des aspects sanitaires des catastrophes humanitaires pour contribuer à la sécurité sanitaire.

- **Services institutionnels/fonctions d'appui :** leadership de l'Organisation et services institutionnels nécessaires pour assurer l'intégrité et le bon fonctionnement de l'OMS.

145. Les cinq catégories techniques, ainsi que celle des services institutionnels, sont subdivisées en secteurs de programme qui fixent le cadre organisationnel du budget programme.

146. Les secteurs de programme techniques sont le résultat d'un processus itératif de définition des priorités qui a été mené à plusieurs niveaux. Comme on l'a vu au chapitre 3, les critères y afférents ont été collectivement appliqués pour définir les priorités de leadership de l'OMS. Ils ont également été appliqués aux cinq catégories d'activités (en mettant l'accent sur les besoins des pays et sur la situation sanitaire actuelle) pour aider à définir le cadre programmatique du projet de budget programme. Ainsi, l'application de ces critères de définition des priorités à l'intérieur de chaque catégorie a permis de cerner ce que l'OMS fera par rapport à ce qu'elle pourrait faire.

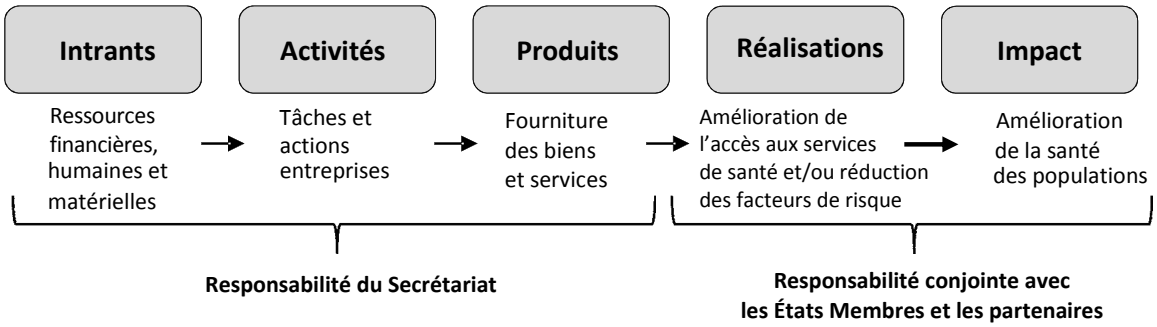
147. Enfin, l'application de ces critères (en prêtant une attention particulière à l'existence d'interventions reposant sur des données factuelles, aux instruments reconnus au plan international et à l'avantage comparatif de l'OMS) a également permis de déterminer le cap et les axes principaux de l'OMS pour chacun des secteurs de programme, orientations dont rendent compte les produits de l'Organisation définis dans le budget programme. Le but sera de maintenir une certaine cohérence dans l'organisation des activités, afin de pouvoir établir des comparaisons tout au long des trois exercices couverts par le programme général de travail.

Chaîne de résultats et théorie du changement : comment l'OMS exerce son influence

Chaîne de résultats

148. Avant d'examiner en détail l'impact et les réalisations liés aux activités de l'OMS, il est utile d'examiner brièvement la chaîne de résultats dont la logique fondamentale est exposée dans la figure ci-après.

Figure 1. Le cadre de la chaîne de résultats



Produits

149. Il y a des produits bien définis pour chacun des 30 secteurs de programme du budget programme. Ces produits mettent en lumière ce que le Secrétariat devra mener à bien au cours de l'exercice considéré. Le succès remporté sera mesuré au moyen d'un indicateur de produit, qui fait le lien entre les activités du Secrétariat et les réalisations visées. Comme noté au chapitre 2 dans la section sur les fonctions essentielles et la division du travail, le budget programme présentera

également la contribution apportée par chaque niveau de l'Organisation pour chaque produit. Chaque budget programme précisera également les ressources nécessaires pour fournir les produits dans chaque secteur de programme.

Réalisations

150. Au maillon suivant de la chaîne, les produits concourent aux réalisations, c'est-à-dire les changements auxquels les activités du Secrétariat sont censées contribuer dans les pays. Les progrès accomplis à cet égard sont mesurés à l'aune des évolutions du point de vue des politiques, des capacités institutionnelles, de la réduction des facteurs de risque ou des niveaux de couverture des services ou d'accès à ces services.

151. Chaque secteur de programme du budget programme est associé à une réalisation spécifique. Celle-ci est tributaire de facteurs sur lesquels l'OMS n'a pas de prise (par exemple stabilité politique et économique, financement des budgets nationaux). On trouve néanmoins, tout au long de la chaîne de résultats, d'importants maillons sur lesquels l'Organisation *peut* agir. Par exemple, des réalisations découlant des activités menées en matière de déterminants sociaux, d'égalité hommes-femmes, d'équité et de droits humains (par exemple lutte contre la stigmatisation ou plus grande équité dans l'accès aux soins), associées à d'autres relevant de la catégorie des systèmes de santé (par exemple politiques sur les ressources humaines et financières, accès aux médicaments, etc.) concourent à ce que les deux produits liés spécifiquement au VIH aboutissent à la réalisation et à l'impact liés au VIH.

152. Les produits contribuent à une seule réalisation de leur secteur de programme. Certains influent également sur d'autres secteurs de programme, qui peuvent relever de la même catégorie ou être intercatégoriels. Par exemple, les produits de l'OMS liés aux maladies à prévention vaccinale contribuent à l'élargissement de la couverture vaccinale des populations difficiles à atteindre. En outre, compte tenu de l'intérêt croissant porté à l'utilisation des vaccins pour la prévention de maladies considérées jusqu'alors comme non transmissibles, les produits relevant de ces secteurs de programme vont également contribuer à la réalisation et à l'impact liés aux maladies non transmissibles.

Impacts

153. Au dernier maillon de la chaîne de résultats, les réalisations concourent à l'impact global de l'Organisation, à savoir les changements durables dans la santé des peuples auxquels contribuent le Secrétariat et les pays. Les huit objectifs d'impact auxquels contribuent ces réalisations et, par là même les produits de l'OMS, sont énoncés dans l'annexe. Les liens entre réalisations et impacts ne sont pas exclusifs : une réalisation peut contribuer à plus d'un impact et, de même, un impact peut découler de plusieurs réalisations. Par exemple, la réduction de la mortalité de l'enfant dépend des réalisations dans cinq secteurs de programme au moins (VIH, paludisme, maladies à prévention vaccinale, nutrition, mais aussi santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant) et repose, comme ci-dessus, sur des réalisations touchant aux déterminants sociaux et aux systèmes de santé.

154. L'annexe donne une vue d'ensemble complète des réalisations (indicateurs, données de base et cibles) et des impacts auxquels les produits de l'OMS contribuent dans la chaîne de résultats.[1]

Résultats de l'OMS : susciter le changement

155. Pour étudier comment les activités de l'OMS entraînent des changements, il est utile de dépasser le stade de la représentation visuelle de la chaîne de résultats en proposant une explication narrative de la façon dont les produits se combinent pour parvenir à des réalisations, et comment les réalisations, à leur tour, s'associent de différentes manières pour produire des impacts. Un tel exposé de ce que l'on pourrait qualifier de « théorie globale du changement » offre aussi l'occasion d'expliquer les hypothèses et les risques qui vont influencer les résultats.

156. Cette analyse, que l'on pourrait appeler la théorie globale du changement, est illustrée ci-dessus en lien avec certaines réalisations et avec l'impact recherché en matière de mortalité de l'enfant. Dans l'ensemble, on peut établir une relation assez linéaire entre les travaux plus normatifs menés au Siège, le soutien apporté aux pays par les bureaux régionaux et de pays, et les résultats observés sur le terrain. Néanmoins, si cette perspective fournit des éléments de compréhension, elle ne rend pas compte de certains aspects fondamentaux pour expliquer comment une organisation multilatérale à vocation normative telle que l'OMS peut modifier le cours des choses. Les paragraphes qui suivent ont pour objet d'enrichir la théorie du changement au regard en particulier du rôle normatif de l'Organisation.

157. L'impact des directives thérapeutiques pour le sida peut être étudié soit de manière purement linéaire, soit dans le cadre plus complexe des influences ainsi générées. Dans la chaîne de résultats ci-dessus, les nouvelles directives, associées au soutien apporté aux pays, permettent d'améliorer l'accès au traitement. Mais si l'on adopte une perspective uniquement nationale, on risque de négliger d'autres réalisations tout aussi importantes. Par exemple, ces nouvelles directives thérapeutiques influent sur les politiques de financement du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'autres partenaires de développement. De même, l'influence exercée sur la politique thérapeutique se répercute à son tour sur les achats et sur la production, et donc sur le prix des traitements. La théorie du changement doit tenir compte du fait que ces « effets de réseau » donnent une plus grande amplitude à l'axe principal d'intervention des directives sur la santé.

158. Un autre exemple est celui des activités de présélection des médicaments, des vaccins et des produits de diagnostic, fonction normative qui vise à augmenter le nombre de fabricants sur le marché (en particulier ceux des pays en développement) et, partant, à réduire les prix. La présélection a un impact majeur sur le secteur des médicaments génériques, particulièrement en Inde. Elle a permis de baisser les prix, et donc de tirer le maximum des budgets de l'aide et d'améliorer l'accès aux traitements, notamment en Afrique. Une théorie du changement plus aboutie approfondirait l'analyse et intégrerait d'autres effets, notamment les répercussions sur les nouveaux fabricants de médicaments apparus en Afrique et sur le développement des capacités inhérentes aux autorités nationales de réglementation.

[1] Il faudra peut-être réviser les réalisations à la lumière des débats futurs au sein des organes directeurs de l'OMS, y compris, par exemple, ceux relatifs au programme de développement de l'après-2015.

159. L'action normative peut avoir une incidence positive ou négative sur les marchés. C'est ainsi que, suite à la vente massive de nécessaires inefficaces de diagnostic de la tuberculose par titrage immuno-enzymatique, l'OMS a formulé des recommandations qui ont poussé l'Inde, principal marché pour ces produits dans le monde, à en interdire la fabrication, la vente et l'utilisation. D'autres pays tels que le Cambodge lui ont emboîté le pas. À l'inverse, l'approbation par l'OMS du nécessaire de diagnostic rapide Xpert MTB/RIF pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire et de la résistance à la rifampicine chez l'adulte a entraîné son adoption par 73 pays dans les deux premières années suivant la diffusion des recommandations correspondantes.

160. Une part importante des travaux normatifs de l'OMS est le fruit d'accords négociés et d'autres instruments juridiques adoptés par tous les États Membres. L'aptitude à rassembler et à favoriser la conclusion de tels accords relève de la raison d'être de l'Organisation, qui doit s'en servir pour atteindre les résultats visés. Par exemple, un organisme à vocation purement technique se contenterait de conseiller les pays sur les mesures à leur disposition pour réduire la consommation de tabac. L'OMS a plutôt choisi d'aider les États Membres à négocier un instrument, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Tous les pays ne l'ont pas ratifiée, et ceux qui l'ont fait n'appliquent pas tous intégralement ses dispositions. Son existence même permet, néanmoins, à ceux qui le souhaitent d'agir en toute légitimité sur la base d'un instrument approuvé au niveau international.[1]

161. Concernant la grippe pandémique, l'approche traditionnelle d'évaluation de l'impact consisterait à mettre en évidence le lien entre les orientations techniques de l'OMS et l'élaboration des plans de préparation par les pays. Cette démarche est utile mais incomplète. L'OMS n'étant pas seulement un organisme technique, elle a pu rassembler les États Membres et un ensemble de partenaires pour forger avec eux le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (Cadre PIP). Adopté après quatre années d'intenses négociations, ce Cadre illustre un autre aspect du changement évoqué. À long terme, son efficacité sera démontrée en cas de nouvelle pandémie – la mesure dans laquelle s'échangeront les échantillons de virus et l'accès aux vaccins et aux médicaments seront plus équitables. Dans l'intervalle, l'existence même du Cadre présente un certain nombre d'avantages. Il permet en effet de mieux se préparer à l'éventualité d'une flambée de grippe pandémique en veillant à ce que les pays et les fabricants contribuent aux efforts nationaux et s'engagent à distribuer des stocks de vaccins et d'antiviraux.

162. Nombre d'observations susmentionnées s'appliquent également au Règlement sanitaire international (2005). Une dimension de l'impact du Règlement se caractérise par la stimulation des capacités requises dans les différents pays. Une autre tient au fait que le Règlement prévoit un système fondé sur des règles adoptées au plan international pour orienter l'action en cas de flambée ou de situation d'urgence, lequel système a une valeur intrinsèque. Comme dans le cas de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, le Règlement sanitaire international constitue un vaste ensemble de règles mondiales sur la protection de la santé qui repose sur une évaluation rigoureuse des risques et sur des données scientifiques. Un tel régime permet de garantir une plus grande cohérence et une plus grande complémentarité avec d'autres règles de droit international, en particulier en matière de commerce, de sécurité internationale et de droits humains.

---

[1] De surcroît, le fait qu'en vue de protéger la santé publique les États aient accepté des obligations internationales en matière de lutte antitabac, détermine la manière dont ils interprètent et remplissent leurs obligations dans d'autres domaines du droit international, notamment le commerce et la propriété intellectuelle, et pourrait donc fortement influencer les contentieux s'y rapportant. À cet égard, les fonctions normatives de l'OMS ont un effet patent qui transcende les frontières de la santé publique.

163. Fin 2012 et début 2013, l'importance d'une autre facette de l'action normative a été mise en évidence, à savoir : l'élaboration d'un cadre de suivi, d'indicateurs et de cibles mondiales volontaires pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Il ne s'agissait pas d'un exercice purement technique car de nombreux autres intérêts politiques et commerciaux étaient en jeu. Un moyen facile d'évaluer le succès de cette entreprise consisterait à sélectionner des pays et à déterminer dans un délai raisonnable s'ils ont adopté ou s'ils utilisent les indicateurs convenus. Or une théorie du changement pourrait néanmoins indiquer une autre dimension : en l'occurrence, la valeur ajoutée de l'OMS tient manifestement au fait que le monde peut désormais suivre collectivement les progrès accomplis face à une menace sociale, économique et politique à laquelle tous les pays sont confrontés, ce qu'elle n'aurait pas pu faire autrement de la même manière.

Mesurer la performance : un cadre de suivi et d'évaluation

Suivre la performance à l'aide de la chaîne de résultats

164. La chaîne de résultats est le principal instrument à l'aide duquel la performance de l'OMS sera évaluée. L'appréciation se fonde sur les questions suivantes : pour chaque exercice biennal, le Secrétariat a-t-il utilisé les ressources allouées pour fournir les produits définis dans le budget programme ? Partant, des progrès mesurables ont-ils été accomplis du point de vue des réalisations et impacts auxquels les activités de l'OMS concourent ?

165. Il est essentiel de pouvoir démontrer comment les activités de l'OMS participent aux réalisations et impacts en matière de santé, ou exercent une influence sur eux, à la fois pour évaluer l'efficacité de son action et pour faire mieux connaître l'apport de l'Organisation à l'amélioration globale de la situation sanitaire. L'OMS fera rapport sur les réalisations, de même qu'elle évaluera et explicitera les liens existants entre sa contribution et les réalisations en matière de santé. L'OMS utilisera les méthodes et les dispositifs existants (en particulier les systèmes nationaux et les mécanismes d'examen des programmes et systèmes) et harmonisera ses efforts avec les autres partenaires en vue d'évaluer ce qui a été accompli sur le plan des réalisations et des impacts.

166. Ce qui est accompli du point de vue des impacts et des réalisations est indéniablement fonction de la collaboration avec les pays et les autres partenaires. Une position claire est adoptée à cet égard dans le programme général de travail. Certains résultats, bien qu'ils ne soient pas uniquement attribuables à l'Organisation, sont étroitement associés à son action ; l'OMS les a obtenus en mobilisant ses ressources de manière à optimiser celles fournies par d'autres et ils devraient servir à apprécier la performance globale de l'Organisation.

167. Des indicateurs, des données de base et des cibles ont été établis pour chaque réalisation de l'OMS et couvrent, dans la mesure du possible, les six années du programme général de travail. Lorsqu'ils sont disponibles, ce sont les indicateurs adoptés à l'échelle internationale (bases et cibles) qui ont été retenus. Par exemple, dans le secteur de programme des maladies non transmissibles, les indicateurs et les cibles (réduction de la consommation de tabac, de l'apport en sel, développement de l'exercice physique et réduction de la consommation d'alcool) sont directement tirés du cadre mondial de suivi et des cibles volontaires convenus au plan international.

168. Les activités de l'OMS concourent ensemble à la réalisation de huit objectifs d'impact sur la santé, présentés à l'annexe. Les indicateurs correspondants ont été choisis parmi ceux convenus au plan international. Font exception les indicateurs retenus pour les impacts liés, d'une part, à la prévention des décès et des handicaps imputables aux catastrophes et aux flambées, et, d'autre part,

à la réduction des inégalités en matière de santé. Les indicateurs relatifs à ces deux objectifs ont été élaborés par l'OMS.

169. Les objectifs convenus au plan international ont notamment comme inconvénient d'être assortis de délais qui ne coïncident pas exactement avec le calendrier du programme général de travail, d'où la nécessité d'affiner le cadre de suivi. Par exemple, le suivi des progrès accomplis pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement se poursuivra après 2015, étant entendu que beaucoup de pays n'auront pas, à cette date, atteint les cibles en rapport avec les objectifs. L'OMS étudiera s'il est nécessaire d'adapter le cadre de suivi à la lumière des décisions portant sur la prochaine génération d'objectifs de développement. À l'inverse, la date retenue pour l'objectif lié aux maladies non transmissibles est fixée à 2025 ; dans cet exemple, le cadre de suivi indiquera au fur et à mesure si les pays sont ou non en bonne voie vers l'objectif ultime.

Évaluer les progrès par rapport aux priorités en matière de leadership et de réforme

170. Les six priorités programmatiques de leadership exposées au chapitre 3 fixent le cap et les axes principaux de l'action de l'OMS. Elles se rattachent, comme indiqué au chapitre 4, au rôle de l'Organisation dans la gouvernance de l'action sanitaire en faisant ressortir les domaines dans lesquels son action de sensibilisation et son autorité technique sont le plus nécessaires pour la santé dans le monde.

171. Il est théoriquement possible de mettre en relation la chaîne de résultats et les différentes composantes des priorités programmatiques de leadership. C'est ainsi que la priorité de leadership liée aux objectifs du Millénaire pour le développement est évaluée d'après les objectifs d'impact concernant, d'une part, la mortalité des enfants de moins de cinq ans et la mortalité maternelle et, d'autre part, la réduction du nombre de décès dus au sida, à la tuberculose ou au paludisme. Néanmoins, l'évaluation doit également tenir compte de la finalité générale de ces priorités, à la fois du point de vue programmatique et en tant que domaines essentiels pour démontrer le leadership de l'OMS et harmoniser les activités à l'échelle de l'Organisation.

172. Une approche semblable est requise pour les deux priorités examinées au chapitre 4 : la gouvernance et la réforme gestionnaire. Le Plan de mise en œuvre de la réforme définit pour chacune d'elles des résultats de haut niveau :

- *Renforcer le rôle de gouvernance de l'OMS :* une plus grande cohérence dans l'action sanitaire mondiale, l'OMS jouant un rôle de direction et de coordination qui permet à différents acteurs de contribuer plus efficacement à améliorer l'état de santé de tous les peuples.

- *Réformer les politiques, les systèmes et les pratiques gestionnaires de l'OMS :* une organisation qui aspire à l'excellence, qui soit efficace, efficiente, réactive, objective, transparente et ait l'obligation de rendre compte de son action.

173. Le plan de mise en œuvre de la réforme définit pour la gouvernance comme pour la réforme gestionnaire des produits plus détaillés, qui figurent également en tant qu'indicateurs de réalisation dans la catégorie 6 du budget programme. Les réalisations de haut niveau correspondant à ces deux axes seront en outre évaluées au moyen d'enquêtes de perception périodiques auprès des parties prenantes.

Cadre de responsabilisation : suivi et évaluation

174. Le suivi se fondera sur une évaluation systématique des progrès accomplis par rapport aux résultats attendus en mettant l'accent sur la fourniture des produits et sur l'emploi des ressources financières. Une évaluation à mi-parcours aura lieu après la première année de l'exercice biennal et une appréciation de l'exécution du budget programme, plus exhaustive, sera effectuée en fin d'exercice. Cette dernière permettra d'évaluer les progrès accomplis en regard des cibles définies dans le programme général de travail, en examinant dans quelle mesure l'OMS a, d'une part, contribué à leur concrétisation et, d'autre part, aidé à mobiliser les autres partenaires.

175. Jusqu'à présent, les deux mécanismes de suivi reposaient essentiellement sur l'auto-évaluation. À l'avenir, l'intention est de rehausser le niveau d'objectivité en sollicitant, le cas échéant, le concours d'experts indépendants. On fera appel aux rapports nationaux sur les progrès accomplis au regard des réalisations et impacts convenus au plan international. Il s'agira aussi d'exploiter les méthodes plus qualitatives mentionnées ci-dessus en rapport avec les priorités en matière de leadership et de réforme.

176. Le Groupe de gestion de l'évaluation, en accord avec les États Membres, arrêtera les domaines à approfondir en priorité dans le contexte de la nouvelle politique d'évaluation. L'exercice pourrait porter sur les secteurs de programme, les thèmes transversaux et les priorités de leadership. Conformément à la politique pertinente, chaque évaluation sera conçue de manière à garantir l'objectivité en faisant appel, si nécessaire, à des experts indépendants.

177. Il faut impérativement que le cadre de responsabilisation utilise les résultats du suivi et de l'évaluation pour prendre des mesures correctives quand la performance est insuffisante, pour susciter un élargissement stratégique des activités et pour enrichir d'expériences instructives le cycle de planification suivant.

CHAPITRE 6

RESSOURCES FINANCIÈRES

178. Une fois définies les réalisations de l'OMS sur la période couverte par le programme général de travail, la dernière section précise les ressources nécessaires pour parvenir à ces résultats.

Un nouveau modèle de financement

179. Une nouvelle approche du financement de l'action de l'OMS permettra d'aligner les priorités approuvées par les organes directeurs de l'OMS sur les crédits disponibles pour les financer et garantira une plus grande prévisibilité et stabilité du financement, ce qui favorisera une planification orientée sur les résultats plus réaliste, une gestion plus efficace des ressources, ainsi qu'une transparence et une responsabilité accrues.

180. Différents obstacles doivent être surmontés si l'on veut réaliser ces deux objectifs. Premièrement, il y a un défaut d'alignement entre le budget programme de l'OMS et les fonds disponibles pour le financer, qui résulte en partie d'une dépendance vis-à-vis des contributions volontaires à objet désigné. Deuxièmement, ce type de financement peut être imprévisible. Troisièmement, il existe une vulnérabilité découlant de la dépendance à l'égard d'une base de donateurs très étroite. Quatrièmement, il y a des coûts de transactions élevés et un manque de transparence dans les méthodes actuelles de mobilisation et de gestion des ressources. Enfin, la disponibilité de financements à objet non désigné, nécessaires pour combler des déficits et faire face à l'évolution des besoins, est limitée. Un nouveau modèle de financement exigera des changements dans les politiques et les pratiques de la part du Secrétariat comme des États Membres. Il repose sur une nouvelle façon d'estimer, de mobiliser et d'affecter les ressources. À chaque période biennale successive, les produits seront chiffrés avec une précision accrue, au moyen d'une série de points de comparaison, de façon à parvenir à des coûts unitaires appropriés. À cet égard, le premier exercice biennal, 2014-2015, sera une période de transition. Le fait de différencier clairement les responsabilités dans le budget permettra ensuite que l'allocation des ressources entre les différents niveaux de l'OMS repose davantage sur les fonctions et les responsabilités relatives à la réalisation des produits, et moins sur des formules d'allocation toutes faites. À mesure que la transition progressera, la mobilisation des ressources reposera sur un budget entièrement chiffré.

181. En ce qui concerne les sources de financement, les budgets de l'OMS continueront d'être financés par différents canaux : contributions fixées et contributions volontaires, ces dernières provenant des États comme de donateurs non étatiques. Un nouveau modèle de financement facilitera un meilleur alignement des ressources sur le budget programme et un degré accru de prévisibilité et de souplesse des ressources. Une base élargie et plus diversifiée de donateurs étatiques et la possibilité de solliciter de nouvelles sources choisies de donateurs non étatiques réduira la vulnérabilité.

182. L'approche introduit également un processus nouveau et plus transparent, à savoir un dialogue sur le financement qui aura pour but de garantir que le budget soit pleinement financé et plus prévisible. Cette approche repose sur le principe selon lequel l'approbation des priorités et des programmes est la prérogative exclusive des États Membres. Le processus commence dans les comités régionaux et se termine à l'Assemblée mondiale de la Santé qui précède la période d'exécution du budget. À cette Assemblée de la Santé, les États Membres approuvent le budget programme dans son intégralité. C'est un changement important par rapport à la pratique actuelle

où seule la partie du budget financée par les contributions fixées est approuvée. Le changement implique un degré accru de responsabilité non seulement en ce qui concerne le contenu programmatique du budget, mais aussi la correspondance entre les ressources et le budget programme. Après quoi, suite à l'approbation des programmes et des priorités, un processus structuré et transparent avec les États Membres et les autres donateurs s'amorce. L'information sur les progrès accomplis concernant le financement de tous les éléments du budget est communiquée de façon aussi transparente que possible, en utilisant la technologie du Web, en indiquant qui a financé quoi, et dans quelle mesure l'objet a été désigné et/ou le degré de souplesse accordé. Ce dialogue prend fin avant le début de l'exercice. Les déficits de financement restants devront alors faire l'objet d'efforts ciblés de mobilisation des ressources concertées à l'échelle de l'Organisation.

183. Les progrès accomplis dans le financement du budget sont examinés par les organes directeurs de l'OMS au cours de l'exercice.

Les tendances du financement en 2014-2019

184. Le programme général de travail envisage une enveloppe financière grosso modo constante sur la période qu'il couvre, de l'ordre de US $12 milliards. Cette enveloppe globale sera répartie de manière plus ou moins égale entre les trois exercices biennaux, c'est-à-dire à raison de US $4 milliards pour chacun d'entre eux.

185. Parallèlement, l'évolution du programme d'action sanitaire et les priorités stratégiques pour les prochaines années imposeront de modifier la répartition des ressources au sein de l'Organisation. À cet égard, des augmentations dans certaines parties du budget devront aller de pair avec des diminutions ailleurs. Compte tenu de la forte proportion de personnels spécialisés, le passage aux priorités nouvellement définies devra nécessairement être progressif. Enfin, la planification des ressources humaines devra adopter la même perspective à long terme que le programme général de travail lui-même, pour garantir le juste équilibre entre les ressources en personnel et les activités sur la période de six ans.

Transferts de ressources à l'intérieur d'un budget stable

186. S'agissant de la catégorie 1, maladies transmissibles, l'OMS poursuivra la mise au point de normes et de critères mondiaux, de directives thérapeutiques simplifiées, de technologies de prévention, de tests diagnostiques, de plates-formes pour la distribution de vaccins et de la chimioprophylaxie. L'OMS facilitera également la formulation et l'évaluation de politiques, de stratégies et de plans : en collaborant avec les États Membres, ses partenaires et les communautés, y compris la société civile, afin d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques mondiales, des stratégies régionales et nationales, des plans chiffrés et des cadres de suivi et d'évaluation. Pour cela, elle s'appuiera sur l'intégration des systèmes d'information, en vue de fonder davantage la prise de décisions sur les données factuelles, et sur le suivi de la situation mondiale, régionale et des pays grâce à la collecte d'informations, leur analyse et la projection de la charge de morbidité, à des rapports et à la certification, le cas échéant**. Compte tenu de l'approche stratégique ciblée que l'OMS suivra en ce qui concerne la catégorie 1 tout au long du présent programme général de travail, ainsi que des progrès escomptés au cours des prochaines années, on estime que l'OMS devrait être en mesure d'atteindre ses objectifs jusqu'en 2019 même en cas de réduction des ressources dans cette catégorie.**

187. La charge croissante des maladies non transmissibles risque d'excéder la capacité des systèmes de santé. Elle est inextricablement liée à la pauvreté, et au ralentissement du développement économique au niveau macroéconomique et à celui des ménages, lequel entraîne des inégalités entre les pays et les populations. L'OMS fournira le soutien technique nécessaire pour promouvoir la mise en œuvre généralisée des ensembles d'interventions les plus rentables, fondés sur des données factuelles. Ces interventions devront permettre de traiter les personnes souffrant d'affections non transmissibles, d'empêcher les personnes à haut risque de les contracter et de réduire le risque dans l'ensemble de la population. Le but est de renforcer la capacité des gouvernements à : élaborer des cibles nationales ; mettre sur pied et mettre en œuvre des programmes et des plans nationaux multisectoriels associant la santé et d'autres secteurs ainsi que l'ensemble des services gouvernementaux et de la société civile ; formuler des lignes directrices et des normes pour la prise en charge des maladies non transmissibles ; offrir des services de dépistage précoce et de traitement dans le cadre de systèmes de santé renforcés et d'efforts renouvelés pour garantir l'accès aux médicaments essentiels nécessaires ; et mesurer les résultats en tenant compte des outils approuvés par l'Assemblée mondiale de la Santé. **On estime qu'une attention et des ressources accrues seront nécessaires concernant la catégorie 2 tout au long du douzième programme général de travail afin que l'OMS soit en mesure de soutenir de manière adéquate les pays confrontés à cette épidémie émergente.**

188. En ce qui concerne la catégorie 3, l'OMS fournira des politiques et des ensembles d'interventions intégrés, favorisant les synergies entre interventions de santé sexuelle et génésique, de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et d'autres programmes de santé publique. L'OMS élaborera des normes et des critères fondés sur des données factuelles ainsi que des outils en vue d'étendre l'accès équitable à des services de soins de qualité dans un cadre fondé sur les droits et les sexospécificités. L'OMS soutiendra également : la production et la synthèse de données factuelles, y compris des études ciblées sur les modes d'intervention permettant d'augmenter le plus possible la couverture de la population, ainsi que sur de nouvelles technologies capables d'accroître l'efficacité et la portée des interventions ; le renforcement des capacités de recherche dans les pays à faible revenu ; et l'épidémiologie, le suivi et la responsabilité, y compris s'agissant de la mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité, en améliorant l'analyse des décès maternels, la surveillance et l'action ainsi que le suivi de la qualité des soins. L'OMS jouera également un rôle de chef de file en ce qui concerne le vieillissement actif et en bonne santé en sensibilisant davantage à l'importance du changement démographique, à l'accumulation d'expositions et de vulnérabilités tout au long de la vie, et en approfondissant la connaissance des mesures reposant sur des données factuelles. **Afin de fournir ce soutien stratégique aux pays dans les domaines programmatiques de la catégorie 3, on estime qu'une modeste augmentation des ressources sera nécessaire au cours du douzième programme général de travail.**

189. En ce qui concerne la catégorie 4, l'OMS fournira aux États Membres et à la communauté sanitaire mondiale des normes, des critères et des options de politique générale reposant sur des données factuelles et, le cas échéant, un soutien technique et stratégique. Elle facilitera également la mise en commun de données d'expérience entre les pays, ainsi que des résultats de la recherche, pour permettre aux pays d'apprendre les uns auprès des autres dans le domaine de la couverture sanitaire universelle. Pour cela, on veillera à promouvoir des réformes allant dans le sens d'un accès universel à des services centrés sur la personne et à une protection équitable contre le risque financier ; et à renforcer les efforts pour améliorer la performance des systèmes de santé et de la capacité de réglementation et d'orientation du secteur de la santé. Les efforts seront intensifiés pour améliorer l'accès aux médicaments et aux produits médicaux et aux technologies médicales, et se concentreront de plus en plus sur la création des conditions propices à une plus grande autonomie.

Le développement des autorités de réglementation et le soutien qui leur sera prodigué sont également une priorité majeure de l'action future de l'OMS dans cette catégorie. **À cet égard, on prévoit qu'au cours du douzième programme général de travail, il conviendra d'augmenter les ressources au titre de cette catégorie pour aider les pays à renforcer l'accès à des services d'un coût abordable, en se fondant sur les principes des soins de santé primaires.**

190. Concernant la catégorie 5, l'OMS épaulera les États Membres pour qu'ils acquièrent et maintiennent les capacités requises dans le domaine du Règlement sanitaire international (2005) et de la coordination de l'action intersectorielle en matière de santé. L'OMS continuera à produire des données factuelles sur la dynamique des risques sanitaires et l'impact des interventions, et à se tenir au courant des évolutions qui ont une incidence sur la santé, comme les effets du changement climatique et des nouvelles technologies. L'OMS aidera à améliorer les politiques nationales axées sur le recensement et la réduction des risques pour la santé humaine, de même que la prévention, la préparation, les capacités d'intervention et de relèvement rapide. L'OMS fournira par ailleurs un soutien direct à tout pays qui le sollicitera, en donnant la priorité aux plus vulnérables aux situations d'urgence, n'ayant que des capacités limitées ou modestes pour gérer les risques et y faire face. L'OMS apportera son appui aux États Membres à travers les ministères de la santé afin d'élaborer des programmes nationaux efficaces et intégrés de gestion des risques d'urgence sanitaire dans le cadre de consultations techniques, d'ateliers, d'évaluations d'experts et d'orientations générales. **On estime que le soutien stratégique de l'OMS aux pays dans cette catégorie au cours du présent programme général de travail pourra être assuré en maintenant un niveau de ressources stable jusqu'en 2019.**

191. La catégorie 6, qui couvre le leadership et les services institutionnels nécessaires pour maintenir l'intégrité et le fonctionnement efficace de l'Organisation, permet aux cinq autres catégories de produire les résultats escomptés, et doit résoudre les difficultés recensées dans les composantes gouvernance et gestion de la réforme de l'OMS. Cette catégorie comprend les fonctions de leadership et permet à l'OMS de jouer un rôle plus efficace dans la gouvernance sanitaire mondiale, en forgeant des partenariats et en mobilisant des ressources scientifiques et financières pour améliorer la santé des populations. Elle comprend la surveillance du processus de réforme et s'attache à créer des synergies et à assurer la cohérence à l'échelle de l'Organisation. Elle englobe une diversité des services essentiels qui contribuent à l'intégrité institutionnelle, à un environnement de travail propice et à la gestion des activités au niveau du Siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays. **L'investissement initial dans la réforme de l'OMS devrait conduire à des gains de productivité et à des économies, ce qui permettrait ainsi de réduire les besoins de ressources au titre de cette catégorie au cours du douzième programme général de travail.**

ANNEXE

Objectif d'impact	Indicateur d'impact	Cible d'impact
Réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans	Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	Réduction des deux tiers d'ici à 2015 par rapport à l'année de référence – 1990
Réduire la mortalité maternelle	Taux de maternité maternelle	Réduction de 75 % d'ici à 2015 par rapport à l'année de référence – 1990
Réduire le nombre de décès dus au sida, à la tuberculose ou au paludisme	Nombre de décès dus au sida, à la tuberculose et au paludisme	Réduction de 25 % du nombre de décès dus au sida d'ici à 2015 par rapport à l'année de référence – 2009 (1 425 000)
		Réduction de 50 % du nombre de décès dus à la tuberculose d'ici à 2015 par rapport à l'année de référence – 1990
		Réduction de 75 % du nombre de décès dus au paludisme d'ici à 2015 par rapport à l'année de référence – 2000
Réduire la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles	Mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles	Réduction de 25 % d'ici à 2025 de la probabilité de décès entre 30 ans et 70 ans par maladie cardio-vasculaire, cancer, diabète ou affection respiratoire chronique
Éradiquer la poliomyélite	Éradication de la poliomyélite	Éradication de la poliomyélite achevée d'ici la fin de l'année 2014
Éradiquer la dracunculose	Éradication de la dracunculose	Éradication de la dracunculose achevée d'ici à 2015
Prévention des décès, pathologies et incapacités imputables aux situations d'urgence	Pourcentage de situations d'urgence aiguë de grande ampleur dans lesquelles le taux brut de mortalité revient à des niveaux de référence admis en l'espace de 3 mois	70 % des situations d'urgence
Réduction du ratio rural/urbain pour le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	Réduction du ratio rural/urbain pour le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans	Réduction de 25 % en 2015-2020 de l'écart absolu intervenant entre zones rurales et zones urbaines pour la mortalité des moins de cinq ans

Catégorie	Secteur de programme	Réalisation	Indicateur de réalisation	Base	Cible
1	VIH/sida	Élargissement de l'accès aux interventions essentielles pour les personnes vivant avec le VIH	Nombre de nouvelles infections à VIH chez l'enfant (de 0 à 5 ans)	330 000 (2011)	<43 000 (2015)
			Nombre de personnes vivant avec le VIH et bénéficiant d'un traitement antirétroviral	8 millions (2011)	15 millions (2015)
			Pourcentage de femmes enceintes VIH-positives bénéficiant d'un traitement antirétroviral (prophylaxie ou thérapie antirétrovirale) destiné à réduire la transmission mère-enfant au cours de la grossesse et de l'accouchement	57 % (2011)	90 % (2015)
			Nombre cumulé de circoncisions médicales volontaires pratiquées dans 14 pays prioritaires	1,4 million (2011)	20,8 millions (2016)
	Tuberculose	Augmentation du nombre de patients tuberculeux traités avec succès	Nombre cumulé de patients tuberculeux traités avec succès dans le cadre de programmes ayant adopté la stratégie recommandée par l'OMS depuis 1995	51 millions (2011)	70 millions (2015)
			Nombre annuel de patients dans le monde présentant une tuberculose multirésistante confirmée ou présumée qui bénéficient d'un traitement contre la tuberculose multirésistante (y compris les cas résistant à la rifampicine)	55 597 (2011)	270 000 (d'ici à 2015)
	Paludisme	Élargissement de l'accès au traitement antipaludique de première intention pour les cas confirmés de paludisme	Pourcentage de cas confirmés de paludisme dans le secteur public pour lesquels le patient bénéficie d'un traitement antipaludique de première intention conformément à la politique nationale	50 % (2011)	70 % (2015)
	Maladies tropicales négligées	Élargissement et maintien de l'accès aux médicaments essentiels contre les maladies tropicales négligées	Nombre d'États Membres où l'éradication de la dracunculose est certifiée	183 (2014)	194 (2019)
			Nombre d'États Membres ayant atteint la couverture cible recommandée pour la chimioprévention régulière des helminthiases dans les populations risquant de contracter la filariose lymphatique, la schistosomiase et des géohelminthiases	25 (2012)	100 (2020)

Catégorie	Secteur de programme	Réalisation	Indicateur de réalisation	Base	Cible
	Maladies à prévention vaccinale	Extension de la couverture vaccinale pour les populations et communautés difficiles à atteindre	Couverture moyenne mondiale par trois doses de vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux	83 % (2011)	≥90 % (2015)
			Régions de l'OMS d'où la rougeole a été éliminée	1 (2011)	4 (2015)
			Proportion des 75 pays du Compte à rebours ayant introduit les vaccins contre le pneumocoque, le rotavirus et le papillomavirus humain, et étendu parallèlement les interventions de lutte contre la pneumonie, la diarrhée ou le cancer du col de l'utérus	0 %	50 %
2	Maladies non transmissibles (4 maladies et 4 facteurs de risque)	Accès amélioré aux interventions visant à prévenir et à prendre en charge les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque	Au moins 10 % de baisse relative de l'usage nocif de l'alcool, selon ce qu'il convient, dans le cadre national	–	Réduction de 10 % d'ici à 2025
			Baisse relative de 30 % de la prévalence de la consommation actuelle de tabac chez les personnes âgées de 15 ans ou plus	–	Réduction de 30 % d'ici à 2025
			Réduction relative de 10 % de la prévalence de l'activité physique insuffisante	–	Réduction de 10 % d'ici à 2025
			Baisse relative de 25 % de la prévalence de l'hypertension ou limitation de la prévalence de l'hypertension selon la situation nationale	–	Réduction de 25 % d'ici à 2025
			Arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité	–	À déterminer
			Au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficient d'une chimiothérapie et de conseils (y compris le contrôle de la glycémie) en prévention des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux	–	Couverture d'au moins 50 % (2025)
			Baisse relative de 30 % de l'apport moyen en sel/sodium évalué comme suit : apport moyen en sel (chlorure de sodium) standardisé selon l'âge, exprimé en grammes par jour pour les personnes de plus de 18 ans	–	Réduction de 30 % d'ici à 2025
			Disponibilité et accessibilité financière de 80 % des médicaments essentiels, y compris génériques, et des technologies de base nécessaires pour traiter les principales maladies non transmissibles dans les établissements des secteurs public et privé	–	Couverture d'au moins 80 % (2025)

Catégorie	Secteur de programme	Réalisation	Indicateur de réalisation	Base	Cible
	Santé mentale et abus de substances psychoactives	Accès amélioré aux services portant sur les troubles mentaux et sur les troubles liés à la consommation de substances psychoactives	Proportion de personnes atteintes de graves troubles mentaux (psychose, troubles affectifs bipolaires, dépression modérée à sévère) qui utilisent les services	À déterminer (en cours d'élaboration)	Augmentation de 20 % d'ici à 2020
			Taux de suicide annuel (pour 100 000 habitants)	À déterminer (en cours d'élaboration)	Réduction de 10 % d'ici à 2020
	Violence et traumatismes	Réduction des facteurs de risque de violence et de traumatismes, l'accent étant mis sur la sécurité routière, les traumatismes chez l'enfant et la violence à l'encontre des enfants, des femmes et des jeunes	Indicateur(s) mondial(aux) sur la réduction des facteurs de risque d'accident de la route à élaborer dans le cadre de la Décennie d'action pour la sécurité routière (2011-2020)	–	–
	Handicaps et réadaptation	Améliorer l'accès des personnes handicapées aux services	Indicateur(s) mondial(aux) sur l'amélioration de l'accès des personnes handicapées aux services à élaborer au titre du plan d'action mondial sur le handicap	–	–
	Nutrition	Réduction des facteurs de risque nutritionnels	Nombre d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance	165 millions (2011)	102 millions (2025)
			Proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) présentant une anémie	30 % (2015)	15 % (2025)
3	Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	Élargissement de l'accès aux interventions visant à améliorer la santé de la femme, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent	Nombre de femmes utilisant un moyen de contraception à des fins de planification familiale dans les 69 pays les plus pauvres	260 millions	320 millions (2015)
			Accouchement en présence de personnel qualifié (pourcentage de naissances vivantes ayant lieu en présence d'un personnel de santé qualifié) ;	69 % (2011)	75 % (2015)
			Soins postnatals pour les mères et les enfants (pourcentage de mères et d'enfants bénéficiant de soins postnatals dans les deux jours suivant l'accouchement)	46 % (2010)	60 % (2015)
			Allaitement maternel exclusif pendant six mois (pourcentage d'enfants de 0 à 5 mois nourris exclusivement au sein)	37 % (2011)	40 % (2015)
			Traitement antibiotique contre la pneumonie (pourcentage d'enfants de 0 à 59 mois chez qui on soupçonne une pneumonie mis sous antibiotiques)	47 %	60 % (2015)

Catégorie	Secteur de programme	Réalisation	Indicateur de réalisation	Base	Cible
			Taux de natalité chez les adolescents (pour 1000 filles de 15 à 19 ans)	50 pour 1000 filles (2009)	45 pour 1000 filles (2015)
	Vieillissement et santé	Augmentation de la proportion des personnes âgées capables de mener une vie indépendante	Un ou plusieurs indicateurs mondiaux sera/seront mis au point aux fins du cadre mondial de surveillance du vieillissement et de la santé qui sera définit d'ici à décembre 2014	–	–
	Intégration d'une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits humains	Intégration des questions de l'égalité hommes-femmes, de l'équité et des droits humains dans les politiques et programmes du Secrétariat et des pays	Il existe des processus d'évaluation pour déterminer dans quelle mesure l'égalité hommes-femmes, l'équité et les droits humains sont respectés dans les programmes du Secrétariat	Non	Oui
	Déterminants sociaux de la santé	Amélioration de la coordination intersectorielle des politiques pour agir sur les déterminants sociaux de la santé	Taux net de scolarisation dans le primaire (cible 2.A des OMD)	90 % (2008)	100 % (2015)
			Nombre d'habitants de taudis dont les conditions de vie se sont sensiblement améliorées (cible 7.D des OMD)	Sans objet	100 millions (2020)
	Santé et environnement	Réduction des menaces environnementales qui pèsent sur la santé	Proportion de la population qui n'a pas accès à une source d'eau potable améliorée	11 % (2010)	9 % (2015)
			Proportion de la population qui n'a pas accès à un système d'assainissement amélioré	37 % (2010)	25 % (2015)
			Proportion de la population qui cuisine essentiellement à l'aide de combustible solides	41 % (2010)	38 % (2015)
4	Politiques, stratégies et plans de santé nationaux	Tous les pays disposent de politiques, stratégies et plans de santé nationaux complets qui ont été actualisés au cours des cinq dernières années	Nombre de pays dotés d'une stratégie nationale complète pour le secteur de la santé, assortie d'objectifs et de cibles, qui a été actualisée au cours des cinq dernières années	115 (2013)	135 (2015)
	Services de santé intégrés centrés sur la personne	Les politiques, les financements et les ressources humaines nécessaires sont disponibles pour améliorer l'accès à des services de santé intégrés centrés sur la personne	Nombre de pays mettant en œuvre des stratégies pour la prestation de services intégrés	50 (2014)	65 (2015)
			Proportion de pays confrontés à de graves pénuries de personnels de santé	30 % (2006)	20 % (2014)

Catégorie	Secteur de programme	Réalisation	Indicateur de réalisation	Base	Cible
	Accès aux médicaments et aux technologies sanitaires et renforcement des moyens réglementaires	L'accès à des médicaments et des technologies sanitaires sûres, efficaces et de qualité est amélioré et ceux-ci sont utilisés de façon plus rationnelle	Disponibilité de médicaments génériques dans les secteurs public et privé	48 % (2011)	80 % (2015)
	Informations et données factuelles sur les systèmes de santé	Tous les pays sont dotés de systèmes d'enregistrement des actes d'état civil et de statistiques d'état civil qui fonctionnent correctement	Nombre de pays qui communiquent des informations sur les causes de décès en utilisant la Classification internationale des maladies, Dixième Révision	108 (2013)	112 (2015)
5	Capacités d'alerte et d'intervention	Tous les pays ont, pour l'ensemble des risques, les principales capacités d'alerte et d'intervention requises à titre minimum par le Règlement sanitaire international (2005)	Nombre de pays qui ont acquis et qui maintiennent les principales capacités requises par le Règlement sanitaire international (2005)	80 (2013)	195 (2016)
	Maladies à tendance épidémique et pandémique	Tous les pays ont amélioré leur capacité de renforcer leur résilience et d'acquérir une préparation appropriée afin d'intervenir de façon rapide, prévisible et efficace en cas d'épidémie ou de pandémie de grande ampleur	Pourcentage de pays dotés d'une stratégie nationale en vigueur portant sur la résilience et la préparation aux principales épidémies et pandémies	40 % (2011)	50 % (2015)
	Gestion des crises et des risques associés aux urgences	Les pays ont la capacité de gérer les risques de santé publique associés aux urgences	Pourcentage de pays dotés des capacités minimales pour gérer les risques de santé publique associés aux urgences	Sans objet	80 % (2019)
	Sécurité sanitaire des aliments	Tous les pays sont bien préparés pour prévenir et atténuer les risques d'origine alimentaire	Nombre de pays dotés de mécanismes appropriés pour prévenir ou atténuer les risques d'origine alimentaire	116/194 (2013)	136/194 (2015)

Catégorie	Secteur de programme	Réalisation	Indicateur de réalisation	Base	Cible
	Éradication de la poliomyélite	Aucun cas de paralysie dû à un poliovirus sauvage ou à un poliovirus apparenté au virus vaccinal de type 2 à l'échelle mondiale	Nombre de pays signalant des cas de paralysie dus à un poliovirus sauvage, quel qu'il soit, ou à un poliovirus apparenté au virus vaccinal de type 2 au cours des 12 mois antérieurs	8 (2012)	0 (2019)
	Interventions en cas d'épidémies ou de crises	Tous les pays font face de manière appropriée aux menaces et aux urgences ayant des conséquences pour la santé publique	Pourcentage de pays qui ont fait face de manière appropriée à une situation d'urgence, quelle qu'elle soit, par une évaluation initiale coordonnée et un plan d'action du secteur de la santé dans les cinq jours suivant la survenue de l'événement	Sans objet	100 %
6	Leadership et gouvernance	Une plus grande cohérence de l'action sanitaire mondiale, l'OMS jouant un rôle de chef de file permettant aux nombreux acteurs différents de contribuer activement et efficacement à la santé de tous les peuples	Niveau de satisfaction des parties prenantes au regard du rôle de chef de file de l'OMS concernant les questions mondiales de santé	Niveau élevé (sur la base de la notation composite de l'Enquête à l'intention des parties prenantes de novembre 2012)	Niveau élevé au minimum (Enquête à l'intention des parties prenantes de 2015)
	Transparence, responsabilisation et gestion des risques	L'OMS agit de façon responsable et transparente et dispose d'un cadre de gestion des risques et de cadres d'évaluation qui fonctionnent bien	Proportion des risques institutionnels pour lesquels des plans d'intervention ont été approuvés et mis en œuvre	Sans objet	100 % (2015)
	Planification stratégique, coordination des ressources et établissement de rapports	Alignement du financement et de l'allocation des ressources sur les priorités et les besoins sanitaires des États Membres dans un cadre de gestion axé sur les résultats	Alignement des recettes et des dépenses sur le budget programme approuvé par catégorie et par bureau	Alignement incomplet	100 %
	Gestion et administration	Gestion et administration efficaces et efficientes dans toute l'Organisation	Niveau d'efficacité de l'administration et de la gestion à l'OMS	Correct	Solide (2015)
	Communications stratégiques	Meilleure compréhension des activités de l'OMS par le public et les parties prenantes	Pourcentage de représentants d'États Membres et d'autres parties prenantes jugeant « satisfaisants » ou « excellents »» les résultats de l'OMS	77 % (2013)	85 % (2015)