



Exécution du budget programme 2010-2011 : rapport intérimaire

Rapport du Secrétariat

1. L'exécution du budget programme 2010-2011 dans toute l'Organisation a été examinée à mi-chemin de l'exercice. Le processus d'examen à mi-parcours comprend l'examen des progrès accomplis dans la réalisation des résultats escomptés au 31 décembre 2010, y compris les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation qui ont été définis dans le budget programme 2010-2011. En outre, l'examen est axé sur les obstacles, les risques, les facteurs de réussite, les enseignements tirés et les mesures requises pour améliorer les progrès. L'exécution du budget a également été examinée, ce qui a permis la prise en compte simultanée de l'exécution technique et financière.¹
2. Les risques, les obstacles et les problèmes recensés permettent aux principaux gestionnaires de concevoir les mesures correctrices nécessaires. L'examen permet d'effectuer une nouvelle programmation et d'affecter ou de réaffecter des ressources, et de préparer le projet de budget programme 2012-2013 ainsi que les plans opérationnels qui lui sont associés.
3. Comme lors des exercices précédents, l'examen à mi-parcours actuel a consisté en un exercice d'auto-évaluation au cours duquel les grands bureaux ont indiqué si leurs contributions respectives aux résultats escomptés étaient en bonne voie. Les appréciations des progrès reflètent dans quelle mesure les programmes ont fourni des résultats et les indicateurs ont été atteints. À chaque niveau, il est fait état des enseignements tirés et des mesures requises pour améliorer les progrès. Le processus comprend des mécanismes d'examen collégial et d'assurance de la qualité de façon à garantir que les progrès sont évalués de manière ciblée et cohérente.
4. En janvier 2011, le Conseil exécutif a pris note de la mise à jour relative à l'exécution du budget programme 2010-2011,² qui comportait des analyses et des projections et indiquait certaines des mesures prises par le Secrétariat compte tenu de la situation financière actuelle.
5. L'examen à mi-parcours a permis de recenser les résultats qui doivent être prioritaires et les domaines pour lesquels les fonds risquent d'être insuffisants. Le Groupe de la politique mondiale

¹ Voir le document A64/29, rapport financier intérimaire non vérifié sur les comptes de l'OMS pour 2010.

² Voir le document EB128/2011/REC/1, procès-verbal de la septième séance, section 2.

utilisera ces informations pour prendre des décisions au cours de la deuxième moitié de l'exercice afin de faire face à la situation financière.

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

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

7. Au cas où il y aurait un déficit de financement au cours de 2011, les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation qui sont considérés comme étant hautement prioritaires et qui actuellement sont en bonne voie seront protégés, de même qu'un sous-ensemble de résultats évalués comme étant compromis. L'ensemble des résultats escomptés « compromis » ont fait l'objet d'un examen pour envisager les suites à donner. Les travaux sur les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation qui sont « sérieusement compromis » pourront être réduits ou reportés à l'exercice suivant. Une attention particulière a été portée aux raisons pour lesquelles les progrès ne sont pas en bonne voie et sur les mesures requises pour minimiser le risque de ne pas parvenir à une réalisation complète des résultats escomptés d'ici à la fin de 2011.

8. Sur un total de 85 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour l'exercice 2010-2011, 59 ont été considérés comme « en bonne voie » et 26 « compromis ». Les appréciations relatives aux progrès accomplis varient de manière significative d'un objectif stratégique à l'autre (Tableau 1), la moitié ou plus des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation pour les objectifs stratégiques 4, 10 et 11 étant ainsi considérés comme « compromis ».

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

Tableau 1. Évaluation des progrès par objectif stratégique

Objectif stratégique		Résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation			
		En bonne voie	Compromis	Sérieusement compromis	Total
OS 1	Réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles	6	3	0	9
OS 2	Combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme	4	2	0	6
OS 3	Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liées aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle	6	0	0	6
OS 4	Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé	3	5	0	8
OS 5	Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques	5	2	0	7
OS 6	Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque	6	0	0	6
OS 7	Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme	4	1	0	5
OS 8	Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement	6	0	0	6
OS 9	Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable	5	1	0	6
OS 10	Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles	4	9	0	13
OS 11	Élargir l'accès aux technologies et produits médicaux et en améliorer la qualité et l'utilisation	1	2	0	3
OS 12	Jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail	4	0	0	4
OS 13	Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat	5	1	0	6
Total		59	26	0	85

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

9. La couverture vaccinale mondiale (mesurée en fonction des estimations de l'administration de trois doses du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux) a continué à évoluer de manière positive ; le nombre de pays atteignant une couverture vaccinale de 90 % ou plus continue à augmenter, même si la couverture mondiale estimée reste à 82 %. Les progrès accomplis par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 2010 sont dominés par quatre résultats d'importance : le nombre des cas de poliomyélite a été réduit de plus de 97 % au Nigéria et de plus de 94 % en Inde ; on a enregistré les niveaux les plus faibles de dépistage du poliovirus sauvage de type 3 dans l'histoire du programme (84 cas en 2010 par comparaison aux 1073 cas de 2009) ; et l'importation des poliovirus sauvages a été interrompue dans 16 des 19 pays où les virus avaient à nouveau été détectés en 2009 suite à de nouvelles flambées ou à un rétablissement de la transmission. En 2010, l'OMS a publié son premier rapport sur les maladies tropicales négligées.¹ Un nouveau vaccin contre la méningite, mis au point sur le principe d'un partenariat public-privé, a été autorisé et présélectionné par l'OMS, et son introduction a été lancée dans la ceinture africaine de la méningite. Après des essais cliniques qui ont été un succès dans la Région africaine, les vaccins contre les rotavirus et le vaccin antiméningococcique conjugué A ont également été introduits. Un système simplifié de classification des cas de dengue a été mis au point moyennant une étude clinique prospective menée sur de multiples sites ; il a été évalué dans 18 pays et adopté et utilisé dans l'ensemble de l'Amérique latine, et l'est de plus en plus dans les pays asiatiques.

10. Tout au long de 2010, le Siège a apporté un soutien permanent au Comité d'urgence jusqu'à ce que la fin de la grippe pandémique A (H1N1) 2009 ait été déclarée. Les activités de riposte et de surveillance au niveau mondial continuent à être renforcées pour toutes les maladies transmissibles, à la fois par l'intermédiaire des réseaux existants et par des activités conjointes avec les Régions et les États Membres. Le système mondial de gestion des événements est en bonne voie pour dépasser la cible fixée par l'indicateur correspondant, avec 481 utilisateurs sur 148 sites de l'OMS. Le Secrétariat a répondu à tous les États Membres qui ont demandé une aide d'urgence dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005), en utilisant les ressources techniques du Siège, divers réseaux de spécialistes et les institutions du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie. En 2010, des mesures ont été prises pour répondre notamment aux flambées de grippe pandémique ; de dengue, au Cap-Vert ; de fièvre hémorragique virale suspectée en Ouganda et en République démocratique du Congo ; de choléra en Haïti ; de fièvre de la vallée du Rift en Afrique du Sud ; de dengue/fièvre hémorragique de Crimée-Congo/choléra au Pakistan ; de méningite et de fièvre jaune au Cameroun, en Côte d'Ivoire, au Ghana, en Guinée, au Niger, au Nigéria, en République centrafricaine, en République démocratique du Congo, au Soudan et au Tchad ; et de peste au Pérou.

11. Malgré de graves contraintes financières, six des neuf résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont évalués comme étant « en bonne voie ». Trois sont considérés comme « compromis ». Dans le domaine de l'éradication de la poliomyélite (résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.2), il subsiste des obstacles significatifs à la réalisation de l'objectif à l'échelle mondiale, en particulier pour la mise en œuvre de campagnes de ratissage de grande qualité qui sont nécessaires pour mettre fin à la faible transmission qui subsiste dans les zones qui sont des réservoirs traditionnels de la maladie. Dans le domaine des systèmes d'alerte et d'action à utiliser en cas d'épidémie ou d'autres urgences de santé publique (résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.6), deux Régions ont indiqué que leurs contributions étaient « compromises » du fait des difficultés rencontrées pour évaluer et renforcer les

¹ *Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 (résumé en français : Agir pour réduire l'impact mondial des maladies tropicales négligées).

capacités essentielles au niveau national aux termes du Règlement sanitaire international (2005). Dans le domaine de l'action en cas d'épidémie et d'autres urgences de santé publique, le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 1.8 est considéré comme « compromis » par trois Régions du fait d'obstacles majeurs pour atteindre les cibles établies en matière de capacités essentielles au niveau national, conformément au Règlement sanitaire international (2005). Une amélioration des efforts de mobilisation des ressources est planifiée à tous les niveaux.

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

12. Les États Membres ont poursuivi les progrès accomplis pour élargir l'accès à la prévention, au diagnostic, au traitement et aux soins du VIH, de la tuberculose et du paludisme. L'OMS a contribué à ces efforts en publiant des orientations politiques actualisées, en intensifiant son appui technique et les activités de renforcement des capacités, ainsi que le suivi et l'évaluation. Dans le domaine du VIH, des lignes directrices ont été élaborées ou mises à jour, notamment celles qui portent sur la thérapie antirétrovirale destinée aux adultes et aux enfants, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, l'alimentation du nourrisson, et la tuberculose associée au VIH. Le projet de stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH/sida 2011-2015 a été établi en vue de son examen par les organes directeurs. Parmi les résultats des travaux sur la tuberculose figuraient l'examen d'un nouvel outil de diagnostic qui pourrait révolutionner les soins et la lutte contre la maladie en permettant un diagnostic plus rapide, une diminution de la transmission et un accès précoce au traitement, en particulier pour les personnes atteintes de tuberculose multirésistante ou de tuberculose associée au VIH, ainsi que des recommandations relatives à son utilisation. Le Programme mondial de lutte contre le paludisme a défini sa stratégie quinquennale et publié de nouvelles directives thérapeutiques, parmi lesquelles une nouvelle recommandation stratégique majeure sur le dépistage universel des cas suspects de paludisme avant le traitement. En travaillant avec ses principaux partenaires, le Secrétariat a soutenu les États Membres dans l'accès aux nouveaux produits diagnostiques, aux médicaments et aux autres produits, et dans l'adoption d'approches novatrices afin d'atteindre davantage de populations à risque à l'échelle mondiale. Les rapports mondiaux de l'OMS ont présenté les dernières données disponibles sur l'état des épidémies de VIH, de tuberculose et de paludisme et sur la nature, la portée et l'impact des actions visant à lutter contre celles-ci. L'OMS a établi des rapports spéciaux sur la tuberculose résistante aux médicaments et le paludisme résistant à l'artémisinine.

13. Quatre des six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont évalués comme étant « en bonne voie » et deux comme étant « compromis » : il s'agit des résultats escomptés 2.1 et 2.6. Le premier a trait à la mise en œuvre des politiques de l'OMS, et non seulement à leur élaboration et adoption. Par conséquent, bien que globalement l'Organisation soit en bonne voie dans son travail normatif et d'élaboration de politiques au niveau mondial dans la plupart des Régions, ses capacités à soutenir l'adoption et la mise en œuvre complètes des politiques sont compromises du fait des contraintes en matière de ressources et de capacités. Par exemple, l'adoption de nouvelles orientations de l'OMS sur une mise en place plus rapide du début du traitement antirétroviral de l'infection à VIH nécessitera des efforts intenses de la part des États Membres pour mettre à jour et appliquer leurs politiques. Pour le résultat escompté 2.6 (nouvelles connaissances, nouveaux outils d'intervention et nouvelles stratégies), la Région africaine et la Région de l'Asie du Sud-Est indiquent que le manque de capacités les empêche de faire des progrès rapides dans la promotion de la recherche et des produits apparentés.

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

14. Des recommandations reposant sur des données factuelles pour une prévention économique et efficace des cardiopathies et des accidents vasculaires cérébraux ont été mises au point et une approche reposant sur les facteurs de risque multiples pour la prise en charge du risque cardio-vasculaire a été adoptée par les États Membres dans toutes les Régions de l'OMS. Les critères de diagnostic de l'infarctus du myocarde et du diabète ont été revus, en tenant compte de la possibilité de les appliquer dans le cadre de systèmes de santé fragiles dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le nouveau guide d'intervention du Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale sur les troubles mentaux, neurologiques et les troubles dus à l'usage de substances, qui est destiné aux établissements de santé non spécialisés, a été publié, ainsi qu'un manuel sur la prévention de la violence sexuelle et de la violence exercée par les partenaires intimes à l'encontre des femmes. Des données sur les indicateurs relatifs à la santé mentale sont actuellement recueillies par l'intermédiaire du projet Atlas 2010 sur la santé mentale. Des chiffres actualisés sur le nombre d'États Membres qui transmettent les indicateurs de base relatifs à la santé mentale chaque année seront disponibles d'ici à la fin de 2011. On a aussi publié un ensemble d'études de cas sur les soins de traumatologie afin de sensibiliser davantage aux moyens peu coûteux qui permettent de renforcer les services de soins de traumatologie et d'urgence. Par ailleurs, des lignes directrices sur la réadaptation au sein des communautés ont été publiées, un outil important destiné à permettre aux responsables de programme de satisfaire aux besoins essentiels des personnes atteintes d'incapacités et d'améliorer leur qualité de vie. En collaboration avec les commissions régionales des Nations Unies et d'autres partenaires, l'OMS a élaboré un plan d'action pour la Décennie d'action des Nations Unies pour la sécurité routière 2011-2020, comme le demandait la résolution 64/255 de l'Assemblée générale des Nations Unies. Le plan offre aux gouvernements nationaux et aux autorités locales un document d'orientation pour la préparation de plans d'action pour 2011-2020.

15. Malgré des ressources financières et humaines limitées, certains résultats remarquables ont été obtenus en 2010. De manière équilibrée dans l'ensemble des grands bureaux, les six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont en bonne voie. Des capacités techniques insuffisantes dues au manque de personnel compromettent certains domaines d'intervention dans différentes Régions. Par exemple, des publications faisant état des éléments de preuve relatifs aux rapports coût/efficacité et coût/avantages des interventions relatives aux maladies chroniques non transmissibles risquent d'être retardées, et les travaux appuyant l'élaboration et l'introduction d'indicateurs relatifs aux incapacités dans les systèmes nationaux de notification sanitaire et les rapports annuels prennent du retard. Le travail de sensibilisation effectué par l'OMS et ses partenaires sur les questions de santé relevant de cet objectif stratégique a eu un impact notable.

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

16. Des progrès ont été accomplis dans des domaines d'action cruciaux pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement 4 (Réduire la mortalité infantile) et 5 (Améliorer la santé maternelle), et on a en particulier mis l'accent sur la prestation intégrée des services et sur les approches visant à écarter les obstacles aux services essentiels pour la santé génésique et la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent. La campagne pour accélérer la réduction de la mortalité

maternelle a été lancée dans 21 pays africains, et 16 pays de la Région africaine ont entrepris un examen à mi-parcours des feuilles de route qu'ils ont adoptées pour réduire la mortalité maternelle. Un appui a été fourni aux pays de toutes les Régions pour améliorer les compétences des personnels soignants en soins néonataux par l'intermédiaire du cours OMS sur les soins néonataux essentiels (Essential Newborn Care Course), et la Région africaine comme la Région du Pacifique occidental ont introduit les soins néonataux à domicile. Des progrès satisfaisants ont été réalisés dans le renforcement des capacités des experts nationaux dans le domaine de la recherche opérationnelle en santé génésique, contribuant ainsi à la mise en œuvre générale de la stratégie pour la santé génésique. Afin d'améliorer l'accès aux soins essentiels pour les enfants malades, trois Régions ont introduit et intégré les soins aux enfants au niveau des communautés. Une étude systématique sur la prévention de la grossesse précoce a été achevée et elle aboutira en 2011 à des recommandations pour que les pays prennent des mesures. Le Réseau mondial OMS des villes-amies des aînés a été créé et un site permettant l'échange d'informations a été mis en place.

17. Trois des huit résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie », mais cinq sont considérés comme « compromis ». Bien que le résultat escompté 4.3 (soins maternels) soit un domaine prioritaire, le manque de ressources a limité le soutien fourni par l'OMS, en particulier dans la Région africaine, pour l'amélioration de la qualité des soins pendant l'accouchement et la période postnatale. S'agissant du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 4.5 (améliorer la santé de l'enfant), l'application de lignes directrices et d'outils pour la santé de l'enfant et la production et le suivi des informations stratégiques pour la santé du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent sont « compromis ». Le résultat escompté 4.6 (santé de l'adolescent) a été particulièrement touché par le manque de ressources pour apporter un soutien systématique aux pays, en particulier pour instaurer des services de santé adaptés aux adolescents. Pour le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 4.7 (santé génésique), la conception de produits venant appuyer la mise au point de programmes visant à améliorer la santé sexuelle et génésique, tels que des guides cliniques, des manuels pour la gestion ou l'établissement de programmes, a souffert de la diminution du financement. Bien qu'ayant enregistré régulièrement des progrès, le domaine du vieillissement (résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 4.8) est jugé comme étant « compromis » pour la durée de l'exercice, compte tenu du fait que certains pays, en particulier dans la Région africaine et la Région du Pacifique occidental, risquent de ne pas atteindre la cible qui consiste à disposer d'un programme fonctionnel en faveur du vieillissement actif conformément à la résolution WHA58.16 relative au renforcement de l'action pour « vieillir en restant actif et en bonne 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

18. Des progrès ont été réalisés pour améliorer les capacités des pays dans le domaine de la réduction des risques et de la préparation aux situations d'urgence, notamment moyennant l'introduction de l'indice de sécurité hospitalière dans les pays prioritaires et le lancement de travaux d'évaluation de la vulnérabilité et de cartographie des risques. La prise en charge des situations d'urgence sanitaire a été intégrée aux orientations formulées à l'intention des pays sur la planification sanitaire au niveau national et aux stratégies de coopération. Les modes opératoires normalisés ont été améliorés pour permettre une action rapide de l'OMS. La capacité de mobilisation a été renforcée pour un déploiement plus rapide des fonds, des fournitures et des ressources humaines. En tant qu'institution chef de file du Groupe de responsabilité sectorielle Santé, l'OMS a apporté son soutien aux États Membres pour diriger les interventions conjointes, nationales et internationales, pour répondre aux situations de crises aiguës telles que le tremblement de terre à Haïti et les inondations au Pakistan, ainsi que pour répondre aux situations d'urgence complexes et persistantes en Afghanistan, au Bénin, au Congo, en Côte d'Ivoire, en Guinée, à Haïti, au Kirghizistan, au Libéria, au Niger, au Nigéria, en Ouzbékistan, au Pakistan, en République

démocratique du Congo et au Zimbabwe. Ce soutien a pris la forme de travaux en matière de planification stratégique, de déploiement de personnel, d'évaluations, d'orientations techniques, de la mise au point de plans d'action coordonnés entre plusieurs institutions et d'un approvisionnement en fournitures médicales d'urgence. Les systèmes d'alerte précoce et de surveillance ont été renforcés pour les maladies transmissibles. Les mécanismes de préparation et d'intervention des États Membres pour la sécurité sanitaire des aliments et les situations d'urgence sanitaire liées à l'environnement ont été renforcés et la participation aux réseaux pertinents d'alerte précoce a été élargie. On a pu tirer parti des évolutions techniques dans le cadre des évaluations des besoins à la suite des catastrophes et des conflits ainsi que de l'analyse des systèmes de santé détériorés.

19. Cinq des sept résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie » et deux sont considérés comme « compromis ». Le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 5.5 (Sécurité sanitaire des aliments et urgences sanitaires liées à l'environnement) est considéré comme « compromis » du fait de ressources insuffisantes dans la Région des Amériques et dans la Région de la Méditerranée orientale : le Bureau régional de la Méditerranée orientale a mentionné précisément le manque de fonds pour recruter le personnel requis. La mise en œuvre du résultat escompté 5.7 (interventions dans les situations d'urgence aiguë et de crise) est « compromise » dans la Région européenne du fait de retards à la fois dans la réception des fonds et dans le recrutement des coordonnateurs du Groupe de responsabilité sectorielle Santé ; et dans la Région de la Méditerranée orientale, du fait de situations d'urgence chronique qui perdurent et ont entraîné une démobilisation des donateurs ; il convient de noter que le Siège a mentionné l'insuffisance des ressources humaines pour expliquer le manque de capacités pour répondre aux situations d'urgence technologique. Néanmoins, le Secrétariat a réussi à mobiliser une action coordonnée dans la plupart des crises et à mettre en œuvre des plans d'action avec ses partenaires dans la plupart des situations d'urgence chronique.

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

20. L'OMS a apporté un appui technique pour l'élaboration de politiques et de plans de promotion de la santé au niveau des pays. À la fin de 2010, 82 pays utilisaient l'approche STEPwise de l'OMS afin de mettre en place des systèmes de suivi et des études des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans leurs populations adultes. Vingt-six villes appliquaient l'outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en matière de santé en milieu urbain (HEART) ; les données recueillies et l'expérience obtenue au cours de la phase d'essai et d'élaboration de l'outil dans plusieurs villes ont fourni des informations utiles pour recenser les principales possibilités de combler les lacunes dans le domaine de la métrologie sanitaire urbaine, et l'importance d'une action intersectorielle pour la santé afin de s'attaquer aux inégalités en santé en milieu urbain. Des progrès significatifs ont été faits dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac au niveau des pays et l'approbation de plusieurs outils annexes au traité. À la fin de 2010, 172 États Membres étaient devenus Parties à la Convention. Treize pays avaient entrepris des enquêtes mondiales sur la consommation de tabac chez les adultes (GATS) et 160 pays avaient effectué des enquêtes du même type chez les jeunes (GYTS).

21. À l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2010, une monographie a été publiée sur l'épidémie de tabagisme chez les femmes. Le Secrétariat a travaillé directement afin d'accroître l'efficacité et l'efficacités des systèmes de taxation du tabac, ce qui s'est traduit par une augmentation des taxes sur le tabac dans cinq pays. Dans 25 pays, les taxes sur le tabac représentent plus de 75 % du

prix des cigarettes. Dans 29 pays, une législation antitabac complète a été approuvée. Quarante et un pays ont adopté des mises en garde explicites sur plus de 30 % de la surface des paquets de cigarettes. La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé à la fois la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (résolution WHA63.13) et un ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants (résolution WHA63.14). Une stratégie régionale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool a été approuvée pour l'Afrique. Des progrès significatifs ont été faits dans les domaines du suivi et de la surveillance de l'alcool moyennant la conclusion d'une analyse des données sur la consommation d'alcool, les méfaits de l'alcool et les mesures de politique prises pour tous les États Membres, et la préparation de la publication du rapport de situation mondial sur l'alcool et la santé. D'autres travaux ont été menés sur des indicateurs relatifs à l'alcool à des fins de surveillance. Par ailleurs, des outils techniques pour la prévention de l'obésité de l'enfant dans la population et des stratégies pour réduire la consommation de sel dans la population ont été mis au point grâce à une série de réunions techniques et de forums d'échange d'informations. Un outil spécial pour la surveillance des relations sexuelles à risque, de ses déterminants et conséquences a été conçu en utilisant l'approche STEPwise.

22. Globalement, l'ensemble des six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie ». Toutefois, étant donné que les ressources financières sont insuffisantes dans toute l'Organisation, certaines activités relatives à la promotion de la santé et au renforcement des capacités au niveau des pays afin de mettre en œuvre la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et la Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool pourraient être retardées ou n'être que partiellement menées à bien d'ici à la fin de l'exercice. Il convient de redoubler d'efforts pour garantir que des systèmes de surveillance durables des maladies non transmissibles bénéficient des ressources nécessaires et soient mis en œuvre au sein des pays. En fournissant une assistance technique aux États Membres pour que des progrès soient faits dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac au niveau des pays, le Secrétariat a conscience des activités menées par l'industrie du tabac pour tenter de porter atteinte à la santé publique. Aussi, il met actuellement au point des ressources techniques pour accroître ses capacités à réagir face aux activités de sape de l'industrie, compte tenu de certains comportements agressifs adoptés à l'encontre d'États Membres, comme l'Uruguay.

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

23. Une stratégie régionale visant à aborder les déterminants clés de la santé dans la Région africaine a été approuvée.¹ Une assistance technique pour la mise en œuvre des déterminants sociaux de la santé et d'une santé axée sur l'équité a été fournie à 18 pays dans trois Régions. Des données factuelles sur la mise en œuvre des déterminants sociaux de la santé dans les pays ont été produites et analysées et seront présentées à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé qui se tiendra en octobre 2011. Des matériels d'orientation sur les incidences de certains aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce et les conséquences du commerce international et des accords commerciaux pour la santé ont été mis au point pour aider les États Membres. Un renforcement des capacités ciblé sur la santé et les droits de l'homme a été fourni à plus de 10 pays et à certaines parties prenantes au niveau régional telles que la Communauté économique des États de

¹ Résolution AFR/RC60/R1.

l'Afrique de l'Ouest. Des outils d'évaluation et des matériels d'orientation relatifs à une approche de la santé reposant sur les droits de l'homme ont été élaborés et diffusés. L'OMS a vu à nouveau confirmé son rôle de secrétariat permanent du Sommet mondial des comités nationaux d'éthique, ce qui contribue à la diffusion et à la mise en œuvre de son document d'orientation sur l'éthique de la prévention, des soins et de la lutte contre la tuberculose. L'OMS a joué un rôle majeur lors des consultations mondiales de haut niveau sur des questions essentielles d'éthique, notamment dans le cadre du Comité interinstitutions des Nations Unies sur la Bioéthique. Le rôle de chef de file mondial joué par l'OMS dans le domaine de la santé des femmes et des sexospécificités a été renforcé moyennant un dialogue politique sur la santé des femmes et la réunion tenue au niveau ministériel sur les femmes et la santé.

24. Globalement, quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie ». Le cinquième, le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 7.3 (données économiques et sociales intéressant la santé) est jugé « compromis » du fait d'une absence de demande de soutien technique de la part des États Membres. Il y a lieu d'apporter des modifications au budget pour permettre une augmentation des fonds alloués au résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 7.4 (éthique et droits de l'homme). La demande croissante pour un travail au niveau des pays sur les affections prioritaires en santé publique afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et pour l'équité en santé dans le cadre des programmes de santé publique exige davantage de ressources. Une direction ferme et un engagement solide seront nécessaires pour parvenir à un financement complet du budget du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 7.5 (mesures réactives en matière de sexospécificités).

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

25. Le travail normatif sur les menaces pour la santé publique liées à l'environnement s'est poursuivi, par exemple sur les risques découlant de l'exposition aux substances chimiques et aux rayonnements, et sur la qualité de l'air et de l'eau. Des progrès sensibles ont été faits dans tous les domaines de travail relatifs au changement climatique et à la santé. La prise en compte de la santé dans les initiatives des Nations Unies liées au changement climatique s'est grandement accrue, et un nouveau groupe de contact entre les délégués des pays intéressés, les organisations non gouvernementales et le système des Nations Unies a été créé. L'OMS a joué le rôle de coordonnateur d'un groupe interinstitutions sur les dimensions sociales du changement climatique. Dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, un projet mondial sur l'adaptation de la santé au changement climatique a été lancé. Des conférences ministérielles sur la santé et l'environnement ont été organisées pour des pays d'Afrique, d'Europe, d'Asie du Sud-Est et d'Asie de l'Est, conduisant à des accords au niveau régional sur les mesures prioritaires. Le Secrétariat a commencé à apporter un appui technique aux pays pour la prise en charge des avantages et des risques pour la santé découlant des projets relatifs aux industries d'extraction.

26. D'une manière générale, l'ensemble des six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont « en bonne voie ». Toutefois, du fait des contraintes financières, certaines activités relevant des ressources hydriques et de la santé notamment, de l'évaluation de l'impact sur la santé et de la prise en charge environnementale devront être reportées. Dans la Région africaine, le nombre de pays bénéficiant d'un financement pour entreprendre la mise en œuvre de la Déclaration de Libreville sur la santé et l'environnement (dans le cadre de laquelle les pays sont convenus d'établir une alliance stratégique pour la santé et l'environnement qui servira de fondement à l'élaboration de plans d'action conjointe) sera sans doute réduit.

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

27. Pour donner suite au mandat de l'Assemblée de la Santé (résolution WHA63.23 sur la nutrition chez le jeune enfant et le nourrisson), le Secrétariat a formulé un plan de mise en œuvre complet sur le sujet, prévoyant des interventions sanitaires efficaces ayant un impact sur la nutrition qui devront être menées à bien dans l'ensemble du secteur de la santé. Il s'agit notamment d'interventions relatives au changement des comportements dans les communautés et les établissements de santé, de la fourniture de suppléments en micronutriments aux enfants, aux adolescents et aux femmes, d'un soutien nutritionnel ciblé et d'un soutien nutritionnel dans les situations d'urgence. Le plan prévoit aussi une sensibilisation aux interventions ne relevant pas du domaine de la santé mais ayant un impact sur la nutrition, par exemple dans les domaines de l'agriculture, de la production alimentaire, de la protection sociale, du commerce, de l'éducation, du travail et de l'information. En outre, la stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019¹ a été approuvée par le Comité régional de la Méditerranée orientale et une résolution entérinant la stratégie et approuvant le plan d'action pour la réduction de la malnutrition chronique a été adoptée par le Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé.² Également en réponse à une demande de l'Assemblée de la Santé (résolution WHA63.3 sur la promotion d'initiatives en faveur de la sécurité sanitaire des aliments), le Secrétariat a travaillé à la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la salubrité des aliments, notamment en fournissant une assistance technique et des outils, en promouvant la recherche et en contribuant à l'établissement des capacités pertinentes dans les pays. Le Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments compte désormais 177 membres. Un groupe consultatif d'experts chargés de donner des orientations sur la nutrition a été créé, ainsi que trois sous-groupes sur les micronutriments, la nutrition tout au long de la vie et la malnutrition, et le suivi et l'évaluation de l'alimentation et de la santé. Dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, de nombreux rapports fournissant des avis scientifiques ont été publiés en 2010, et le lien direct avec la fixation des normes par la Commission du Codex Alimentarius a été amélioré, 349 normes étant établies. La mise en œuvre des normes de croissance de l'OMS progresse et 147 pays les ont désormais adoptées.

28. Bien que cinq des six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation soient en bonne voie, le Bureau régional de l'Afrique ne sera peut-être pas en mesure d'apporter le soutien nécessaire à tous les pays pour évaluer les besoins et les mesures de politique prises en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments, du fait de l'insuffisance des ressources humaines au niveau national pour les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation 9.3 et 9.6. Pour la même raison, les Bureaux régionaux de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental ne pourront peut-être pas apporter l'appui technique nécessaire à l'élaboration de politiques et de programmes dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments (résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 9.5).

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

29. Le personnel de 25 des bureaux de pays hautement prioritaires a été formé et des feuilles de route ont été élaborées pour améliorer le soutien, conformément au cycle de planification nationale

¹ Résolution EM/RC57/R.4.

² Résolution CD.50.R11.

dans les pays où ils exercent leurs fonctions. Les progrès dans l'évaluation des performances des systèmes de santé ont été importants dans 26 pays. Suite à la publication du *Rapport sur la santé dans le monde, 2010* sur la couverture universelle et le financement des systèmes de santé, plus de 61 pays ont demandé et reçu un appui technique du Secrétariat, mais la demande continue à être supérieure à l'offre. L'OMS et ses partenaires, dont l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, ont lancé des initiatives et des investissements dans 41 pays qui sont confrontés à une crise des ressources humaines pour la santé. Ces initiatives au niveau des pays permettent de renforcer la planification et l'élaboration de politiques relatives aux ressources humaines pour la santé moyennant des données de meilleure qualité, des stratégies de fidélisation, des alliances intersectorielles et la formation des gestionnaires, entre autres. Les observatoires de l'OMS ont amélioré leur capacité à suivre la situation sanitaire et les tendances pour ce qui est des thèmes de santé publique hautement prioritaires. Toutes les Régions ont poursuivi leurs travaux avec les États Membres pour veiller à ce que soit respectée la recommandation selon laquelle au moins 2 % des budgets de la santé doivent être consacrés à la recherche. Le programme d'accès à la recherche en santé HINARI progresse et s'étend à de plus en plus d'établissements dans le monde. La plupart des pays qui bénéficient du programme HINARI (40 sur 105) sont situés dans la Région africaine. L'étude mondiale 2009 sur la cybersanté a été achevée avec la participation de 114 États Membres et les résultats ont été publiés en décembre 2010. On est parvenu au stade final de l'élaboration d'un modèle de santé unifié permettant d'évaluer le coût et l'impact de l'élargissement des interventions en santé. Quelque 40 instruments révisés portant sur les lignes directrices de l'OMS pour l'hygiène des mains ont été mis au point et 12 000 hôpitaux dans 123 pays se sont inscrits au programme sur l'hygiène des mains. Les partenariats africains pour la sécurité des patients ont été lancés dans six pays de la Région africaine et la Classification internationale pour la sécurité des patients a été mise en œuvre.

30. Globalement, 4 des 13 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont en bonne voie et 9 sont considérés comme « compromis ». D'une manière générale, pour chacun des 13 résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, les cibles ont été atteintes. Toutefois, la demande de données factuelles relatives aux meilleures pratiques et d'assistance technique de la part des pays, qui résulte de la prise de conscience croissante par ceux-ci de l'importance des systèmes de santé, ne cesse de croître et progresse beaucoup plus rapidement que les investissements nécessaires pour y répondre. En outre, l'absence et l'imprévisibilité des ressources et la surcharge de travail qui pèse sur le personnel du Secrétariat au Siège, dans les Régions et dans les pays font que l'appréciation « compromis » a été attribuée à neuf des résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation. Pour les résultats escomptés 10.1 (prestation des services de santé), 10.2 (gouvernance et orientation) et 10.3 (coordination des mécanismes), l'engagement auprès des pays demande énormément de personnel, est difficile et nécessite une coordination adaptée avec diverses parties prenantes au niveau des pays. En particulier, il convient d'accorder une attention particulière au domaine de la planification et de la stratégie dans les pays et aux mécanismes de financement pour une meilleure efficacité de l'aide. Les demandes d'assistance technique à l'OMS dépassent ce que l'Organisation est à même de fournir. De la même façon, d'ici à la fin de l'exercice, il n'est pas certain que la fonction essentielle de coordination de la recherche sur les systèmes de santé (résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 10.6) puisse être maintenue compte tenu du manque de ressources financières et de moyens. L'indicateur 10.6.2 (2 % du budget de la santé consacré à la recherche) pourrait ne pas être atteint non plus étant donné que la maîtrise du budget de la santé appartient aux pays et que l'influence du Secrétariat sera sans doute limitée. Il est possible que l'absence de financement mette en danger la promotion et la mise en œuvre du Code de pratique mondial OMS pour le recrutement international des personnels de santé (résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 10.8) au niveau des pays. Pour ce qui est du résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 10.9, bien que 21 des 57 pays qui sont en situation de crise dans le domaine des ressources humaines pour la santé aient mis au point des plans pertinents, l'absence d'investissements durables au niveau des pays, couplée à une réduction des capacités du Secrétariat à fournir une assistance technique pour les travaux essentiels de planification nationale, sera un obstacle

à l'amélioration de la situation dans ces pays. Bien qu'à l'échelle mondiale le résultat escompté à l'échelle de l'Organisation 10.10 (financement des systèmes de santé) semble en bonne voie pour ce qui est des pays soutenus, la Région africaine, la Région des Amériques et la Région de la Méditerranée orientale signalent que, face à une demande en progression découlant en partie du *Rapport sur la santé dans le monde, 2010*, les contraintes financières et les capacités limitées pourront être un obstacle à la réalisation des cibles fixées. Les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation 10.11 (estimation des conséquences économiques de la maladie) et 10.12 (politique de financement de la santé) ne pourront être que partiellement atteints du fait des difficultés financières et de l'incapacité du Secrétariat à faire face à une demande accrue.

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

31. La procédure de présélection des vaccins a été révisée en 2010. Les organismes de réglementation de 13 pays ont fait l'objet d'une évaluation et l'ensemble des 12 pays faisant partie du Réseau mondial pour la surveillance postcommercialisation des vaccins nouvellement présélectionnés ont reçu un soutien financier et technique pour les aider à renforcer les capacités nationales de suivi de la sécurité des vaccins utilisés dans le cadre de leurs programmes de vaccination. Une évaluation de la structure et du fonctionnement de l'organisme de réglementation a été menée à bien dans 26 pays d'Afrique. On élabore actuellement conjointement pour l'OMS, la Banque mondiale et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme des profils normalisés pour le secteur pharmaceutique pour 73 pays à revenu faible ou intermédiaire. Plus de 85 % des thérapies antirétrovirales et/ou des traitements par associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine achetés par les grands organismes de financement proviennent de sources présélectionnées, et moins de 3 % ne répondent pas aux normes de qualité requises. Le formulaire modèle (Model Formulary) 2010 de l'OMS a été publié et porte sur l'ensemble des médicaments essentiels figurant sur la liste modèle OMS des médicaments essentiels qui est utilisée par les formulaires nationaux. Le Premier Forum mondial sur les dispositifs médicaux a permis aux parties prenantes d'échanger leurs connaissances sur les ressources, lignes directrices, outils, stratégies, politiques et meilleures pratiques disponibles en matière de dispositifs médicaux, et de déterminer les besoins pour l'avenir. Le programme de présélection des produits diagnostiques est devenu pleinement opérationnel avec la présélection du premier produit diagnostique.

32. Sur les trois résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation, un est « en bonne voie » et deux sont considérés comme « compromis ». Les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation 11.2 (lignes directrices, normes et critères internationaux) et 11.3 (orientations politiques reposant sur des données factuelles) sont compromis du fait que les normes de qualité mondiales pour les vaccins, les médicaments et les technologies essentielles ainsi que les programmes normatifs – tels que le programme sur la sécurité des médicaments et la pharmacovigilance, les travaux de l'OMS contre les produits médicaux contrefaits,¹ et les activités relatives aux normes de qualité pour le sang et les produits sanguins – sont mis en œuvre avec des moyens réduits et souffrent d'un déficit de financement. La promotion de l'usage rationnel des médicaments et la lutte contre la résistance antimicrobienne sont aussi des domaines qui manquent cruellement de financement, malgré les

¹ Le terme « contrefaits » fait référence aux produits médicaux de qualité inférieure/faux/faussemment étiquetés/falsifiés/contrefaits.

avantages médicaux et économiques potentiels qu'ils représentent et l'adoption récente par l'Assemblée de la Santé de résolutions sur le sujet.¹

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

33. La réunion régulière du Groupe de la politique mondiale a permis une plus grande cohérence au sein de l'Organisation. Des discussions sur le futur du financement de l'OMS ont été lancées en consultation avec les États Membres et des propositions ont ensuite été formulées en vue de l'élaboration d'un programme de réforme de l'OMS. Outre l'organisation des réunions des organes directeurs de l'OMS, le Secrétariat a soutenu le groupe de travail d'États Membres à composition non limitée sur la préparation en cas de grippe pandémique, la consultation avec les États Membres sur la santé publique, l'innovation et la propriété intellectuelle, le groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement, et les réunions du Comité d'examen du Règlement sanitaire international.

34. Le renouvellement des stratégies de coopération dans les pays a permis à la collaboration technique de l'OMS dans les pays de toutes les Régions d'être de plus en plus conforme aux stratégies et priorités nationales. Au niveau régional, des consultations politiques et stratégiques ont régulièrement eu lieu entre les Directeurs régionaux et les chefs des bureaux de pays, améliorant encore la cohérence politique aux trois niveaux de l'Organisation. Des chefs des bureaux de pays de l'OMS ont été sélectionnés à partir de la liste mondiale des candidats retenus après un processus de sélection par voie de concours. L'échange d'expériences dans le contexte de l'harmonisation, l'alignement et la mise en œuvre des principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide a été facilité par les bureaux régionaux, permettant un apprentissage entre pairs entre les équipes des pays.

35. Les travaux sur la santé mondiale et les mécanismes de développement ont abouti à l'approbation par l'Assemblée de la Santé de la politique concernant la participation de l'OMS à des partenariats mondiaux pour la santé et les modalités d'hébergement (résolution WHA63.10) et à l'approbation par le Groupe de la politique mondiale du cadre politique OMS pour la participation du secteur privé. Les bureaux régionaux ont activement participé à un groupe d'entraide régional dans le cadre du Groupe des Nations Unies pour le développement et de l'équipe des Directeurs régionaux, afin d'apporter un soutien technique aux équipes de pays des Nations Unies pour l'élaboration des Plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement. Des versions multilingues des principales publications ont été produites et le contenu multilingue des sites Web de l'ensemble des grands bureaux a été amélioré. L'ensemble du personnel de l'OMS a pu continuer à bénéficier de l'accès à des publications scientifiques et techniques.

36. L'ensemble des quatre résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont considérés comme « en bonne voie ». Un suivi régulier de la situation technique et financière aux niveaux régional et central permettra une utilisation optimale des fonds. L'objectif stratégique est soumis à une grave pression financière essentiellement due au coût élevé des nombreux processus intergouvernementaux.

¹ Résolutions WHA58.27 et WHA60.16.

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

37. En 2010, le Secrétariat a achevé l'introduction du Système mondial de gestion dans tous les lieux à l'exception de la Région des Amériques, qui a décidé de ne pas le mettre en œuvre. Le Système permet une plus grande cohérence dans la prestation des services et une amélioration de la transparence et de la notification dans toute l'Organisation, par exemple pour ce qui est du compte-rendu de la gestion financière et de l'analyse des recettes. Cette amélioration a été mise en évidence par une opinion sans réserve donnée sur le premier état financier de l'exercice produit dans le cadre du nouveau système. Au cours de 2010, l'avant-projet de budget programme 2012-2013 a été élaboré et discuté dans le cadre des comités régionaux (ainsi que par le Comité du Programme, du Budget et de l'Administration en janvier 2011). La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a pris note de l'appréciation de l'exécution du budget programme 2008-2009, qui comprenait une évaluation améliorée des indicateurs, et l'évaluation intérimaire du plan stratégique à moyen terme 2008-2013 a été menée avec la participation des États Membres.¹ Une stratégie mondiale de mobilisation des ressources a été approuvée par le Groupe de la politique mondiale.

38. La Soixante-Troisième Assemblée mondiale de la Santé a recensé et adopté des mécanismes de financement pour le Plan-cadre d'équipement et les besoins en matière de sécurité (résolutions WHA63.6 et WHA63.7). Le Secrétariat a soutenu les travaux du nouveau Comité consultatif indépendant d'experts de la Surveillance. Parmi les autres réalisations clés figurent la mise en œuvre d'un mécanisme de recouvrement des coûts par l'intermédiaire d'un prélèvement en rapport avec l'occupation des postes, l'établissement d'une liste mondiale pour les chefs des bureaux de pays ainsi que des propositions en vue de l'élaboration d'autres listes mondiales pour d'autres postes génériques et l'institutionnalisation du cadre de gestion des risques institutionnels au Siège dans le domaine de l'administration et le début de son application aux Régions.

39. Cinq des six résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation sont en bonne voie. Seul le résultat escompté 13.5 (services gestionnaires et administratifs) est considéré comme « compromis ». Les interactions et la coordination entre le Centre mondial de services et les bureaux régionaux ou les bureaux de pays se sont améliorées moyennant des communications plus ciblées et une résolution conjointe des problèmes. Toutefois, des difficultés subsistent dans certains secteurs de services du fait à la fois des insuffisances du système et/ou des procédures, et les travaux se poursuivent aux trois niveaux de l'Organisation pour améliorer les niveaux de services et la fonctionnalité des processus administratifs de bout en bout, tout en conservant un cadre de contrôle approprié.

VUE D'ENSEMBLE DE L'EXÉCUTION DU BUDGET À LA FIN DE 2010

40. En janvier 2010, le Conseil exécutif a pris note des problèmes de financement immédiats auxquels l'OMS se trouve confrontée, en particulier du fait de l'écart potentiel entre les recettes prévues et les dépenses, et de la baisse prévisible des recettes provenant des contributions volontaires, que l'on estime entre 10 et 15 %.

41. L'examen à mi-parcours montre que certains objectifs stratégiques et grands bureaux sont relativement bien dotés tandis que d'autres sont confrontés à des pénuries importantes. Une

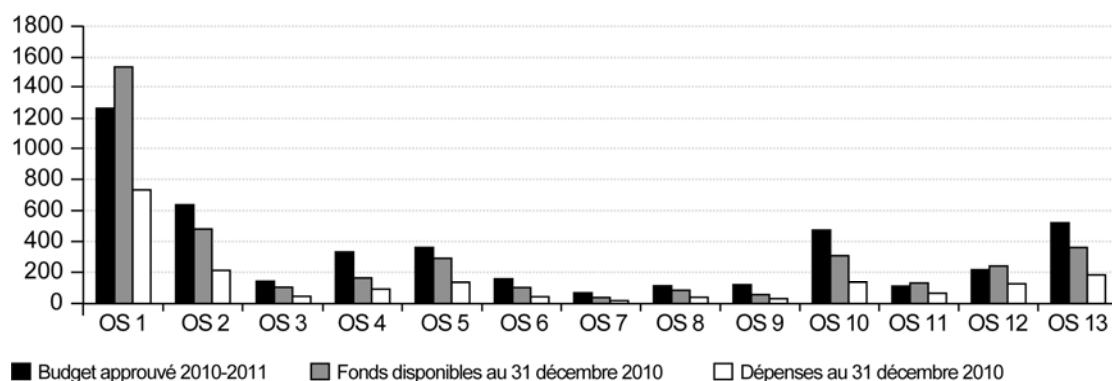
¹ Document A64/6.

redistribution des ressources disponibles permettrait un alignement plus étroit avec le budget programme, mais l'OMS est gravement limitée par la spécificité du financement disponible et l'irrégularité de sa répartition entre les segments budgétaires, qui toutes deux sont un obstacle à la possibilité de réaffecter les fonds entre objectifs stratégiques ou grands bureaux.

42. Les tableaux ci-après indiquent comment le budget programme 2010-2011 a été exécuté jusqu'au 31 décembre 2010 par objectif stratégique, segment budgétaire et grand bureau.

**Tableau 2. Exécution financière par objectif stratégique
(en US \$ millions au 31 décembre 2010)**

Objectif stratégique	Budget approuvé 2010-2011	Fonds disponibles au 31 décembre 2010			Fonds disponibles en % du budget approuvé	Dépenses au 31 décembre 2010	Dépenses en % du budget approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
		Contributions fixées	Contributions volontaires	Total				
OS 1	1 268	73	1 462	1 535	121	737	58	48
OS 2	634	40	440	480	76	217	34	45
OS 3	146	37	61	98	67	40	28	41
OS 4	333	46	124	170	51	88	27	52
OS 5	364	15	276	291	80	136	37	47
OS 6	162	31	64	95	59	44	27	47
OS 7	63	15	20	35	56	16	25	45
OS 8	114	30	55	85	74	37	33	44
OS 9	120	18	39	58	48	27	23	48
OS 10	474	124	183	307	65	136	29	44
OS 11	115	26	99	125	109	65	56	52
OS 12	223	190	55	246	110	129	58	52
OS 13 ^a	524	279	85	364	69	189	36	52
Non encore répartis entre OS			29	29				
Total	4 540	925	2 993	3 918	86	1 862	41	48
^a Outre le chiffre du budget approuvé indiqué pour l'objectif stratégique 13 dans le Tableau 2, un montant supplémentaire de US \$58 millions de coûts apparentés est financé par l'intermédiaire d'un mécanisme distinct de recouvrement des coûts au titre de l'OS 13 bis (voir Tableau récapitulatif 6, projet de budget programme 2010-2011, p. 84, et de manière plus détaillée dans le document complet « Implementation of Programme budget 2010-2011, mid-term review » (document WHO/PRP/11.1 – en anglais uniquement et disponible sur demande)). Ces coûts sont inclus dans le Tableau 2 et imputés sur tous les objectifs stratégiques, ce qui contribue au financement moyennant le prélèvement en rapport avec l'occupation des postes afin de couvrir le coût des services administratifs qui relèvent directement des travaux dans le cadre de ces objectifs stratégiques.								



WHO 11.24

43. Le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 s'élève à US \$4,540 milliards. À la fin de 2010, les fonds disponibles¹ répartis pour exécution au cours de l'exercice étaient de US \$3,918 milliards et se composaient des reports de l'exercice financier 2008-2009, des contributions fixées et des contributions volontaires. Au total, US \$1,862 milliard (41 % du budget approuvé) ont été mis en œuvre.²

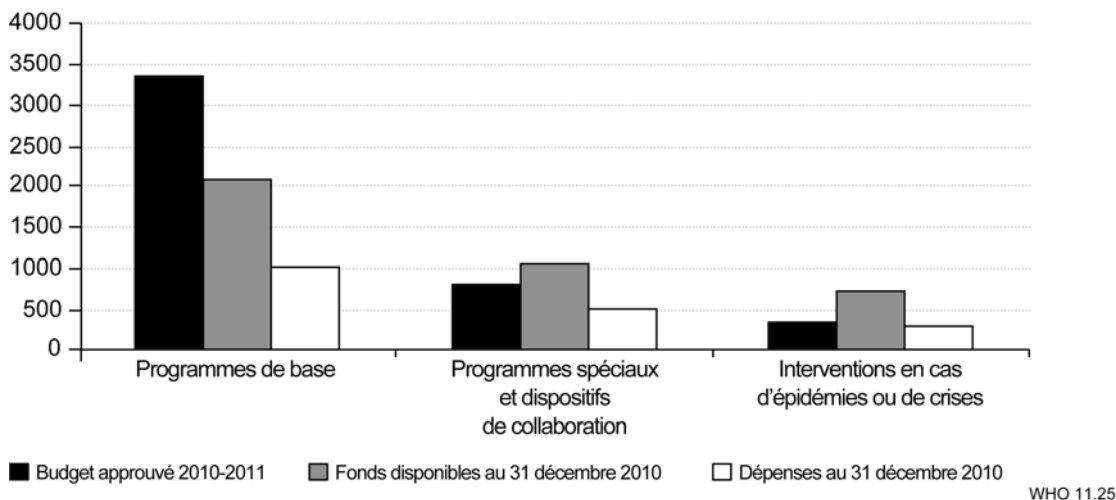
44. Les objectifs stratégiques 4, 6, 7 et 9 sont actuellement les moins bien financés mais, pour certains objectifs stratégiques, le financement excède le budget programme approuvé. Dans le cas de l'objectif stratégique 1, par exemple, les fonds disponibles incluent les contributions en nature sous forme de vaccins pour l'action de l'Organisation lors de la pandémie A (H1N1) 2009, ainsi que le financement destiné à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite.

**Tableau 3. Exécution financière par segment budgétaire
(en US \$ millions au 31 décembre 2010)**

Segment	Budget approuvé 2010-2011	Fonds disponibles au 31 décembre 2010			Fonds disponibles en % du budget approuvé	Dépenses au 31 décembre 2010	Dépenses en % du budget approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
		Contributions fixées	Contributions volontaires	Total				
Programmes de base	3 368	918	1 191	2 109	63	1 035	31	49
Programmes spéciaux et dispositifs de collaboration	822	6	1 066	1 072	130	517	63	48
Interventions en cas d'épidémies ou de crises	350	1	737	738	211	309	88	42
Total	4 540	925	2 993	3 918	86	1 862	41	48

¹ Parmi les fonds disponibles figurent US \$925 millions (24 % des fonds disponibles) provenant de contributions fixées (à l'exclusion des retenues imprévues du fait du non-paiement des contributions), US \$1,377 milliard (35 % des fonds disponibles) au titre du report de l'exercice financier 2008-2009, le solde représentant les contributions volontaires. Le montant diffère des produits opérationnels indiqués dans le rapport financier 2010 non vérifié, qui fait uniquement état des recettes enregistrées pour 2010.

² Mise en œuvre : ce chiffre représente les dépenses et n'inclut pas US \$138 millions d'engagements (charges) pour les biens et les services qui n'ont pas été fournis au 31 décembre 2010 et qui ne sont pas reconnus comme des dépenses aux fins comptables.



45. Le budget programme approuvé pour l'exercice 2010-2011 qui est de US \$4,540 milliards se compose de US \$3,368 milliards pour les programmes de base (74 % du budget programme approuvé), US \$822 millions (18 % du budget programme) pour les programmes spéciaux et les dispositifs de collaboration et US \$350 millions (8 % du budget programme) pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises.

46. Les fonds disponibles¹ sont les suivants : programmes de base, US \$2,109 milliards (63 % du budget programme pour les programmes de base) ; programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, US \$1,072 milliard (130 % du budget programme pour les programmes spéciaux et les dispositifs de collaboration) ; et interventions en cas d'épidémies ou de crises, US \$738 millions (211 % du budget approuvé pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises).

47. Bien que les niveaux de financement pour les deux autres segments aient déjà dépassé le budget approuvé, le segment relatif aux programmes de base est actuellement confronté à un déficit de financement de US \$1,259 milliard entre le budget programme et les fonds disponibles au 31 décembre 2010. La tendance à la baisse des recettes au cours du présent exercice, associée à la nécessité d'un report approprié pour assurer le début de l'exercice 2012-2013, accroît le risque d'un déficit de financement important d'ici à la fin de 2011. Outre la nécessité de répondre aux besoins de financement pour l'exercice 2010-2011, il faut qu'un report soit possible pour assurer les opérations au début de l'exercice 2012-2013. Selon les estimations actuelles, un montant minimum de US \$1 milliard doit ainsi être disponible lors de la clôture en 2010-2011 pour répondre à ce besoin.

48. Le niveau des fonds pour les programmes spéciaux et les dispositifs de collaboration est plus élevé que le budget approuvé (130 % du budget programme approuvé 2010-2011). L'augmentation dans les fonds disponibles pour le budget initial est essentiellement due aux travaux sur l'éradication de la poliomyélite. Les dépenses totales pour ce segment sont de US \$517 millions (63 % du budget approuvé et 48 % des fonds disponibles).

49. Le segment relatif aux interventions en cas d'épidémies ou de crises a également augmenté, les ressources disponibles étant de US \$738 millions (211 % du budget approuvé). La progression des interventions en cas d'épidémies ou de crises découle très largement des interventions de l'OMS suite

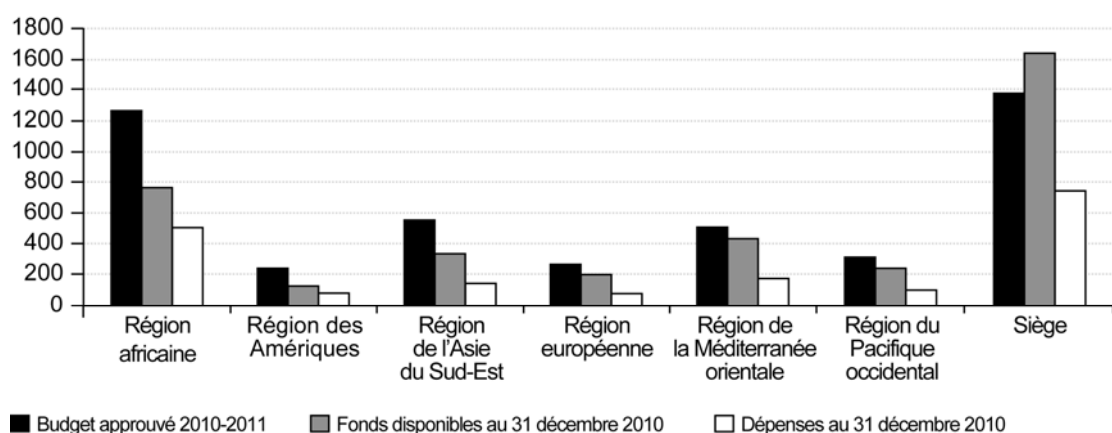
¹ La répartition des ressources disponibles entre les programmes de base de l'OMS et les autres segments repose sur les informations gestionnaires et doit être considérée comme une bonne approximation.

à la pandémie A (H1N1) 2009 et de ses responsabilités croissantes en matière opérationnelle dans les situations d'urgence et de crise humanitaire.

50. Les dépenses sont de 31 % du budget programme pour les programmes de base, 63 % pour les programmes spéciaux et dispositifs de collaboration, et 88 % pour les interventions en cas d'épidémies ou de crises.

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

Lieu	Budget approuvé 2010-2011	Fonds disponibles au 31 décembre 2010			Fonds disponibles en % du budget approuvé	Dépenses au 31 décembre 2010	Dépenses en % du budget approuvé	Dépenses en % des fonds disponibles
		Contributions fixées	Contributions volontaires	Total				
Région africaine	1 263	205	561	766	61	516	41	67
Région des Amériques	256	79	55	134	52	83	32	62
Région de l'Asie du Sud-Est	545	100	245	345	63	139	25	40
Région européenne	262	61	132	193	74	90	34	47
Région de la Méditerranée orientale	515	89	350	439	85	175	34	40
Région du Pacifique occidental	310	77	164	241	78	113	36	47
Siège	1 389	314	1 334	1 648	119	747	54	45
Non encore répartis entre grands bureaux			153	153				
Total	4 540	925	2 993	3 918	86	1 862	41	48



WHO 11.26

51. Dans la plupart des bureaux, les fonds disponibles¹ sont supérieurs à 50 % du budget programme approuvé et les dépenses sont proches de 50 % des ressources disponibles. La grande disponibilité des fonds dans certains grands bureaux, notamment les Bureaux régionaux de la Méditerranée orientale et du Pacifique occidental, ainsi que le Siège s'explique par la grande proportion de fonds destinés aux objectifs stratégiques 1 et 5. Dans les deux cas, les fonds ont été mis à disposition pour des programmes spéciaux et des dispositifs de collaboration, par exemple l'éradication de la poliomyélite et les interventions en cas d'épidémies ou de crises, y compris les interventions lors des inondations au Pakistan.

AJUSTEMENT PROGRAMMATIQUE ET BUDGÉTAIRE EFFECTUÉ SUR LA BASE DE L'EXAMEN À MI-PARCOURS

52. Compte tenu du manque de sécurité financière actuel, un groupe spécial convoqué par le Groupe de la politique mondiale² a recensé les domaines de programme, à tous les niveaux de l'Organisation, où les déficits financiers sont les plus importants et où les activités peuvent devoir être revues à la baisse, intégrées à d'autres programmes ou complètement abandonnées. Les mesures de suivi technique et gestionnaire et les décisions qui ont été retenues pour faire face aux risques et aux obstacles sont notamment les suivantes :

- définition des résultats prioritaires auxquels le financement existant ou futur sera alloué ou reprogrammé dans le but de procéder à un nouvel alignement des ressources et d'axer les interventions sur les activités prioritaires ;
- établissement de plans spécifiques pour parvenir à des gains de productivité et à des réductions des coûts ;
- recensement des résultats spécifiques qui ne seront pas atteints du fait de ressources financières insuffisantes et qui, par conséquent, seront supprimés ou reportés.

Définition des résultats prioritaires

53. Les principes programmatiques définis par le groupe spécial convoqué par le Groupe de la politique mondiale qui ont été pris en compte pour l'établissement des priorités sont notamment les suivants :

- veiller à ce que l'OMS tire parti de son avantage comparatif dans le domaine de la prévention des maladies transmissibles et de la lutte contre celles-ci, en axant ses activités sur les travaux normatifs, la coordination et la fourniture d'un soutien technique ciblé, le suivi et l'évaluation, et l'encouragement des partenariats. D'autres partenaires sont mieux placés pour la prestation directe du soutien et la mise en œuvre dans les États Membres ;
- établir des priorités dans les travaux normatifs et les activités de sensibilisation sur les maladies et les affections non transmissibles moyennant l'affectation optimale des fonds disponibles aux

¹ Les fonds disponibles par grand bureau n'incluent pas US \$153 millions de fonds qui étaient disponibles pour les objectifs stratégiques mais qui n'avaient pas encore été répartis entre grands bureaux au 31 décembre 2010.

² Le Groupe de la politique mondiale se compose du Directeur général, du Directeur général adjoint et des six Directeurs régionaux.

objectifs stratégiques 3 (Maladies chroniques non transmissibles, troubles mentaux, violence et traumatismes, et déficience visuelle) et 6 (Facteurs de risque pour la santé) afin de soutenir les résultats escomptés à l'échelle de l'Organisation qui sont essentiels au titre de ces deux objectifs stratégiques ;

- poursuivre les efforts pour soutenir les activités liées aux objectifs du Millénaire pour le développement 4 (Réduire la mortalité infantile) et 5 (Améliorer la santé maternelle), en particulier dans les domaines qui sont des points forts relatifs de l'Organisation ;
- donner la priorité au soutien à l'élaboration des politiques dans le domaine du renforcement des systèmes de santé en travaillant étroitement avec les ministères de la santé, en donnant des orientations et en apportant une assistance ;
- réduire la participation directe de l'OMS aux déterminants sociaux de la santé et de la santé environnementale et, au lieu de cela, veiller à l'intégration des fonctions pertinentes ;
- protéger les fonctions relatives au Règlement sanitaire international (2005), en particulier celles où l'Organisation a reçu un mandat clair et où les attentes des États Membres sont élevées, telles que le renforcement des capacités pour les activités de préparation et d'intervention ;
- respecter et protéger les fonctions de coordination du Groupe de responsabilité sectorielle Santé de l'OMS, compte tenu de son rôle de leader dans ce domaine, en adoptant une approche transversale à l'égard des fonctions essentielles de surveillance et de suivi de la situation sanitaire et de son évolution.

Établissement de plans spécifiques pour parvenir à des gains de productivité et à des réductions de coût

54. Des plans spécifiques pour parvenir à des gains de productivité et à des réductions de coût ont été établis à chaque niveau de l'Organisation par le groupe spécial convoqué par le Groupe de la politique mondiale ; ils prévoient notamment :

- de limiter toute nouvelle progression du nombre des membres du personnel ;
- de mettre en œuvre des changements structurels, notamment la dissolution au Siège du Groupe Partenariats, action en faveur des pays et réforme des Nations Unies ; la fermeture des bureaux de l'OMS à la Banque mondiale et à Washington ; la fusion de départements au Siège et dans les Régions ; et le transfert de responsabilités aux gouvernements des pays hôtes pour plusieurs centres régionaux ;
- de rationaliser les coûts des voyages : en réduisant le nombre de réunions extérieures, et la nécessité de voyager d'une manière générale, en ayant recours plus fréquemment aux téléconférences et aux réunions virtuelles ; en programmant des réunions immédiatement à la suite d'autres ; et en limitant les voyages du personnel aux déplacements essentiels ;
- de réduire les frais d'impression en limitant les publications sur support papier aux publications hautement prioritaires, et en publiant par voie électronique lorsque cela est faisable ;
- d'externaliser certains travaux et d'exercer une sélectivité dans le choix des sous-traitants ;

- de travailler plus étroitement avec les partenaires afin de faire un usage efficace de la combinaison des ressources humaines ;
- de réduire le nombre d'accords pour l'exécution de travaux en tirant le meilleur parti des compétences du personnel existant ;
- d'envisager l'augmentation du recours aux centres collaborateurs de l'OMS afin d'obtenir des résultats ;
- d'établir des repères et des cibles clairs et sans ambiguïté pour mesurer l'efficacité à différentes étapes du cycle biennal de mise en œuvre.

Recensement des résultats spécifiques à supprimer ou à reporter

55. Pour chaque objectif stratégique, on a défini les résultats et activités qui soit ne seront pas obtenus ou assurés, soit seront réduits en nombre d'ici à la fin de l'exercice, du fait des contraintes financières.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

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

= = =