Organisation mondiale de la Santé

**SOIXANTE-SEPTIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ** **A67/42**
**Point 20.1 de l'ordre du jour provisoire** **2 mai 2014**

# Budget programme 2012-2013 : appréciation de l'exécution

## Rapport récapitulatif

### AVANT-PROPOS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL

1. Le présent document fournit une appréciation systématique de l'exécution du budget programme de l'OMS pour l'exercice 2012-2013 par rapport à chacun des 13 objectifs stratégiques de l'Organisation. Il paraît pendant une période de réformes à l'OMS et dans un contexte de développement sanitaire où une grande importance est accordée à la transparence, à l'obligation de rendre des comptes et à la production de résultats mesurables. Conformément aux orientations données par les États Membres, le Secrétariat a voulu faire en sorte que l'OMS s'engage dans des domaines stratégiques et sélectifs. Au cours de la période biennale, le processus de réforme est passé d'une phase d'analyse des politiques et de résolution des problèmes à une phase de mise en œuvre plus dynamique. Les deux dialogues sur le financement tenus en 2013 ont été une première pour l'OMS et une expression claire de cette évolution.

2. L'engagement en faveur de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé a continué de donner des résultats impressionnants, confirmant à nouveau l'intérêt de coordonner la coopération sanitaire internationale autour d'un nombre limité de buts à atteindre dans un délai déterminé. En ce qui concerne le VIH/sida, de nouvelles informations indiquant que la thérapie antirétrovirale prévient la transmission du VIH ont eu pour effet de déclencher une importante révision et une synthèse de tous les conseils de politique formulés par l'OMS dans ce domaine, entraînant une simplification accrue des protocoles thérapeutiques et des exigences opérationnelles. À l'occasion de la Journée mondiale du paludisme en 2012, l'OMS a donné le coup d'envoi d'une initiative visant à récapituler les recommandations de l'Organisation sur la politique à mener pour les tests de dépistage, le traitement et le suivi de chaque cas de paludisme, en mettant l'accent sur les tests avant traitement et sur le suivi par le biais d'un système de surveillance sensible. Les pays qui pratiquent des tests avant le traitement, et utilisent pour cela les nouveaux tests de diagnostic simplifiés, ont notifié un recul de la prescription de médicaments antipaludiques et une baisse des coûts correspondants. La surveillance, toutefois, demeure insuffisante. Les tendances concernant l'évolution du paludisme n'ont pu être établies avec certitude que dans 58 des 99 pays où la transmission de la maladie se poursuit. Les chances d'atteindre les buts fixés en ce qui concerne la tuberculose ont augmenté, mais l'OMS a continué de repérer des cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante et d'alerter le monde en conséquence.

3. Stimulés par l'initiative Chaque femme, chaque enfant, les efforts visant à réduire la mortalité de la mère et de l'enfant se sont intensifiés. L'OMS a appuyé ces efforts en coordonnant d'importants travaux de recherche multicentriques et en donnant des conseils techniques et pratiques. Pour ne donner qu'un exemple, l'OMS a publié des lignes directrices pour une approche intégrée de la pneumonie et de la

diarrhée chez l'enfant qui visent à éliminer les deux maladies tout en réduisant également les besoins opérationnels concernant les services de santé. Ces efforts ont souligné la nécessité urgente de mettre en place des systèmes d'enregistrement des actes d'état civil et de statistiques d'état civil, jugés essentiels pour développer la responsabilisation et pour mesurer les résultats.

4. Les pays ont continué d'attendre de l'OMS qu'elle leur fournisse des informations utiles pour faire face à l'incidence croissante des maladies non transmissibles et aux exigences considérables que ces maladies impliquent pour les systèmes de santé, les ressources humaines et les budgets. L'Assemblée de la Santé a adopté en 2013 un Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Au sein des pays, les interventions les plus rentables désignées par l'OMS ont permis aux pays d'aller de l'avant, indépendamment des contraintes en matière de ressources.

5. Certains résultats obtenus durant la période biennale sont facilement mesurables. Avec le soutien de l'Alliance GAVI, davantage de pays ont introduit les vaccins récents dans leur programme de vaccination systématique. Une couverture vaccinale anti-hépatite B particulièrement élevée a permis d'envisager la perspective enthousiasmante de prévenir une grande partie des cancers du foie, l'un des cancers les plus courants dans le monde en développement. Plus de 180 pays ont participé à la première Semaine mondiale de la vaccination, qui a eu lieu en 2012. L'Inde est restée exempte de poliomyélite. L'OMS a préqualifié plus de 150 diagnostics, médicaments, vaccins et principes actifs pharmaceutiques. Rien qu'en 2012, plus de 700 millions de traitements préventifs ont été fournis pour protéger les populations des maladies tropicales négligées visées. Le nombre de Parties soutenant la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac est passé à 176 ; le premier Protocole à la Convention, qui vise à éliminer le commerce illicite de produits du tabac, a été adopté en 2012.

6. J'ai personnellement noté avec satisfaction l'influence persistante du *Rapport sur la santé dans le monde* de 2010 consacré au financement des systèmes de santé.[1] Plus de 70 pays, à tous les niveaux de développement, ont demandé l'assistance technique de l'OMS pour faire évoluer leur système de santé vers la couverture sanitaire universelle. Pour la fourniture de cet appui, l'OMS a coopéré avec la Banque mondiale, ce qui a donné plus de poids aux arguments selon lesquels la couverture sanitaire universelle est économiquement souhaitable, possible et rentable. Parmi toutes les options de politique, la couverture universelle est l'une de celles qui favorisent le plus puissamment l'égalité sociale. Je suis fière que, de cette façon, l'OMS transforme les principes de l'égalité et du droit à la santé en avantages tangibles – et universels – pour la santé des gens.

## APPRÉCIATION DE L'EXÉCUTION

7. L'appréciation de l'exécution du budget programme 2012-2013 est la dernière à être effectuée dans le cadre du plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Le présent rapport fournit un aperçu des principaux résultats obtenus par rapport aux résultats escomptés, et une vue d'ensemble des questions et des enseignements découlant des activités dans les pays et des travaux du Secrétariat. En outre, l'examen de l'exécution du budget a permis d'étudier simultanément l'exécution programmatique et l'exécution financière.[2]

---

[1] *Rapport sur la santé dans le monde – Le financement des systèmes de santé : le chemin vers une couverture universelle.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

[2] Voir le document A67/43, Rapport financier et états financiers vérifiés pour l'année qui s'est achevée le 31 décembre 2013.

8. L'appréciation de l'exécution du budget programme consiste en une auto-évaluation au cours de laquelle les grands bureaux indiquent si leurs contributions respectives aux résultats escomptés ont été pleinement, partiellement ou non atteintes. Les estimations quant aux progrès accomplis reflètent dans quelle mesure les programmes ont permis de fournir les résultats attendus et d'atteindre les cibles des indicateurs. À chaque niveau, il est fait état des enseignements tirés et des mesures requises. 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.

## APERÇU DES RÉSULTATS ESCOMPTÉS À L'ÉCHELLE DE L'ORGANISATION

9. Le Tableau 1 vise à présenter l'évaluation des progrès accomplis pour obtenir les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation par objectif stratégique.

10. L'obtention des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation a été appréciée sur la base des progrès réalisés par rapport aux indicateurs, lesquels ont été ajustés lors de l'examen à mi-parcours pour refléter les résultats obtenus en 2010-2011, notifiés dans l'appréciation du budget programme 2010-2011. Dans certains cas, les données de référence et les cibles ont également été actualisées pour tenir compte de nouvelles précisions apportées aux définitions et aux critères de mesure des différents indicateurs. L'utilisation des valeurs des indicateurs comme principale méthode pour juger de l'obtention des résultats escomptés à la fin de la période biennale est conforme aux recommandations du Commissaire aux Comptes. Elle doit également être rapprochée des efforts déployés à l'échelle de l'Organisation pour renforcer la culture de l'évaluation, ainsi que la capacité concrète d'apprécier les résultats à travers la définition d'indicateurs fiables et la notification au titre de ces indicateurs.

11. Fondés sur les valeurs des indicateurs, les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été évalués comme suit :

- pleinement atteints : toutes les cibles des indicateurs pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été atteintes ou dépassées ;

- partiellement atteints : une ou plusieurs des cibles des indicateurs pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation n'ont pas été atteintes ; et

- non atteints : aucune des cibles des indicateurs pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation n'a été atteinte.

12. Sur un total de 80 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour l'exercice 2012-2013, 50 ont été jugés « pleinement atteints » (63 %) et 30 « partiellement atteints » (37 %), ce qui représente une amélioration de l'exécution par rapport à l'exercice 2010-2011 où 46 % des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation étaient considérés comme « partiellement atteints ».

13. Une analyse plus approfondie des 30 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation jugés « partiellement atteints » montre ce qui suit :

- douze des 30 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été considérés comme « partiellement atteints » soit parce qu'une application plus rigoureuse des critères de mesure des indicateurs a conduit à une réduction du nombre de pays qui auraient atteint la cible, ou parce que les pays n'ont pas été capables de faire rapport en temps utile sur les progrès réalisés par rapport aux indicateurs (par exemple en répondant à des enquêtes d'information ou en respectant les délais de notification) ;

- quatre des 30 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été considérés comme « partiellement atteints » parce que les cibles des indicateurs dans certains États Membres n'ont pas été atteintes comme prévu, essentiellement à cause de troubles politiques persistants (par exemple dans la Région de la Méditerranée orientale) ; et

- les 14 résultats restants sur les 30 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été considérés comme « partiellement atteints » soit parce qu'un ou plusieurs États visés n'ont pas obtenu les résultats attendus, ou parce que des États Membres qui avaient atteint la cible précédemment n'ont pas réussi à continuer de satisfaire aux critères de réalisation.

  Pour chaque résultat escompté à l'échelle de l'Organisation « partiellement atteint », des explications supplémentaires ont été fournies dans la section concernant chaque objectif stratégique dans le corps du texte. On trouvera dans le document complet (*Programme budget 2012-2013, Performance Assessment report*)[1] des informations plus détaillées sur les indicateurs spécifiques dont les cibles n'ont pas été atteintes.

14. Des améliorations ont été apportées au processus d'examen, y compris à la définition et au suivi des moyens appropriés de mesurer l'exécution. Toutefois, le fait qu'il s'agit d'une auto-évaluation et qu'un lien plus clair doit être établi entre résultats techniques et résultats financiers continue de poser des problèmes non négligeables. Beaucoup de ces questions ont été examinées avec les États Membres et sont traitées dans le budget programme 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.

## Tableau 1. Évaluation des progrès par objectif stratégique

| | **Objectif stratégique** | **Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Pleinement atteints** | **Partiellement atteints** | **Non atteints** | **Total** |
| OS1 | Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles | 2 | 7 | 0 | 9 |
| OS2 | Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme | 2 | 4 | 0 | 6 |
| OS3 | 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 | 2 | 4 | 0 | 6 |
| OS4 | 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 | 7 | 1 | 0 | 8 |
| OS5 | 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 |

[1] Document HQ/PRP/14.1 établi en anglais seulement et disponible sur demande.

| | Objectif stratégique | Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | **Pleinement atteints** | **Partiellement atteints** | **Non atteints** | **Total** |
| OS6 | 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 |
| OS7 | 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 | 5 | 0 | 0 | 5 |
| OS8 | 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 |
| OS9 | 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 | 6 | 0 | 0 | 6 |
| OS10 | 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 | 9 | 4 | 0 | 13 |
| OS11 | Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation | 1 | 2 | 0 | 3 |
| OS12 | 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 2006-2015 | 4 | 0 | 0 | 4 |
| OS13 | 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 | 2 | 4 | 0 | 6 |
| **Total** | | **50** | **30** | **0** | **80** |

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

15. Le vaccin conjugué contre le méningocoque A a été administré à plus de 100 millions de personnes à ce jour, ce qui a fait baisser de 94 % l'incidence de la maladie dans les populations vaccinées (ce qui équivaut pratiquement à son élimination). Des progrès ont été réalisés en ce qui concerne l'introduction de nouveaux vaccins et la promotion de vaccins sous-utilisés. Il ressort des

dernières données disponibles,[1] qu'au cours de la période de notification, le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b (Hib) a été introduit dans 16 autres pays, le vaccin antipneumococcique dans 33 autres pays, le vaccin antirotavirus dans 13 autres pays et le vaccin contre le papillomavirus humain dans 12 autres pays. Quatre enfants sur cinq dans le monde (83 % sur un total estimé de 111 millions) ont reçu les trois doses recommandées du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux avant l'âge d'un an en 2012, avec des progrès durables sur une période de deux ans. À la fin de 2012, le taux de couverture mondiale par le vaccin antirougeoleux avait atteint 84 % ; le nombre annuel de décès dus à la rougeole aurait baissé de 78 % entre 2000 et 2012, période pendant laquelle 13,8 millions de décès auraient été évités. C'est en 2012 qu'a eu lieu la première Semaine mondiale de la vaccination et que le Plan d'action mondial pour les vaccins 2011-2020 a été adopté. L'OMS a mis en œuvre un programme de tests d'aptitude pour l'évaluation externe de la qualité afin de contrôler le fonctionnement des laboratoires participant au Réseau mondial de surveillance des rotavirus et au Réseau mondial de surveillance des maladies bactériennes invasives à prévention vaccinale. On a vu une augmentation du nombre de laboratoires et une amélioration de la qualité des tests.

16. Dans les trois pays où la poliomyélite demeure endémique, les plans d'action d'urgence nationaux ont été révisés et renforcés en 2013 pour relever le défi de vacciner chaque enfant contre cette maladie. Le champ d'action des organes chargés de la surveillance, de la justification de l'action menée et de la gestion des programmes et qui relèvent des chefs d'État a été encore élargi de façon à prendre en compte le niveau national et le niveau infranational, afin de développer la responsabilité politique et administrative pour la qualité des activités d'éradication clés. Trois flambées survenues au Cameroun, dans la Corne de l'Afrique et au Moyen-Orient (avec des cas en République arabe syrienne) sont venues rappeler qu'il existe un risque de propagation internationale à partir des pays dans lesquels la poliomyélite est endémique. On continue de prendre des mesures diligentes à l'égard des flambées, au travers de réponses multipays coordonnées et de plans globaux réalisés par étapes. Le Comité régional de la Méditerranée orientale, à sa soixantième session en octobre 2013, a déclaré que la transmission de la poliomyélite constituait une situation d'urgence dans tous les États Membres de la Région.

17. Une initiative a été engagée pour accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs fixés pour éradiquer, éliminer ou combattre 17 maladies tropicales négligées qui touchent 1400 millions de personnes parmi les plus pauvres du monde. Cette initiative se caractérise principalement par une feuille de route claire et des dons importants négociés de 14 thérapies et médicaments différents. Parmi les autres réalisations de l'OMS, on peut citer : la publication du deuxième rapport sur les maladies tropicales négligées, dans lequel sont soulignés les progrès accomplis depuis 2010 ;[2] la préqualification du diéthylcarbamazine, premier médicament pour le traitement d'une maladie tropicale négligée ; l'introduction d'un nouveau traitement de première intention contre la leishmaniose viscérale ; et l'application sur une plus grande échelle de la chimiothérapie préventive contre les helminthiases. Outre la consultation d'experts de l'OMS sur la rage, qui a permis de réévaluer la charge de la rage et les méthodes de traitement de cette maladie,[3] il a été publié des stratégies, des outils de diagnostic et des schémas thérapeutiques nouveaux pour le traitement de la

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

[2] *Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Second WHO report on neglected tropical diseases*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013. Document WHO/HTM/NTD/2013.1.

[3] *WHO Expert Consultation on Rabies: second report*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (Série de Rapports techniques, N° 982).

filariose lymphatique, ainsi qu'une nouvelle stratégie pour l'élimination de la trypanosomiase humaine africaine. Cinq pays ont été certifiés exempts de dracunculose, ce qui porte à 185 le nombre d'États Membres où la maladie n'est pas présente. Des outils de diagnostic complémentaires ont été conçus pour le pian et seront utilisés pour le programme d'éradication.

18. Le rapport mondial de recherche sur les maladies infectieuses de la pauvreté[1] a été présenté à la conférence sur l'innovation dans la santé sans frontières, organisée par la Commission européenne. Ce rapport vise à souligner les raisons en faveur de la recherche et à présenter un plan d'action en cinq points, dans lequel il est notamment proposé 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 ».

19. Le Secrétariat a poursuivi ses activités d'appui aux pays, à la fois en termes de coopération technique et de fourniture d'orientations et d'outils, en vue de la mise en place des capacités de base minimales requises au titre du Règlement sanitaire international (2005) pour détecter les menaces pour la santé publique, les prévenir et y faire face. De nombreux supports d'orientation et cours de formation ont été produits et appliqués dans des domaines clés, puis traduits dans d'autres langues officielles de l'Organisation. Malgré les progrès accomplis dans les pays, 119 États Membres ont demandé à bénéficier d'un délai supplémentaire de deux ans après la date butoir de juin 2012.[2]

20. Les travaux relatifs à des maladies et affections spécifiques ont porté sur la grippe, la dengue, la maladie à virus Ebola, les infections par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), la fièvre jaune, le chikungunya, la maladie du hochement de tête, l'hépatite virale, le choléra et la méningite. Un appui technique, notamment sous forme d'outils, de lignes directrices et de conseils d'experts pour les enquêtes et la lutte, a été fourni aux pays qui ont connu des flambées, 542 événements au total ayant été traités entre le 1er janvier 2012 et le 31 décembre 2013 par le système OMS de gestion des événements. Les initiatives de préparation aux niveaux mondial et régional ont consisté à stocker des matériels d'intervention, à mettre au point et à 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. Les travaux de l'OMS sur l'hépatite virale ont progressé avec la publication d'un cadre pour l'action mondiale en matière de prévention et de lutte et d'un rapport sur l'état d'avancement des programmes nationaux de lutte contre l'hépatite dans les États Membres.[3]

21. Les stratégies intégrées, comme la Stratégie de lutte contre les maladies émergentes pour l'Asie et le Pacifique et le système intégré de surveillance des maladies et de riposte, ont renforcé les capacités des États Membres de gérer les risques. Le mécanisme du Groupe international de coordination contre la méningite et la fièvre jaune a distribué 7 343 000 doses de vaccin antiamaril et 2 009 000 doses de vaccin contre la méningite à la suite des flambées survenues en 2012 et 2013. Le Groupe international de coordination a accepté de gérer également le stock international de vaccins anticholériques oraux pour faire face aux urgences, 900 000 doses étant disponibles à la fin de 2013. Au titre du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (Cadre PIP), l'OMS a conclu trois Accords types pour le transfert de matériels 2 (SMTA 2) avec de grands fabricants de vaccins pour

[1] *Global report for research on infectious diseases of poverty*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

[2] Voir le document A66/16.

[3] *Prévention et lutte contre l'hépatite virale : Cadre pour l'action mondiale.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012, et *Global policy report on the prevention and control of viral hepatitis in WHO Member States*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012, respectivement.

garantir l'accès en temps réel à une proportion de 10 % à 15 % des vaccins contre la grippe pandémique produits par ces fabricants au moment de la prochaine pandémie. Le Secrétariat a mis au point une méthode pour quantifier la contribution du partenariat ; par ailleurs, un plan pour l'utilisation des contributions reçues a été finalisé à la fin de 2013.

22. L'OMS a fait progresser ses activités de lutte contre la menace croissante que représente la résistance aux antimicrobiens, par exemple en inscrivant cette question au programme des organes directeurs, ce qui a renforcé la prise de conscience du problème, et en réunissant un groupe consultatif stratégique et technique chargé de participer à l'élaboration d'une stratégie mondiale et de conseiller l'Organisation sur son rôle de coordination. L'OMS a également obtenu de précieuses informations de plus de 100 États Membres sur les capacités et les vulnérabilités actuelles concernant la résistance aux antimicrobiens, qui seront publiées en 2014.

23. Sur les neuf résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation au titre de cet objectif stratégique, deux sont considérés comme « pleinement atteints » et sept comme « partiellement atteints ». Dans le cas du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.1 (Accès aux vaccins), l'appréciation « partiellement atteint » est due au fait que 131 États Membres au lieu des 135 visés sont parvenus à instaurer une couverture vaccinale d'au moins 90 % par les trois doses de vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (quatre pays ayant manqué la cible de 1 % seulement). En ce qui concerne le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.2 (Éradication de la poliomyélite), la multiplication des menaces pour la sécurité est à l'origine de difficultés importantes dans la mise en œuvre des stratégies programmatiques. Dans la mesure où 33 pays seulement ont indiqué leur intention de retirer le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent de leur programme de vaccination systématique, 28 % des États Membres au lieu des 75 % visés initialement ont satisfait aux critères pour cet indicateur. L'appréciation pour le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.3 (Accès aux interventions concernant les maladies tropicales négligées) reflète une augmentation des incapacités de degré 2 parmi les nouveaux cas de lèpre par million d'habitants dans les populations à risque, constat qui s'explique par l'utilisation de méthodes novatrices de détection des cas pour accéder à des zones et à des groupes de population difficiles à atteindre, et par une meilleure gestion des données. L'appréciation « partiellement atteint » pour le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.4 (Surveillance et suivi de toutes les maladies transmissibles) est due à un changement de la date de notification. Bien que 154 États Membres seulement sur les 165 visés aient soumis leur formulaire commun de notification à la nouvelle date butoir, les déclarations étaient dans l'ensemble beaucoup plus complètes et communiquées plus rapidement que les années précédentes. Au total, 173 pays ont soumis leur formulaire de notification à la date butoir ou dans les jours suivants. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.6 (Capacités de base requises aux termes du Règlement sanitaire international (2005)) a pâti du fait que de nombreux pays ont des difficultés à se doter des capacités de base minimales requises. Au titre du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.7 (Détection et évaluation des maladies épidémiques et potentiellement pandémiques, et lutte contre ces maladies), le nombre d'États Membres ayant établi des plans de préparation et des modes opératoires normalisés n'a pas permis d'atteindre la cible. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.8 (Action en cas d'épidémie et d'autres urgences de santé publique de portée internationale) est considéré comme « partiellement atteint », la cible de 140 sites de l'OMS s'étant avérée très difficile à atteindre. En effet, compte tenu du nombre d'agents qualifiés transférés ou quittant l'Organisation, il a été difficile d'augmenter le nombre de bureaux ayant accès au système mondial de gestion des événements, dans la mesure où, pour être comptabilisé, un site de l'OMS doit posséder au moins un utilisateur qualifié.

24. En ce qui concerne les enseignements tirés dans le domaine des vaccins, l'OMS a joué un rôle de chef de file de haut niveau, s'est attachée à promouvoir un engagement politique et financier solide et a veillé à collaborer de manière efficace avec toutes les parties prenantes afin de préserver les

résultats et d'atteindre les buts fixés dans le Plan d'action mondial pour les vaccins.[1] Elle continuera de déterminer et de résoudre les problèmes de sécurité vaccinale et de prestation de services dans les pays où l'on enregistre de faibles taux de couverture par la vaccination systématique, où de nombreuses personnes ne sont pas vaccinées et où il existe des fossés en matière d'équité.

25. Pour chaque réservoir du poliovirus, des plans sont établis de façon à garantir la sécurité des agents de santé. Au niveau international, l'OMS renforce son engagement et recherche un appui accru de différentes organisations islamiques sous la forme d'un soutien financier, technique ou en matière de communication, pour accroître à la fois la confiance dans les communautés et les groupes musulmans, et l'acceptation par les communautés du programme d'éradication de la poliomyélite.

26. L'utilisation de guides concernant la planification stratégique et la budgétisation a facilité l'intégration et la coordination des interventions contre les maladies tropicales négligées. La coordination avec les gouvernements et les autres partenaires s'est améliorée tout au long de la période biennale. L'insécurité et la guerre ont été des obstacles majeurs à la mise en œuvre de l'éradication de la dracunculose au Mali et au Soudan du Sud, ainsi qu'à la réalisation d'interventions de chimiothérapie préventive.

27. Le Secrétariat a maintenu sa capacité d'assumer les fonctions qui lui sont confiées en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Les États Membres reconnaissent de plus en plus que la coordination internationale et intersectorielle, la transparence et l'échange d'informations se sont avérés essentiels pour évaluer les risques et intervenir en cas de maladies épidémiques et pandémiques.

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

28. À la fin de 2013, 10 millions de personnes environ bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, ce qui met à notre portée la cible mondiale de 15 millions de personnes sous thérapie antirétrovirale d'ici 2015. L'OMS a contribué à développer l'accès au traitement et à la prévention en élaborant et en diffusant de nouvelles lignes directrices sur l'utilisation de la thérapie antirétrovirale, le dépistage du VIH et la fourniture de services aux populations vulnérables. Des stratégies régionales et des plans d'action sur ces questions ont été adoptés par les comités régionaux des Régions de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et de l'Europe, et appuyés par une équipe régionale spéciale dans la Région du Pacifique occidental et par des lignes directrices régionales sur la riposte du secteur de la santé face au VIH dans la Région de l'Asie du Sud-Est. Si le nombre de nouvelles infections à VIH diminue dans le monde, il est en augmentation dans la Région de la Méditerranée orientale et dans certaines parties de la Région européenne. Dans ces deux Régions, les hommes qui ont des rapports homosexuels, les consommateurs de drogues injectables et les professionnels du sexe sont touchés de façon disproportionnée.

29. Le taux de mortalité par tuberculose a baissé de 45 % depuis 1990 et 22 millions de vies ont été sauvées depuis 1995 grâce à la Stratégie Halte à la tuberculose. Cependant, la lenteur des progrès dans la lutte contre la tuberculose multirésistante est préoccupante ; en effet, seul un cas sur quatre serait diagnostiqué d'après les estimations et de nombreux patients ne reçoivent pas de traitement. Au cours de la période biennale, conformément aux recommandations par l'OMS, 98 États Membres ont commencé à utiliser un nouveau test moléculaire rapide, fourni à un tarif préférentiel, pour diagnostiquer la tuberculose et la tuberculose multirésistante. L'OMS a publié des lignes directrices

[1] Voir le document A66/19.

provisoires sur l'utilisation du premier antituberculeux mis au point depuis 40 ans pour traiter la tuberculose multirésistante. Les pays d'Europe orientale mettent en œuvre le Plan d'action consolidé pour la prévention et la lutte contre la tuberculose multirésistante et ultrarésistante dans la Région européenne 2011-2015. Les enquêtes de prévalence de la tuberculose réalisées avec l'appui de l'OMS dans les pays ayant une charge de morbidité élevée ont orienté les mesures à prendre en ce qui concerne le dépistage des cas. Une feuille de route sur la tuberculose chez l'enfant a été lancée avec des partenaires.[1] Dans la Région africaine, l'action conjointe menée pour lutter contre la co-infection VIH-tuberculose, en dépit des progrès accomplis, nécessite d'être encore renforcée pour garantir une couverture complète par les outils de prévention des maladies et l'accès au traitement antirétroviral pour toutes les personnes touchées. Une stratégie mondiale et des cibles pour la prévention de la tuberculose, les soins et la lutte après 2015 ont été élaborées avec les États Membres et les partenaires et seront examinées par la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé.

30. Entre 2000 et 2012, le taux de mortalité par paludisme dans le monde a baissé de 45 % dans toutes les classes d'âge et de 51 % chez les enfants de moins de cinq ans. Si le taux de diminution est maintenu, d'ici 2015 le nombre de décès dus au paludisme aura reculé de 56 % dans toutes les tranches d'âges et de 63 % chez les enfants de moins de cinq ans. Trois millions (90 %) des 3,3 millions de décès évités chez les enfants de moins de cinq ans se situent en Afrique subsaharienne et comptent pour 20 % dans les 15 millions de décès d'enfants évités en Afrique subsaharienne depuis 2000, ce qui représente une avancée importante vers la réalisation de la cible 4.A − Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans − du quatrième objectif du Millénaire pour le développement. Au total, 59 des 103 pays où la transmission du paludisme se poursuivait en 2000 ont atteint la cible de l'objectif du Millénaire pour le développement prévoyant de commencer à inverser la tendance actuelle, et 52 sont en bonne voie de réduire l'incidence du paludisme de 75 % d'ici 2015.

31. Il a été réalisé plusieurs études cliniques, notamment sur : la planification de la thérapie antirétrovirale chez les patients co-infectés par la tuberculose et le VIH dont le taux de cellules $CD4^+$ est élevé ; l'efficacité d'une nouvelle association thérapeutique pour raccourcir le traitement ; et l'utilité et la pertinence générale de la stratégie de prise en charge intégrée dans la communauté.

32. Deux des six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont considérés comme « pleinement atteints » et quatre sont jugés « partiellement atteints », à savoir, les résultats 2.1 (Prévention, traitement et soins liés au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme), 2.2 (Fourniture de services sexospécifiques concernant le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme), 2.3 (Accès équitable à des médicaments essentiels contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme) et 2.4 (Surveillance, évaluation et suivi pour le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme). Malgré les progrès accomplis par rapport à tous les indicateurs de ces résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et bien que la plupart des résultats visés aient été presque obtenus, des 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, ainsi que le niveau idéal fixé pour certains indicateurs, expliquent pourquoi les cibles n'ont pas été tout à fait atteintes.

33. Les facteurs essentiels de réussite en 2012-2013 ont été centrés sur le rôle de chef de file de l'OMS dans les domaines normatifs, avec comme principales réalisations la publication en 2013 des *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de*

[1] Roadmap for childhood tuberculosis: towards zero deaths. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

*l'infection à VIH*[1] et l'élaboration d'une proposition de stratégie mondiale et de cibles pour la prévention de la tuberculose après 2015.[2] L'OMS a également fourni des conseils et un appui technique pour promouvoir l'accès équitable aux médicaments essentiels, aux outils de diagnostic et aux technologies sanitaires par le biais de son programme de préqualification et en favorisant des discussions sur la politique à mener, y compris avec les pays à revenu intermédiaire, le Service pharmaceutique mondial du Partenariat Halte à la tuberculose, le système d'évaluation des tests de diagnostic rapide du paludisme et le Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique de l'OPS. La collaboration et la coordination entre les trois niveaux de l'Organisation sont développées et ont été un facteur déterminant dans la fourniture d'un appui technique aux États Membres pour l'obtention de subventions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

34. Les principaux obstacles rencontrés dans les pays les moins développés ont été, entre autres, les faibles capacités techniques et les ressources humaines limitées des programmes nationaux. D'autres contraintes ont été imposées par la situation en matière de sécurité dans plusieurs pays des Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale et par le soutien politique limité apporté aux mesures de lutte contre le VIH dans certaines parties des Régions de la Méditerranée orientale et de l'Europe. Le manque d'appui politique a également des incidences négatives sur les interventions en faveur des consommateurs de drogues injectables dans la Région européenne, nuit à l'efficacité de la lutte contre la tuberculose, limite plus généralement l'attention portée aux populations vulnérables et met en péril le maintien de la lutte contre le paludisme sur la liste des priorités dans plusieurs pays.

35. Le principal défi dans la lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme est de maintenir l'élan et les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, ce qui nécessite de façon continue l'appui de l'OMS et l'engagement des États Membres. L'OMS devra plaider pour que les pays investissent davantage dans les mesures qu'ils prennent sur le plan national pour combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme à partir de sources nationales et de fonds internationaux.

## 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

36. L'Assemblée de la Santé a approuvé en mai 2013 le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020.[3] Parmi les activités mondiales visant à renforcer la cohérence des politiques et la collaboration en matière de lutte contre les maladies non transmissibles, on peut citer l'établissement de projets de mandat pour un mécanisme mondial de coordination et pour l'Équipe spéciale interorganisations des Nations Unies pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Dans toutes les Régions de l'OMS, des ateliers et des séminaires de formation régionaux et nationaux ont été organisés pour fournir un appui technique aux États Membres afin d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et plans nationaux multisectoriels, de développer les programmes nationaux et de renforcer l'engagement politique, financier et technique des États Membres en vue de la lutte contre les maladies non transmissibles. Certains pays ont amélioré leur surveillance des facteurs de risque, élargi les interventions visant à réduire l'exposition à

[1] *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/fr/, consulté le 26 mars 2014).

[2] Voir la résolution EB134.R4.

[3] Résolution WHA66.10.

ces facteurs et adopté une approche axée sur les soins de santé primaires afin de prévenir et de prendre en charge les maladies non transmissibles.

37. L'OMS déploie actuellement 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. Elle a également encouragé les États Membres 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. Plusieurs documents ont été publiés, notamment le rapport *Dementia: a public health priority*,[1] qui révèle que le nombre de personnes vivant avec la démence dans le monde entier, actuellement estimé à 35,6 millions, devrait doubler d'ici 2030 et plus que tripler d'ici 2050. Les auteurs du rapport décrivent également les conséquences de la démence pour les personnes et la société, ainsi que différentes approches nationales pour y faire face, examinent les problèmes posés par les soins et les dispensateurs de soins, et envisagent des moyens d'améliorer la sensibilisation à cette question et la défense des malades. En mai 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020.[2]

38. Le Comité régional du Pacifique occidental, à sa soixante-troisième session, a adopté la résolution WPR/RC63.R3 sur la prévention des traumatismes et de la violence. Par ailleurs, la sécurité routière a progressé dans le monde, comme le montrent l'évolution constatée dans le port de la ceinture de sécurité et du casque, et le fait que dans plusieurs pays la conduite en état d'ébriété et les excès de vitesse sont désormais moins fréquents. Plus de 100 pays ont participé à la deuxième Semaine mondiale des Nations Unies pour la sécurité routière, ce qui a entraîné la prise de mesures concernant la sécurité des piétons. L'OMS et le Gouvernement du Mexique ont accueilli les principaux experts mondiaux de la prévention de la violence à l'occasion de la réunion consacrée à la sixième étape de la Campagne mondiale pour la prévention de la violence. Plusieurs stages de formation et ateliers de renforcement des capacités nationaux et régionaux ont été organisés sur les soins de traumatologie, la prévention de la violence et la sécurité routière. À la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, l'OMS et les Gouvernements du Brésil, du Mozambique, de la Roumanie et de la Thaïlande ont lancé l'Alliance mondiale de l'OMS pour les soins aux blessés, réseau d'organisations gouvernementales et non gouvernementales agissant dans les domaines des soins préhospitaliers et hospitaliers et de la réadaptation pour aider les victimes de traumatismes.

39. Dans la résolution WHA66.9 sur le handicap, l'Assemblée a fait siennes les recommandations du *Rapport mondial sur le handicap* et, en septembre 2013, les chefs d'État et de gouvernement à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le handicap et le développement se sont engagés à faire en sorte que les personnes handicapées puissent apporter une contribution dans leur communauté. L'OMS a intensifié ses efforts conformément aux deux initiatives et a établi un projet de plan d'action mondial relatif au handicap 2014-2021, dont a pris note le Conseil exécutif à sa cent trente-quatrième session en janvier 2014.[3] En tout, 60 pays ont jusqu'ici organisé sur leur territoire des discussions politiques sur le *Rapport mondial sur le handicap*.[4] Le premier Congrès mondial sur la réadaptation à base communautaire (Agra, Inde, 26-28 novembre 2012) a réuni

---

[1] *Dementia: a public health priority.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

[2] Résolution WHA66.8.

[3] Le projet de plan d'action est soumis à la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé dans le document A67/16.

[4] *Rapport mondial sur le handicap 2011.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2011 (whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789240688193_fre.pdf?ua=, consulté le 27 mars 2014).

1500 experts et praticiens qui ont échangé des données sur les meilleures pratiques et planifié les prochaines étapes des activités dans ce domaine. Pendant la période biennale, l'OMS a publié *International perspectives on spinal cord injury,*[1] ainsi que des modules de formation aux services de fauteuils roulants.

40. Le Plan d'action mondial 2014-2019 pour la santé oculaire universelle a été approuvé par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA66.4 en mai 2013. Au total, 74 États Membres ont indiqué avoir mis en œuvre des plans nationaux complets sur la santé oculaire et auditive. L'OMS a publié de nouvelles estimations selon lesquelles on comptait en 2010, 285 millions de personnes atteintes de déficiences visuelles, 39 millions d'aveugles et 246 millions de malvoyants, et 360 millions de personnes souffrant d'une perte auditive invalidante. Plusieurs documents sont parus, par exemple sur la prise en charge des maladies oculaires chroniques en santé publique, les ressources didactiques destinées aux professionnels de soins oculaires, et la promotion des soins oculaires et auditifs à travers la réadaptation à base communautaire. En tout, 25 centres nationaux de soins oculaires pour enfants ont reçu un appui et 10 centres ont été créés. L'Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome cécitant d'ici 2020 s'est réunie et le compte rendu des débats a été publié.

41. Avec l'appui du Secrétariat, 21 pays supplémentaires fournissent gratuitement ou subventionnent en partie un accompagnement au sevrage tabagique par l'intermédiaire des services de soins de santé primaires dans le cadre de l'application de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. D'autres activités sont examinées au titre de l'objectif stratégique 6.

42. Des six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, deux ont été « pleinement atteints » et quatre « partiellement atteints ». Les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation 3.1 (Sensibilisation et soutien visant à accroître l'engagement politique, financier et technique), 3.2 (Conseils et soutien pour la mise en œuvre de politiques, de stratégies et de réglementations) et 3.3 (Capacité de recueillir, d'analyser, de diffuser et d'utiliser des données) ont été « partiellement atteints » à cause du manque de données pour deux indicateurs concernant la santé mentale, à savoir, le nombre d'États Membres dont le budget consacré à la santé mentale représente plus de 1 % du budget total de la santé, et le nombre d'États Membres à revenu faible ou intermédiaire qui présentent chaque année des indicateurs de santé mentale de base. Il n'a pas été possible d'évaluer ces indicateurs de façon systématique en utilisant l'Atlas 2011 de la santé mentale (*Mental Health Atlas 2011*). L'adoption du Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 par l'Assemblée de la Santé dans la résolution WHA66.8 a nécessité l'inclusion de nouveaux indicateurs pour remplacer les indicateurs en usage devenus obsolètes. Les indicateurs tels que le nombre d'États Membres dont le ministère de la santé, ou l'autorité sanitaire nationale équivalente, est doté d'une unité dont le personnel et le budget sont réservés à la prévention des maladies chroniques non transmissibles ; et le nombre d'États Membres ayant adopté une politique nationale multisectorielle sur les maladies chroniques non transmissibles n'ont pas été pleinement atteints en raison d'un manque d'engagement de haut niveau, de ressources insuffisantes et de priorités concurrentes, y compris la nécessité urgente de donner un ordre de priorité élevé à d'autres activités dans un certain nombre de pays. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 3.5 (Programmes multisectoriels à l'échelle de la population) n'a pas été pleinement atteint du fait de l'insuffisance des progrès réalisés par rapport à l'indicateur qu'est le nombre d'États Membres mettant en œuvre les stratégies recommandées par l'OMS pour la prévention des déficiences auditives ou visuelles. La pleine réalisation a été empêchée par l'affectation de ressources limitées à la fourniture de services de soins oculaires et auditifs au niveau des pays.

[1] Organisation mondiale de la Santé. The International Spinal Cord Society. International perspectives on spinal cord injury. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

43. Le travail de sensibilisation de l'OMS a été efficace pour faire progresser les programmes mondiaux sur les maladies non transmissibles, les traumatismes et la violence, la santé mentale, les incapacités, et la cécité et la surdité. Les feuilles de route prévues dans les plans d'action mondiaux concernant ces domaines contribueront à ce que la priorité d'action accordée à la sensibilisation et à la fourniture d'orientations normatives soit recentrée sur la mise en œuvre et sur le suivi des retombées. Les ressources financières et humaines demeurent insuffisantes aux niveaux national et mondial pour faire face à l'ampleur du programme et des difficultés, mais les efforts continueront d'être entrepris pour augmenter progressivement les ressources disponibles afin de garantir la prise de mesures nationales et locales.

## 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

44. 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, l'élan et l'engagement politique ont été maintenus pour réaliser les objectifs 4 (Réduire la mortalité infantile) et 5 (Améliorer la santé maternelle) du Millénaire pour le développement. Bien que des progrès aient été accomplis au cours des dernières décennies – le taux mondial de mortalité maternelle a baissé de 47 % entre 1990 et 2010 et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a diminué de 47 % entre 1990 et 2012 –, ces progrès n'ont pas été suffisants. En 2012, sur les 6,6 millions d'enfants décédés avant leur cinquième anniversaire, près de 3 millions étaient des nouveau-nés âgés de moins d'un mois. Au total, 287 000 femmes sont mortes de complications liées à la grossesse et à l'accouchement, et les 2,6 millions de mortinaissances qui surviennent chaque année demeurent une tragédie silencieuse.

45. À la fin de 2013, 100 pays avaient mis au point 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 l'élaboration ou la révision de politiques et de stratégies adaptées aux besoins des pays. En outre, 73 pays se sont désormais dotés d'une politique d'accès universel à la santé sexuelle et génésique.

46. 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, des ateliers de renforcement des capacités concernant notamment la surveillance de la mortalité maternelle et l'action dans ce domaine ont été organisés dans les 75 pays où l'on dénombre 95 % des décès de mères et d'enfants. Le Compte à rebours vers 2015, qui suit les progrès en vue d'atteindre les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement et qui compte l'OMS parmi les membres de son comité de coordination, a publié son rapport actualisé de 2013.[1] Les pays de toutes les Régions ont bénéficié d'un appui afin de réviser ou d'actualiser leur feuille de route et leur plan pour faire baisser plus rapidement la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et de renforcer leurs capacités de planification stratégique, y compris l'analyse des coûts et de l'impact. Des progrès ont été accomplis pour ce qui est de renforcer les capacités des experts nationaux en recherche opérationnelle. Des lignes directrices sur l'amélioration de la qualité des soins dispensés à la mère, au nouveau-né et à l'enfant ont été établies ou actualisées et diffusées dans les pays. Il a été publié des orientations normatives, y compris en ce qui concerne les soins de santé à prodiguer en cas de violence infligée par le partenaire intime et de violence sexuelle,

[1] *Accountability for maternal, newborn and child survival: the 2013 update.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

l'optimisation des rôles du personnel de santé pour la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement, et la lutte contre le cancer du col de l'utérus.

47. Au titre du Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine, la capacité de concevoir et de mettre en œuvre des travaux de recherche en santé sexuelle et génésique a été renforcée dans 29 établissements des États Membres dans toutes les Régions.

48. Au cours de la période biennale, 69 pays ont réalisé l'objectif de disposer d'un programme fonctionnel en faveur du vieillissement actif conforme à la résolution WHA58.16 intitulée « Vieillir en restant actif et en bonne santé : renforcement de l'action ». Le Réseau mondial des villes et des communautés amies des aînés s'est agrandi ; il compte plus de 150 villes et communautés dans 21 pays et 10 programmes nationaux lui sont affiliés.

49. Sept des huit résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont considérés comme « pleinement atteints » et un résultat « partiellement atteint ». Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 4.1 (Instauration de l'accès universel aux interventions de santé) n'a été que « partiellement atteint » en raison de l'insuffisance des progrès réalisés par rapport à l'indicateur correspondant au nombre d'États Membres qui ont élaboré, avec le soutien de l'OMS, une politique visant à instaurer l'accès universel à la santé sexuelle et génésique ; à cause de contraintes financières et de ressources financières inadéquates à l'appui de la mise en œuvre.

50. Afin de progresser vers la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement d'ici 2015 et après cette date, l'OMS devra intensifier ses efforts, y compris sa collaboration avec les partenaires, par exemple avec le Partenariat H4+ (ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU-Femmes et Banque mondiale). De nombreuses initiatives ont récemment été lancées dans les domaines de la santé génésique et de la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et il faut une coordination durable entre les partenaires pour la mise en œuvre et le suivi de ces initiatives. À cet égard, il est essentiel de renforcer les capacités techniques et les ressources humaines dans les bureaux de pays de l'OMS. Il est nécessaire de mobiliser des ressources supplémentaires, en particulier pour garantir un investissement suffisant dans la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent au niveau des pays. La participation d'autres secteurs est également vitale. Bien que l'on accorde de plus en plus d'attention dans le monde à la santé des populations vieillissantes, il est urgent de créer une plate-forme qui rassemble d'éminents experts chargés de conseiller les responsables sur les priorités de l'action mondiale, de communiquer des informations actualisées et de coordonner les initiatives mondiales sur le vieillissement et la santé.

## 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

51. Pour réduire la morbidité, la mortalité et les incapacités liées aux situations d'urgence, les États Membres et le Secrétariat ont réalisé des progrès dans le renforcement des capacités de préparation et de riposte, et la coordination de la riposte du secteur de la santé et des services de réadaptation en situation d'urgence humanitaire.

52. Les États Membres de toutes les Régions ont élaboré et mis en œuvre des programmes de gestion des risques liés aux catastrophes et aux situations d'urgence qui prévoient, entre autres, la construction d'établissements de santé plus résilients, le renforcement des capacités nationales d'intervention en situation d'urgence et la création de partenariats stratégiques plus forts aux niveaux mondial, national et sous-régional dans le secteur de la santé et au-delà. Pendant la période biennale,

40 % des États Membres ont effectué une évaluation des risques pour la santé et ont pris des mesures visant à améliorer la sécurité des hôpitaux, et 31 % d'entre eux ont procédé à un exercice de simulation d'urgence. Comme l'a montré l'intervention à la suite du typhon Haiyan aux Philippines, les États Membres qui renforcent leurs programmes de gestion des risques liés aux situations d'urgence en récoltent les fruits en s'appuyant sur la préparation nationale, y compris l'application de protocoles nationaux d'évacuation, les équipes nationales d'intervention médicale, la direction du groupe de responsabilité sectorielle Santé, la participation à des protocoles internationaux pour les équipes médicales étrangères, et les systèmes nationaux de surveillance des maladies.

53. Le Secrétariat a proposé des options et encouragé les meilleures pratiques pour améliorer la sécurité des hôpitaux, renforcer les capacités de préparation aux situations d'urgence (par exemple, en vue des Jeux olympiques de Londres en 2012), améliorer la gestion des risques liés aux situations d'urgence en milieu urbain, prendre en compte des questions telles que la forte densité des infrastructures et de la population, et créer des centres d'opérations d'urgence dans de nombreux pays, notamment la République démocratique populaire lao et la Mongolie. L'OMS a également fourni des matériels de formation, des recommandations et des outils connexes. Au niveau mondial, des progrès ont été accomplis avec la mise en place d'un cadre d'orientation pour la gestion des risques sanitaires liés aux situations d'urgence, la conception d'un outil d'enquête sur les capacités et l'établissement d'un indice de sécurité hospitalière. L'OMS a continué de promouvoir la santé comme élément central dans les discussions multisectorielles régionales et mondiales et dans les documents sur la gestion des risques liés aux urgences.

54. Le Secrétariat a réformé son programme de préparation institutionnelle pour renforcer son appui aux États Membres lors d'une intervention d'urgence. Les mesures prises sont, entre autres : la création d'une équipe mondiale de gestion des situations d'urgence chargée de piloter et de superviser les interventions d'urgence de l'OMS ; la conduite d'exercices de simulation d'urgence à l'échelle de l'Organisation ; la mise au point d'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 la création et la mise à l'essai d'un mécanisme pour le déploiement rapide d'experts en situations d'urgence. L'OMS a produit et fait connaître des documents techniques d'orientation et des outils visant à améliorer la qualité des interventions sanitaires d'urgence face à un événement chimique ou radionucléaire ou à une flambée épidémique ; d'autres textes de référence et outils ont été élaborés en ce qui concerne la santé mentale, la santé génésique, l'eau et l'hygiène, et la nutrition dans les situations d'urgence.

55. La progression actuelle des travaux du Secrétariat relatifs aux urgences humanitaires a contribué à améliorer l'efficacité de celui-ci au niveau des pays dans l'appui apporté aux États Membres grâce à un meilleur encadrement et à une meilleure coordination du groupe de responsabilité sectorielle Santé et du secteur de la santé, à la conduite d'évaluations des besoins et d'activités de planification stratégique, à la production de bulletins d'information, à la promotion de la communication sociale, au renforcement des systèmes de surveillance et d'alerte précoce, et à la promotion d'interventions de qualité fondées sur les meilleures pratiques. L'OMS renforce sa capacité de s'acquitter des obligations qui lui incombent en tant qu'organisation chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé, pour fournir en dernier recours, si nécessaire, des services de santé aux populations touchées, par exemple en gérant des dispensaires mobiles en République arabe syrienne ou en menant des campagnes de vaccination en République centrafricaine.

56. Sur les 29 situations d'urgence aiguës (considérées comme telles par le Secrétariat d'après son cadre d'action d'urgence) durant la période biennale, les situations les plus difficiles se trouvaient en République centrafricaine, au Mali et en République arabe syrienne. La crise en République arabe syrienne a déclenché une mobilisation à l'échelle de l'Organisation par l'intermédiaire des bureaux de

l'OMS en Égypte, en Iraq, en Jordanie, au Liban, en République arabe syrienne et en Turquie, et dans le pays, la mise en œuvre du cadre d'action d'urgence s'est traduite par une action plus prévisible et plus efficace de l'OMS dans des domaines tels que l'évaluation rapide des besoins, la coordination, la notification, les systèmes de surveillance des maladies et de riposte, et la mise à jour régulière des plans d'action sanitaire. Au Mali, l'OMS a dirigé les travaux d'évaluation et de cartographie des ressources en matière de santé, qui ont été essentiels pour élaborer un plan de transition pour le secteur de la santé sous la direction du Gouvernement. En République centrafricaine, l'OMS a travaillé avec le Ministère de la Santé pour évaluer rapidement les services et aidé à fournir ces derniers là où la situation le permettait.

57. Des progrès ont été accomplis dans toutes les Régions vers la réalisation du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 5.1 (Renforcement des programmes nationaux de gestion des risques liés aux situations d'urgence et préparation de l'OMS), mais l'appréciation générale « partiellement atteint » est due au fait que les cibles de l'indicateur étaient ambitieuses et nécessitaient un changement organisationnel pour être atteintes, ainsi qu'au travail normatif incomplet et au manque de personnel et de ressources. Le Secrétariat a réalisé d'importants progrès dans le domaine de la préparation institutionnelle. L'effort considérable que l'OMS a dû engager pour faire face aux situations d'urgence tout au long de la période biennale, qui a compté notamment trois situations d'urgence complexes et de grande ampleur (urgences de niveau 3 selon la classification de l'Organisation), a limité le temps et les ressources humaines disponibles pour les travaux concernant le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 5.1. Le fait que des ressources limitées ont été allouées aux activités à l'échelon national et international et au niveau du Siège explique en partie le résultat obtenu.

58. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 5.7 (Interventions dans les situations d'urgence) est également considéré comme « partiellement atteint ». Bien que des avancées significatives aient été réalisées pour ce qui est d'institutionnaliser, d'appliquer et de suivre les résultats de l'OMS conformément au cadre d'action d'urgence, l'Organisation n'a pas atteint un niveau d'exécution invariablement élevé dans l'action qu'elle a menée face aux situations d'urgence de grande ampleur. Cela est apparu clairement dans sa réponse inadaptée aux conséquences pour la santé publique de la sécheresse dans la région africaine du Sahel et des troubles civils au Myanmar. En 2013, l'action de l'OMS en République centrafricaine, aux Philippines, au Soudan du Sud et en République arabe syrienne a témoigné d'un changement radical dans la manière dont l'Organisation conduit ses interventions d'urgence. L'exécution optimale a été gênée par des contraintes telles que l'insécurité, la pénurie de fournitures et de personnels de santé, la hausse des coûts, les difficultés liées au transport et l'insuffisance du financement, en particulier en République centrafricaine. En outre, la cible de l'indicateur est exigeante et ambitieuse, et l'OMS a manqué des principales ressources humaines et financières requises pour se préparer convenablement et agir avec la souplesse et la rapidité nécessaires.

59. Tout au long de la période biennale, les mesures prises se sont révélées bénéfiques et il en a été tiré des enseignements essentiels qui seront appliqués en 2014-2015. L'OMS a rempli avec succès sa mission de défense et de promotion de la santé dans le contexte des activités prévues pour gérer les risques liés aux situations d'urgence. Les États Membres ont besoin d'un cadre d'orientation, d'indications et d'outils connexes pour traduire en action les concepts relatifs à la gestion des risques liés aux urgences. Les réformes de l'OMS concernant les situations d'urgence ont été extrêmement constructives et doivent encore être renforcées et institutionnalisées. L'Équipe mondiale de gestion des situations d'urgence a joué un rôle crucial en normalisant les interventions d'urgence de l'Organisation, ainsi qu'en appliquant et en suivant les résultats par rapport aux critères du cadre d'action d'urgence et aux modes opératoires normalisés correspondants. Toutefois, il arrive que l'on ne parvienne pas à faire en sorte que les compétences du personnel appliquées à une situation soient

adaptées à cette dernière, ni à investir dans le perfectionnement du personnel, y compris la conception, la gestion et la notification de projets. L'OMS doit renforcer son rôle de direction du groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau mondial et fournir un appui plus régulier aux groupes de responsabilité sectorielle Santé dans les pays. À cet égard, des mesures ont été prises pour appliquer les enseignements tirés, telles que la création d'une unité chargée du groupe de responsabilité sectorielle Santé ayant pour mission de promouvoir les modes opératoires normalisés pour un suivi plus systématique des résultats, et la conception d'un plan de perfectionnement du personnel.

## 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

60. En mai 2013, l'Assemblée de la Santé a adopté un cadre mondial de suivi pour la lutte contre les maladies non transmissibles, comprenant un ensemble d'indicateurs clés et de cibles volontaires ambitieuses à l'échelle mondiale. Bien que les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète et les affections respiratoires chroniques ne représentent pas la totalité des maladies non transmissibles, les États Membres s'accordent à les placer au centre de leurs préoccupations. Ces maladies sont à l'origine des deux tiers environ de l'ensemble des cas de morbidité et de handicap, et des décès dans le monde. Elles ont en commun quatre grands facteurs de risque comportementaux, à savoir, le tabagisme, l'usage nocif de l'alcool, la mauvaise alimentation et la sédentarité, ainsi que des facteurs biomédicaux tels que l'élévation de la tension artérielle et les taux de glucose et de lipides dans le sang, et le surpoids et l'obésité. Conscients du fait que des forces culturelles, économiques, politiques et sociales puissantes et complexes se combinent pour influencer les facteurs de risque, les États Membres ont chargé le Secrétariat, ainsi que les ministères de la santé, de réduire ces facteurs de risque, non seulement dans les secteurs traditionnels de la santé, mais aussi dans tous les secteurs des pouvoirs publics, avec le secteur privé et la société civile. Pendant l'exercice 2012-2013, l'OMS a pris des mesures pour faire participer activement plusieurs organismes du système des Nations Unies et leurs soutiens naturels aux activités de lutte contre certaines maladies non transmissibles.

61. Le cadre mondial de suivi des maladies non transmissibles constitue pour l'OMS une structure permettant à celle-ci d'améliorer ses activités de renforcement des capacités afin d'aider les pays non seulement à suivre l'ampleur des maladies prioritaires et de leurs facteurs de risque, mais aussi à suivre et à évaluer les progrès accomplis en appliquant certaines mesures pour endiguer l'épidémie causée par ces maladies. Durant la période biennale, l'OMS a appuyé la conduite de 19 enquêtes sur les facteurs de risque chez l'adulte, réalisées par étapes selon l'approche STEPwise, et de 13 enquêtes mondiales sur la santé des étudiants menées dans les écoles.

62. Reconnaissant l'intérêt d'un travail interinstitutions, des hauts fonctionnaires et experts de 122 États Membres, des organismes du système des Nations Unies et le Secrétariat, ainsi que des universitaires et des représentants de la société civile ont adopté la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques, à la Huitième Conférence mondiale sur la promotion de la santé (Helsinki, 10-14 juin 2013). La Conférence a débouché sur la publication de nombreux documents techniques, notamment un projet de cadre pour l'action dans les pays en ce qui concerne la santé dans toutes les politiques.[1] Le Centre OMS pour le développement sanitaire de Kobe (Japon) a fourni un appui non négligeable à 40 pays en vue de l'application de l'outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en

[1] http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/130509_hiap_framework_for_country_action_draft.pdf, consulté le 27 mars 2014.

santé en milieu urbain (Urban HEART). L'OMS a également produit des exemples de meilleures pratiques dans les pays, afin de permettre aux États Membres, en particulier ceux qui n'ont pas encore pris de mesures, d'étudier les moyens de mettre en œuvre la santé dans toutes les politiques.

63. Étant donné l'engagement de la communauté mondiale en faveur de la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, le Secrétariat a aidé les États Membres à mener 32 enquêtes mondiales sur la consommation de tabac chez les jeunes et neuf enquêtes mondiales sur la consommation de tabac chez les adultes. Des lignes directrices ont été publiées sur la prise en charge du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire pendant la grossesse. L'OMS a coordonné le suivi et l'application de certaines mesures visant à réduire la demande de tabac. Pendant la période biennale, la mise en œuvre au niveau des pays des dispositions de la Convention-cadre s'est beaucoup développée grâce à la coopération du Secrétariat avec les États Membres. Plus de 2300 millions de personnes sont désormais protégées par au moins l'une des mesures de réduction de la demande les plus rentables. L'Australie a été le premier pays à introduire le conditionnement neutre. L'impact global de cette mesure a suscité, de la part de l'industrie du tabac, un comportement plus agressif qui a pris la forme de mécanismes commerciaux et d'investissement. En réaction, le Secrétariat a fourni des conseils techniques aux États Membres pour la conception de plans nationaux visant à lutter contre l'ingérence de l'industrie et à renforcer leur capacité de traiter les questions commerciales et d'investissement relatives à la lutte contre le tabac.

64. En ce qui concerne la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool et les stratégies et plans d'action régionaux correspondants, au moins 90 États Membres ont élaboré, révisé ou sont en train de formuler une politique nationale. Le Secrétariat, en collaboration avec les États Membres, a mené l'enquête mondiale sur l'alcool et la santé dans 178 pays, qui couvre 98 % de la population mondiale, pour recueillir des informations sur la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et les mesures prises à cet égard. Les résultats ont été utilisés dans des ateliers régionaux de renforcement des capacités et lors de réunions de réseaux sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques sur l'alcool, qui ont été organisés pour des responsables gouvernementaux de plus de 100 pays. Ces ateliers et réunions ont renforcé la capacité des gouvernements de lancer, de réviser et d'appliquer plus efficacement dans les pays des politiques et des stratégies concernant l'alcool. En collaboration avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, l'OMS a fourni à 64 pays un appui technique pour le traitement des toxicomanies et les soins connexes, dans le but de réduire la charge que représente pour la santé publique la consommation d'alcool et de drogue. Des lignes directrices ont été établies sur l'identification et la prise en charge de la consommation de substances psychoactives et des troubles qu'elle entraîne pendant la grossesse. Deux systèmes d'information mondiaux et leurs versions régionales sur l'alcool et la santé, et des ressources pour la prévention et le traitement des troubles liés à la consommation de substances psychoactives ont été améliorés, actualisés et intégrés dans l'Observatoire mondial de la santé.

65. Au cours de la période biennale, des progrès ont été réalisés dans les domaines de la prévention de l'obésité chez l'enfant, de la réduction de l'apport en sel/sodium dans les populations et de la promotion de l'activité physique. Comme exemples de mesures spécifiques, on peut mentionner le renforcement des capacités dans plusieurs secteurs pour aider les États Membres à fixer des priorités concernant les politiques relatives à l'obésité chez l'enfant, la commercialisation des aliments destinés aux enfants et la promotion de l'activité physique.

66. Des ateliers pour le renforcement des capacités dans plusieurs secteurs ont été tenus dans 17 pays afin de prévenir l'obésité de l'enfant dans la population. Une assistance technique a été fournie aux Fidji, à la Hongrie et au Mexique en rapport avec les mesures fiscales destinées à réduire la consommation d'aliments à forte teneur totale en graisses, en sucre et sel, et à Malte pour la promotion de l'activité physique. Le réseau européen visant à réduire la pression du marketing sur les

enfants (European Network on reducing marketing pressure on children) a continué de travailler avec le Secrétariat pour accompagner les États Membres dans la mise en œuvre des recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, et plusieurs États Membres dans la Région européenne ont introduit des réglementations pour limiter la commercialisation d'aliments à forte teneur en graisses, en sucre et en sel ciblant les enfants. Un appui technique a été fourni pour les stratégies visant à réduire la consommation de sel dans les populations, y compris la fixation de cibles pour les reformulations de produits par l'industrie. Plusieurs pays d'Amérique latine ont conçu leur stratégie nationale de réduction de la consommation de sel en appliquant le processus décrit dans les outils de l'OMS. Le Secrétariat a publié les outils pour la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population en anglais, en français et en russe. L'OMS a organisé une réunion d'un groupe d'experts techniques sur les stratégies de santé publique en matière de réduction de la consommation de sel et d'enrichissement en iode, afin de démontrer que les deux stratégies peuvent coexister et que les mesures propres à chacune peuvent être appliquées en synergie.

67. Les capacités ont été renforcées aux niveaux régional et national dans toutes les Régions de l'OMS par le biais d'ateliers auxquels ont participé des représentants des ministères compétents, tels que les ministères de l'agriculture, des sports et des loisirs, et de l'éducation. L'adoption par l'Assemblée de la Santé des cibles volontaires à l'échelle mondiale concernant l'obésité, la sédentarité et la réduction de l'apport en sel/sodium[1] aura pour effet de renforcer l'action menée par les ministères de la santé pour sensibiliser à ces facteurs de risque.

68. Les capacités des pays ont été renforcées pour ce qui est d'utiliser des outils et des systèmes de collecte de données, ainsi que des données sur le comportement sexuel. L'OMS a travaillé avec des partenaires au bon déroulement du Sommet de Londres sur la planification familiale, tenu en 2012 afin de répondre aux besoins de contraception des pays où la pénurie est la plus importante et de promouvoir un comportement sexuel plus sûr. Le Secrétariat a appuyé cinq pays de la Région africaine pour qu'ils renforcent leurs systèmes d'information sanitaire parallèlement à la mesure des principaux indicateurs concernant le comportement sexuel et la santé sexuelle et génésique. Il a également soutenu l'amélioration des programmes d'éducation sexuelle dans la Région européenne et l'intégration de l'éducation pour la santé sexuelle dans les programmes de santé de l'adolescent dans la Région de l'Asie du Sud-Est.

69. En tout, quatre des six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été considérés comme « pleinement atteints » et deux, à savoir « Systèmes nationaux de surveillance des facteurs de risque majeurs » et « Alimentation déséquilibrée et manque d'exercice physique », comme « partiellement atteints ». Pour le premier de ces résultats escomptés, même si l'on était sur la bonne voie en ce qui concerne les enquêtes sur la jeunesse, le nombre d'enquêtes sur les adultes a été légèrement en deçà de ce qui était prévu. Malgré une amélioration par rapport aux données de référence, le coût et la complexité de la mise en œuvre des enquêtes nationales sur les adultes a eu pour conséquence que les attentes n'ont pas été satisfaites. Certains progrès ont été accomplis vers l'obtention du second résultat escompté qui a été jugé partiellement atteint, mais certaines Régions continuent de faire état d'un manque d'engagement politique, ainsi que de ressources humaines et financières insuffisantes.

[1] Résolution WHA66.10, annexe, appendice 2.

70. La collaboration intersectorielle et interpays a été difficile en termes de temps nécessaire pour la communication et la coordination entre les différents partenaires, et de capacités, celles-ci ayant pu faire défaut, en particulier là où il manquait un solide leadership. Certaines Régions ont réussi à surmonter de tels obstacles par des activités de renforcement continu des capacités, le repérage des difficultés entre les secteurs et entre les unités, et des consultations régionales régulières et des échanges entre les partenaires. Fournir des preuves et des exemples de changements positifs dans les politiques a également été un moyen d'intensifier les efforts de collaboration. Certaines Régions ont utilisé des approches inhabituelles, comme l'accompagnement à distance et l'interprétation simultanée par des professionnels, pour surmonter les obstacles géographiques et linguistiques lors des ateliers.

71. Les cibles et indicateurs convenus à l'échelle mondiale pour lutter contre les maladies non transmissibles et le cadre mondial de suivi contribuent à stimuler l'action au niveau des pays, tandis que l'amélioration de la capacité de réaction et une meilleure hiérarchisation des priorités permettent de renforcer la surveillance des facteurs de risque de maladies non transmissibles. La disponibilité d'outils et de méthodes bien conçus, qui peuvent être facilement adaptés aux contextes nationaux, par exemple les enquêtes STEPS et les enquêtes mondiales sur la santé des étudiants menées dans les écoles, renforcent la mise en œuvre de la surveillance des facteurs de risque au niveau des pays. Les mesures prises pour surmonter les obstacles, tels que l'instabilité politique dans certains pays, le manque de ressources et de capacités, et l'existence de priorités concurrentes, ont été entre autres : l'organisation d'ateliers régionaux sur la planification d'enquêtes et l'analyse des données ; l'utilisation de l'appui fourni aux centres collaborateurs ; la mise en avant de l'importance de la surveillance des facteurs de risque au travers de réunions régionales et nationales ; et des échanges continus et directs avec le personnel en poste dans les pays.

## 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

72. La Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé, qui s'est tenue en octobre 2011, puis l'adoption par l'Assemblée de la Santé de la résolution WHA65.8 en mai 2012, par laquelle elle a approuvé le document final de cette conférence, à savoir la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, ont toutes deux servi à donner une meilleure visibilité politique à cette question et à accroître la demande en matière d'appui technique émanant des États Membres. L'analyse menée par le Secrétariat en mars 2013 a montré que 105 stratégies de coopération avec les pays comprenaient des demandes d'appui technique afin de traiter les déterminants sociaux de la santé ou de mettre en œuvre une approche de « santé dans toutes les politiques ».

73. Le Comité régional de l'Europe a adopté à sa soixante-deuxième session le cadre de politique européenne Santé 2020, qui oriente l'action des gouvernements et de la société en matière de santé et de bien-être. Les objectifs de Santé 2020 ont été intégrés à tous les programmes pour la Région européenne et un appui aux pays est assuré dans ce cadre. Des consultations se sont tenues dans d'autres Régions ; elles ont mené à l'adoption du cadre régional sur la santé dans toutes les politiques de la Région d'Asie du Sud-Est et de la Déclaration de principe sur la santé dans toutes les politiques de la Région africaine, par les Directeurs respectifs des Régions concernées. Le rapport régional pour l'Afrique sur la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques se fonde sur des études menées dans 21 pays de la Région africaine. En collaboration avec le Centre OMS pour le développement sanitaire de Kobe (Japon), les bureaux régionaux ont transposé à plus grande échelle la rationalisation des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les zones urbaines à l'aide de l'outil

d'évaluation et d'intervention pour l'équité en matière de santé en milieu urbain (Urban HEART).[1] Dans la Région des Amériques, l'initiative *Faces, Voices and Places* a été lancée dans 18 pays où des réseaux de municipalités continuent de travailler auprès des communautés les plus vulnérables.

74. Dans le domaine de l'éthique, des normes pour les systèmes d'éthique de la recherche et des recommandations pour l'utilisation de placebos aux fins des essais de vaccins ont été élaborées. 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, des représentants de 38 comités d'éthique nationaux ont participé au Neuvième Sommet mondial des comités d'éthique nationaux (Carthage, Tunisie, 26 et 27 septembre 2012), où ont été examinées des questions telles que la recherche avancée, les biobanques et la transplantation d'organes, de tissus et de cellules. Des délégués des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose issus de plus de 15 États Membres ont participé à des ateliers de formation sur l'incorporation de l'éthique et des valeurs associées aux droits de l'homme dans la prise en charge de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante. Le secrétariat du Comité d'évaluation éthique de la recherche de l'OMS a permis d'examiner et d'approuver plus de 200 projets de recherche qui ont été menés avec l'appui technique et/ou financier de l'Organisation.

75. Le Secrétariat a également concentré ses efforts sur l'intégration d'une démarche soucieuse de l'égalité entre hommes et femmes, de l'équité et des droits de l'homme dans l'ensemble des processus de prise de décisions et aux trois niveaux de l'Organisation. Un projet de document stratégique sur six ans a été élaboré, assorti d'un mécanisme de responsabilisation institutionnelle afin d'orienter les actions futures et de mesurer les progrès accomplis.

76. Les cinq résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été atteints, grâce à la priorité politique plus fortement accordée par les États Membres aux interventions portant sur les déterminants sociaux et économiques de la santé, aux actions conjointes visant, à l'échelle de toute l'Organisation, à intégrer une démarche soucieuse de l'égalité entre hommes et femmes, de l'équité et des droits de l'homme, et aux initiatives stratégiques menées dans un grand nombre de Régions pour aider les États Membres à mettre au point une riposte globale.

77. Parmi les facteurs de succès essentiels sur le plan des pays, on peut citer : la promotion d'un engagement politique par le plaidoyer ; le partage de données d'expérience entre pays ; l'appui aux États Membres pour élaborer des plans d'action nationaux portant sur les déterminants sociaux de la santé ; la collecte de données factuelles concernant les inégalités en matière de santé et l'action sanitaire ; le renforcement des liens entre les systèmes de santé et les déterminants sociaux de la santé ; et l'implication des programmes de santé prioritaires dans le domaine des déterminants sociaux de la santé. Un cadre politique et une stratégie d'ensemble confèrent une légitimité à des valeurs et à des approches productives, donnant ainsi l'élan nécessaire au changement.

78. Les progrès accomplis aussi bien au Secrétariat que dans les États Membres en matière d'intégration d'une démarche soucieuse de l'égalité entre hommes et femmes, de l'équité et des droits de l'homme ont requis l'engagement d'acteurs au plus haut niveau, ainsi qu'une orientation claire et un mécanisme de responsabilisation. Le Secrétariat a été actif à ces trois niveaux, adoptant une approche progressive et par étape, concentrée en premier lieu sur deux pays avant de s'étendre à d'autres pays au cours de l'exercice biennal ultérieur.

---

[1] Dans les Émirats arabes unis, à Fidji, en Inde, en Indonésie, en Irlande, en Jordanie, au Liban, au Népal, au Sri Lanka, en Thaïlande et en Turquie.

## 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

79. Cet objectif stratégique concerne les efforts mondiaux et régionaux engagés pour influer sur les déterminants de la santé liés à l'environnement et au milieu du travail, qui sont responsables d'un quart de la charge mondiale de morbidité. L'approvisionnement en eau potable, l'assainissement et les services d'hygiène demeurent un défi de taille dans la plupart des régions. De nouvelles données diffusées en 2012 ont révélé que la pollution de l'air est aujourd'hui un facteur de risque environnemental prépondérant qui cause près de 7 millions de décès prématurés chaque année.[1] Parmi les autres questions sanitaires en rapport avec l'environnement et le milieu du travail, on peut citer la gestion rationnelle des produits chimiques, la santé sur le lieu de travail, le changement climatique et, dans certains cas, les rayonnements.

80. Il a été élaboré des lignes directrices sur l'évaluation économique des interventions concernant la gestion de la sécurité sanitaire de l'eau pour l'approvisionnement des petites communautés ; l'évaluation rapide de la qualité de l'eau de boisson ; le suivi et l'évaluation des initiatives pour le traitement et la bonne conservation de l'eau à usage domestique ; et la gestion des déchets d'activités de soins. Des lignes directrices sur la qualité de l'air à l'intérieur des locaux et l'utilisation de combustibles par les foyers ont été établies et la mise en œuvre des recommandations a été expérimentée au niveau des pays.

81. Les principales évaluations de la qualité de l'eau de boisson ont porté sur les produits pharmaceutiques et d'autres produits chimiques. Dans le domaine de la sécurité chimique, il a été publié une évaluation actualisée des risques liés à l'utilisation d'insecticides pour la désinsectisation des moyens de transport et une évaluation des risques liés à l'emploi du chrome (VI), produit chimique préoccupant pour la santé publique. Une évaluation des risques sanitaires a été réalisée en 2013 à la suite de l'accident nucléaire de Fukushima, sur la base d'une estimation préliminaire de la dose d'irradiation effectuée en 2012. Des données récentes et de nouveaux modèles permettant d'évaluer la charge de morbidité associée à la pollution à l'intérieur des locaux ont été publiés et utilisés pour des estimations mondiales de la charge de morbidité. Il en ressort que la pollution de l'air est l'un des problèmes de santé publique les plus importants de notre temps. Une nouvelle analyse a révélé l'ampleur des besoins non satisfaits en matière d'accès à l'énergie dans les établissements de santé des pays en développement,[2] ce qui a conduit à inclure cette question dans les discussions mondiales sur l'énergie.

82. L'OMS a continué de soutenir les initiatives des pays concernant la santé envisagée par rapport à l'environnement et au milieu du travail menées dans divers cadres, tels que le foyer, la ville, l'école, l'établissement de soins et le lieu de travail. À partir de l'étude de ce dernier cadre, un document a été

[1] Environ 3,5 millions des décès sont attribués à l'exposition à la pollution de l'air à l'intérieur des locaux et 3,2 millions à la pollution de l'air extérieur.

[2] Adair-Rohani H, Zukora K, Bonjour S, Wilburn S, Kuesel AC, Hebert R et al. Limited electricity access in health facilities of sub-Saharan Africa: a systematic review of data on electricity access, sources, and reliability. Glob Health Sci Pract 2013;1(2):249-261. (http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-13-00037, consulté le 27 mars 2014).

établi dans lequel sont consignés les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la résolution WHA60.26, intitulée Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs.[1]

83. Les activités ont visé à renforcer les systèmes de gestion des risques sanitaires liés à l'environnement et au milieu du travail ; les stratégies ont été axées sur le renforcement des capacités des centres antipoison nationaux et régionaux, et ont exploré des options pour étendre la fourniture des services de médecine du travail au travers des soins de santé primaires. Des activités de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau et des activités connexes de renforcement des capacités ont été appuyées dans plus de 16 États Membres dans toutes les Régions de l'OMS. Un nouveau réseau d'institutions a été lancé en 2013 pour intensifier les efforts mondiaux en matière d'évaluation des risques chimiques. L'action intersectorielle relative aux déterminants environnementaux de la santé s'est développée aux niveaux mondial, régional et national, notamment en ce qui concerne la santé des travailleurs (domaine où l'on a accordé la priorité à l'élimination des maladies liées à l'amiante) et la gestion sûre des produits chimiques, et dans des secteurs spécifiques, par exemple les transports, l'énergie et les industries extractives. Une part importante du soutien de l'OMS a été consacrée au renforcement des capacités des États Membres qui utilisent des évaluations des effets sur la santé, instruments clés pour la santé dans toutes les politiques.

84. La gouvernance sanitaire régionale concernant l'environnement et le milieu du travail a été renforcée par l'intermédiaire, entre autres, du Groupe de travail européen Environnement et santé et du Conseil ministériel européen de l'environnement et de la santé, établis après la Déclaration de Parme sur l'environnement et la santé, et de l'alliance stratégique entre la santé et l'environnement mise en place dans le contexte de la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement en Afrique, et grâce aux diverses activités appuyées par les groupes de travail techniques coopérant avec les forums régionaux sur l'environnement et la santé dans les Régions du Pacifique occidental et de l'Asie du Sud-Est. Un nouveau forum ministériel conjoint sur la santé et l'environnement a également été créé dans la Région de la Méditerranée orientale.

85. L'OMS a insisté sur la place de la santé dans le programme de développement pour l'après-2015 en proposant des exemples d'indicateurs sanitaires utilisés pour suivre les progrès en rapport avec l'énergie, les villes, l'eau, l'agriculture, les emplois et la préparation aux catastrophes, soumis à l'examen des États Membres.[2] À la suite de ces travaux et de la reconnaissance par l'Assemblée de la Santé de la nécessité d'intégrer la santé en tant qu'objectif et condition préalable du développement durable,[3] les questions sanitaires ont occupé une place prépondérante dans le discours mondial sur le développement durable, notamment à la Conférence des Nations Unies sur le développement durable (Rio+20) en 2012 et dans le document final de la Conférence, *L'avenir que nous voulons*.

86. L'OMS a fait valoir son rôle de chef de file dans plusieurs grands partenariats internationaux pour le développement durable, y compris l'initiative Énergie durable pour tous du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies (initiative qui prévoit maintenant des cibles pour l'accès à l'énergie propre dans les habitations et les établissements de santé), la Coalition pour le climat et l'air pur, l'Alliance mondiale pour les réchauds écologiques et l'Alliance mondiale OMS-PNUE pour l'élimination des peintures au plomb. L'OMS a aussi continué d'assurer une représentation adéquate des questions de santé dans les accords multilatéraux sur l'environnement et dans les conventions

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

[2] Measuring health gains from sustainable development. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

[3] Résolution WHA66/11 sur la santé dans le programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015.

internationales sur les produits chimiques, en soutenant par exemple la stratégie de collaboration du secteur de la santé en faveur de l'Approche stratégique de la gestion internationale des produits chimiques (adoptée en 2012) et dans le contexte de la Convention de Minamata sur le mercure (adoptée à la Conférence des plénipotentiaires en octobre 2013).[1]

87. Un appui technique à la préparation de plans a été fourni à 124 États Membres pour adapter les systèmes de santé au changement climatique et à 22 États Membres pour mettre en œuvre des projets d'adaptation à grande échelle. Le Secrétariat a contribué à des partenariats avec le PNUE, l'OMM, le PNUD et l'Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche, en promouvant les avantages pour la santé des mesures qui visent à réduire la présence des polluants ayant une incidence sur le climat, l'application d'informations sur le climat au profit de la santé et la programmation de l'adaptation au changement climatique, et en représentant la santé dans les négociations sur le climat. Il a publié des rapports essentiels sur la cartographie des liens entre le climat et la santé, l'évaluation de la vulnérabilité dans le domaine de la santé et les options d'adaptation, les dimensions économiques et sexospécifiques de l'adaptation du secteur de la santé, et la santé dans les négociations sur le changement climatique, la perte de biodiversité et la désertification.

88. Les six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation et tous les indicateurs pour l'exercice 2012-2013 ont été « pleinement atteints ». Dans le cas des cibles des indicateurs concernant les pays, le résultat est dû à l'alignement des travaux pour faciliter la réalisation d'objectifs multiples au titre de projets moins nombreux, et à l'obtention d'un appui direct de la part des bureaux régionaux, du Siège et des partenaires, tels que les centres collaborateurs de l'OMS, pour la mise en œuvre des activités dans les pays.

89. Les travaux sur les déterminants de la santé liés à l'environnement et au milieu du travail dans des secteurs spécifiques, comme l'énergie, l'eau et les industries extractives, ont été utiles pour mieux comprendre comment traduire dans les faits l'approche visant à intégrer la santé dans toutes les politiques. Par exemple, on ne saurait trop insister sur l'importance de la participation à des processus intergouvernementaux, tels que les forums régionaux sur l'environnement et la santé dans lesquels sont représentés des responsables de différents secteurs. C'est souvent au cours de ces processus que l'action et l'engagement intersectoriels acquièrent un statut officiel, ce qui permet de garantir la pérennité des efforts et des ressources nécessaires en ce qui les concerne.

90. Le suivi et la notification des tendances et des progrès accomplis dans la prise en compte des déterminants de la santé liés à l'environnement et au milieu du travail représentent une contribution essentielle de l'OMS dans le domaine de la santé et de l'environnement, en particulier dans le contexte des objectifs du Millénaire pour le développement et des objectifs de développement durable possibles pour l'après-2015. L'efficacité de la communication et de la coordination entre les trois niveaux de l'Organisation est essentielle pour l'obtention des résultats, en particulier dans les pays où la capacité technique est limitée. Dans la mesure du possible, l'alignement des travaux concernant les questions qui se chevauchent peut contribuer à garantir la continuité des activités en dépit du manque de ressources.

[1] À sa cent trente-quatrième session, le Conseil exécutif de l'OMS a adopté la résolution EB134.R5, intitulée « Conséquences pour la santé publique de l'exposition au mercure et aux composés du mercure : le rôle de l'OMS et des ministères de la santé publique dans la mise en œuvre de la Convention de Minamata », recommandant que l'Assemblée de la Santé se félicite de l'adoption de la Convention par les États.

**OBJECTIF STRATÉGIQUE 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**

91. En 2012, l'Assemblée de la Santé a adopté la résolution WHA65.6, par laquelle elle fait sien un plan d'application exhaustif concernant la nutrition chez la mère, le nourrisson et le jeune enfant, qui comporte six cibles mondiales en matière de nutrition appuyées par la communauté mondiale soucieuse de la nutrition. Un objectif clé pour l'exercice 2012-2013 a été de fournir un appui aux pays pour réduire les taux de prévalence en ce qui concerne le retard de croissance, l'émaciation et la surcharge pondérale chez les enfants, l'insuffisance pondérale à la naissance et l'anémie chez les femmes en âge de procréer, et pour développer l'allaitement exclusif au sein.

92. Les recommandations formulées sur les programmes de nutrition efficaces et les avis scientifiques fournis sur la nutrition et la santé ont été élargis pour prendre en compte plusieurs micronutriments, la malnutrition aiguë et les maladies transmissibles et non transmissibles. Les estimations mondiales concernant la croissance et la malnutrition de l'enfant, mises à jour chaque année en collaboration avec l'UNICEF et la Banque mondiale, sont actuellement utilisées pour mesurer les progrès accomplis par rapport aux cibles mondiales. Un cadre mondial de suivi concernant la nutrition a été établi et sera examiné avec les États Membres en 2014 ; en outre, il a été mis en place un système mondial de suivi des politiques et des mesures en matière de nutrition.

93. Des initiatives mondiales, telles que Renforcer la nutrition et Nutrition pour la croissance, ont appuyé les cibles mondiales. Dans la Région africaine, 32 pays se sont associés à l'initiative Renforcer la nutrition, qui prévoit l'engagement de rendre l'environnement politique propice à la nutrition et de mettre d'accord les gouvernements et les acteurs afin de développer les mesures en faveur de la nutrition. Le Comité régional du Pacifique occidental, à sa soixante-troisième session, a approuvé un ensemble de mesures clés visant à atteindre les cibles mondiales, et le Comité régional de l'Europe a prié le Directeur régional d'établir un nouveau plan d'action concernant la nutrition pour 2014-2020.

94. Les États Membres ont bénéficié d'un appui technique pour renforcer la prévention et la lutte contre l'anémie, traiter la malnutrition aiguë et réduire la teneur en sel et en acides gras saturés et trans dans les aliments, et pour appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans les situations stables comme dans les situations d'urgence.

95. Dans le domaine de la salubrité des aliments, le Secrétariat a élaboré un plan stratégique en faveur de la sécurité sanitaire des aliments pour la période 2013-2022, qui fait fond sur la résolution WHA63.3 et a été appuyé par trois stratégies régionales.[1] La Commission du Codex Alimentarius a adopté de nouvelles normes alimentaires et des normes alimentaires révisées à partir des avis scientifiques émanant de l'OMS et de la FAO, et le Fonds fiduciaire du Codex a continué de soutenir activement une participation plus large et plus intensive des pays en développement et des pays en économie de transition aux réunions du Codex. Le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN) a continué de se développer aux niveaux mondial et régional, ce qui a favorisé une rapidité accrue et une meilleure coordination s'agissant de notifier et de combattre les flambées de maladies d'origine alimentaire. Une plate-forme mondiale d'échange de données et d'informations sur la salubrité des aliments (FOSCOLLAB) a été mise en place pour étayer la prise de décisions sur des bases factuelles en facilitant l'accès à des données multiples et variées. L'OMS a

[1] Advancing food safety initiatives: a strategic plan for food safety including foodborne zoonoses 2013-2022. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.

également participé à l'estimation initiale de la dose d'irradiation et à la première évaluation des risques pour la santé dans le contexte de la sécurité sanitaire des aliments à la suite de l'accident nucléaire de Fukushima.

96. Les systèmes de surveillance et les capacités des laboratoires nationaux spécialisés dans l'analyse des aliments et l'étude des maladies d'origine alimentaire ont été renforcés, par exemple au travers du Réseau mondial de surveillance des infections d'origine alimentaire ; l'utilisation des Cinq clés pour des aliments plus sûrs a permis de faire des progrès en matière de sensibilisation et de formation à la sécurité sanitaire des aliments ; enfin, il a été publié un document d'orientation sur la surveillance de la résistance aux antimicrobiens.[1]

97. Les six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation ont été considérés comme « pleinement atteints ». L'intérêt accru des États Membres pour la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments a beaucoup contribué à cette réussite.

98. L'encadrement technique et le travail normatif de l'OMS, combinés à la capacité de l'Organisation de faire participer des acteurs multiples à des activités en expansion, se sont avérés efficaces pour améliorer la nutrition dans le monde. Les enseignements tirés de l'expérimentation d'un outil d'évaluation des besoins en matière de sécurité sanitaire des aliments aideront à repérer les lacunes et à répondre aux besoins futurs des pays.

## 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

99. Cet objectif stratégique se rapporte aux mesures que peuvent prendre les pays pour renforcer l'ensemble de leur système de santé alors qu'ils essaient d'instaurer la couverture sanitaire universelle. Il couvre les questions concernant le nombre, la répartition et la motivation des agents de santé ; les meilleurs moyens de garantir le financement des systèmes de santé et la possibilité pour les gens de payer les services de santé dont ils ont besoin ; les informations et les travaux de recherche nécessaires pour l'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles, y compris les technologies de la e-santé et de la santé mobile ; l'amélioration de la variété et de la qualité des services de santé disponibles ; et la gouvernance et la réglementation du secteur de la santé. Toutes ces composantes sont articulées entre elles par le jeu du dialogue d'orientation sur les stratégies et plans nationaux en matière de santé, et pendant la mise en œuvre et l'examen de ceux-ci. Dans certains pays, la coordination et l'harmonisation de l'action des donateurs, souvent en relation avec le Partenariat international pour la santé (IHP+), jouent également un rôle crucial.

100. Pendant la période biennale 2012-2013, les États Membres ont cherché à consolider tous les secteurs de leur système de santé. Au total, 95 pays ont examiné ou actualisé leurs stratégies et plans nationaux en matière de santé, et 60 pays ont établi ou renforcé des mécanismes de coordination des donateurs en veillant à les aligner sur les plans nationaux. Des progrès ont été accomplis dans la fourniture des services, 90 pays ayant lancé des initiatives pour la qualité des soins dans le but de renforcer la sûreté, la place du patient et l'intégration des services de santé. En tout, 89 pays ont bénéficié d'un appui technique et politique en vue de la modification ou de l'examen de leur système

[1] Integrated surveillance of antimicrobial resistance: guidance from a WHO advisory group. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://www.who.int/foodsafety/publications/foodborne_disease/agisar_guidance/en/, consulté le 27 mars 2014).

de financement de la santé et 59 pays ont amélioré la qualité de leur système d'information sanitaire, avec pour conséquences un plus grand nombre de données de santé disponibles pour la prise de décisions et une attention accrue accordée au renforcement des systèmes d'enregistrement des faits d'état civil et de statistiques d'état civil. Cinquante-six pays ont mis en place des cadres de responsabilisation et des feuilles de route pour le suivi des recommandations de la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant des Nations Unies.

101. De nombreux pays ont fait des progrès pour ce qui est de réduire les graves pénuries d'agents de santé auxquelles ils sont confrontés et d'améliorer la répartition, la motivation et l'éventail des compétences du personnel de santé. Sur les 57 pays touchés par une crise du personnel de santé, 32, répartis dans toutes les Régions, ont augmenté leur nombre d'agents de santé, et 37 des 56 pays ayant présenté un rapport ont commencé à appliquer le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé. Les pays ont continué à développer leur utilisation des technologies de l'information et de la communication appliquées à la santé, y compris différents aspects de la e-santé, tels que les dossiers médicaux électroniques, la télémédecine et le cyberapprentissage.

102. D'importantes avancées ont eu lieu dans les domaines de la téléphonie mobile appliquée à la santé (santé mobile), de la télémédecine et de l'utilisation d'Internet à des fins de santé. En 2012, le Secrétariat a mis en service un portail de connaissances donnant accès à des informations sur des politiques, des stratégies et des cadres de réglementation en matière de e-santé, et sur des stratégies de gestion du savoir élaborées dans 85 pays. L'accès à la littérature biomédicale et sanitaire via l'Interréseau-Santé-Initiative d'accès aux recherches (HINARI) a été élargi : plus de 7000 publications sont aujourd'hui disponibles dans 116 pays, dont 41 se trouvent dans la Région africaine. Un accord a été conclu avec un partenaire de l'édition pour mettre plus de 18 000 ouvrages en ligne à la disposition des pays dotés d'un programme HINARI opérationnel. Le statut de l'initiative HINARI, partenariat public-privé, a été prolongé jusqu'en 2020. En 2013, 114 pays ont participé à la deuxième enquête mondiale de e-santé et 65 pays à une enquête sur la e-santé et la santé des femmes et des enfants.

103. Sur les 13 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, neuf ont été jugés « pleinement atteints » et quatre « partiellement atteints ». Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 10.5 (amélioration des connaissances et des bases factuelles permettant de prendre des décisions en matière de santé) a été partiellement atteint en raison de la capacité limitée au niveau des pays de renforcer l'analyse des données sur la base d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan de santé solide à l'échelon national. Les obstacles à l'obtention du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 10.6 (renforcement de la recherche nationale en santé pour le développement des systèmes sanitaires) ont été entre autres une pénurie de chercheurs, des instituts de recherche fragiles et des cultures non favorables à la recherche. Dans le cas du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 10.7 (mise au point de politiques et de stratégies de gestion des savoirs et de cybersanté), la plupart des pays n'avaient pas de stratégies de gestion des connaissances et la e-santé a continué d'être mise en œuvre dans le cadre de projets pilotes ou de petite envergure. Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 10.8 (renforcement de l'information et des bases de données sur les personnels de santé) n'a été que partiellement atteint du fait de l'insuffisance des progrès réalisés par rapport à l'indicateur correspondant au nombre d'États Membres qui notifient au moins deux séries de données sur les ressources humaines pour la santé au niveau national au cours des cinq dernières années, figurant dans le Global Atlas of the Health Workforce. La méthode utilisée pour mesurer l'indicateur permet aux pays de notifier des données sur une période de cinq ans. Certains pays qui avaient présenté un rapport positif au début de la période quinquennale ont présenté un rapport négatif à la fin de la période, ce qui a fait passer le nombre total de pays de 127 à 122.

104. Au cours de la période biennale, le Secrétariat a dû répondre à un nombre croissant de demandes d'appui technique et politique de la part d'États Membres souhaitant renforcer leur système de santé pour progresser vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle. Les pays ayant sollicité un soutien étaient aussi bien des pays à faible revenu confrontés à la charge supplémentaire que représentent les maladies non transmissibles, la santé mentale et les traumatismes, qui viennent s'ajouter au programme inachevé de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, que des pays à revenu élevé essayant de protéger la santé et les dépenses de santé des effets prolongés de la crise financière. Les fonds à objet désigné ont augmenté dans certains pays en ce qui concerne le dialogue d'orientation sur les stratégies et plans nationaux en matière de santé, le financement de la couverture sanitaire universelle et les activités de suivi en rapport avec la Commission de l'Information et de la Redevabilité pour la Santé de la Femme et de l'Enfant des Nations Unies. D'autres composantes de l'objectif stratégique, y compris la prestation de services et la sécurité du patient, le suivi et le coût des ressources, le renforcement des systèmes d'information, et la recherche et la gestion des connaissances, ont été moins bien financées.

105. La fragmentation des systèmes de santé demeure un problème préoccupant dans de nombreux pays et nécessite une approche concertée pour la mise en place de systèmes forts capables d'assurer les divers services de santé de qualité requis tout au long de la vie, qui englobent la promotion, la prévention, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs. De telles questions appellent une collaboration active entre acteurs des programmes de santé prioritaires et des efforts plus vastes pour consolider les systèmes de santé. Progresser vers l'instauration de la couverture sanitaire universelle demande également des échanges fréquents entre les ministères de la santé, les ministères des finances et les responsables politiques. Par ailleurs, on note une pénurie d'experts aux niveaux national et mondial dans certains domaines du renforcement des systèmes de santé, qui limite la capacité des pays de faire des progrès et celle de l'OMS de répondre aux besoins des pays. Aussi l'Organisation a-t-elle mis l'accent sur les activités de renforcement des capacités au cours de la période biennale.

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

106. Les produits médicaux représentent près de la moitié des dépenses de santé totales des États Membres et, dans les pays en développement, jusqu'à 90 % de la population paie directement les produits de santé qu'elle consomme. Les prix élevés, l'incapacité à payer, l'absence de protection sociale, la gestion inefficace de l'approvisionnement et la faiblesse des systèmes de réglementation et de mise en application qui régissent les médicaments essentiels et les technologies sanitaires sont les principaux obstacles à l'accès universel aux soins de santé. Un meilleur accès aux médicaments essentiels et aux technologies sanitaires est une condition nécessaire pour instaurer la couverture sanitaire universelle et atteindre les buts internationaux des programmes encore inachevés mis en œuvre en matière de santé de la mère et de l'enfant et de maladies transmissibles au titre des objectifs du Millénaire pour le développement. Cet aspect est également crucial face à l'augmentation de la charge des maladies non transmissibles et au vieillissement rapide de la population.

107. Aiguillé par les demandes des États Membres qui souhaitent obtenir son soutien pour la mise en œuvre des dispositions des résolutions adoptées par le Conseil exécutif et l'Assemblée de la Santé et d'autres stratégies sanitaires mondiales, le Secrétariat continue de collaborer étroitement avec les ministères (en particulier ceux de la santé), le monde universitaire, les institutions scientifiques et de recherche, les associations professionnelles, le secteur privé et les organismes nationaux et internationaux de la société civile, et mobilise son réseau d'équipes d'appui interpays, de centres collaborateurs de l'OMS, d'administrateurs recrutés sur le plan national et d'experts locaux et internationaux. L'OMS continue de produire des informations et, à ce jour, 165 profils pharmaceutiques de pays ont été mis à disposition pour orienter les responsables de l'élaboration des politiques aux niveaux national et international. Deux fois par an, l'OMS organise des séances

d'information technique d'une semaine à l'intention de conseillers et de partenaires de pays anglophones et francophones.

108. Dans les pays, l'engagement politique en faveur de l'élaboration de politiques, stratégies et plans nationaux de santé est solide et croissant, ce qui a favorisé des efforts plus systématiques pour donner de la cohérence à des systèmes jusqu'alors fragmentés. L'OMS a fourni à plus de 99 pays une assistance technique pour la préparation, la révision et la mise en œuvre des politiques et plans pharmaceutiques nationaux, et pour certaines composantes du système de santé. Les lignes directrices de l'OMS sur les politiques de tarification des produits pharmaceutiques dans les pays[1] et la Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023[2] ont été publiées officiellement, et l'OMS a commencé à cartographier les évaluations de technologies sanitaires dans les États Membres et à analyser la situation, les tendances et les méthodes dans ce domaine. Fin 2013, le programme « Bonne gouvernance dans les pratiques pharmaceutiques » était en place dans 44 pays (ce qui est toujours le cas), et la responsabilisation et la transparence ont été améliorées en ce qui le concerne. Le Deuxième Forum mondial sur les dispositifs médicaux s'est tenu en 2013, et des professionnels de la santé suivent aujourd'hui dans les pays les 18 modules de la première série de formations techniques aux dispositifs médicaux organisée par l'OMS. La dixième Journée mondiale du don de sang a été célébrée en 2013. Même si des progrès ont été accomplis pour garantir l'accès à un sang sécurisé, au moyen de la sélection des donneurs et d'une plus grande sécurité transfusionnelle, la faiblesse des moyens disponibles pour la mise en place des systèmes d'hémovigilance reste un problème majeur dans nombre d'États Membres.

109. L'OMS continue de coordonner la mise en œuvre de la Stratégie mondiale et du Plan d'action pour la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle et s'attache à renforcer les capacités des pays pour la production locale de produits médicaux. En 2012, l'OMS, l'OMPI et l'OMC ont publié une étude majeure sur la promotion de l'accès aux technologies médicales et à l'innovation.[3] Pour donner suite aux travaux du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement (CEWG), l'OMS a adopté un plan de travail stratégique et mené des consultations avec les parties intéressées en vue de recenser des projets de démonstration sur l'efficacité de l'innovation. De plus, le rapport 2013 sur les médicaments prioritaires en Europe et dans le monde (*Priority medicines for Europe and the world update 2013 report*)[4] a permis de répertorier les lacunes et les priorités en matière de recherche pharmaceutique pour la période 2014-2020.

110. L'usage rationnel des médicaments, qui suppose de tenir compte de la résistance aux antimicrobiens, est une question urgente. En avril 2013, le Comité d'experts de la Sélection et de l'Utilisation des Médicaments essentiels a adopté la dix-huitième liste modèle OMS des médicaments

---

[1] WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

[2] Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2014-2023. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

[3] Promoting access to medical technologies and innovation: intersections between public health, intellectual property and trade. Genève, Organisation mondiale de la Santé, Organisation mondiale de la Propriété intellectuelle et Organisation mondiale du Commerce, 2013.

[4] Kaplan W, Wirtz V, Mantel A, Stolk P, Duthey B, Laing R. Priority medicines for Europe and the world: update 2013 report. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

essentiels[1] et la quatrième liste modèle OMS des médicaments essentiels destinés aux enfants[2], des documents qui, avec le formulaire modèle OMS, aiguillent les pays dans la sélection et l'usage rationnel des médicaments. La sélection et l'usage rationnels des produits de santé suscitent un intérêt croissant dans toutes les Régions et un sommet ministériel sur le thème « Avantages de l'usage responsable des médicaments : élaborer des politiques pour des soins de santé d'un meilleur rapport coût/efficacité » s'est tenu à Amsterdam (Pays-Bas) le 3 octobre 2012, ce qui a été l'occasion d'examiner les possibilités inexploitées dans la manière d'utiliser les médicaments. L'initiative de l'OMS sur l'amélioration des médicaments destinés aux enfants a permis d'accroître la disponibilité de médicaments pédiatriques dans des formulations adaptées aux enfants et des dosages corrects, et les pays comme les organismes des Nations Unies ont désormais accès à divers outils, y compris des moyens de hiérarchiser les médicaments et les dispositifs médicaux pour la santé de la mère et de l'enfant et des orientations sur les filières réglementaires en matière de médicaments pédiatriques. L'OMS a joué un rôle de chef de file technique dans la formulation des 13 recommandations de la Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants et dans leur mise en œuvre dans huit pays pilotes. La progression des maladies non transmissibles et le vieillissement rapide de la population rendent nécessaire d'améliorer l'accès aux soins palliatifs et au traitement de la douleur. Le Comité d'experts de la Pharmacodépendance s'est réuni en 2012 pour examiner les substances à inscrire éventuellement aux tableaux en vertu des traités internationaux concernant le contrôle des drogues, et l'OMS a publié des lignes directrices sur le traitement pharmacologique des douleurs persistantes chez l'enfant ;[3] deux autres ensembles de lignes directrices sont en cours d'élaboration sur le traitement des douleurs persistantes et aiguës chez l'adulte.

111. La qualité des produits médicaux est l'une des pierres angulaires des soins de santé et a de profondes répercussions sur l'accès et sur les coûts. L'OMS a prêté son concours à 125 pays pour l'élaboration de plans nationaux et le renforcement des capacités, dans le but d'améliorer la surveillance réglementaire des vaccins, de la vaccination, du matériel médical et de certains produits biologiques. Au cours de la période biennale, l'OMS a organisé deux réunions internationales sur les pharmacopées en vigueur dans le monde afin de convenir de mesures pour accroître la convergence des normes de qualité ; et une initiative a été récemment lancée en vue d'élaborer un outil d'évaluation d'ensemble pour les médicaments, les produits de diagnostic, les dispositifs médicaux et les vaccins, à l'intention des autorités de réglementation nationales. Les trois programmes de préqualification de l'OMS pour les produits de diagnostic, les médicaments et les vaccins ont été fusionnés en 2013. L'OMS a assuré la disponibilité de 110 nouveaux médicaments prioritaires préqualifiés pour le traitement du VIH/sida, du paludisme et de la tuberculose et pour l'amélioration de la santé génésique, et l'Organisation a également préqualifié 43 ingrédients pharmaceutiques actifs, 7 laboratoires de contrôle de la qualité, 16 vaccins, 17 produits de diagnostic et un dispositif médical. Vingt et une nouvelles substances chimiques internationales de référence et 11 nouvelles préparations de référence ont été mises au point et mises à disposition en tant que normes physiques que les laboratoires nationaux de contrôle de la qualité pourront utiliser pour les tests de médicaments. De plus, 50 spécifications générales, monographies et textes généraux ont été approuvés par le Comité d'experts des Spécifications relatives aux Préparations pharmaceutiques et publiés pour inclusion à la Pharmacopée internationale. Le Comité d'experts de la Standardisation biologique a approuvé neuf nouvelles normes écrites et huit préparations de référence pour les vaccins et les produits

[1] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/93142/1/EML_18_eng.pdf?ua=1, consulté le 28 mars 2014.

[2] http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/4th_EMLc_FINAL_web_8Jul13.pdf, consulté le 28 mars 2014.

[3] WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illness. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2012.

biothérapeutiques. Dans le cadre du Programme OMS des dénominations communes internationales, des noms génériques ont été donnés à 293 nouveaux médicaments, portant le total à 8900. Les deux premières réunions du dispositif des États Membres concernant les produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/ falsifiés/contrefaits, tenues en 2012 et 2013, ont marqué la détermination de la communauté internationale à s'attaquer au problème croissant que posent ces produits. Le nouveau système d'alerte rapide pour la notification des cas de produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussement étiquetés/falsifiés/contrefaits permettra de faire rapport à ce sujet de manière structurée et systématique et d'évaluer plus précisément l'ampleur du problème et les dommages causés par ces produits. Sept autres pays ont rejoint le Programme international de pharmacovigilance de l'OMS, lequel, par l'intermédiaire de son réseau de centres de pharmacovigilance, permet de suivre l'innocuité de l'usage des médicaments. L'Initiative mondiale pour la sécurité des vaccins, lancée en 2012, permet de mettre en œuvre le Projet mondial pour la sécurité des vaccins, qui est le plan stratégique de l'OMS pour renforcer les capacités nationales de surveillance de la sécurité vaccinale.

112. Sur les trois résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, un a été « pleinement atteint » et deux ont été « partiellement atteints ». Les résultats médiocres obtenus pour certaines activités, qui ont pesé sur l'évaluation globale de ces résultats, tiennent principalement aux troubles politiques, à l'affectation des fonds disponibles à des usages très limités, à la rotation élevée des responsables gouvernementaux et au sous-financement des systèmes de santé nationaux. De plus, d'importants déficits de ressources, y compris concernant les travaux normatifs pour améliorer l'accès aux produits médicaux, ont un impact négatif sur la portée de l'action de l'Organisation et sur son efficacité.

113. Il y a un lien manifeste entre l'engagement accru en faveur de l'instauration de la couverture sanitaire universelle et le fait que les États Membres reconnaissent de plus en plus l'importance d'un fonctionnement efficace des systèmes régissant les médicaments et les technologies sanitaires. Des réseaux régionaux et des processus interpays toujours plus nombreux sont mis en place pour favoriser l'échange d'informations et de données d'expérience et traiter certains problèmes. Les initiatives de collaboration et la disponibilité de points focaux nationaux et de conseillers dans les pays ont amélioré l'efficacité de l'exécution et rendu les interventions pérennes, comme en témoignent les résultats notables obtenus dans plusieurs Régions où la présence de conseillers à plein temps sur les médicaments et les technologies sanitaires a permis au Secrétariat de répondre aux demandes des pays et de fournir des avis et un soutien techniques. L'intégration des systèmes de santé doit servir de base commune aux programmes ciblés (c'est-à-dire, axés sur une maladie donnée) et verticaux afin d'offrir des services complets.

114. La capacité de réglementation des produits médicaux varie d'une Région à l'autre et de nombreux États Membres doivent encore recevoir un important soutien technique pour satisfaire aux exigences internationales. De nombreuses activités de réglementation sont entreprises sous la tutelle du Programme de préqualification de l'OMS ; néanmoins, les ressources humaines de l'OMS comme les fonds disponibles sont insuffisants, et de nouvelles stratégies seront nécessaires pour faire des progrès significatifs et durables dans ce domaine. Des efforts renouvelés devront également être déployés pour améliorer l'accès et promouvoir un usage rationnel des médicaments et des technologies sanitaires, et pour faire en sorte que les initiatives visant à améliorer l'accès aux produits médicaux dans le cadre des programmes ciblés et verticaux soient coordonnées et régies par une approche commune. Le développement de l'usage rationnel des médicaments en vue de combattre la résistance aux antimicrobiens, la maîtrise du coût des produits médicaux et l'évaluation des technologies sanitaires sont d'autres priorités qui se font jour et influeront sur les résultats des investissements mondiaux dans la santé. Par ailleurs, on manque de programmes régionaux complets sur l'assurance qualité dans les laboratoires, et les pénuries de sang sont fréquentes dans de nombreux États Membres.

**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 2006-2015**

115. Durant la période biennale 2012-2013, des progrès ont été accomplis dans les trois domaines de la réforme de l'OMS (programmes, gouvernance et gestion), tendant à la réalisation des objectifs d'amélioration des résultats sanitaires, de renforcement de la cohérence de l'action sanitaire mondiale et d'excellence de l'Organisation. Les réformes programmatiques ont été marquées par la fixation par les États Membres de priorités pour l'Organisation, lesquelles ont éclairé l'élaboration du douzième programme général de travail 2014-2019 et du budget programme 2014-2015 approuvés par la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé.[1] Le douzième programme général de travail recense six priorités de leadership qui aiguillent les activités de l'OMS en soulignant les domaines dans lesquels on a le plus besoin de son action de sensibilisation et de son autorité technique pour la santé mondiale, et en orientant son mode de fonctionnement – c'est-à-dire en intégrant les efforts déployés aux trois niveaux de l'Organisation et à l'échelle de celle-ci tout entière.

116. Les réformes de la gouvernance ont progressé moins rapidement, mais les rôles et les fonctions des organes directeurs ont été renforcés. Plusieurs progrès sont à noter : renforcement du rôle de surveillance du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration du Conseil exécutif ; plus grande efficience des organes directeurs grâce à une meilleure gestion du temps et à la distribution électronique des documents ; harmonisation des procédures des comités régionaux ; et alignement de l'ordre du jour des comités régionaux, du Conseil exécutif et de l'Assemblée de la Santé. Des réunions d'information régulières ont permis aux États Membres d'influer plus efficacement sur les décisions lors des réunions des organes directeurs, et d'y prendre une part plus active. La gouvernance interne a été renforcée au moyen de réunions régulières du Groupe de la Politique mondiale (composé du Directeur général, du Directeur général adjoint et des Directeurs régionaux) et d'autres réunions de personnel de haut niveau.

117. Les principaux éléments du nouveau cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques ont été élaborés au moyen d'un processus multipartite incluant des consultations avec les États Membres et les acteurs non étatiques, une consultation publique en ligne et plusieurs débats au cours des réunions des organes directeurs.[2] Cependant, des politiques détaillées doivent encore être formulées et acceptées concernant ce nouveau cadre.

118. En 2013, le Conseil exécutif a examiné un rapport sur les modalités d'hébergement des partenariats pour la santé à l'OMS et propositions d'harmonisation des activités avec les partenariats hébergés.[3] Ce document recensait les principales évolutions touchant aux partenariats hébergés et résumait la situation dans ce domaine. À la demande du Conseil exécutif dans sa décision EB132(10), le Secrétariat a rédigé à l'intention du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration un

[1] Résolution WHA66.1.

[2] Voir les documents EB130/5 Add.4, A65/5, EB132/5 Add.2, EB133/16 et, par exemple, EB133/2013/REC/1, procès-verbaux de la deuxième séance (section 5) et de la troisième séance (section 1) de la cent trente-troisième session du Conseil exécutif.

[3] Voir le document EB132/5 Add.1.

rapport proposant une approche pour la conduite des examens sur les partenariats hébergés.[1] Les travaux concernant les modalités nécessaires pour garantir le recouvrement en toute transparence de la totalité des coûts associés aux partenariats hébergés devraient être menés en 2014, et leurs résultats seront mis en application selon qu'il conviendra. Plusieurs partenariats hébergés ont mené des évaluations indépendantes de leurs résultats et activités programmatiques sous les auspices de leur conseil d'administration. Un groupe de travail formé de membres du personnel du Secrétariat de l'OMS et des partenariats a été mis en place pour formuler des directives internes pour la coordination des activités régionales et de pays des partenariats hébergés avec celles des programmes de l'OMS. L'Organisation s'en inspirera pour sa collaboration avec les partenariats hébergés. Le Réseau de métrologie sanitaire a été dissous en mai 2013.

119. Au niveau gestionnaire, plusieurs réformes sont passées au stade de l'exécution tandis que d'autres sont restées à celui de l'analyse des politiques. D'importants progrès ont été accomplis pour les mécanismes de financement de l'OMS, et les réunions organisées en 2013 dans le cadre du dialogue sur le financement ont joué un rôle décisif pour améliorer la prévisibilité, la flexibilité, l'alignement et la transparence en ce qui concerne les ressources de l'OMS. Les progrès accomplis dans les réformes gestionnaires touchant aux ressources humaines, aux finances et à la responsabilisation sont examinés sous l'objectif stratégique 13.

120. Certains progrès ont été accomplis vers un meilleur alignement entre le travail de l'OMS dans les pays et les besoins des pays, au moyen de la révision des stratégies de coopération avec les pays. Les stratégies sont actuellement révisées afin de les harmoniser avec les priorités de leadership du douzième programme général de travail, et on s'attache à les relier avec la chaîne de résultats révisée de l'OMS. Un réseau de bureaux de pays du groupe BRICS (Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud) a œuvré efficacement pour assurer un échange actif de savoirs et de données d'expérience entre des bureaux de pays appartenant à différentes Régions. Dans le cadre du renforcement des résultats de l'OMS dans les pays, un appui a été apporté aux chefs de bureau de pays de l'OMS afin qu'ils deviennent des membres actifs des équipes de pays des Nations Unies. Des réunions d'information ont été organisées et des conseils prodigués sur les modes opératoires normalisés, la stratégie Unis dans l'action, les modalités de financement des coordonnateurs résidents des Nations Unies, et le renforcement du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. Dans 104 des 116 pays, territoires et zones où l'OMS est présente, les bureaux de terrain de l'OMS ont assuré la présidence ou la vice-présidence du groupe thématique sur la santé. La septième réunion mondiale des chefs de bureau de l'OMS s'est tenue en 2013 avec la participation du Directeur général et des Directeurs régionaux. Les participants ont souligné qu'il restait nécessaire de renforcer la présence de l'OMS dans les pays et de soutenir les programmes nationaux.

121. Suite à l'adoption de la politique d'évaluation établie au titre de la résolution WHA64.2 sur la réforme de l'OMS, les efforts ont été dirigés sur sa mise en œuvre au moyen, d'une part, de la fonction d'évaluation centrale et, d'autre part, du Réseau mondial d'évaluation, dont la mission consiste à promouvoir l'évaluation comme moyen d'améliorer l'exécution des programmes et la responsabilisation en matière de résultats, à faire de l'évaluation une pratique établie au sein de l'OMS, et à renforcer les capacités selon que de besoin. L'élaboration d'un manuel pratique sur l'évaluation constitue à cet égard une réalisation majeure. Il présente point par point les différents rôles et responsabilités dans ce domaine, l'usage d'outils et de méthodes harmonisés et les mécanismes

[1] Voir les documents EBPBAC19/8 et EB134/3 dont le Conseil exécutif a pris note à sa cent trente-quatrième session (procès-verbaux de la sixième séance, document EB134/2014/REC/2).

associés de contrôle de la qualité.[1] Une infrastructure améliorée a également été mise en place pour les rapports sur les résultats de l'évaluation, le but étant d'améliorer l'échange d'informations et de favoriser l'usage des enseignements tirés de l'expérience aux fins de la planification à base factuelle. Le plan de travail initial sur l'évaluation à l'échelle de l'Organisation pour 2014-2015 a été élaboré et soumis en janvier 2014 au Conseil exécutif, qui en a pris note.[2]

122. En 2012-2013, après plus de dix ans, le Département Communication a été recréé au sein du Bureau du Directeur général, signe qu'une nouvelle approche de la communication a été adoptée, conforme aux tendances mondiales. L'approche centralisée présente plusieurs avantages, dont une meilleure coordination de l'équipe de communication dans la conduite des activités de l'Organisation, et la disponibilité de capacités de communication mobilisables dans les pays, dans les Régions et au Siège. La mise en place du premier réseau de communication d'urgence de l'OMS en témoigne. Il a pour objet de former des experts de la communication capables de se déployer rapidement dans les situations d'urgence de santé publique et d'apporter alors leur soutien aux pays et aux Régions. En 2013, la moitié des personnes formées ont été affectées avec succès à des situations d'urgence. Le nouveau Département Communication est à l'origine d'une relation de travail plus dynamique et collaborative avec les médias chargés de couvrir les problèmes de santé publique, approche passant par des bourses (*media fellowships*), la participation à des comités de rédaction et d'autres modalités de travail en réseau et de formation en vue de favoriser une meilleure couverture des questions de santé par les journalistes. Il a également joué un rôle clé dans la création au sein de l'Organisation de la première équipe spécialisée en médias sociaux. Le nombre d'abonnés (*followers*) a connu une croissance exponentielle, indiquant clairement que le grand public souhaiterait voir l'OMS jouer un rôle plus central dans la diffusion de l'information sanitaire. En janvier 2012, le compte Twitter de l'Organisation comptait 311 000 abonnés et, fin 2013, ce chiffre était passé à 1 million. Facebook, Google+, YouTube et Instagram sont également employés pour toucher de nouveaux publics. La clé de campagnes de communication efficaces consiste à cerner ce qui intéresse les gens et à diffuser des informations qui leur sont utiles. De nouveaux outils ont été ajoutés au site Web de l'OMS pour recueillir des observations utiles auprès des visiteurs, le but étant d'adapter les informations et les messages aux besoins du public et d'améliorer ainsi leur impact, leur degré d'actualité et leur utilité, dans les six langues officielles. La première enquête mondiale sur la perception, menée en 2013, a fourni des données complémentaires sur les besoins des parties prenantes et servira de référence pour évaluer les progrès futurs.

123. Les quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont considérés comme « pleinement atteints ». Globalement, des progrès ont été accomplis dans les trois domaines généraux et complémentaires que recouvre la notion de leadership en santé mondiale, grâce au renforcement de la gouvernance, de la cohérence et de la responsabilisation ; au soutien apporté par l'OMS aux États Membres, à sa présence en leur sein et à sa collaboration avec eux ; et au rôle de l'Organisation pour faire de la santé un sujet d'importance à l'échelle mondiale et régionale.

124. La réalisation des quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation marque une étape majeure dans le processus de réforme du Secrétariat. Des progrès graduels ont été accomplis dans la réforme de la gouvernance, des programmes et de la gestion. En 2014-2015, un nouvel élan sera donné aux efforts de réforme au moyen d'une approche plus stratégique. L'accent sera mis sur l'amélioration des résultats des pays, grâce à un cadre stratégique révisé de coopération avec les pays aligné sur les

[1] *WHO evaluation practice handbook*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

[2] Voir les documents EB134/38 et EB134/2014/REC/2, compte rendu analytique de la dixième séance, section 2.

besoins et priorités nationaux. Les capacités des bureaux de pays seront encore renforcées afin qu'ils puissent s'acquitter efficacement des priorités de leadership de l'OMS, jouer un rôle d'intermédiaire et fournir un soutien et des avis sur les questions techniques et de politique générale.

125. De nouvelles mesures sont nécessaires pour renforcer encore le rôle de gouvernance de l'OMS, mettre en place des capacités de gouvernance et approfondir la réforme des politiques, des systèmes et des pratiques en matière de gestion. Un nouveau cadre d'évaluation a été élaboré et un nouveau Département Conformité, gestion des risques et éthique a été créé, mais il faut poursuivre les efforts tendant à créer une Organisation plus cohérente et responsable. En 2014-2015, une importance accrue devrait être donnée au meilleur alignement des activités aux trois niveaux de l'Organisation au moyen de mécanismes de coordination programmatique et de stratégies de communication efficients et efficaces, en vue d'améliorer les résultats de l'Organisation dans les pays. Les stratégies de coopération avec les pays doivent être alignées sur les plans et stratégies sanitaires au niveau des pays, ainsi que sur les processus du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement. Les prochaines mesures à prendre consistent à mettre en place un nouveau modèle de financement des activités de l'OMS, à faire en sorte que les priorités fixées par les organes directeurs aient un financement adapté, et à fournir les ressources nécessaires au regard des évolutions potentielles. Il est admis que la mobilisation des ressources est une question sur laquelle il faut encore travailler, y compris s'agissant du meilleur moyen de mobiliser les trois niveaux de l'Organisation. Avec l'adoption d'un nouveau cadre fondé sur les résultats, il est désormais possible de mener des évaluations plus systématiques et objectives sur les progrès accomplis dans les catégories et secteurs de programme contribuant aux résultats, et sur l'alignement des produits escomptés par rapport à l'emploi des ressources

## 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

126. Les services d'appui à l'administration et à la gestion permettent à l'Organisation de s'acquitter de son mandat. Durant la période biennale 2012-2013, l'accent a surtout porté sur les différents éléments de la réforme de l'OMS, en particulier les aspects programmatiques et gestionnaires.

127. La période biennale a été marquée par le nouveau cadre de gestion axé sur les résultats, élaboré en concertation avec les États Membres et en adéquation avec la réforme de l'OMS. Ce cadre présente une chaîne de résultats claire ainsi que les prestations attendues aux trois niveaux de l'Organisation, en veillant en particulier à tenir compte des priorités figurant dans les stratégies de coopération avec les pays. Il tient également compte de la vision de l'Organisation présentée dans le douzième programme général de travail 2014-2019, et de la portée des activités figurant dans le budget programme 2014-2015.

128. À cet égard, l'approbation de l'intégralité du budget programme 2014-2015, et le dialogue sur le financement engagé pour financer le budget sont des réalisations majeures dans la réforme gestionnaire de l'OMS.

129. De plus, le Secrétariat examine les budgets des objectifs stratégiques 12 et 13, ainsi que les coûts effectifs, afin d'assurer un financement approprié des dépenses gestionnaires et administratives. Cet examen couvre les modalités de financement existantes, par exemple les frais d'appui aux programmes et les prélèvements en rapport avec l'occupation des postes, et les autres méthodes envisageables de financement des dépenses. Une proposition à cette fin a été présentée au Comité du

Programme, du Budget et de l'Administration à sa dix-neuvième réunion en janvier 2014. Une version révisée est soumise à l'Assemblée de la Santé pour examen (document A67/10).

130. L'introduction complète des normes comptables internationales du secteur public, achevée en 2012, est une autre avancée. En 2013, les vérificateurs externes des comptes ont certifié que l'OMS respectait pleinement ces normes, ce qui montre une amélioration de la qualité des rapports financiers et de la transparence au sein de l'Organisation.

131. Une autre initiative de réforme visant à renforcer la responsabilisation et à améliorer les contrôles internes a été menée en partie en 2012-2013, à savoir l'élaboration d'un ensemble mondial de modes opératoires normalisés et de nouveaux outils de surveillance, y compris d'un tableau de bord pour la gestion. Un nouveau cadre de contrôle interne a été achevé fin 2013 et il est aujourd'hui en application. Entre autres, il redéfinit les rôles et responsabilités gestionnaires à l'échelle de l'Organisation et renforce la responsabilisation en matière de délégation d'autorité. Le Corps commun d'inspection a mené un examen spécial de la gestion, de l'administration et de la décentralisation à l'OMS dans le cadre des efforts actuellement déployés par les États Membres et le Secrétariat pour réformer certains aspects fondamentaux du fonctionnement de l'Organisation.[1]

132. Dans le domaine de la gestion des ressources humaines, une nouvelle stratégie a été élaborée et présentée aux États Membres. Elle repose sur trois piliers (attirer les talents, fidéliser les talents et créer un environnement professionnel propice) et sur quatre principes transversaux (équilibre entre les sexes, diversité, collaboration et responsabilité).

133. Une approche a été mise au point sur l'harmonisation mondiale des technologies de l'information et de la communication et une série d'initiatives sur les services partagés a été lancée. L'accès à des données administratives de meilleure qualité via le Système mondial de gestion a permis d'améliorer la transparence des activités de l'Organisation. Le système a fait l'objet d'une mise à jour technique en 2013 et une initiative de transformation a été lancée pour renforcer ses fonctionnalités au cours des deux prochaines périodes biennales. Une nouvelle stratégie sur les technologies de l'information été mise au point et a été favorablement accueillie par les États Membres.

134. Un résultat majeur au titre de l'objectif stratégique 13 tient aux économies qui ont été réalisées tout en préservant les niveaux de service et la qualité, et en atteignant les objectifs pertinents. Globalement, l'OMS a engagé des dépenses de US $481 millions pour l'objectif stratégique 13 en 2012-2013, contre US $540 millions en 2010-2011. Dans certains cas, cette réduction s'explique par le reclassement de certains coûts sous d'autres objectifs stratégiques, mais on estime que des économies sous-jacentes de US $40 millions ont été réalisées grâce à la délocalisation, l'externalisation et la réorganisation du travail. Ces économies sont réparties entre toutes les composantes de l'Organisation, mais une part légèrement plus élevée revient au Siège.

135. Sur six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, deux ont été « pleinement atteints » et quatre « partiellement atteints ». Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 13.2 (pratiques financières saines et gestion judicieuse des ressources) a été jugé « partiellement atteint », car il a été impossible d'atteindre le montant escompté de contributions volontaires classées comme entièrement ou extrêmement flexibles (US $400 millions). Seuls US $264 millions de ressources de ce type ont été enregistrées en 2012-2013, les contributeurs attendant des éclaircissements sur le nouveau modèle de financement proposé, s'agissant en particulier du rôle du dialogue sur le financement. Le résultat

[1] Document JIU/REP/2012/6.

escompté à l'échelle de l'Organisation 13.3 (politiques et pratiques en matière de ressources humaines) a été jugé « partiellement atteint » ; à l'avenir, ce domaine bénéficiera de la nouvelle stratégie de ressources humaines et des initiatives sur la mobilité et la gestion des services du personnel. Malgré une amélioration par rapport aux données de référence de janvier 2012 (90 % fin 2013 contre 85 % en 2012), l'indicateur 13.5.1 (proportion des services assurés par le Centre mondial de services conformément aux indicateurs de niveaux de service publiés) n'a pas été pleinement atteint en raison de retards dans le traitement des transactions de ressources humaines. Par conséquent, le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 13.5 (services gestionnaires et administratifs) a été jugé « partiellement atteint ». Les problèmes de financement liés au fonds immobilier ont pesé sur la réalisation de l'indicateur 13.6 (niveau de financement et exécution du plan-cadre d'équipement biennal), et expliquent pourquoi le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 13.6 (cadre de travail contribuant au bien-être et à la sécurité du personnel dans tous les lieux d'affectation) n'a été que partiellement atteint. Même si les Normes minimales de sécurité opérationnelle des Nations Unies sont davantage respectées, en particulier dans la Région africaine et la Région de la Méditerranée orientale, la réalisation de l'indicateur 13.6.1 a été globalement estimée à 85 % (cible : 95 %).

136. S'agissant des fonctions d'appui de l'Organisation, priorité continuera d'être donnée aux initiatives liées à l'axe gestionnaire de la réforme de l'OMS. Les travaux se poursuivront donc sur la responsabilisation et les contrôles internes, l'allocation stratégique des ressources, le financement (y compris les coûts gestionnaires et administratifs), les politiques de ressources humaines et la gestion des ressources humaines, et la transformation du Système mondial de gestion. La formation aux mesures de contrôle interne sera indispensable à la bonne mise en œuvre du cadre de contrôle interne aux trois niveaux de l'Organisation. Le cadre sera complété par un nouveau cadre de responsabilisation, la procédure révisée de délégation d'autorité et une approche renforcée de la gestion du risque.

137. Dans le domaine des ressources humaines, l'OMS continuera de mettre en œuvre la stratégie révisée afin de répondre à l'évolution de ses besoins de personnel. La mobilité et la gestion des services du personnel seront deux piliers de la mise en œuvre, de même que le nouveau programme de perfectionnement des cadres et le déploiement mondial du système de gestion de l'apprentissage.

138. Une stratégie à long terme pour le fonctionnement futur du Centre mondial de services et un modèle de gouvernance révisé doivent être élaborés pour réaliser de nouvelles économies et améliorer encore les services à l'échelle de l'OMS. Les éléments suivants pourraient y figurer : examen et optimisation des principaux processus de bout en bout ; nouveaux investissements dans le Centre mondial de services au moyen de nouveaux transferts de tâches et de la consolidation des activités d'appui, en particulier pour éliminer les doublons et les facteurs d'inefficacité ; et mobilisation du Système mondial de gestion en vue de fournir de nouvelles fonctionnalités ciblées, d'améliorer l'établissement des rapports et de réduire le traitement manuel.

## APERÇU DE L'EXÉCUTION FINANCIÈRE

139. En mai 2011, la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA64.3 portant ouverture de crédits pour l'exercice 2012-2013 et a pris acte du montant total du budget effectif, qui s'élevait à US $3959 millions, répartis en trois segments : programmes de base (US $2627 millions) ; programmes spéciaux et dispositifs de collaboration (US $863 millions) ; et interventions en cas d'épidémie ou de crise (US $469 millions). Ces segments seraient financés par des contributions fixées, des contributions volontaires et des recettes reportées de l'exercice 2010-2011.

140. À la fin de l'exercice biennal 2012-2013, les fonds disponibles pour l'ensemble des segments du budget s'élevaient à US $4210 millions, compte tenu des contributions fixées et des contributions volontaires. Ces fonds se répartissaient comme suit : recettes de US $1000 millions reçues en 2010-2011 et prévues pour 2012-2013 ; recettes prévues et reportées de l'exercice 2010-2011, d'un montant de US $500 millions ; et nouvelles recettes de US $2710 millions pour 2012-2013, comprenant US $916 millions au titre des contributions fixées, et US $1794 millions au titre des nouvelles contributions volontaires pour l'exercice. Les fonds disponibles se constituaient de US $1170 millions (28 %) en contributions fixées et autres fonds flexibles, et US $3040 millions (72 %) en contributions à objet spécifique.

141. L'exécution totale[1] s'élevait à US $3914 millions, soit 99 % du budget approuvé, ce qui confirme la nature réaliste du budget programme 2012-2013, fondé sur les projections en matière de recettes et de dépenses pour l'exercice financier. Le financement du budget total, bien que d'un niveau satisfaisant, n'a pas été réparti équitablement entre les segments budgétaires, ce qui a eu une incidence sur les degrés d'exécution par grand bureau, par objectif stratégique et par segment, et a mis en relief les problèmes générés par la forte part des contributions à objet spécifique et l'insuffisance des fonds flexibles.

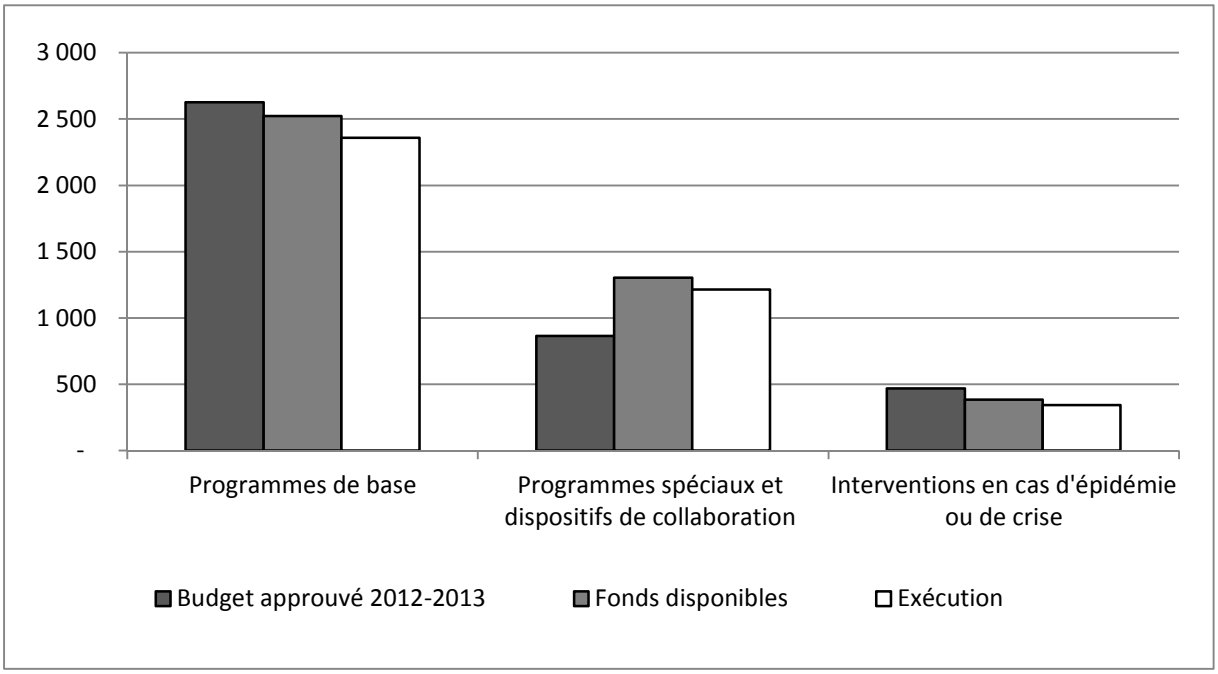
142. Les tableaux et chiffres ci-après illustrent l'exécution du budget programme 2012-2013 par segment budgétaire, par objectif stratégique et par grand bureau.

**Tableau 2. Exécution financière par segment budgétaire (en millions de US $), au 31 décembre 2013**

| Segment | Budget approuvé 2012-2013 | Fonds disponibles | | | Fonds disponibles, en % du budget approuvé | Exécution | Exécution en % du budget approuvé | Exécution en % des fonds disponibles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Contributions fixées | Contributions volontaires | Total | | | | |
| Programmes de base | 2 627 | 913 | 1 611 | 2 524 | 96 % | 2 359 | 90 % | 93 % |
| Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration | 863 | 2 | 1 300 | 1 302 | 151 % | 1 212 | 140 % | 93 % |
| Interventions en cas d'épidémie ou de crise | 469 | 1 | 383 | 384 | 82 % | 343 | 73 % | 89 % |
| **Total** | **3 959** | **916** | **3 294** | **4 210** | **106 %** | **3 914** | **99 %** | **93 %** |

[1] Exécution : cette donnée représente les dépenses et les charges liées aux résultats du budget programme 2012-2013 uniquement.

**Figure 1. Exécution financière par segment budgétaire (en millions de US $), au 31 décembre 2013**




143. En 2012-2013, l'OMS a continué de suivre les financements et l'exécution financière en fonction des trois segments budgétaires, et les tableaux qui figurent dans le présent document fournissent une analyse de la gestion du budget selon cette perspective. Les trois segments budgétaires offrent un éclairage utile pour examiner le budget, notamment pour comprendre pourquoi des niveaux de financement différents sont attribués aux divers domaines du budget approuvé.

144. Le Tableau 2 et la Figure 1 présentent l'exécution financière par segment budgétaire. Les fonds disponibles[1] étaient de US $2524 millions (96 % du budget approuvé) pour le segment programmes de base ; de US $1302 millions (151 % du budget approuvé) pour le segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration ; et de US $384 millions (82 % du budget approuvé) pour le segment interventions en cas d'épidémie ou de crise.

145. Le segment programmes de base a connu un léger déficit de financement, d'un montant de US $103 millions par rapport au budget approuvé. En revanche, les financements octroyés aux programmes spéciaux et aux dispositifs de collaboration ont été supérieurs de US $439 millions par rapport au budget approuvé. L'excédent de financement par rapport au budget approuvé pour les programmes spéciaux et les dispositifs de collaboration est toujours essentiellement à mettre en lien avec les activités menées dans le domaine de l'éradication de la poliomyélite au titre du premier objectif stratégique.

[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.

146. Les urgences et les épidémies, imprévisibles par définition, sont le moteur des activités entreprises au titre des interventions en cas d'épidémie ou de crise, et de leur financement. Les besoins en ressource sont généralement importants et difficiles à prévoir ; c'est pourquoi, il est délicat d'établir un budget pour ce segment. Pour l'exercice 2012-2013, les besoins ont été estimés à US $469 millions. Le financement s'est finalement élevé à US $384 millions, dont 89 %, soit US $343 millions, avaient été exécutés au 31 décembre 2013.

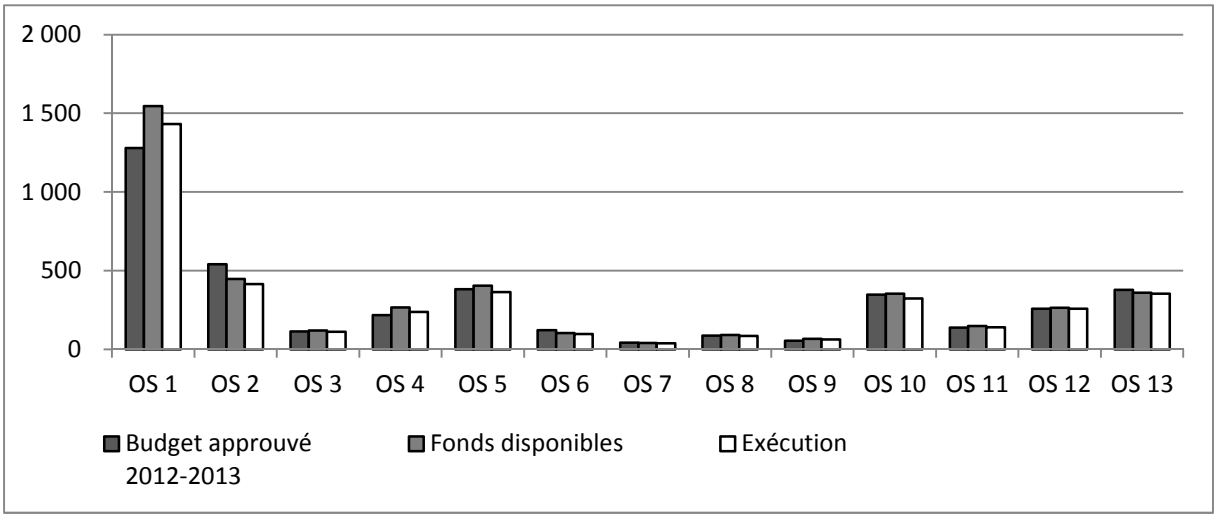
147. Les budgets ont été exécutés, respectivement, à 90 % pour les programmes de base, à 140 % pour les programmes spéciaux et les dispositifs de collaboration, et à 73 % pour les interventions en cas d'épidémie ou de crise.

**Tableau 3. Exécution financière par objectif stratégique pour tous les segments (en millions de US $), au 31 décembre 2013**

| Objectif stratégique | Budget approuvé 2012-2013 | Fonds disponibles | | | Fonds disponibles en % du budget approuvé | Exécution | Exécution en % du budget approuvé | Exécution en % des fonds disponibles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Contributions fixées | Contributions volontaires | Total | | | | |
| OS1 | 1 278 | 75 | 1 470 | 1 545 | 121 % | 1 432 | 112 % | 93 % |
| OS2 | 540 | 43 | 405 | 448 | 83 % | 415 | 77 % | 93 % |
| OS3 | 114 | 44 | 76 | 120 | 105 % | 112 | 98 % | 94 % |
| OS4 | 218 | 54 | 212 | 266 | 122 % | 237 | 109 % | 89 % |
| OS5 | 382 | 18 | 387 | 405 | 106 % | 364 | 95 % | 90 % |
| OS6 | 122 | 35 | 68 | 103 | 84 % | 97 | 79 % | 94 % |
| OS7 | 43 | 21 | 19 | 40 | 92 % | 38 | 89 % | 97 % |
| OS8 | 87 | 30 | 61 | 91 | 105 % | 85 | 98 % | 94 % |
| OS9 | 55 | 21 | 46 | 67 | 122 % | 62 | 113 % | 92 % |
| OS10 | 348 | 142 | 212 | 354 | 102 % | 322 | 93 % | 91 % |
| OS11 | 137 | 30 | 119 | 149 | 109 % | 141 | 103 % | 95 % |
| OS12 | 258 | 198 | 65 | 263 | 102 % | 257 | 100 % | 98 % |
| OS13[a] | 377 | 205 | 156 | 361 | 96 % | 352 | 93 % | 98 % |
| **Total** | **3 959** | **916** | **3 294** | **4 210** | **106** % | **3 914** | **99** % | **93** % |

[a] Outre la part du budget programme approuvé indiquée pour l'objectif stratégique 13 dans le Tableau 3, un montant supplémentaire de US $138 millions de coûts connexes a été financé par le biais d'un mécanisme distinct de recouvrement des coûts au titre de l'objectif stratégique 13*bis* (voir l'annexe 1 du budget programme 2012-2013). Ces coûts figurent dans le Tableau 3 et ont été 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 tous ces objectifs stratégiques.

**Figure 2. Exécution financière par objectif stratégique pour tous les segments (en millions de US $), au 31 décembre 2013**




148. Le Tableau 3 et la Figure 2 présentent l'exécution financière par objectif stratégique. Le financement de tous les objectifs stratégiques dépasse le montant du budget programme approuvé, à l'exception des objectifs stratégiques 2, 6, 7 et 13. S'agissant du premier objectif stratégique, l'excédent de financement s'explique par un accroissement des financements reçus pour le segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, notamment pour les activités liées à l'éradication de la poliomyélite. Les objectifs 4 et 9 ont également bénéficié d'un financement satisfaisant, compte tenu de la réduction du budget, supérieure à la moyenne par rapport aux précédents exercices. Ces deux objectifs stratégiques ont aussi fait l'objet de financements supplémentaires dans le cadre du segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, aux fins de la recherche en reproduction humaine au titre de l'objectif stratégique 4, et pour la Commission du Codex Alimentarius au titre de l'objectif stratégique 9.

**Tableau 4. Exécution financière par objectif stratégique pour les programmes de base uniquement (en millions de US $), au 31 décembre 2013**

| Objectif stratégique | Budget approuvé 2012-2013 | Fonds disponibles | | | Fonds disponibles en % du budget approuvé | Exécution | Exécution en % du budget approuvé | Exécution en % des fonds disponibles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Contributions fixées | Contributions volontaires | Total | | | | |
| OS1 | 446 | 75 | 361 | 436 | 98 % | 397 | 89 % | 91 % |
| OS2 | 446 | 43 | 299 | 342 | 77 % | 316 | 71 % | 92 % |
| OS3 | 114 | 44 | 76 | 120 | 105 % | 112 | 98 % | 93 % |
| OS4 | 186 | 52 | 161 | 213 | 114 % | 191 | 103 % | 90 % |
| OS5 | 65 | 17 | 36 | 53 | 83 % | 51 | 78 % | 96 % |
| OS6 | 111 | 35 | 58 | 93 | 84 % | 88 | 79 % | 95 % |
| OS7 | 42 | 21 | 19 | 40 | 93 % | 38 | 90 % | 95 % |
| OS8 | 87 | 30 | 61 | 91 | 105 % | 86 | 99 % | 95 % |
| OS9 | 51 | 21 | 42 | 63 | 123 % | 58 | 114 % | 92 % |
| OS10 | 322 | 142 | 191 | 333 | 103 % | 303 | 94 % | 91 % |
| OS11 | 122 | 30 | 87 | 117 | 96 % | 110 | 90 % | 94 % |
| OS12 | 258 | 198 | 65 | 263 | 102 % | 257 | 100 % | 98 % |
| OS13[a] | 377 | 205 | 155 | 360 | 96 % | 352 | 93 % | 98 % |
| **Total** | **2 627** | **913** | **1 611** | **2 524** | **96 %** | **2 359** | **90 %** | **93 %** |

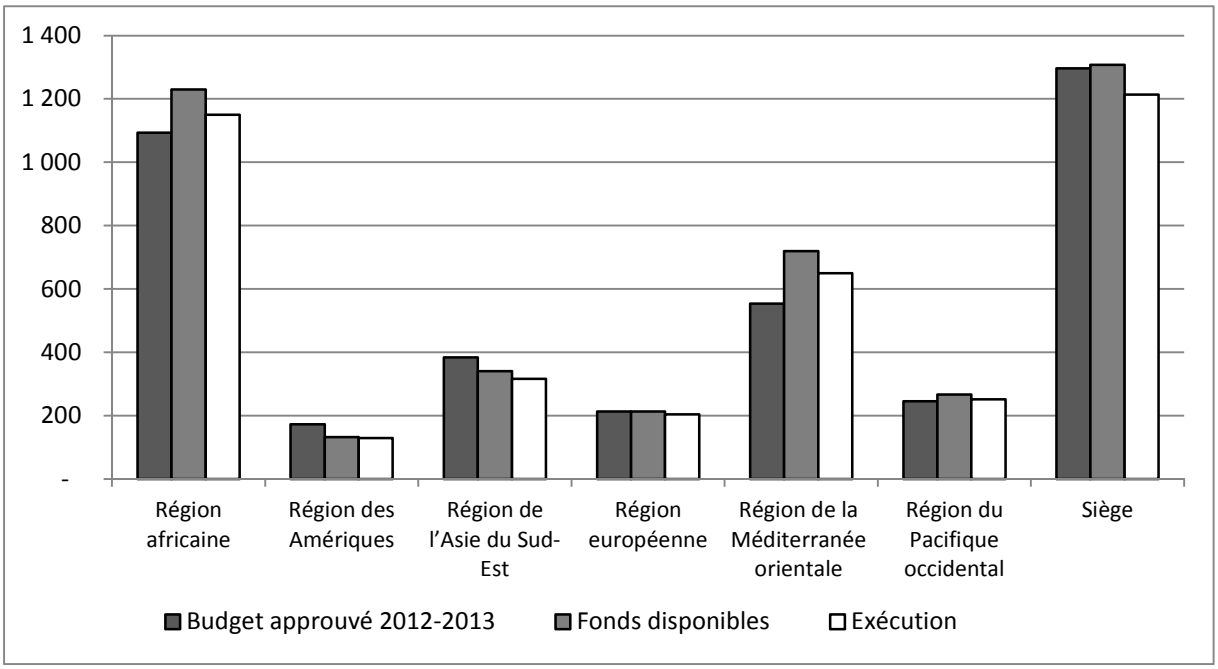
[a] Outre la part du budget programme approuvé indiquée pour l'objectif stratégique 13 dans le Tableau 3, un montant supplémentaire de US $138 millions de coûts connexes a été financé par le biais d'un mécanisme distinct de recouvrement des coûts au titre de l'objectif stratégique 13*bis* (voir l'annexe 1 du budget programme 2012-2013). Ces coûts figurent dans le Tableau 3 et ont été 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 tous ces objectifs stratégiques.

149. Le Tableau 4 présente l'exécution du segment programmes de base du budget programme par objectif stratégique au 31 décembre 2013. Le financement moyen disponible pour tous les objectifs stratégiques était de 96 %. Le financement des objectifs stratégiques variait de 77 % pour l'objectif stratégique 2 à 123 % pour l'objectif stratégique 9. Le taux d'exécution moyen par rapport au budget programme pour le segment programmes de base était de 90 % pour tous les objectifs stratégiques. Les taux d'exécution variaient entre 71 % pour l'objectif stratégique 2 et 114 % pour l'objectif stratégique 9, cette variation étant surtout imputable à l'effet produit par l'absence prolongée d'alignement entre les fonds disponibles.

**Tableau 5. Exécution financière par grand bureau, tous segments confondus (en millions de US $), au 31 décembre 2013**

| Région | Budget approuvé 2012-2013 | Fonds disponibles | | | Fonds disponibles en % du budget approuvé | Exécution | Exécution en % du budget approuvé | Exécution en % des fonds disponibles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Contributions fixées | Contributions volontaires | Total | | | | |
| Région africaine | 1 093 | 204 | 1 025 | 1 229 | 112 % | 1 149 | 105 % | 93 % |
| Région des Amériques | 173 | 80 | 53 | 133 | 77 % | 129 | 75 % | 97 % |
| Région de l'Asie du Sud-Est | 384 | 99 | 242 | 341 | 89 % | 317 | 82 % | 93 % |
| Région européenne | 213 | 60 | 153 | 213 | 100 % | 204 | 95 % | 95 % |
| Région de la Méditerranée orientale | 554 | 88 | 631 | 719 | 130 % | 650 | 117 % | 90 % |
| Région du Pacifique occidental | 246 | 76 | 191 | 267 | 109 % | 251 | 102 % | 94 % |
| Siège | 1 296 | 309 | 999 | 1 308 | 101 % | 1 214 | 94 % | 93 % |
| **Total** | **3 959** | **916** | **3 294** | **4 210** | **106** % | **3 914** | **99** % | **93** % |

**Figure 3. Exécution financière par grand bureau (en millions de US $), au 31 décembre 2013**



150. Le Tableau 5 et la Figure 3 présentent l'exécution financière par grand bureau. Les fonds disponibles par rapport au budget approuvé variaient de 77 % pour le Bureau régional des Amériques à 130 % pour le Bureau régional de la Méditerranée orientale, et le taux d'exécution de 90 % à 97 % des ressources disponibles. La disponibilité étendue de financements dans certains grands bureaux s'explique en partie par la forte proportion de fonds octroyés au segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, notamment aux fins de l'éradication de la poliomyélite, et particulièrement dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale. Elle reflète en outre dans une certaine mesure la réussite des efforts de réforme engagés en 2012-2013 par l'Organisation en matière de gestion des ressources.

**Tableau 6. Exécution financière par grand bureau pour les programmes de base uniquement (en millions de US $), au 31 décembre 2013**

| Région | Budget approuvé 2012-2013 | Fonds disponibles | | | Fonds disponibles en % du budget approuvé | Exécution | Exécution en % du budget approuvé | Exécution en % des fonds disponibles |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Contributions fixées | Contributions volontaires | Total | | | | |
| Région africaine | 641 | 204 | 339 | 543 | 85 % | **504** | 79 % | 93 % |
| Région des Amériques | 161 | 80 | 39 | 119 | 74 % | **116** | 72 % | 97 % |
| Région de l'Asie du Sud-Est | 279 | 98 | 128 | 226 | 81 % | **211** | 76 % | 93 % |
| Région européenne | 192 | 60 | 132 | 192 | 100 % | **184** | 96 % | 96 % |
| Région de la Méditerranée orientale | 232 | 88 | 172 | 260 | 112 % | **234** | 101 % | 90 % |
| Région du Pacifique occidental | 222 | 76 | 175 | 251 | 113 % | **237** | 107 % | 95 % |
| Siège | 900 | 307 | 626 | 933 | 104 % | **873** | 97 % | 94 % |
| **Total** | **2 627** | **913** | **1 611** | **2 524** | **96 %** | **2 359** | **90 %** | **93 %** |

151. Le Tableau 6 reflète l'exécution des programmes de base par grand bureau. Le niveau moyen des fonds disponibles pour tous les bureaux était de 96 %, avec une variation de 74 % pour le Bureau régional des Amériques à 113 % pour le Bureau régional du Pacifique occidental. Le taux d'exécution moyen par rapport au budget programme pour le segment programmes de base était de 90 % pour tous les bureaux. Les taux d'exécution variaient de 72 % dans la Région des Amériques à 107 % dans la Région du Pacifique occidental, cette différence étant principalement imputable à la disponibilité variable des fonds.

152. L'analyse fait ressortir plusieurs points :

- budget programme 2012-2013 pleinement financé ;
- confirmation d'un budget général plus réaliste pour 2012-2013, tenant dûment compte des fonds disponibles et des dépenses projetées ;

- accélération générale de la mise en œuvre des activités au cours de la deuxième année de l'exercice biennal ;

- légère sous-exécution par rapport aux fonds disponibles au titre du budget programme 2012-2013, qui peut s'expliquer par :

  - la poursuite, au cours de l'exercice, des mesures d'économie instaurées en 2010-2011, ce qui a entraîné une baisse plus importante des charges liées aux traitements ;

  - de nouvelles économies produites par d'autres mesures d'efficacité, en particulier au Siège ;

  - les dépenses prudentes effectuées par les responsables dans le climat financier actuel ;

- financement quasi total du segment programmes de base et de la mise en œuvre connexe, surfinancement du segment programmes spéciaux et dispositifs de collaboration ainsi que des activités de mise en œuvre connexes, et besoins en financement du segment interventions en cas d'épidémie ou de crise presque totalement satisfaits ;

- maintien d'une attitude de retenue en matière de dépenses, dans un environnement de prudence au niveau financier ; et

- nécessité d'accroître et d'accélérer les améliorations en matière d'alignement des ressources, et d'en tirer parti, afin d'assurer la pleine réalisation des résultats demandés par les États Membres pour les programmes.

## MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

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

= = =