Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-SIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A66/5**
Point 12.1 de l'ordre du jour provisoire **26 avril 2013**

Exécution du budget programme 2012-2013 : rapport intérimaire

Rapport du Secrétariat

1. Un examen à mi-parcours de l'exécution du budget programme pour 2012-2013 a été effectué dans toute l'Organisation reflétant la situation au 31 décembre 2012. Le processus d'examen à mi-parcours comprend l'examen des progrès accomplis en vue des résultats escomptés et donne une vue d'ensemble des principaux succès, risques et problèmes dans les pays et dans l'action du Secrétariat. En outre, il est axé sur les enseignements que l'on peut tirer et sur les mesures à prendre pour stimuler les progrès. On a également examiné l'exécution du budget, ce qui a permis de se préoccuper simultanément de l'exécution programmatique et de l'exécution financière.[1]

2. Les résultats de l'examen permettent à l'Organisation de se prévaloir des succès obtenus, par exemple en élargissant des initiatives spécifiques, et de prendre les mesures correctrices nécessaires notamment une nouvelle programmation et l'allocation ou la réallocation de ressources à des domaines prioritaires particuliers. L'examen à mi-parcours consiste en une auto-évaluation au cours de laquelle les grands bureaux indiquent si leurs contributions respectives aux résultats escomptés sont « en bonne voie », « compromises » ou « sérieusement compromises ». Les appréciations des progrès reflètent dans quelle mesure les programmes ont fourni des résultats et les indicateurs ont été atteints. À chaque niveau, il est fait état des enseignements tirés et des mesures requises pour améliorer les progrès. Le processus comprend des éléments d'examen collégial et d'assurance de la qualité de façon à garantir une évaluation objective et cohérente des progrès.

3. L'examen à mi-parcours a permis de recenser les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation qui doivent être prioritaires et les secteurs dans lesquels les cibles risquent de ne pas être atteintes à la fin de l'exercice biennal.

[1] Voir le document A66/29, Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2012.

VUE D'ENSEMBLE DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION

4. Le Tableau 1 indique les progrès réalisés pour parvenir aux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation par objectif stratégique.[1] L'appréciation « en bonne voie » signifie que le rythme des progrès est conforme à ce qui était prévu à mi-parcours et qu'il ne sera sans doute pas modifié sensiblement au cours du reste de l'exercice. D'une manière générale, pour qu'un résultat escompté soit considéré comme « en bonne voie », au moins six des sept grands bureaux doivent avoir fait état de progrès suffisants. L'appréciation « compromis » signifie qu'en cherchant à atteindre le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation, on se heurte à des obstacles et à des risques qui appellent des mesures correctrices. Si deux ou plus des sept grands bureaux considèrent que les résultats sont « compromis », cela remet éventuellement en question la réalisation de ces résultats en fin d'exercice à l'échelle de l'Organisation. L'appréciation « sérieusement compromis » signifie que les progrès sont sérieusement en danger et qu'il est peu probable que le résultat escompté puisse être obtenu à l'échelle de l'Organisation.

5. Sur un total de 80 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour l'exercice 2012-2013, 65 ont été considérés comme « en bonne voie » (81 %) et 15 « compromis » (19 %), ce qui constitue une amélioration de la situation à ce stade de l'exercice par rapport au même stade de l'exercice précédent où 30 % des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation étaient considérés comme « compromis ».

6. On s'est penché sur la situation de tous les résultats « compromis » en vue de déterminer les mesures à prendre. Une attention particulière a été vouée aux raisons pour lesquelles les progrès ne sont pas en bonne voie et sur ce qu'il faut faire pour minimiser le risque de ne pas parvenir à une réalisation complète des résultats escomptés d'ici fin 2013. Parmi les mesures de suivi techniques et gestionnaires figurent la définition des résultats prioritaires en faveur desquels un financement existant ou futur sera alloué ou reprogrammé, la définition des résultats spécifiques qui ne seront pas obtenus au cours de l'exercice biennal ou qui seront retardés, et la définition des plans spécifiques visant à réaliser des gains de productivité et des réductions de coûts. À la demande des États Membres, ces informations ont été fournies dans la section concernant chaque objectif stratégique dans le corps du texte. On trouvera des informations plus détaillées dans le document complet (Implementation of Programme budget 2012-2013. Mid-term review[2]).

7. En 2012, le Secrétariat a entrepris de répondre aux questions soulevées par les États Membres sur la méthode à suivre pour évaluer la réalisation des résultats escomptés. On a par exemple revu et amélioré les définitions des indicateurs, bases et cibles et clarifié la distinction entre les réalisations (qui sont des prestations communes des États Membres et du Secrétariat) et les produits (qui sont des prestations du Secrétariat).

8. Si des améliorations ont été apportées au processus d'examen, à la définition et au suivi des moyens appropriés de mesurer l'exécution, le fait qu'il s'agit d'une auto-évaluation et qu'un lien plus clair doit être établi entre les résultats techniques et financiers continue de poser des problèmes significatifs. Beaucoup de ces questions ont été examinées avec les États Membres et sont traitées dans le projet de budget programme pour 2014-2015 avec un meilleur exposé des produits du Secrétariat et des indicateurs qui leur sont liés ainsi qu'au moyen du cadre de suivi et d'évaluation.

---

[1] Un rapport détaillé des progrès à mi-parcours par objectif stratégique est disponible et sera fourni sur demande.

[2] Document HQ/PRP/13.1, établi en anglais seulement et disponible sur demande.

Tableau 1. Évaluation des progrès par objectif stratégique

Objectif stratégique		Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation			
		En bonne voie	**Compromis**	**Sérieusement compromis**	**Total**
OS 1	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	7	2	0	9
OS 2	Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	4	2	0	6
OS 3	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle	6	0	0	6
OS 4	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	5	3	0	8
OS 5	Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	0	2	0	2
OS 6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque	4	2	0	6
OS 7	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	4	1	0	5
OS 8	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement	6	0	0	6
OS 9	Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	5	1	0	6
OS 10	Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles	13	0	0	13
OS 11	Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	3	0	0	3
OS 12	Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail	4	0	0	4
OS 13	Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat	4	2	0	6
Total		**65**	**15**	**0**	**80**

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 : Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles

9. Des progrès ont été accomplis dans l'introduction de nouveaux vaccins et la promotion de vaccins sous-utilisés. Il ressort des dernières données disponibles[1] que le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b (Hib) a été introduit dans neuf autres pays, le vaccin antipneumococcique dans 17 pays, le vaccin antirotavirus dans trois pays et le vaccin contre le papillomavirus humain dans 10 autres pays. Quatre enfants sur cinq dans le monde (83 % sur un total estimé de 107 millions) ont reçu les trois doses recommandées du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux avant l'âge d'un an en 2011, avec des progrès durables sur une période de deux ans. À fin 2011, le taux de couverture mondiale par le vaccin antirougeoleux avait atteint 84 %. L'année 2012 a été marquée par la première Semaine mondiale de la vaccination à laquelle ont participé plus de 180 pays et par l'adoption du Plan d'action mondial pour les vaccins. Les rapports des pays contenant les informations clés sur l'exécution des programmes nationaux de vaccination réunies annuellement grâce à la fiche commune de déclaration OMS/UNICEF, ont été reçus et les données validées et publiées. Les estimations concernant la mortalité rougeoleuse au cours de la période 2000-2010 ont été finalisées et publiées dans la revue *Lancet*. Les laboratoires de référence régionaux utilisés pour le diagnostic des rotavirus ont tous subi des tests d'aptitude types (appréciation extérieure de la qualité). Au total, 73 laboratoires participant au réseau de surveillance des maladies bactériennes invasives à prévention vaccinale, ont fait l'objet d'une appréciation extérieure de la qualité, dont 47 ont réussi le test (13 de plus qu'en 2011). La surveillance au laboratoire des éruptions et de la fièvre fondée sur les cas a été assurée par 184 États Membres en 2012.

10. À la fin de 2012, toutes les flambées de poliomyélite remontant à 2011 dans les pays exempts avaient été stoppées et des plans nationaux d'urgence mis sur pied dans les trois derniers pays d'endémie (l'Afghanistan, le Nigéria et le Pakistan). En 2012, 223 cas de poliomyélite ont été déclarés dans le monde, une diminution de 66 % par rapport à 2011.[2]

11. L'élan de la lutte contre les maladies tropicales négligées a continué de se renforcer en 2012. L'OMS a produit une « feuille de route pour la mise en œuvre » afin d'accélérer les efforts pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées. En janvier 2012, la publication de la Déclaration de Londres sur les maladies tropicales négligées a renforcé l'engagement des partenaires à élargir l'accès aux médicaments grâce à des dons plus importants de produits pharmaceutiques. Des progrès ont été réalisés dans le traitement de l'onchocercose, de la schistosomiase et de la leishmaniose viscérale ainsi que dans la mise au point d'un vaccin antiméningococcique conjugué A et de calendriers de vaccination contre le rotavirus dans la ceinture africaine de la méningite. Les méthodes de lutte antivectorielle contre la dengue et la trypanosomiase humaine africaine ont été renforcées et des progrès réalisés dans la mise au point d'interventions pour une meilleure prévention de la dengue et de travaux de recherche sur la maladie de Chagas, et la recherche sur la lutte antivectorielle en général. Le *Global Report for Research on Infectious Diseases of Poverty* a été publié et lancé lors de la Conférence sur l'innovation dans la santé sans frontières organisée par la Commission européenne. Le rapport met l'accent sur l'innovation dans la santé et envisage de nouveaux moyens d'améliorer la santé publique par la recherche dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Il souligne 10 raisons qui militent en faveur de la recherche et présente un plan d'action en cinq points proposant notamment l'établissement d'un index des maladies infectieuses de la pauvreté et des recherches multidisciplinaires dans le contexte de la stratégie « One World, One Health».

---

[1] Les données officielles sont disponibles avec un an de retard en raison du temps nécessaire à la notification par les pays au moyen de la fiche commune OMS/UNICEF et des procédures de regroupement et de validation des données.

[2] Voir le document A66/18.

12. Des outils génériques et spécifiques pour aider les pays à évaluer la mise en œuvre des capacités de base minimales requises par le Règlement sanitaire international (2005) ont été mis au point et diffusés. Il s'agissait notamment de protocoles d'évaluation approfondie, d'outils d'évaluation spécifiques (portant notamment sur les points d'entrée, les laboratoires, la communication sur les risques et la législation), le suivi des listes de points à vérifier et les questionnaires sur les États Parties. L'OMS a appuyé l'établissement de systèmes de surveillance et de réseaux de laboratoires ainsi que l'échange des données de surveillance et des capacités de laboratoire. Un appui a également été fourni au renforcement des capacités à détecter des événements, procéder à des enquêtes et réagir, et notamment à la formation en communication dans les domaines de l'impact comportemental, de la réduction des risques et de la gestion de la sécurité biologique au laboratoire.

13. Les activités liées à des maladies spécifiques ont porté sur la grippe, la dengue, le virus Ébola, le nouveau coronavirus, la fièvre jaune, le chikungunya, la maladie du hochement de tête (Ouganda), l'hépatite, le choléra et la méningite. Un appui technique, notamment sous forme d'outils, de lignes directrices et d'experts pour les enquêtes et la lutte, a été fourni aux pays qui ont connu des flambées, au total 292 événements ayant été traités en 2012 par le système de gestion des événements de l'OMS. Les initiatives de préparation aux niveaux mondial et régional ont consisté à stocker des matériels d'intervention, à mettre au point et perfectionner des plans de préparation généraux ou liés à des menaces spécifiques, ainsi qu'à publier des recommandations pratiques pour le dépistage, la surveillance et l'action. En 2012, l'OMS a commencé à collaborer avec des partenaires extérieurs en vue de l'établissement de stratégies d'endiguement de la résistance aux antimicrobiens dans les soins de santé et de la surveillance mondiale de la résistance aux antimicrobiens. La révision des plans de préparation contre les pandémies s'est poursuivie dans de nombreux pays. Les mesures visant à donner suite aux dispositions concernant les capacités de base minimales du Règlement sanitaire international (2005) posent un problème dans de nombreux pays : 110 États Membres ont demandé une prolongation de deux ans du délai de juin 2012.[1] Afin d'accélérer l'application du Règlement, quatre réunions régionales ont été organisées entre les partenaires, les donateurs et les États Parties pour préciser les besoins non satisfaits et mettre en place un réseau de collaboration et de soutien entre les États Membres et les donateurs afin d'aider les pays concernés à mettre en place les capacités de base requises. Les États Membres ont mis en œuvre des stratégies régionales et utilisé le Règlement pour détecter, notifier et évaluer le risque d'une flambée. L'OMS et les points focaux nationaux du Règlement sanitaire international ont davantage eu recours au site d'information sur les événements pour changer des données ou avoir accès à des informations de santé publique sur les événements aigus de santé publique.

14. Sept des neuf résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont considérés comme « en bonne voie », alors que deux sont jugés « compromis ». Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.2 (éradication de la poliomyélite) a subi le contrecoup des atteintes à la sécurité dont ont été victimes les équipes de vaccination dans les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Afrique. Quant au résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.6 (capacités de base minimales prévues par le Règlement sanitaire international), il a été affaibli par les difficultés qu'ont éprouvées de nombreux pays à respecter l'obligation prévue. Une intensification des efforts de mobilisation des ressources est prévue à tous les niveaux afin d'appuyer la réalisation complète des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation 1.6 (capacités de base minimales) et 1.7 (détecter, évaluer et combattre les grandes maladies épidémiques et potentiellement pandémiques).

[1] Voir le document A66/16.

15. En 2013, dans le domaine des vaccins, l'OMS jouera un rôle de chef de file de haut niveau, s'attachera à promouvoir un engagement politique et financier solide et veillera à collaborer de manière efficace avec toutes les parties prenantes pour préserver durablement les résultats et atteindre les buts fixés dans le Plan d'action mondial pour les vaccins.[1] Elle continuera de déterminer et de résoudre les problèmes en matière de sécurité des pratiques vaccinales et des services dans les pays à faible couverture systématique confrontés à un grand nombre de sujets non vaccinés et à des fossés en matière d'équité. Les progrès concernant l'éradication de la poliomyélite sont entravés par des problèmes de sécurité : les récents attentats qui ont entraîné la mort d'agents de vaccination au Pakistan et au Nigéria ont constitué un défi sans précédent pour l'exécution du programme. Pour faire face à cette situation qui évolue, des plans d'accès garantissant la sécurité sont mis au point pour chaque réservoir. Au niveau international, le programme renforce son engagement et recherche un appui accru de l'Organisation de la Coopération islamique, de la Banque islamique de Développement et d'autres organisations islamiques en termes d'aide financière technique et de communication pour accroître à la fois la confiance dans les communautés et les groupes musulmans et l'acceptation du programme par la communauté. Il est prévu de relancer un programme régional de subvention de la recherche sur les maladies tropicales contribuant à renforcer les capacités de recherche locales et les capacités régionales d'harmonisation des priorités et de promotion de la recherche dans les pays. L'Organisation continuera de mettre en place et de renforcer la capacité du Secrétariat à assumer de manière pleine et efficace les fonctions qui lui sont confiées en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Si elle intensifiera ses efforts pour aider les pays plus défavorisés à respecter leurs obligations concernant les capacités de base minimales prévues par le Règlement sanitaire international (2005) d'ici juin 2014, l'OMS maintiendra son appui en faveur de la détection, de la notification et de l'évaluation des événements et continuera de suivre l'application du Règlement dans le monde entier. L'Organisation continue à devoir assurer un appui rapide et ciblé aux pays en cas d'urgence de santé publique, une tâche pour laquelle il est indispensable de pouvoir compter sur un personnel qualifié et un système mondial moderne. Les problèmes croissants en situation de ressources limitées risquent de limiter la capacité de l'OMS à apporter des réponses efficaces à l'avenir.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 : Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

16. En 2012, les États Membres ont continué d'améliorer l'accès à la prévention, au diagnostic, aux traitements et aux services de soins concernant le VIH, la tuberculose et le paludisme. Le nombre de personnes vivant avec le VIH qui bénéficient d'un traitement antirétroviral a continué d'augmenter pour atteindre 8 millions à la fin de 2011.[2] Depuis 1990, le taux de mortalité par tuberculose a diminué de 41 % et, entre 2000 et 2010, le taux de mortalité par paludisme a baissé de plus de 25 %. La contribution de l'OMS à la réalisation de l'objectif stratégique couvre les recommandations de caractère politique, l'appui technique, le renforcement des capacités ainsi que le suivi et l'évaluation. La stratégie mondiale du secteur de la santé sur le VIH/sida 2011-2015 a été adaptée dans toutes les Régions, et une orientation a été fournie sur l'emploi du traitement antirétroviral dans la prévention du VIH et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Dans les domaines normatifs et politiques liés à la tuberculose, l'action de l'OMS a porté sur : la recherche et le dépistage des contacts ; la tuberculose associée au VIH ; l'intégration des mesures de lutte contre la tuberculose aux activités des organisations non gouvernementales et d'autres organisations de la société civile ; la tuberculose de l'enfant ; et la sécurité biologique au laboratoire. Le Programme mondial de lutte antipaludique a publié des orientations sur la chimioprévention du paludisme saisonnier pour la transmission hautement saisonnière dans la sous-région du Sahel en Afrique et sur des politiques

[1] Voir le document A66/19.

[2] Les derniers chiffres disponibles concernent 2011.

actualisées concernant le traitement intermittent du paludisme au cours de la grossesse et l'utilisation d'une dose unique de primaquine.[1]

17. Avec ses partenaires, l'OMS a cherché à élargir l'accès à des produits diagnostiques et médicaments nouveaux ainsi qu'à d'autres produits, par exemple pour le diagnostic rapide de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante dans 77 pays. Le *Rapport 2012 sur le paludisme dans le monde* et le *Rapport 2012 sur la lutte contre la tuberculose dans le monde* ont présenté les données les plus récentes sur les épidémies de paludisme et de tuberculose. Parmi les défis à relever pour l'avenir figurent le financement de nouveaux progrès dans une situation qui pourrait être caractérisée par un appui plus limité des donateurs et l'émergence d'une polypharmacorésistance aux traitements contre la tuberculose et le paludisme. Les priorités pour 2013 sont notamment les suivantes : dans le domaine du VIH : publication d'une série de lignes directrices sur l'emploi du traitement antirétroviral et appui en vue de leur application ; dans le domaine de la tuberculose : mise au point de la stratégie et des cibles pour l'après-2015 et orientations politiques sur l'introduction de nouveaux médicaments pour la première fois depuis 40 ans ; et dans le domaine du paludisme : intervention d'urgence pour endiguer la résistance à l'artémisinine dans le programme de la sous-région du Grand Mékong et maintien de la couverture au moyen de moustiquaires de lit à imprégnation durable.

18. Quatre des six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont considérés comme « en bonne voie » et deux comme « compromis », à savoir les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation 2.1 (prévention, traitement et soins liés au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme) et 2.6 (connaissances, outils d'intervention et stratégies nouveaux). La capacité de l'OMS d'appuyer l'adoption et la mise en œuvre de politiques est « compromise » en raison de contraintes en matière de ressources et de capacités dans les pays, notamment l'allocation insuffisante de ressources pour le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles dans les Régions des Amériques et du Pacifique occidental. Concernant le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 2.6 (connaissances, outils d'intervention et stratégies nouveaux), les Bureaux régionaux de l'Afrique et de la Méditerranée orientale signalent qu'une capacité du Secrétariat et un appui financier insuffisants entravent la promotion de travaux de recherche spécifiques.

19. En 2013, afin d'accélérer les progrès concernant le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 2.1, l'OMS continuera de consentir des investissements en faveur de la sensibilisation, de l'appui technique et de la mobilisation de ressources dans les domaines du VIH, de la tuberculose et du paludisme. Le financement concernant ces trois maladies est un sujet de préoccupation croissant en raison des incertitudes auxquelles se trouvent confrontés le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et les donateurs bilatéraux. Pour ce qui est du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 2.6, l'OMS s'attachera de plus en plus à établir un ordre de priorité dans le programme de recherche et dans la collaboration avec les organisations extérieures visant à appuyer la recherche.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 : Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle

20. En 2012, les États Membres sont parvenus à un consensus sur le cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles, y compris les indicateurs et neuf cibles mondiales volontaires. À sa

[1] Voir le document A66/21.

soixante-troisième session, le Comité régional du Pacifique occidental a adopté la résolution WPR/RC63.R3 sur la prévention des traumatismes et de la violence. La priorité a été donnée à l'appui à l'extension des programmes nationaux et au renforcement de l'engagement politique, financier et technique des États Membres en faveur de la lutte contre les maladies non transmissibles et de l'élaboration de politiques, de stratégies et de règles pertinentes. Certains pays ont renforcé la surveillance des facteurs de risque et leurs interventions pour réduire l'exposition et adopté une approche de soins de santé primaires pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles.

21. L'OMS est en train de renforcer le Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale dans toutes les Régions et elle a lancé le projet et le module d'outils QualityRights qui sont appliqués dans les pays et visent à améliorer les conditions et le respect des droits de l'homme dans les établissements de santé mentale. Les États Membres ont également été encouragés à adopter des politiques, des stratégies et des règles fondées sur des bases factuelles dans le domaine de la santé mentale et de l'abus de substances psychoactives. Un certain nombre de documents ont été publiés, notamment le rapport *Dementia: a public health priority* qui révèle que le nombre de personnes vivant avec la démence dans le monde entier, actuellement estimé à 35,6 millions, est appelé à doubler d'ici 2030 et à plus que tripler d'ici 2050. Le rapport décrit également l'impact de la démence aux niveaux individuel et social, ainsi que différentes approches nationales pour y faire face, et examine les problèmes posés par les soins et les dispensateurs de soins, en envisageant des moyens d'améliorer la sensibilisation au problème et la défense des malades.[1]

22. Des progrès ont également été réalisés dans l'amélioration de la sécurité routière comme en témoigne l'évolution constatée dans le port de la ceinture de sécurité et du casque. Plusieurs ateliers de renforcement des capacités nationaux et régionaux et stages de formation ont été organisés sur les soins de traumatologie, la prévention de la violence et la sécurité routière. En tout, 60 pays ont jusqu'ici organisé sur leur territoire des discussions politiques sur le *Rapport mondial sur le handicap 2011*. En novembre 2012, le premier Congrès mondial sur la réadaptation à base communautaire a réuni 1500 experts et praticiens qui ont échangé des données sur les meilleures pratiques et planifié les prochaines étapes des activités dans ce domaine.[2]

23. Avec l'appui du Secrétariat, deux nouveaux pays fournissent gratuitement ou subventionnent en partie l'appui au sevrage tabagique dans les services de soins de santé primaires dans le cadre de l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

24. Les six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie ». Certaines activités ont été retardées, comme la publication du *Rapport mondial sur la sécurité routière 2013,* car de nouvelles analyses de données doivent être effectuées.

25. Les activités de plaidoyer de l'OMS et de ses partenaires ont eu un impact notable. D'une manière générale, l'OMS passe progressivement de la sensibilisation et des orientations normatives à un appui à la mise en œuvre en 2013. Parmi les activités qui ne se dérouleront pas en 2013, on peut mentionner une réunion mondiale des points focaux des ministères de la santé pour la prévention de la violence et des traumatismes, et une évaluation des systèmes de prévention et de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives car les ressources actuelles seront utilisées pour d'autres priorités. D'autres activités, comme le renforcement de la participation des centres

[1] Voir le document A66/10.

[2] Voir le document A66/12.

collaborateurs de l'OMS à la mise en œuvre des projets de santé mentale et la création d'un réseau sur la prévention des traumatismes de l'enfant, seront entreprises de manière différente, par exemple en recherchant des ressources extérieures et l'appui de partenaires.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé

26. Dans l'arène politique, l'élan a été maintenu pour atteindre les objectifs 4 (Réduction de la mortalité infantile) et 5 (Améliorer la santé maternelle) du Millénaire pour le développement.[1] Créée sous l'égide de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant lancée par le Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants a formulé des recommandations pour améliorer l'offre à un prix abordable et l'usage rationnel de certains produits d'importance vitale ainsi que l'accès à ces produits. À fin 2012, 72 pays au total avaient mis en place ou actualisé leur stratégie d'accès universel à des interventions efficaces pour améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et un appui technique avait été fourni pour la mise au point ou la révision de politiques et de stratégies pertinentes dans les pays.[2] En outre, 63 pays se sont désormais dotés d'une politique d'accès universel à la santé sexuelle et génésique.

27. Des ateliers de renforcement des capacités concernant notamment la surveillance de la mortalité maternelle et l'action dans ce domaine ont été organisés avec la participation de plus de 70 pays dans le cadre de l'application des recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant. Le Compte à rebours vers 2015, qui suit les progrès en vue d'atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement, a publié son rapport pour 2012 ; l'OMS fait partie de son Comité de coordination. Les pays de toutes les Régions ont bénéficié d'un appui à la révision ou à l'actualisation de leurs feuille de route et plan d'accélération de la réduction de la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, ainsi qu'au renforcement de la capacité de planification stratégique, y compris l'analyse des coûts et de l'impact en utilisant l'outil OneHealth. Des progrès ont été accomplis pour renforcer les capacités des experts nationaux en recherche opérationnelle. Des recommandations sur l'amélioration de la qualité des soins de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ont été établies ou actualisées et diffusées aux pays. L'élaboration de politiques de santé de l'adolescent a été appuyée dans 15 pays et de nouveaux lieux d'intervention, par exemple les écoles, sont recherchés. La Journée mondiale de la Santé 2012 a eu pour thème le vieillissement en bonne santé ; les informations disponibles sur le vieillissement sur de nouvelles pages Web, les aide-mémoire et les lignes directrices ont suscité un intérêt dans une vingtaine de pays.

28. Cinq des huit résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie » mais trois sont considérés comme « compromis ». Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 4.2 (renforcement des capacités de recherche nationales) constitue un domaine prioritaire et, malgré les déficits de financement actuels, les Bureaux régionaux de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Europe ainsi que le Siège se sont efforcés de maintenir leurs engagements antérieurs et de financer certaines recherches. Le manque de ressources financières et de ressources humaines allouées au résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 4.6 (santé de l'adolescent) a eu un effet marqué sur

[1] Voir le document A66/13.

[2] Voir le document A66/14.

l'appui systématique qu'il a été possible de fournir aux pays, notamment en ce qui concerne des services de santé à l'écoute de l'adolescent. Dans le cas du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 4.7 (santé génésique), l'activité normative de l'OMS dans le domaine de la planification familiale progresse mais, dans d'autres domaines comme celui des infections sexuellement transmissibles, ces activités n'ont pas attiré de fonds à objet désigné.

29. Afin de réaliser des progrès en vue d'atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement en 2015, l'OMS devra intensifier sa collaboration avec le Partenariat H4+ (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU-Femmes et Banque mondiale). En outre, des efforts de mobilisation des ressources pour les secteurs sous-financés, comme le vieillissement en bonne santé et les infections sexuellement transmissibles, seront entrepris en 2013. L'OMS renforcera la capacité technique de ses bureaux de pays et abordera les problèmes des ressources financières et humaines entravant la réalisation des trois résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, notamment les programmes de santé de l'adolescent, en recherchant d'autres ressources, notamment des centres collaborateurs et des consultants.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 5 : Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques

30. Des progrès ont été réalisés dans le renforcement de la préparation et des capacités de riposte des États Membres, le renforcement des efforts de l'OMS et la coordination de la riposte du secteur de la santé et des services de réadaptation en situation d'urgence humanitaire.[1] Pour le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 5.1 (renforcement de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence), le Secrétariat a apporté un appui aux États Membres de toutes les Régions pour la mise au point de programmes de gestion des risques en cas de catastrophe et en situation d'urgence, en renforçant leur capacité d'intervention d'urgence et en améliorant la résistance et la résilience des établissements de santé. L'appui a notamment porté sur les domaines suivants : risques chimiques, radiologiques et environnementaux ; sécurité des hôpitaux ; préparation aux situations d'urgence, notamment en vue des Jeux olympiques de Londres en août 2012 ; gestion urbaine d'urgence dans les Maldives et au Myanmar ; et mise en place de centres pour les opérations d'urgence en République démocratique populaire lao et en Mongolie. L'OMS a également fourni des matériels d'urgence, des orientations et des outils pour renforcer la préparation et évaluer la capacité de gestion des risques ainsi que des kits de formation à la préparation des hôpitaux visant à évaluer les capacités des systèmes de santé. Afin de renforcer sa préparation institutionnelle, l'Organisation a mis en place l'Équipe mondiale de gestion des situations d'urgence, conduit un exercice de simulation à l'échelle de l'Organisation, mis au point un cadre d'action d'urgence (énonçant les engagements de l'OMS, notamment des critères permettant de mesurer les résultats et des politiques d'optimisation d'une action rapide et efficace) et créé un mécanisme pour la mise au point d'équipes trimestrielles pour le renforcement de l'aide d'urgence.

31. En ce qui concerne le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 5.7 (interventions dans les situations d'urgence aiguë ou persistante et opérations de relèvement), dans les interventions d'urgence, les États Membres jouent de plus en plus le rôle de responsable de la coordination des acteurs humanitaires internationaux, contrôlant les services dispensés et offrant des services de santé essentiels. L'OMS a centré ses efforts sur la fourniture d'un appui plus rapide et efficace aux États Membres et aux partenaires dans les domaines suivants : leadership et coordination du groupe de responsabilité sectorielle Santé et du secteur sanitaire ; évaluation des besoins ; planification

[1] Voir le document A66/27, section D.

stratégique ; bulletins d'information ; communication sociale ; surveillance et systèmes d'alerte précoce ; assistance technique ; et autres engagements énoncés dans le cadre d'action d'urgence. En 2012, l'OMS est intervenue au total dans 36 situations d'urgence graves et 22 crises prolongées, avec de meilleurs résultats notamment en République arabe syrienne où du personnel d'urgence a été déployé, une stratégie établie pour le secteur de la santé, un appel lancé et une équipe d'appui d'urgence mise en place à Amman en Jordanie.

32. Malgré les progrès réalisés, les deux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont considérés comme « compromis ». Dans le cas du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 5.1 (plans et programmes de préparation aux situations d'urgence), les modifications apportées aux résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pendant l'exercice biennal n'ont pas été accompagnées d'une modification correspondante des priorités dans certains bureaux régionaux, ce qui a ralenti les progrès en vue de la réalisation des indicateurs pour l'évaluation de la gestion des risques au niveau national et les exercices de simulation d'urgence au niveau national et au niveau des bureaux de pays. Il n'a pas été possible de finaliser les produits normatifs mondiaux comme l'outil mondial d'évaluation des risques en raison de la récente restructuration et des activités de réorientation au Siège. En outre, les cibles fixées pour les indicateurs étaient trop élevées et peu réalistes au regard des changements profonds apportés aux activités d'urgence de l'OMS, et les ressources humaines et financières allouées au personnel et activités de base étaient insuffisantes pour atteindre les cibles des indicateurs.

33. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 5.7 (interventions dans les situations d'urgence et opérations de relèvement) est considéré comme « compromis » en raison de la lenteur de la riposte à la crise dans la région du Sahel en Afrique et des résultats décevants de l'OMS en République centrafricaine, au Myanmar et dans les pays directement touchés par la crise de la République arabe syrienne. Ces carences résultent en partie au moins du faible niveau du financement destiné aux interventions (moins de 30 % du montant des appels, soit US $227 millions sur les US $744 millions demandés).

34. En 2013, l'OMS appuiera les activités de gestion des risques d'urgence en collaborant avec les pays et les partenaires prioritaires afin : de placer la santé au centre des plans nationaux de gestion des situations d'urgence et des catastrophes et des programmes intersectoriels ; d'accroître l'autonomie et la résilience nationales grâce à des centres nationaux pour les opérations d'urgence, à des équipes renforcées, à des plans d'intervention et à la formation de responsables nationaux des interventions ; et de finaliser le cadre mondial de gestion des urgences et des risques liés aux catastrophes et les orientations s'y rapportant. Afin de renforcer l'appui donné aux États Membres au renforcement de leur capacité d'intervention d'urgence, l'OMS : mettra au point des indicateurs sanitaires pour mesurer l'impact des interventions intersectorielles en cas d'urgence humanitaire ; finalisera et appliquera la liste des points à vérifier pour la préparation aux trois niveaux de l'Organisation ; achèvera le manuel pour les équipes d'appui d'urgence et actualisera les modes opératoires normalisés ; mettra sur pied des équipes renforcées en astreinte dans tous les principaux bureaux ; procèdera à des simulations annuelles ; et suivra les résultats des interventions d'urgence. Parallèlement, l'OMS établira un ordre de priorité concernant le personnel, les activités et les lieux d'intervention et allouera en conséquence les ressources de base limitées dont elle dispose tout en s'adressant aux donateurs et partenaires pour mobiliser un appui accru. Les efforts porteront sur deux des indicateurs relatifs à l'évaluation des capacités nationales de gestion des risques et à l'état de préparation de l'OMS. En situation d'urgence, l'OMS continuera d'appliquer son cadre d'action d'urgence, de promouvoir les partenariats, de privilégier son rôle de chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé, et de normaliser et d'améliorer la qualité de la mise au point, de la gestion et de la notification des projets.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 6 : Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque

35. En 2012, le cadre de suivi mondial, indicateurs compris, et l'ensemble des cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles, a été mis au point et des orientations données aux États Membres sur le renforcement de la surveillance des maladies non transmissibles. Ce cadre couvre l'usage nocif de l'alcool, une mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme, ainsi que l'hypertension, l'hyperglycémie et les mesures anthropométriques.[1] Les autres aspects de la charge des maladies non transmissibles comme la mortalité, la morbidité et la capacité de réaction des États Membres sont traités dans la section concernant l'objectif stratégique 3.

36. Cinquante-trois États Membres ont indiqué qu'ils élaboraient à fin 2012 une politique nationale écrite sur l'alcool, et 39 États Membres qu'ils reformulaient les politiques actuelles pour réduire l'effet nocif de l'alcool. En février 2012, l'OMS a participé à l'organisation de la Conférence mondiale sur les politiques ayant trait à l'alcool sous le thème « De la stratégie mondiale sur l'alcool à l'action aux niveaux local et national ». L'enquête mondiale de l'OMS sur l'alcool et la santé a été menée en collaboration avec les États Membres et des données sur la consommation d'alcool, ses effets nocifs et l'élaboration des politiques ont été obtenues de 178 pays couvrant 98 % de la population mondiale. L'analyse des données a commencé en 2012 et s'achèvera en 2013. Les résultats seront présentés dans le prochain rapport mondial de l'OMS sur l'alcool et la santé. Deux systèmes mondiaux d'information et leurs versions régionales ont été élargis, actualisés et intégrés à l'Observatoire mondial de la santé, à savoir le système d'information mondial sur l'alcool et la santé et le système d'information mondial sur les ressources destinées à la prévention et au traitement des troubles dus à l'utilisation de substances psychoactives.[2]

37. D'importants progrès ont continué à être réalisés dans la mise en œuvre technique de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, qui compte désormais 176 États Parties. L'OMS collabore avec l'ensemble des États Membres pour mettre en œuvre des mesures efficaces et efficientes de réduction de la demande de tabac. Il ne reste plus que 51 États Membres de l'OMS sur 194 (représentant 7 % seulement de la population mondiale) qui ne disposent pas encore d'estimations fiables sur la consommation de tabac. Des taxes sur le tabac équivalant à plus de 75 % du prix d'un paquet sont perçues dans 29 pays ; 42 pays se sont dotés d'une législation prévoyant que tous les lieux publics sont totalement libérés du tabac ; 30 pays ont adopté des mises en garde explicites sur 50 % au moins de la surface des paquets et 62 pays sur 30 % au moins de cette surface.

38. Au cours de la première année de l'exercice, des progrès ont été obtenus dans les domaines de la prévention de l'obésité de l'enfant, de la réduction de la consommation de sel/sodium dans la population et de la promotion de l'activité physique. Parmi les exemples de mesures spécifiques, on peut mentionner le renforcement de la capacité multisectorielle d'appui aux États Membres pour la fixation de priorités pour les politiques sur l'obésité de l'enfant, la commercialisation des aliments destinés aux enfants et l'encouragement de l'exercice physique. Les capacités ont été renforcées aux niveaux régional et national dans les Régions des Amériques, de l'Afrique, de l'Europe et du Pacifique occidental par des ateliers auxquels ont participé des représentants des ministères concernés comme l'agriculture, les sports et les loisirs, et l'éducation.

---

[1] Voir le document A66/8.

[2] Voir le document A66/27, section B.

39. La capacité des pays d'utiliser des instruments et des systèmes de collecte de données, y compris sur le comportement sexuel, a été renforcée. L'OMS a collaboré avec ses partenaires pour appuyer le Sommet de la planification familiale 2012, visant à répondre aux besoins en moyens contraceptifs dans les pays les moins bien dotés et à promouvoir un comportement sexuel plus sûr.

40. Dans l'ensemble, quatre des six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie », et deux autres, les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation 6.5 (alimentation déséquilibrée et manque d'exercice physique) et 6.6 (connaissances, stratégies et outils d'intervention nouveaux) sont « compromis ». Le Bureau régional des Amériques et le Siège ont signalé que les indicateurs pour l'adoption de stratégies et de plans multisectoriels pour une bonne alimentation et pour l'exercice physique par les États Membres sont compromis en raison de l'engagement politique insuffisant dans certains pays. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 6.6 est compromis en raison d'une mise en œuvre trop lente dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de l'Europe à la suite d'une réorientation des priorités et de l'insuffisance des ressources financières, respectivement.

41. Les priorités pour 2013 sont l'application intégrale du Plan d'action mondial pour la lutte concernant les maladies non transmissibles 2013-2020 et celle du cadre mondial de suivi. Les mesures visant à lutter contre les quatre facteurs de risque des maladies non transmissibles que sont l'alcool, une mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme mettront l'accent sur l'application au niveau des pays de mesures spécifiques visant à réduire les facteurs de risque et sur la collaboration aussi bien avec les partenaires multisectoriels (l'ensemble des gouvernements) qu'avec des parties prenantes multiples (organisations non gouvernementales).

OBJECTIF STRATÉGIQUE 7 : Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme

42. La Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, qui a eu lieu en octobre 2011, et la résolution WHA65.8, par laquelle l'Assemblée de la Santé a ensuite fait sienne la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, ont donné une place plus importante aux déterminants sociaux de la santé parmi les préoccupations politiques et amené les États Membre à accroître leurs demandes d'appui technique. Les données de mai 2012 montrent que 84 stratégies de coopération avec les pays comprenaient des demandes d'appui technique pour la mise en œuvre d'une approche intégrant la santé dans toutes les politiques.[1] Les demandes actuelles dépassent les capacités du Secrétariat. Une perception croissante parmi les États Membres des risques inhérents à l'exclusion des aspects éthiques mondiaux est à l'origine d'attentes qu'il est impossible de satisfaire avec les allocations et ressources budgétaires actuelles. Le suivi des données ventilées entre les pays et à l'intérieur même des pays sur les inégalités en santé est également menacé.

43. Des stratégies nationales concernant les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en santé ont été établies notamment au Chili, au Costa Rica, en Hongrie, en Inde, au Mexique, en Norvège et en République islamique d'Iran. Des consultations nationales sur le développement après 2015 définissent clairement les déterminants sociaux de la santé comme le principal pont entre la santé et les autres secteurs.

[1] Voir le document A66/15.

44. Dans les discussions sur la réforme de l'OMS, les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé ont été considérés comme l'une des six priorités de leadership du projet de douzième programme général de travail 2014-2019. Le cadre politique Santé 2020 a été adopté par le Comité régional de l'Europe à sa soixante-deuxième session ; il vise à améliorer sensiblement la santé et le bien-être des populations et à réduire les inégalités en matière de santé.

45. Dans le domaine de l'éthique, le registre des essais cliniques de l'Union européenne, reconnu comme registre primaire de l'OMS, a été élargi et la base de données du système d'enregistrement international des essais cliniques contient désormais des informations sur plus de 220 000 essais. En 2012, pas moins de 90 comités d'éthique nationaux ont participé au Neuvième Sommet mondial des Comités d'éthique nationaux, qui a examiné des questions d'éthique, y compris la recherche avancée, les biobanques et la transplantation d'organes, de tissus et de cellules.

46. Des efforts sont consentis pour intégrer une démarche antisexiste, soucieuse de l'équité et respectueuse des droits de l'homme dans les trois niveaux de l'Organisation, et un réseau de points focaux mondiaux a été établi pour les six Régions de l'OMS fondé sur les réseaux existants dans ces trois domaines.[1]

47. Quatre des cinq résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie » et un seul est « compromis », le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 7.3 (données économiques et sociales intéressant la santé), les Bureaux régionaux de la Méditerranée orientale et de l'Asie du Sud-Est ayant signalé des difficultés dans la production, la ventilation, l'analyse et la traduction des données. Un effort concerté devrait toutefois permettre de publier les quatre rapports de pays supplémentaires incorporant des données ventilées et une analyse de l'équité en santé au cours de l'exercice.

48. Le Secrétariat envisage les moyens de collaborer avec des partenaires multilatéraux et bilatéraux pour répondre à la demande d'un appui au renforcement des capacités en 2013 et au-delà.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 8 : Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement

49. Les efforts mondiaux et régionaux concernant les déterminants environnementaux et professionnels de la santé se sont poursuivis, de même que l'activité normative sur les menaces pour la santé publique liées à l'environnement. Les données sur la charge mondiale de morbidité sont largement utilisées par les pays et les organisations internationales, y compris l'OMS à l'appui des politiques et de la définition des priorités visant à améliorer la santé par des actions ciblées. Les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement concernant l'eau et l'assainissement ont été atteintes ; depuis 1990, plus de 2 milliards de personnes ont accédé à de meilleures sources d'eau de boisson. La quatrième édition des Directives de qualité pour l'eau de boisson de l'OMS (parue en anglais sous le titre *WHO Guidelines for drinking-water quality*) continue de servir de référence internationale pour la mise au point de politiques et de règles. Une enquête menée en 2011 a montré que 73 % des 42 États Membres ayant répondu utilisent les Directives. Une autre enquête effectuée en 2012 a montré que 72 % des 46 pays ayant répondu, principalement des pays d'Afrique subsaharienne, disposaient de politiques nationales sur le traitement et la bonne conservation de l'eau à usage domestique.[2]

---

[1] Voir le document A66/27, section K.

[2] Voir le document A66/27, section I.

50. L'OMS est devenue un partenaire des nouvelles initiatives mondiales sur l'accès à l'énergie, les polluants à action brève et les fourneaux améliorés. Une stratégie visant à renforcer l'engagement du secteur de la santé dans l'application de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques établie par l'OMS a été adoptée par la Conférence internationale sur la gestion des produits chimiques en septembre 2012.

51. Le Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs (résolution WHA60.26) a continué d'être appliqué dans le monde avec l'appui du réseau mondial OMS des centres collaborateurs pour la médecine du travail.[1]

52. Après l'accident nucléaire de Fukushima en mars 2011, l'OMS a entrepris une évaluation officielle des risques pour la santé afin d'en examiner les conséquences, en commençant par une estimation préliminaire de la dose de rayonnement pour la population générale, qui a été rendue publique en mai 2012. Elle a participé à des activités d'ONU-Énergie ainsi qu'à l'initiative Énergie durable pour tous du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies. L'OMS a apporté un appui technique aux pays pour des interventions concernant des thèmes de santé liés à la qualité de l'air ainsi qu'un appui aux États Membres sur l'adaptation au changement climatique, tout particulièrement en ce qui concerne le renforcement des systèmes de santé.

53. Les six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie » en 2012-2013. Plus de 40 % des pays ont cependant fait part de leur incapacité de respecter les dispositions du Règlement sanitaire international (2005) concernant les capacités de base minimales dans le domaine des produits chimiques (la proportion est plus élevée dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale). Afin de fournir l'appui nécessaire au renforcement des capacités, la recherche d'autres sources de financement sera renforcée en 2013. En fait, depuis octobre 2012, les contraintes en matière de ressources ont empêché l'OMS de mettre un membre du personnel à la disposition de l'approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques. L'OMS renforcera ses efforts visant à associer de nouveaux partenaires aux activités dans ce domaine jusqu'à la fin de l'exercice, par exemple par l'intermédiaire de l'Alliance mondiale OMS-PNUE pour l'élimination des peintures au plomb, les activités d'appui à l'application de la Convention de Minamata sur le mercure et la mise en place d'un réseau OMS d'évaluation des risques chimiques.

54. En 2013, on ne dispose encore que de fonds limités pour recueillir des données sur la charge de morbidité dans le domaine de la santé publique et de l'environnement, et l'on recherchera de nouvelles ressources pour faciliter la mise à jour des données. En réponse au nombre croissant de demandes d'appui technique émanant des pays, l'OMS continuera de mettre au point des activités concernant l'accès à l'énergie, les polluants atmosphériques à action brève et les fourneaux améliorés. Elle continuera également à rechercher les ressources financières nécessaires.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 9 : Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable

55. L'OMS estime que les maladies diarrhéiques transmises par les aliments et par l'eau entraînent chaque année environ 2,2 millions de décès, dont 1,9 million de décès d'enfants. Les aliments complémentaires et l'eau contaminés provoquent jusqu'à cinq épisodes annuels de diarrhée par enfant dans la Région africaine. La contamination des aliments contribue aussi à la charge des maladies non transmissibles, en particulier le cancer et les maladies cardio-vasculaires, et peut aussi affecter la santé génésique et le système immunitaire.

[1] Voir le document A66/27, section J.

56. La Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé un plan complet de mise en œuvre de la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant prévoyant un ensemble de priorités bien définies pour les activités du Secrétariat, des États Membres et des acteurs du développement. Le plan définit six priorités mondiales pour la nutrition qu'il faudra atteindre en 2025 et qui peuvent être résumées comme suit : réduction du retard de croissance et de l'émaciation chez l'enfant de moins de cinq ans et arrêt de l'épidémie de surpoids de l'enfant ; réduction de l'anémie chez la femme en âge de procréer et réduction parallèle de l'insuffisance pondérale à la naissance ; et accroissement de l'allaitement exclusif au sein.[1] Le Comité régional du Pacifique occidental, à sa soixante-troisième session, a envisagé les meilleurs moyens d'accélérer les progrès en vue d'atteindre les cibles mondiales dans la Région, notamment par la mise au point de plans d'action nationaux.

57. L'importance d'une bonne alimentation est aussi au centre du nouveau plan d'action sur les maladies non transmissibles qui sera examiné à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé. Un projet de plan d'action pour la nutrition 2013-2020 a été établi dans la Région européenne. De nombreux pays ont actualisé leurs stratégie et plan d'action pour la nutrition afin de lutter contre la malnutrition et l'excès pondéral. De nouvelles lignes directrices ont été élaborées sur la supplémentation en vitamines et en minéraux et sur la prise en charge de la malnutrition. Sur la base des conseils scientifiques fournis conjointement par la FAO et l'OMS, la Commission du Codex Alimentarius a mis au point plus de 400 normes internationales de sécurité sanitaire des aliments ainsi que des orientations qui servent de base au Programme mixte FAO/OMS sur les normes alimentaires.

58. Les normes OMS de croissance de l'enfant ont été adoptées dans plus de 115 pays (dont cinq nouveaux pays en 2012). Dans la Région africaine, des initiatives visant à renforcer la surveillance de la nutrition dans 11 pays ainsi que des interventions destinées à la femme et à l'enfant ont été lancées. Dans la Région européenne, l'initiative pour la surveillance de l'obésité de l'enfant a été élargie et un partenariat constitué avec la Commission européenne pour offrir un système d'information couvrant la nutrition, l'exercice physique et l'obésité. Plusieurs Régions s'efforcent de lutter contre les risques nutritionnels susceptibles de provoquer des maladies non transmissibles : réduction de l'apport de sel et de graisses dans la Région de la Méditerranée orientale ; et amélioration des repas scolaires, surveillance de la commercialisation des aliments destinés aux enfants et réduction de l'apport de sel dans la Région européenne. Dans la Région des Amériques, cinq pays ont surveillé le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et le Mexique s'est doté d'une politique sur l'allaitement au sein. L'OMS a aidé des États Membres à examiner leur législation sur la sécurité sanitaire des aliments et à mettre en place et maintenir une capacité de gestion des événements de sécurité sanitaire comme le prévoit le Règlement sanitaire international (2005). Le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) compte désormais 178 États Membres. Des associations régionales et des groupes d'intérêts s'associent aux États Membres pour échanger des informations sur les meilleures pratiques et sur les problèmes par l'intermédiaire d'une plate-forme sur le Web.

59. Les régimes alimentaires mondiaux ont évolué dans le sens d'une consommation accrue et peu souhaitable de graisses saturées, de sel et de sucres, alors que l'insécurité des approvisionnements alimentaires affecte encore une grande partie de la population mondiale à la suite de la volatilité des prix des denrées et de facteurs environnementaux. La charge croissante des maladies liées à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments, avec à la fois des problèmes de malnutrition et d'excès pondéral apparaissant simultanément dans de nombreux pays, a retenu l'attention dans le monde entier. Or on n'a pas toujours fourni des ressources adéquates pour traiter ces questions. Sur les six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, cinq sont « en bonne voie » et un, le résultat

[1] Voir la résolution WHA65.6 et annexe 3.

escompté à l'échelle de l'Organisation 9.5 (lutte contre les maladies d'origine alimentaire et contre les risques alimentaires), est « compromis ». Les Bureaux régionaux de l'Afrique et des Amériques ont fait savoir qu'ils pourraient ne pas être en mesure de fournir un appui technique pour l'établissement de politiques et de programmes de sécurité sanitaire des aliments.

60. Au cours de la deuxième année de l'exercice, l'OMS s'occupera plus particulièrement du plan d'application complet pour la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, en aidant les États Membres à mettre sur pied des programmes de réduction du retard de croissance, de l'émaciation et de l'anémie de la femme, ainsi qu'à faire baisser la prévalence de l'excès pondéral de l'enfant qui a atteint des proportions épidémiques. En outre, l'OMS renforcera les systèmes nationaux de sécurité sanitaire des aliments par des normes internationales harmonisées et une collaboration transversale accrue.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 10 : Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles

61. Cet objectif stratégique s'intéresse aux contraintes rencontrées par les pays sur la voie de la couverture sanitaire universelle, par exemple l'impact sur les finances des pays de la crise économique durable, les investissements insuffisants en faveur de l'infrastructure de la santé et une scène mondiale de la santé publique fragmentée mais comptant de nombreux acteurs dont les priorités ne sont pas toujours alignées sur celles des différents pays. L'action de l'OMS consiste à aider les pays dans les domaines suivants : disponibilité, qualité et réglementation des services de santé ; disponibilité, répartition, qualité et résultats du personnel de santé ; information et recherche pour une prise de décisions rapide fondée sur des bases factuelles, y compris la cybersanté ; stratégie de financement de la santé en vue de la couverture sanitaire universelle ; gouvernance et réglementation dans l'ensemble du secteur de la santé ; dialogue politique autour des plans et stratégies nationaux de santé associant toutes les composantes ; et coordination des donateurs liée au Partenariat international pour la santé (IHP+). En 2012, les stratégies et plans nationaux de santé ont été examinés ou actualisés dans 43 pays et un important effort a été consenti pour aider les pays au niveau de l'ensemble de leur système de santé. Au total, 31 pays ont mis en place des mécanismes de coordination des donateurs afin de renforcer les plans et stratégies nationaux ; 29 pays ont mis à jour leur législation et leur cadre de réglementation ; 80 pays ont reçu un appui technique et politique pour le financement de la santé dans le cadre de la couverture de santé universelle ; 43 pays ont réalisé des progrès dans l'application de modèles de fourniture de services fondés sur une approche des soins de santé primaires ; 55 pays ont rendu leur système d'information sanitaire plus complet, plus rapide et de meilleure qualité grâce à une meilleure notification des données sanitaires et à des profils statistiques nationaux plus solides ; et enfin 56 pays ont mis au point des cadres de responsabilité et des feuilles de route dans le cadre du suivi des recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant.

62. Des progrès ont été accomplis concernant la formation et la fidélisation des personnels de santé et les questions de répartition du personnel et de dosage des compétences. Au total, 22 pays de l'ensemble des Régions ont accru leur personnel de santé, et 32 pays sur les 52 qui ont notifié des données ont commencé à mettre en œuvre le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. L'introduction du Code doit cependant encore être élargie par l'incorporation aux bases d'information, comme les observatoires régionaux et nationaux des

personnels de santé.[1] Les pays accroissent l'utilisation des technologies de l'information et des communications dans les systèmes de santé, en mettant surtout l'accent sur les différents aspects de la cybersanté, notamment les registres médicaux électroniques, la télémédecine et le cyberapprentissage. Des événements marquants dans les pays sont à relever dans les domaines des technologies mobiles, de la télémédecine et de l'utilisation d'Internet à des fins de santé. En 2012, un portail de connaissances a été lancé comprenant 80 pays qui ont mis au point des politiques, des stratégies et des cadres de réglementation pour la cybersanté, ainsi que des stratégies de gestion des savoirs. Le programme d'accès à la recherche en santé (HINARI) a été élargi notamment à 41 pays africains. Un accord a été conclu avec un partenaire pour offrir quelque 12 000 ouvrages en ligne disponibles dans les pays avec un programme HINARI opérationnel. La deuxième enquête mondiale de cybersanté a été menée à bien avec la participation de 114 pays, et six rapports ont été publiés. L'OMS et l'UIT ont achevé et lancé ensemble un module stratégique de cybersanté. Le Forum sur la normalisation et l'interopérabilité des données sanitaires a été mis en place et le partenariat public-privé HINARI a été prolongé jusqu'en 2020.[2]

63. Dans l'ensemble de l'OMS, tous les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie ». En 2013, le Secrétariat répondra au nombre croissant de demandes d'appui technique et politique émanant des États Membres, consécutives surtout à la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*, et à l'élan qu'il a provoqué en faveur de la couverture sanitaire universelle. On a constaté une augmentation des fonds à objet désigné surtout pour la mise en place d'un dialogue politique sur les stratégies et les plans de santé nationaux, le financement pour la couverture de santé universelle et les activités de suivi associées à la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant, notamment des activités concernant les systèmes d'information, les modules de pays et le suivi des dépenses. L'OMS est toutefois en train de réexaminer les éléments de l'objectif stratégique qui ne bénéficient pas d'un financement aussi satisfaisant, par exemple la sécurité des patients.

64. En 2013, on mettra davantage l'accent sur les activités liées à la recherche sur la sécurité des patients, les programmes de petites subventions et les premier et deuxième Défis mondiaux de l'OMS pour la sécurité des patients. Au Siège, toutes les composantes des systèmes de santé ont été réorganisées afin de revoir l'ordre des priorités une nouvelle fois en 2013 et de réaliser des gains de productivité.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 11 : Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation

65. Alors que près de la moitié des dépenses totales des États Membres sont consacrées à des produits médicaux, des gens meurent encore tous les jours faute d'avoir accès à des produits sanitaires de bonne qualité à un prix abordable, d'être en mesure de payer ou de disposer d'une protection sociale, ou en raison de l'inefficacité de la gestion des stocks ou de systèmes de réglementation et d'application peu performants. De nombreux pays ont une capacité limitée de recherche-développement et d'innovation, ce qui constitue un frein supplémentaire aux progrès de la lutte contre les maladies. L'OMS coordonne les efforts pour renforcer le financement et la coordination de la recherche-développement afin de répondre aux besoins des pays en développement. Elle étudie la proposition formulée par le groupe de travail consultatif d'experts en 2012 concernant la mise sur pied d'un observatoire pour mieux suivre et analyser les informations sur la recherche-développement en santé.

[1] Voir le document A66/25.

[2] Voir le document A66/26.

66. Une condition préalable pour instaurer une couverture sanitaire universelle, qui apparaît de plus en plus comme déterminante pour l'amélioration des soins de santé et comme un but fédérateur pour le développement des systèmes de santé, consiste à renforcer l'accès à des médicaments et produits médicaux essentiels, d'un prix abordable et de bonne qualité. L'OMS continue d'aider les pays à élaborer ou à mettre à jour des politiques sur les médicaments et les autres produits médicaux et à les adapter aux priorités et au contexte nationaux, compte tenu des tendances mondiales des politiques et de la recherche. Des recommandations sur l'amélioration des politiques nationales de fixation des prix des médicaments dans l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement sont sur le point d'être publiées, et le Formulaire modèle de l'OMS, qui fait autorité en matière d'usage efficace des médicaments figurant dans la liste modèle OMS des médicaments essentiels, est maintenant disponible et les pays sont encouragés à l'adapter à leurs propres besoins. Le formulaire national indien existe désormais comme application sur téléphone portable qui a été téléchargée par plus de 50 pays. On assiste aussi à un intérêt régional croissant de la sélection et de l'usage des médicaments fondés sur des bases factuelles, et la base de données du programme d'innocuité des médicaments de l'OMS reçoit plus de 8 millions de communications faisant état de réactions indésirables chaque année. Des profils du secteur pharmaceutique ont été approuvés par 130 pays, et le travail croissant de l'OMS sur l'amélioration de la transparence des médicaments et la bonne gouvernance a eu un impact dans une vingtaine de pays. Le Comité d'experts de la Pharmacodépendance s'est réuni et a examiné les substances à inscrire éventuellement en vertu des traités internationaux concernant le contrôle des drogues – une fonction essentielle confiée à l'OMS dans les traités. Faute de moyens cependant, le Comité n'a pu se réunir depuis six ans.

67. Le mécanisme des États Membres sur les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits a tenu sa première réunion en novembre 2012, l'OMS faisant office de secrétariat.[1] L'OMS favorise aussi la collaboration entre les autorités de réglementation et l'harmonisation des normes de réglementation entre les Régions et elle coordonne la réglementation des médicaments à base de plantes. Un plan stratégique des autorités de réglementation nationales pour les vaccins sera bientôt lancé afin d'aider les pays à renforcer leur capacité de réglementation des vaccins (évaluée comme fonctionnelle dans 35 pays). En 2012, l'OMS a précertifié neuf produits diagnostiques, six vaccins, 47 médicaments, 21 principes actifs et quatre laboratoires chargés du contrôle de la qualité. Elle a également fourni 34 normes écrites et physiques pour les médicaments, y compris 18 nouvelles monographies et textes à inclure dans la Pharmacopée internationale, et 10 nouvelles normes chimiques internationales de référence. Six nouvelles lignes directrices pour l'assurance de la qualité adoptées par le Comité OMS d'experts des Spécifications relatives aux Préparations pharmaceutiques ont été publiées. Le Comité d'experts de la Standardisation biologique a fourni 19 substances biologiques internationales de référence et six normes écrites nouvelles ou de remplacement pour assurer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des vaccins. En outre, 163 dénominations communes internationales ont été proposées et 115 recommandées pour des médicaments.

68. L'OMS a organisé la première réunion mondiale sur l'amélioration de l'accès à des produits sanguins sûrs et pour la réduction du gaspillage actuel du plasma humain. Afin d'améliorer la traçabilité, la vigilance et la surveillance en matière de transplantation d'organes, deux outils ont été mis sur pied : un projet de normalisation mondiale de la nomenclature des organes et la base de données Notifylibrary. Sous l'impulsion du réseau mondial pour la sécurité des injections, des progrès ont été réalisés dans ce domaine ; une réduction du nombre des injections et la réutilisation des dispositifs d'injection ont permis de réduire de 88 % le nombre des injections à risque entre 2000 et 2010.[2]

---

[1] Voir le document A/MSM/1/4.

[2] Derniers chiffres disponibles.

69. Les trois résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie ». Le Bureau régional de la Méditerranée orientale renforcera encore ses efforts en vue d'atteindre le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 11.1 (politiques concernant l'accès aux technologies et produits médicaux essentiels) et 11.3 (usage des technologies et produits médicaux). Les contraintes financières liées aux fonds à objet désigné et l'instabilité politique persistante dans la plupart des pays de la Région ont ralenti les progrès et empêché l'introduction des modifications qu'on entendait apporter au cours de la première année de l'exercice. Les efforts entrepris pour améliorer la disponibilité de produits médicaux de bonne qualité et stimuler la recherche et l'innovation ont un impact direct sur toutes les autres réalisations sanitaires stratégiques à l'OMS et, par conséquent, la collaboration étroite avec les autres objectifs stratégiques sera maintenue.

70. En 2013, la priorité sera donnée au renforcement de la sensibilisation mondiale aux fonctions de base et à la collaboration avec les pays ; le renforcement de la collaboration avec les autorités de réglementation pour l'accès à des produits médicaux sûrs, de bonne qualité et bien réglementés ; et la rationalisation des programmes de précertification. La priorité sera aussi donnée à l'amélioration de l'accès aux produits médicaux, afin d'arriver à une couverture universelle en santé ; à la mobilisation de ressources pour les activités de l'OMS concernant les médicaments, les normes de qualité pour le sang et les produits sanguins et la transplantation de cellules, de tissus et d'organes ; à la promotion de la sélection et de l'usage rationnels des médicaments fondés sur des méthodes d'évaluation de la technologie sanitaire ; et à la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. En outre, l'OMS continuera de faciliter les discussions des États Membres et poursuivra ses travaux à la fois sur les produits de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits et les activités liées au groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement.[1]

OBJECTIF STRATÉGIQUE 12 : Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail

71. En 2012, les efforts se sont poursuivis sur la réforme des programmes, de la gouvernance et de la gestion. La définition des priorités des programmes en vue de l'action sanitaire mondiale pour 2014-2019 est inspirée d'un processus dirigé par les États Membres, conduit en février 2012, et un consensus s'est dégagé autour de domaines clés de l'activité de l'OMS. D'autres progrès ont été réalisés dans la réforme de la gouvernance et les États Membres ont approuvé le mandat révisé du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration.[2] Des critères pour harmoniser les procédures de désignation et de sélection des directeurs régionaux ont également été approuvés. Des progrès ont continué d'être enregistrés dans les travaux visant à renforcer la prise de décisions stratégique par les organes directeurs et l'engagement effectif aux côtés des partenaires et d'autres parties prenantes. En décembre 2012, la session extraordinaire du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration a examiné le financement futur de l'OMS.[3] La politique d'évaluation articulée dans la résolution WHA64.2 a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé et la première étape de l'évaluation indépendante de la gouvernance interne a été menée à bien et a fait l'objet d'un rapport.[4]

[1] Voir le document A/66/23.

[2] Résolution EB131.R2.

[3] Voir le document EB132/3.

[4] Voir le document A65/5 Add.2.

72. Le Groupe de la Politique mondiale[1] a continué d'orienter la gouvernance interne de l'Organisation. Les bureaux régionaux ont cherché à promouvoir l'engagement actif des États Membres dans l'élaboration des travaux des comités régionaux et les autres réunions de haut niveau, ainsi que leur participation à ces réunions. Les travaux sur les partenariats stratégiques se sont poursuivis afin de renforcer la collaboration avec différents partenaires, dont certains sont hébergés par l'OMS ou, notamment, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance GAVI, l'Union européenne et des organisations et organismes du système des Nations Unies.

73. Les travaux sur les communications stratégiques se sont poursuivis avec une première enquête mondiale sur la perception des parties prenantes. Les recommandations de l'enquête inspireront la stratégie des communications, faciliteront une collaboration plus étroite entre les bureaux et établiront les bases et les cibles pour mesurer les progrès à l'avenir. Les communications stratégiques ont été encore élargies par la mise au point de sites Web multilingues et la publication rapide d'informations et de produits d'information. Des progrès ont été réalisés dans la fourniture de la documentation sanitaire et l'amélioration de l'accès en ligne à des sources d'information actualisées dans les Régions. Des stages de formation ont été organisés pour renforcer les compétences du personnel des Régions et des pays en matière de communication sanitaire.

74. L'introduction d'une procédure de sélection sur concours et d'une liste mondiale de chefs des bureaux de l'OMS dans les pays, les territoires et les zones, a renforcé le recrutement. La qualité des stratégies de coopération avec les pays a été progressivement améliorée et on y a davantage eu recours. L'analyse des stratégies mondiales de coopération avec les pays effectuée en 2012 a montré que la proportion des bureaux de l'OMS utilisant des stratégies de planification, de sensibilisation et de mobilisation des ressources était passée de 80% en 2010 à 90 % en 2012. Des approches innovantes pour la mise en réseau des bureaux de pays de l'OMS ont été lancées dans l'association des BRICS, regroupant le Brésil, la Fédération de Russie, l'Inde, la Chine et l'Afrique du Sud, afin de fournir une réaction efficace et un appui à la mise en œuvre des recommandations formulées par les ministres nationaux de la santé. Le réseau birégional du Mékong, regroupant les chefs des bureaux de pays de l'OMS dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental, a tenu des réunions périodiques, dont la dernière a eu lieu au Myanmar en février 2012, en présence de représentants du Cambodge, de la Chine, de la République démocratique populaire lao, de la Thaïlande et du Viet Nam. Les bureaux de pays ont également joué un rôle actif dans l'équipe de pays des Nations Unies. Selon le rapport 2012 de l'enquête sur la présence dans les pays, l'OMS a présidé ou coprésidé le groupe thématique santé de l'équipe de pays des Nations Unies dans 90 % des 116 pays, territoires et zones. Le même rapport montre également que les deux tiers environ des documents programmatiques du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement comprennent désormais la santé parmi les réalisations spécifiques.

75. Les quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont considérés comme « en bonne voie ». Le suivi régulier de la situation technique et financière au niveau régional et au niveau des centres budgétaires garantira l'utilisation optimale des fonds. On recherche actuellement des ressources supplémentaires pour l'objectif stratégique principalement en raison du surcoût lié aux nombreuses activités et procédures intergouvernementales associées à l'application du programme de réforme.

76. En 2013, de nouveaux travaux seront nécessaires pour suivre, gérer et utiliser les ressources disponibles. Grâce à la mise en œuvre complète des recommandations du Corps commun d'inspection, l'appui nécessaire sera fourni pour l'action en faveur des pays. Afin d'assurer que le cadre renouvelé

[1] Le Groupe de la Politique mondiale est composé du Directeur général, du Directeur général adjoint et des six directeurs régionaux.

des stratégies de coopération avec les pays soit entièrement mis en œuvre et appliqué, les Régions organiseront un examen systématique en temps utile et un renouvellement de leur stratégie de coopération avec les pays, et veilleront à promouvoir leur utilisation.

OBJECTIF STRATÉGIQUE 13 : Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat

77. En 2012, les activités concernant les différents éléments de la réforme de l'OMS, couvrant la programmation, les ressources humaines et le financement, ont été renforcées pour englober des propositions concernant le financement futur et un cadre révisé de gestion fondé sur les résultats, qui ont contribué à l'élaboration du projet de douzième programme général de travail pour la période 2014-2019 et du projet de budget programme pour l'exercice 2014-2015. Des modifications apportées à la politique des ressources humaines ont été introduites pour une gestion plus souple du personnel de l'OMS.

78. Les dates prévues pour la présentation des rapports financiers ont été respectées et l'introduction des normes comptables internationales du secteur public (IPSAS) a été menée à bien. Des améliorations ont été apportées pour assurer l'efficacité des mesures de contrôle interne régissant les activités liées aux voyages du personnel, aux finances et aux achats, et pour y sensibiliser les membres du personnel. À cet égard, les communications et la formation sur les modes opératoires normalisés et l'application des mesures de contrôle interne se poursuivront en 2013. Le transfert de certaines fonctions au Centre mondial de services à Kuala Lumpur a permis de réaliser des économies dans les fonctions administratives du Secrétariat ; d'autres activités, notamment les achats, les pensions et le traitement des distinctions, ont été réunies sous l'égide du Centre mondial de services. Au Siège, on a réalisé des économies en se préoccupant davantage des sources (par exemple en matière de sécurité et de gestion des bâtiments) et de la restructuration gestionnaire et administrative, et on a également procédé de la même manière dans les Régions. En 2012, la mise à niveau technique du Système mondial de gestion a été menée conformément aux prévisions, ce qui a permis de garder la date d'entrée en vigueur du 1er mai 2013. Le Secrétariat prendra alors des mesures pour définir les nouvelles occasions d'adapter le Système mondial de gestion pour faire face aux nouvelles demandes éventuelles. Une série d'initiatives mondiales de technologies de l'information visant à réduire les doublons et améliorer la sécurité et la productivité de l'Organisation et de son personnel sont également en cours d'application, notamment la synergie mondiale (environnement de travail standard), les communications unifiées, un système mondial unique pour les courriels, un pare-feu standard pour tous les bureaux et un inventaire d'application centralisé.

79. Le nombre croissant de situations d'urgence dans les pays en 2012, surtout dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale, a constitué un défi pour les opérations. Les fonds limités, les effectifs réduits et les carences administratives dans certains bureaux de pays ont également entravé les activités de l'objectif stratégique 13.

80. Quatre des six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie » et deux sont « compromis ». L'indicateur du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 13.2.2 (montant des contributions volontaires classées comme « contributions entièrement et extrêmement flexibles ») a été considéré comme « compromis » à la fin de 2012. Il est donc indispensable de continuer d'enregistrer en tant que telles les contributions volontaires de base. Le ralentissement économique dans plusieurs pays et les discussions sur la réforme de l'OMS, surtout en ce qui concerne le financement futur de l'OMS, ont néanmoins affecté le montant total. Le Secrétariat fera le point de la situation concernant les contributions volontaires de base après la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale a exprimé sa préoccupation

concernant l'effet des ressources limitées et des situations d'urgence sur l'infrastructure de la technologie de l'information dans certains pays de la Région. En conséquence, aussi bien le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 13.2 (gestion des ressources de l'OMS) que le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 13.4 (technologies de l'information et systèmes pour l'OMS) sont considérés comme « compromis ».

81. En 2013, les activités qui continueront de retenir l'attention en priorité sont les initiatives associées à la composante gestionnaire du programme de réforme de l'OMS, à savoir : la gestion fondée sur les résultats et la responsabilisation ; l'institutionnalisation du cadre de gestion des risques institutionnels ; le financement de l'Organisation ; et les politiques et la gestion des ressources humaines. Le budget programme pour 2014-2015 introduira une nouvelle hiérarchie des résultats. Le dialogue sur le financement avec les États Membres et les bailleurs de fonds, s'il est approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé, permettra d'améliorer la gestion des déficits de financement et d'aligner les ressources sur les besoins budgétaires. Dans le domaine des ressources humaines, les efforts tendront à accroître la souplesse et la mobilité du personnel ; à améliorer le cadre de gestion des résultats de l'OMS ; et à renforcer le perfectionnement du personnel par un système de gestion mondial de l'apprentissage en ligne.

VUE D'ENSEMBLE DE L'EXÉCUTION DU BUDGET À LA FIN DE 2012

82. En mai 2011, la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé un budget programme de US $3,959 milliards pour 2012-2013, ce qui représentait une baisse de 13 % environ comparativement au niveau de 2010-2011.

83. L'examen à mi-parcours confirme le caractère réaliste du budget programme pour 2012-2013, qui était fondé sur les projections des recettes et des dépenses au cours de l'exercice. Dans l'ensemble, le budget programme pour 2012-2013 devrait être intégralement financé bien qu'un décalage subsiste, à l'échelle de l'OMS, en raison de la forte proportion des fonds à objet désigné. Le Secrétariat a introduit des mesures pour réduire ce décalage au cours du reste de l'exercice, notamment la mise en place de l'équipe spéciale de mobilisation des ressources et l'introduction prévue d'une politique de gestion des ressources en 2013.

84. Le budget programme pour 2012-2013 fait actuellement l'objet d'une légère sous-exécution à la suite de la poursuite au cours de l'exercice actuel des mesures d'économies introduites au cours de l'exercice 2010-2011 (notamment une baisse des dépenses liées aux traitements du fait de la réduction des effectifs et des économies par gains de productivité) et à la suite des dépenses prudentes effectuées par les responsables dans le climat financier actuel. Il est également coutumier d'assister à une accélération du taux d'exécution au cours de la deuxième année de l'exercice.

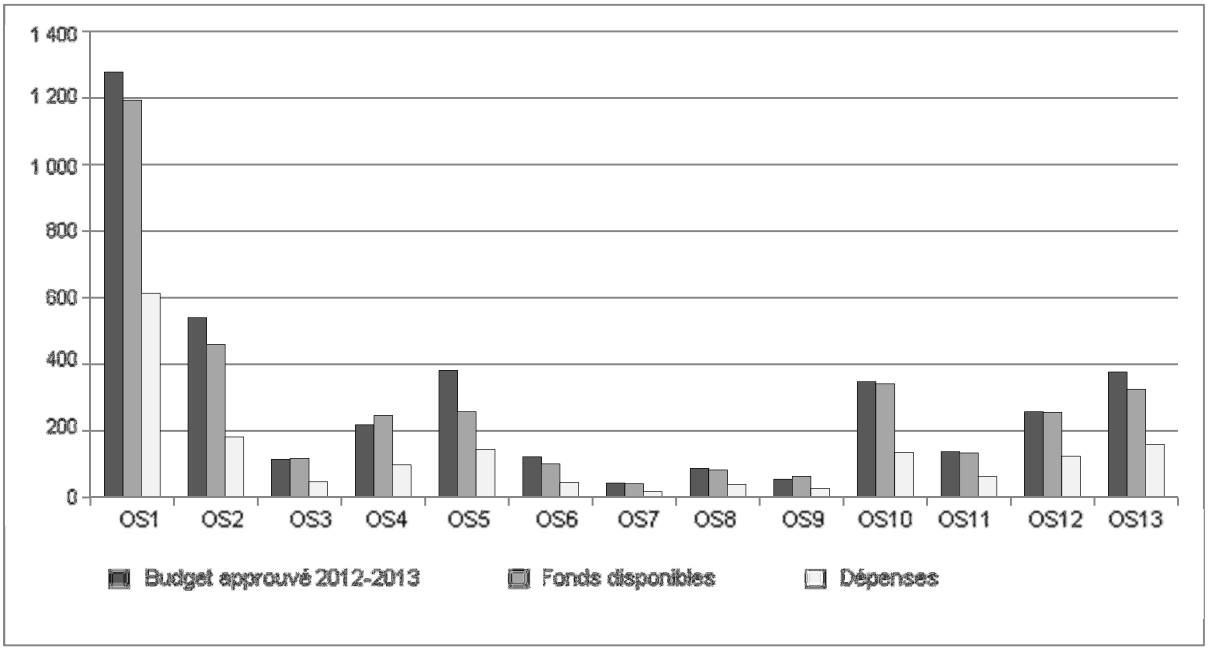
85. Les tableaux et figures ci-après montrent comment le budget programme pour 2012-2013 a été exécuté jusqu'au 31 décembre 2012 par objectif stratégique, segment budgétaire et grand bureau.

Tableau 2. Exécution financière par objectif stratégique (en millions de US $ au 31 décembre 2012)

Objectif stratégique	Budget approuvé 2012-2013	Fonds disponibles			Fonds disponibles en %du budget approuvé	Dépenses	Dépenses en % du budget approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
		Contribu-tions fixées	Contribu-tions volontaires	Total				
OS 1	1 278	74	1 120	1 194	93	614	48	51
OS 2	540	41	419	460	85	182	34	39
OS 3	114	43	74	117	103	47	42	40
OS 4	218	53	193	246	113	98	45	40
OS 5	382	16	242	258	68	144	38	56
OS 6	122	34	67	101	83	45	37	44
OS 7	43	20	21	41	96	17	39	41
OS 8	87	30	53	83	95	39	45	47
OS 9	55	21	42	63	114	27	49	43
OS 10	348	139	202	341	98	135	39	40
OS 11	137	29	105	134	98	62	45	46
OS 12	258	198	58	256	99	124	48	49
OS 13[a]	377	201	124	325	86	160	42	49
Non encore répartis entre OS		16	193	209				
Total	**3 959**	**915**	**2 913**	**3 828**	**97**	**1 694**	**43**	**44**

[a] Outre le chiffre du budget approuvé indiqué pour l'objectif stratégique 13 dans le Tableau 2, un montant supplémentaire de US $138 millions de coûts apparentés est financé par l'intermédiaire d'un mécanisme distinct de recouvrement des coûts au titre de l'OS 13*bis* (voir annexe 1, projet de budget programme 2012-2013, et de manière plus détaillée dans le document complet « Implementation of Programme budget 2012-2013, Mid-term review » (document HQ/PRP/13.1 – en anglais uniquement et disponible sur demande)). Ces coûts sont inclus dans le Tableau 2 et imputés sur tous les objectifs stratégiques, ce qui contribue au financement moyennant le prélèvement en rapport avec l'occupation des postes afin de couvrir le coût des services administratifs qui relèvent directement des travaux dans le cadre de ces objectifs stratégiques.

Figure 1. Exécution financière par objectif stratégique (en millions de US $ au 31 décembre 2012)



86. Le budget programme approuvé pour l'exercice 2012-2013 s'élève à US $3,959 milliards. À la fin de 2012, les fonds disponibles[1] répartis pour exécution au cours de l'exercice étaient de US $3,828 milliards et se composaient des reports de l'exercice financier 2010-2011, des contributions fixées et des contributions volontaires. Au total, US $1,694 milliard (43 % du budget approuvé) ont été mis en œuvre.[2]

87. Les objectifs stratégiques 2, 5 et 6 ne sont pas aussi bien financés que d'autres, mais, dans le cas de certains (les objectifs stratégiques 3, 4 et 9), le financement dépasse le montant du budget programme approuvé. Dans le cas de l'objectif stratégique 3, cela s'explique par l'augmentation du financement reçu au titre des maladies non transmissibles, une priorité stratégique de l'Organisation. Pour l'objectif stratégique 4, des fonds supplémentaires destinés à la santé génésique et à la santé maternelle apparaissent dans le segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration. En ce qui concerne l'objectif stratégique 9, le montant disponible comprend des fonds supplémentaires pour la Commission du Codex Alimentarius.

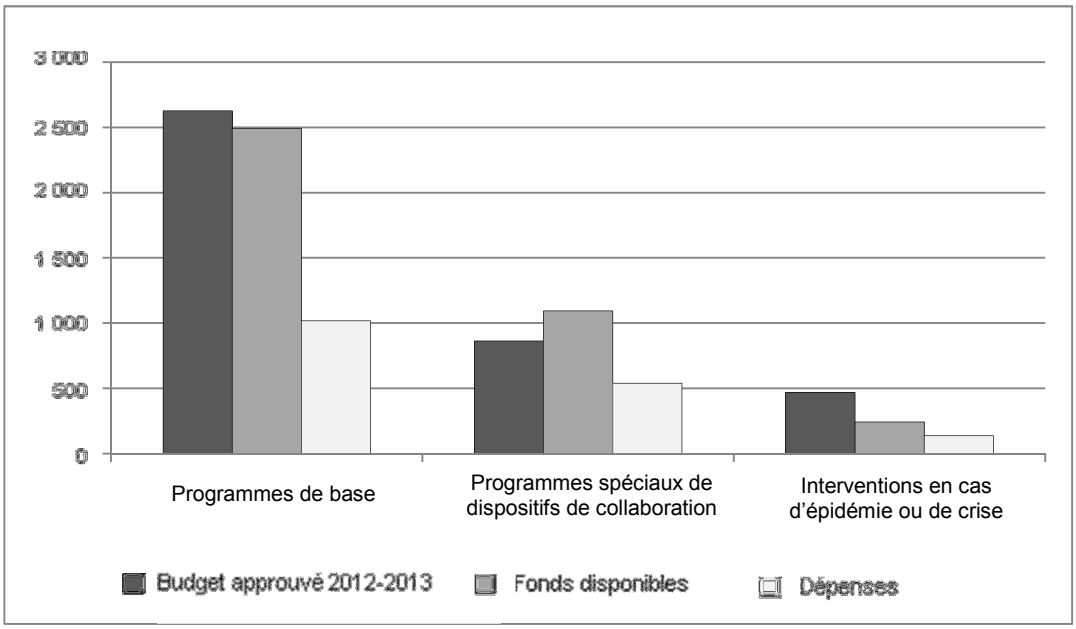
Tableau 3. Exécution financière par segment budgétaire (en millions de US $ au 31 décembre 2012)

Segment	Budget approuvé 2012-2013	Fonds disponibles			Fonds disponibles en % du budget approuvé	Dépenses	Dépenses en % du budget approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
		Contributions fixées	Contributions volontaires	Total				
Programmes de base	2 627	910	1 582	2 492	95	1 017	39	41
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration	863	4	1 090	1 094	126	539	62	49
Interventions en cas d'épidémies ou de crises	469	1	241	242	51	138	29	57
Total	**3 959**	**915**	**2 913**	**3 828**	**97**	**1 694**	**43**	**44**

[1] Parmi les fonds disponibles figurent US $915 millions (24 % des fonds disponibles) provenant de contributions fixées (à l'exclusion des retenues imprévues du fait du non-paiement des contributions), US $500 millions (13 % des fonds disponibles) au titre du report de l'exercice financier 2010-2011, le solde représentant les contributions volontaires. Le montant diffère des produits opérationnels indiqués dans le rapport financier vérifié pour 2012, qui fait uniquement état des recettes enregistrées pour 2012.

[2] Mise en œuvre : ce chiffre représente les dépenses liées aux résultats dans le budget programme pour 2012-2013 uniquement et n'inclut pas US $125 millions de dépenses encourues pendant cet exercice financier mais liées à des résultats du budget programme pour 2010-2011.

Figure 2. Exécution financière par segment budgétaire (en millions de US $ au 31 décembre 2012)



88. Le budget programme pour l'exercice 2012-2013 qui est de US $3,959 milliards se compose de US $2,627 milliards pour les programmes de base (66 % du budget programme approuvé), US $863 millions (22 % du budget programme) pour les programmes spéciaux et les dispositifs de collaboration et US $469 millions (12 % du budget programme) pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises.

89. Les fonds disponibles[1] sont les suivants : programmes de base, US $2,492 milliards (95 % du budget programme pour les programmes de base) ; programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, US $1,094 milliard (126 % du budget programme pour les programmes spéciaux et les dispositifs de collaboration) ; et interventions en cas d'épidémies ou de crises, US $242 millions (51 % du budget approuvé pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises).

90. Concernant le segment relatif aux programmes de base, on observe actuellement un déficit de financement de US $135 millions par rapport au budget programme approuvé. Le niveau de financement du segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration dépasse déjà quant à lui le budget programme approuvé de US $231 millions au 31 décembre 2012. L'augmentation des fonds disponibles pour le budget initial concernant le segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration continue principalement d'être liée aux activités relevant de l'éradication de la poliomyélite.

91. Les activités du segment interventions en cas d'épidémies ou de crises ont trait à des activités qui dépendent d'événements extérieurs graves. Comme les besoins en ressources sont normalement importants et difficiles à prévoir, l'établissement du budget est un processus incertain. Pour l'exercice 2012-2013, les besoins ont été estimés à US $469 millions. Le financement s'établit actuellement à US $242 millions.

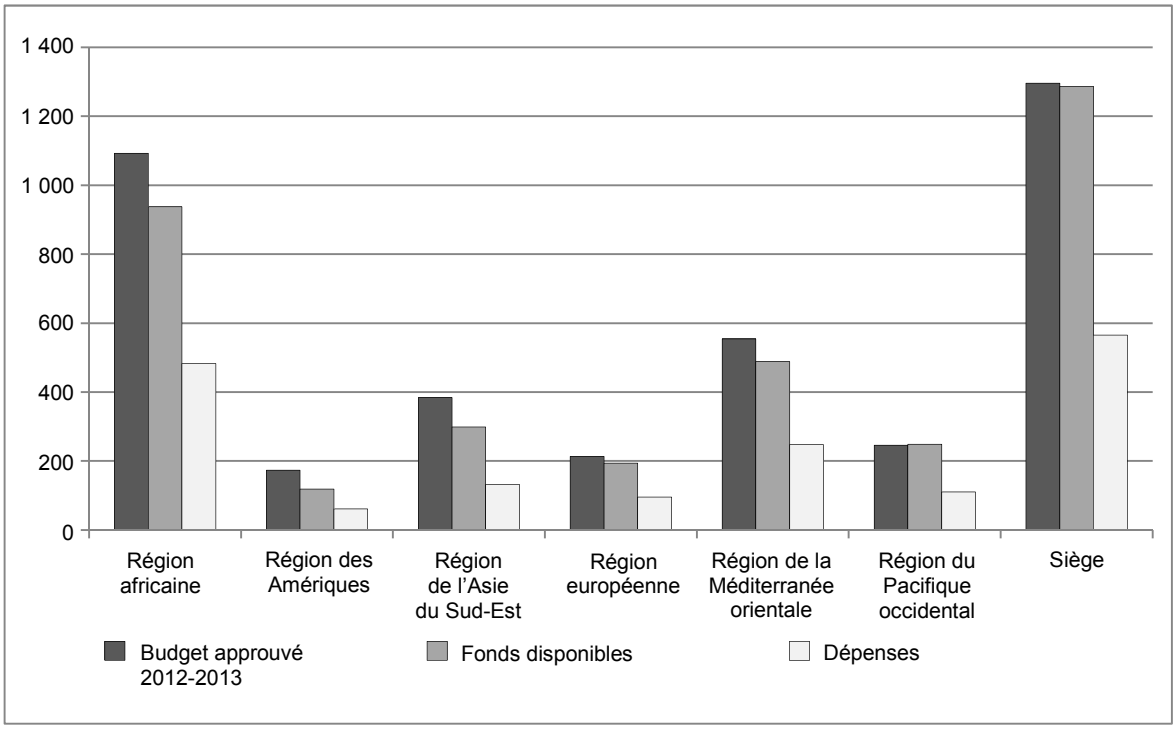
[1] La répartition des ressources disponibles entre les programmes de base de l'OMS et les autres segments repose sur les informations gestionnaires et doit être considérée comme une bonne approximation.

92. Les dépenses représentent 39 % du budget programme approuvé pour les programmes de base, 62 % pour les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration et 29 % pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises.

Tableau 4. Exécution financière par grand bureau (en millions de US $ au 31 décembre 2010)

Grands bureaux	Budget approuvé 2012-2013	Fonds disponibles			Fonds disponibles en % du budget approuvé	Dépenses	Dépenses en % du budget approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
		Contributions fixées	Contributions volontaires	Total				
Afrique	1 093	203	735	938	86	483	44	51
Amériques	173	78	41	119	69	61	35	51
Asie du Sud-Est	384	97	202	299	78	132	34	44
Europe	213	57	137	194	91	95	45	49
Méditerranée orientale	554	86	402	488	88	248	45	51
Pacifique occidental	246	74	175	249	101	110	45	44
Siège	1 296	304	983	1 287	99	565	44	44
Non encore répartis entre grands bureaux		16	238	254				
Total	**3 959**	**915**	**2 913**	**3 828**	**97**	**1 694**	**43**	**44**

Figure 3. Exécution financière par Région (en millions de US $ au 31 décembre 2012)



93. Dans tous les bureaux, les fonds disponibles représentent entre 69 % (Amériques) et 101 % (Pacifique occidental) du budget programme approuvé, et les dépenses entre 44 % et 51 % des ressources disponibles. L'importance des fonds disponibles dans certains grands bureaux s'explique en partie par la forte proportion des fonds destinés aux programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, y compris l'éradication de la poliomyélite surtout dans la Région africaine et celle de la Méditerranée orientale. Elle reflète aussi un certain succès obtenu par les efforts actuels de l'Organisation visant à assurer une répartition des ressources disponibles plus rapide et correspondant davantage aux besoins, conformément à un budget programme plus réaliste pour 2012-2013.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

93. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du rapport.

= = =